

Arkivsak

Dato 29.01.2015

Saksbehandler Per W. Torgersen

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF		
Møtedato	05.02.2015		
Sak nr	002-2015	Sakstype	Beslutningssak
Sakstittel	Utviklingsplan 2030		

Styret ba høsten 2012 om en plan for hvordan det vil være mest hensiktsmessig for SSHF å innrette sin virksomhet i fremtiden, og godkjente 26.10.2012 (sak 102-2012) mandatet for Utviklingsplan 2030. Planarbeidet har vært tema på mange styremøter, men utviklingsplanen legges nå for første gang frem for realitetsbehandling i styret.

Forslag til vedtak

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

Trykte vedlegg til saken

- Utviklingsplan 2030, prosjektrapport versjon 1.0, datert 29.1.2015
- Rapport fra ekstern kvalitetssikring datert 29.1.2015
-

Elektroniske vedlegg til rapporten

Vedlegg til prosjektrapporten (17 stk)

Alle vedlegg er publisert på <http://www.sshf.no/2030>

1 Administrerende direktørs anbefaling / konklusjon

Sørlandet sykehus HF har behov for en utviklingsplan både som grunnlag for å møte betydelige utfordringer i virksomheten på kort og lang sikt, og som forutsetning for å kunne fortsette planleggingen av nødvendige investeringsprosjekter.

Utviklingsplan 2030 er utarbeidet i henhold til prosjektets mandat og den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Direktøren mener at prosjektet har gjort grundige analyser og vurderinger, og at det har vært en åpen prosess med stor grad av involvering. Prosjektrapporten med vedlegg gir et solid grunnlag for å vedta en langsiktig hovedretning for utvikling av SSHF. Prosjektets vurderinger og anbefalinger samsvarer i stor grad med HSØs vedtatte program for omstilling. Utviklingsplanen må imidlertid avstemmes med de føringer som ventes å komme i den nasjonale helse- og sykehusplanen senere i år, og legges derfor frem for endelig behandling i styret når den nasjonale planen foreligger.

Dagens driftsmodell er ikke økonomisk bærekraftig og gir økende utfordringer når det gjelder behandlingsskapitet, faglig kvalitet og rekruttering av spesialister. Det er nødvendig med betydelige omlegginger i årene fremover. Direktøren mener at en videreutvikling av strukturen med tre sykehus og med hovedsykehus i Kristiansand er en driftsmodell som kan ivareta både kvalitet, helhetlige pasientforløp og tilgjengelighet på best mulig måte. For at en slik driftsmodell skal kunne være bærekraftig, er det nødvendig med mest mulig samling av vakt- og beredskapsordninger, og minst mulig dublering av funksjoner.

2 Bakgrunn

2.1 Tidligere styrebehandling

Styret drøftet første gang utarbeidelse av en utviklingsplan i møtet 27.9.2012 (sak 088-2012) og vedtok mandatet for Utviklingsplan 2030 den 26.10.2012 (sak 102-2012). I møtet 21.3.2013 (utsatt sak 022-2013) drøftet styret strategiske føringer og rammebetingelser for prosjektet, og kriterier for valg av løsninger. Den 25.9.2013 var utviklingsplanen tema på et styreseminar. I møtene 26.9. (sak 081-2013) og 31.10. (sak 097-2013) vedtok styret kriteriene for valg av fremtidig løsning/driftsmodell.

I møtene 19.12.2013 og 23.1.2014 ble styret informert om status i planarbeidet. Styret behandlet utkast til høringsdokument i møtet 27.2.2014 og gjorde følgende vedtak:

1. Styret tar høringsdokumentet til Utviklingsplan 2030 til orientering.
2. Det presiseres i høringsbrevet at styret og administrerende direktør ikke har konkludert med hvilken modell de går inn for, og heller ikke lokalisering.
3. Styret ser at dokumentet omhandler fremtidig sykehusstruktur, bygninger, lokalisering, arbeidsdeling, og samhandling mellom SSHF og kommunene. I tillegg berører arbeidet regionstrategiske elementer knyttet til Agders samlede utvikling i videre forstand enn bare det samlede helsevesenet. Styret ønsker høringsinnspill i et bredt perspektiv.
4. I lys av den brede interessen Utviklingsplan 2030 har i hele Agder, er styret opptatt av å sikre en god prosess videre med bred involvering og aktiv dialog. Behovet for tett dialog gjelder i særlig grad kommunene i de to Agder-fylkene.

5. Styret er kjent med at KS i samarbeid med Kristiansand kommune arbeider med en "speilmelding" hvor siktemålet er å se Utviklingsplan 2030 i et kommuneperspektiv. I perioden fram til Utviklingsplan 2030 realitetsbehandles ønsker derfor styret en tett dialog med kommunene i Agder. Styret ber direktøren i samarbeid med styringsgruppa og styreleder planlegge en prosess for å gå gjennom Utviklingsplanen, nevnte "speilmelding" og øvrige strategiske planer / vurderinger. Målet med en slik prosess er å legge et best mulig grunnlag for felles forståelse av hvilke strategiske utfordringer sykehuset og kommunene står overfor for å sikre gode helsetjenester til befolkningen samtidig som hensynet til den overordnede regionale utvikling ivaretas.
6. ROS-analysen ettersendes høringsinstansene så snart den er ferdigstilt, senest 01.06.2014. Arbeidet med en samfunnsanalyse igangsettes.
7. Høringsfristen settes til 01.09.2014.

Det har vært stilt spørsmål om styremedlemmenes habilitet ved behandling av utviklingsplanen, og den har vært vurdert. I møtet 27.3.2014 ble det lagt frem en skriftlig vurdering som konkluderte med at alle styremedlemmene er habile. I samme møte fikk styret informasjon om status i planarbeidet. Styret ba direktøren og den eksterne kvalitetssikringen vurdere kritikken som er kommet mot prosessen. Høringsfristen ble forlenget.

Rapportene *Pasientforløp somatikk* og *Pasientforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ble presentert for styret 7.5.2014. I samme møte orienterte direktøren om fremdrift i planarbeidet og om den eksterne kvalitetssikringen.

I møtet 19.6.2014 ble det informert om arbeidet med ROS- og samfunnsmessig konsekvensanalyse som ble gjort i et likeverdig samarbeid mellom SSHF og de 30 kommunene i Agder.

Direktøren orienterte skriftlig om sin vurdering av kritikken mot prosessen i møtet 4.9.2014. I samme møte ble det lagt frem et foreløpig notat fra konsulentene som utførte ekstern kvalitetssikring.

ROS-analysen og den samfunnsmessige konsekvensanalysen samt en utvidet økonomirapport ble presentert av PwC i møtet 2.10.2014.

2.2 Bakgrunn for utarbeidelse av en utviklingsplan

Utarbeidelse av en utviklingsplan for hvert helseforetak er gitt som føring fra Helse- og omsorgsdepartementet og fra Helse Sør-Øst RHF. I foretaksprotokollen HSØ/HOD fra januar 2012 heter det bl.a.: "Helsedirektoratet ga i desember 2011 ut revidert *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Revidert veileder legger til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner." I dokumentet Oppdrag og bestilling 2012 for SSHF fra HSØ heter det bl.a.: "Sørlandet sykehus HF skal legge prinsipper og føringer i Helsedirektoratets *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* til grunn i sine planprosesser."

Uavhengig av eiers krav om en utviklingsplan, har direktøren sett behov for en overordnet, langsiktig plan for hvordan SSHF skal møte de store utfordringene som foretaket står overfor i årene fremover.

2.3 Overordnede føringer

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 bygger på planer, utredninger og strategiske føringer på nasjonalt og regionalt nivå. De mest sentrale har vært:

- Tidligfaseveileder for sykehusprosjekter (Helsedirektoratet, IS-1369, desember 2011).

- Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009).
- Perspektivmeldingen 2013, Meld. St. 12 (2012-2013).
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, Meld. St. 16 (2010-2011).
- Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Helse- og sosialtjenesten (Helsedirektoratet, IS-1162, september 2005).
- Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030 (Helsedirektoratet, IS-1966, februar 2012).
- Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012 og 2013 (Helsedirektoratet, IS-1).
- God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, Meld. St. 10 (2012-2013).
- Styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst: Omstillingsprogrammet.
- Plan for strategisk utvikling 2013-2020 (Vedtatt av styret for HSØ RHF 22.11.2012).
- Nasjonale og regionale veiledere (fødeveileder, veileder i kreftbehandling, regional traumeveileder etc).
- Strategi for eiendomsvirksomhet i HSØ RHF, styresak nr 010/2011.
- Andre styrevedtak i HSØ RHF, blant annet sak 068/2007, 033/2010.

Styresak 068/2007 i HSØ beskriver et samlet program for omstilling i Helse Sør-Øst. I sak 108/2008 har styret i HSØ vedtatt prinsipper for videreutvikling av spesialisthelsetjenestene i HSØ. Her heter det at pasientenes behov skal være førende for beslutninger om tjenestens innhold og struktur. For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelige tilbud. Dette kan sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av gode lokalt baserte spesialisthelsetjenester. Det skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på hele pasientforløpet. HSØ ble delt inn i sykehusområder, og Sørlandet er ett av sykehusområdene. Innenfor sykehusområdene skal tjenestene differensieres i lokalt baserte og mer spesialiserte tjenester. Dette er i tråd med målet om å sentralisere det som må sentraliseres, og desentralisere det som kan desentraliseres. Akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under én ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde. Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering, diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal sikres effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsfordeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde. Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde, heter det i vedtaket.

3 Prosjektrapport Utviklingsplan 2030

3.1 Mandat, metoder og prosess

Med utgangspunkt i mandatet som styret vedtok høsten 2012, har det overordnede mål for prosjektet vært å utarbeide et solid beslutningsgrunnlag for en langsiktig utviklingsplan for SSHF i samsvar med den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Utviklingsplan 2030 skal være fundamentet for virksomhetsutvikling som sikrer at SSHF i fremtiden kan dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Planen skal også være et viktig bidrag til regionale og nasjonale planer for helsesektoren, og avstemmes i forhold til disse. I tillegg har man tilstrebet en transparent prosess, bred involvering og medvirkning fra interne og eksterne interessenter. Utviklingsplanen skal sikre at SSHF også i fremtiden kan tilfredsstille eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med tilstrekkelig kvalitet på en kostnadseffektiv måte.

Utviklingsplanen skal være grunnlaget for prioritering av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak. Tiltakene skal være godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt med en helhetlig utvikling.

Prosjektleder har i samråd med styringsgruppen tolket mandatet slik at det oppfordres til å "tenke fritt" og beskrive radikale løsninger i ulike retninger med hensyn til fremtidig oppgavefordeling, driftsmodell, struktur etc. Mandatet angir også noen rammebetingelser for prosjektet. Det er utarbeidet et eget prosjektdirektiv, godkjent av prosjekteier. Her utdypes prosjektets oppgaver, mål, organisering og rapportering. Prosjektdirektivet omfatter også en risikoanalyse, interessentanalyse og kommunikasjonsplan.

Utredningsarbeidet har fulgt en sekvensiell prosess etter mønster fra tidligfaseveilederen, hvor byggutvikling koples mot virksomhetsutvikling relativt sent i forløpet. Innledningsvis er dagens virksomhet og bygningsmasse kartlagt, og sentrale utfordringer er beskrevet. Fremskrivning av aktivitet til 2030 er gjennomført ved hjelp av *Modell for fremskrivning av aktivitet i sykehus* utviklet av nasjonalt *Kompetansenettverk for sykehusplanlegging*.

Etter en ren demografisk fremskrivning av virksomheten, er andre viktige endringsdrivere identifisert. Dernest er det vurdert omstillinger, effektivisering og mulig endret oppgavefordeling. Fremtidige pasientforløp er beskrevet for ulike pasientgrupper. Til sammen gir dette et bilde av hvilken kapasitet fremtidens sykehus må ha for å dekke befolkningens behov for sykehustjenester. Kapasitetsbehov og arealstandarder gir til sammen fremtidig arealbehov. Deretter er det beskrevet alternative, fremtidige driftsmodeller og sykehusstrukturer. Det er utarbeidet egne analyser av teknologisk utvikling, økonomi, tilgjengelighet, samfunnsmessige konsekvenser og utbyggingsmuligheter samt en ROS-analyse. Alternative driftsmodeller er vurdert opp mot de på forhånd definerte kriteriene. Til sammen legger dette grunnlag for en anbefaling.

Det er i utredningsprosessen lagt stort arbeid i å ivareta informasjon til, og medvirkning fra egne fagmiljøer, brukere, tillitsvalgte og kommuner. Prosjektledelsen har hyppig informert om aktiviteter, analyser og vurderinger underveis i arbeidet.

En foreløpig prosjektrapport ble sendt ut på bred høring i slutten av februar 2014. Høringsdokumentene ble senere supplert med ROS-analyse, samfunnsmessig konsekvensanalyse og utvidet økonomisk analyse. Høringsfristen var 15.11.2014.

Det er mottatt i alt 83 høringsuttalelser, hvorav 33 fra kommuner/fylkeskommuner og 5 fra brukerorganisasjoner. Samtlige høringsuttalelser er publisert på SSHFs internettsider. Alle høringsuttalelser er gjennomgått, systematisert og grundig drøftet i prosjektorganisasjonen. En arbeidsgruppe med deltakere fra kommunene i Agder og SSHFs brukerutvalg har bistått prosjektledelsen. Prosjektledelsen har redegjort for sin samlede vurdering av høringsuttalelsene i et eget vedlegg til denne rapporten. Noen sentrale punkter går igjen i mange av høringsuttalelsene:

- Brukere er bekymret for at SSHF skal redusere tilbud uten at andre – spesielt kommunene – har faglig og/eller økonomisk mulighet til å kompensere for dette.

- Kommunene er bekymret for at SSHF ensidig vil overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten uten at kommunene får tilført ressurser til å ivareta nye oppgaver.
- Mange mener at lokale løsninger (regionale helsesenter) er uklart beskrevet i høringsdokumentet.
- De fleste ønsker fortsatt tre sykehus, og fraråder samling i kun ett sykehus av hensyn til beredskap og tilgjengelighet.

3.2 Fremtidige pasientforløp og kapasitetsbehov

En ren demografisk fremskriving ville tilsi et økt kapasitetsbehov på 40-50 % i 2030 i forhold til 2011, og ytterligere 10-15 % fra 2030 til 2040. I arbeidet med fremtidige pasientforløp er det i tillegg til demografi og andre endringsdrivere også vurdert muligheter for intern omstilling og effektivisering. Samlet vurdering av demografi og omstilling tilsier et økt kapasitetsbehov i 2030 sammenlignet med 2011 på ca 30 %. Aktivitetsøkningen ventes å bli forskjellig på ulike funksjonsområder. Innen intensivbehandling og tung overvåkning må kapasiteten mer enn dobles. Også dagbehandling, bildediagnostikk og laboratorietjenester forventes å få en betydelig økning. Antall liggedager og polikliniske undersøkelser i somatikken ventes å få en mindre økning, da deler av denne virksomheten foreslås flyttet ut av helseforetaket.

Arealbehovet for denne økte virksomheten er blant annet avhengig av byggenes utforming og tekniske kvalitet og av utnyttelsesgrad. Behovet for kapasitetsøkning varierer betydelig mellom dagens tre sykehus. Det anslås et behov for ca 100 flere døgnplasser i Kristiansand, og nesten halvparten av disse for intensivbehandling og tung overvåkning, i 2030 sammenlignet med 2014. Intensiv- og overvåkingskapasiteten må utvides lenge før 2030. Det er behov for en vesentlig arealutvidelse og omfattende bygningsmessig oppgradering for somatikken og de medisinske servicefunksjonene i Kristiansand uansett hvilken driftsmodell som velges. Det er beregnet behov for ca 55 flere plasser for dagbehandling totalt for SSHF. Dagens antall operasjonsstuer og poliklinikkrom er samlet sett tilstrekkelig, men ombygging og oppgradering er nødvendig for optimal drift.

Innen psykiatri foreslås en betydelig omlegging av ressursbruken fra døgndrift til poliklinikk, dagbehandling og ambulant virksomhet. SSHF vil redusere behovet for døgninnleggelse for psykisk helse gjennom å styrke andre behandlingstilbud. Døgnplasser i DPS-ene foreslås avvirket over tid, men ressursene skal beholdes innen fagområdet. Omleggingen er faglig begrunnet og ikke påkrevd for å gjennomføre andre endringer eller utvidelser i SSHFs virksomhet. Hensikten er å gi pasientene et mest mulig virkningsfullt tilbud, og omleggingen må forberedes grundig i samarbeid med kommunene. Hvis omleggingen gjennomføres, og blir vellykket, vil det medføre en meget stor økning i antall polikliniske konsultasjoner og i ambulante tjenester fra helseforetaket ute i kommunene, og en betydelig reduksjon i antall døgnplasser. Nye bygg for psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand er under planlegging. Det tas der høyde for at kapasiteten kan tilpasses alternative fremtidige sykehusstrukturer og ulik profil på virksomheten i DPS-ene. Utover dette er det ikke sett behov for vesentlige utbygginger innen psykisk helse.

3.3 Alternative driftsmodeller og kriterier for valg

Det finnes ikke noen nasjonal definisjon av ulike typer sykehus. Prosjektet har selv definert og benyttet disse begrepene i planarbeidet:

Et hovedsykehus dekker hele sykehusområdet og har traumemottak og grenspesialisert akuttberedskap samt fødetilbud. Det kan ha et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen diagnostikk, behandling og medisinske servicefunksjoner. Dette omfatter både psykiatri, indremedisinske og kirurgiske fagområder. Høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være sentralisert til et hovedsykehus.

Lokalsykehus med akuttfunksjon har døgnberedskap innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og anestesi samt fødeavdeling. Det har medisinsk service med døgnberedskap innen radiologi og laboratorietjenester. Det kan ha elektive spesialisthelsetjenester med døgnplasser og nødvendig beredskap, og et godt utbygd poliklinikk- og dagtilbud.

Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner (nærsykehus) har beredskap innen indremedisin og anestesi. Det har medisinsk service med døgnberedskap innen radiologi og laboratorietjenester. Det har ikke kirurgisk beredskap og fødeavdeling. Det kan ha elektive spesialisthelsetjenester med døgnplasser og nødvendig beredskap, og et variert poliklinikk- og dagtilbud.

Blant mange tenkelige driftsmodeller/sykehusstrukturer, er det tre hovedmodeller som er beskrevet og vurdert i planarbeidet:

Driftsmodell 1: Videreføring av dagens driftsmodell med tre somatiske sykehus.

Driftsmodell 2: Ett hovedsykehus og to lokalsykehus.

Driftsmodell 3: Ett hovedsykehus.

I alle driftsmodellene forutsettes det at SSHF også i fremtiden skal yte spesialisthelsetjenester utenfor sykehuset/sykehusene. Uansett sykehusstruktur vil det være DPS-er, spesialistpoliklinikker, dagbehandling og ambulante team flere andre steder i opptaksområdet. Disse tilbudene kan organiseres som satellittvirksomhet, men fortrinnsvis ønskes denne virksomheten samlokalisert med andre tjenestetilbydere i regionale helsesenter.

I tillegg til alternative driftsmodeller drøftes to prinsipielle strukturvalg som er uavhengig av driftsmodellene. Innen somatikk gjelder det oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten og innen psykiatri gjelder det omlegging fra døgntilbud til poliklinikk, dagbehandling og ambulante tjenester. Den foreslåtte oppgaveoverføringen i somatikken representerer SSHFs tolkning av hva ulike endringsdrivere, deriblant samhandlingsreformen, vil bety.

Det er utarbeidet kriterier med utfyllende forklaring til bruk ved vurdering av alternative fremtidige driftsmodeller. De fem hovedkriteriene som tidligere er vedtatt av styret, er:

- Faglig kvalitet; på nivå som beskrevet i nasjonale og regionale veiledere
- Helhetlige pasientforløp. Det skal være, og pasienten skal oppleve, kontinuitet i pasientforløpet.
- Tilgjengelighet for pasienter. Tilgang for alle innen forsvarlig avstand/reisetid.
- Samfunn; samfunnsmessig bærekraftig sykehusstruktur.
- Økonomi; optimal ressursutnyttelse og langsiktig bærekraft.

Prosjektet har valgt å ikke vekte kriteriene. Driftsmodellenes styrker og svakheter er vurdert for hvert enkelt kriterium og gitt en relativ score.

3.4 Analyser og vurderinger

Analyser, utredninger og vurderinger som er gjort i planarbeidet er dokumentert i prosjektrapporten med vedlegg som følger denne saken.

Fremtidige pasientforløp

De to rapportene om fremtidige pasientforløp som ble utarbeidet i 2013, utgjør det viktigste grunnlaget for fremskriving av virksomheten og beregning av kapasitetsbehovet. I rapportene drøftes endringsdrivere, oppgaveglidning og utvikling i diagnostikk og behandling.

Teknologisk utvikling

er drøftet i egen rapport.

Tilgjengelighetsanalyser

viser at det punktet som vil gi minst samlet reisetid for hele Agders befolkning fra hjemsted til et hovedsykehus for hele Sørlandet, ligger svært nær nåværende sykehus på Eg.

Utbyggingsmulighetene

ved de tre nåværende sykehus er vurdert. Alle tre steder har gode utviklingsmuligheter for videreføring av dagens driftsmodell. I både Arendal og Flekkefjord er det gode muligheter for utvikling av nåværende sykehus som lokalsykehus. På Eg i Kristiansand er det gode muligheter for utvikling av et hovedsykehus, men leire i grunnen kan gi føringer for hvor ulike funksjoner/bygg kan plasseres.

Økonomiske analyser

belyser forventet utvikling i økonomiske rammer, viktige kostnadsdrivere, kostnader knyttet til økt virksomhet og investeringsbehov.

Med opprinnelig planforutsetning for fordelig av den samlede vekst mellom sykehus og kommuner, er forventet rammeøkning for SSHF frem til 2030 på 31 %. Beregnet kostnadsvekst for fremskrevet aktivitet til 2030 er på 21 %.

Investeringsbehovet for driftsmodell 3B (ett sykehus på ny tomt i 2030) er i størrelsesorden 15 mrd kroner. For de andre driftsmodellene er investeringsbehovet 8-9 mrd kroner. Mulige økonomiske innsparinger er estimert til ca 200 mill kroner i driftsmodell 2 og til ca 600 mill kroner i driftsmodell 3A, begge sammenlignet med driftsmodell 1. Ut fra dette er det bare driftsmodell 3A som fremstår som økonomisk bærekraftig.

Vurdering av driftsmodellene

Alternative fremtidige driftsmodeller er vurdert ut fra i hvilken grad de er egnet til å løse dagens og fremtidens utfordringer og deres relative styrke opp mot hvert av de fem vedtatte kriteriene.

Driftsmodell 3 scorer best på kriteriene faglig kvalitet og økonomi, og den scorer godt på kriteriet helhetlige pasientforløp. Denne driftsmodellen scorer dårligst på kriteriet tilgjengelighet.

Driftsmodell 2 scorer godt på kriteriene faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp og tilgjengelighet. Den scorer svakt på kriteriet økonomi.

Driftsmodell 1 har betydelige svakheter i forhold til rekruttering, robuste fagmiljø og beredskapsordninger, faglig utvikling og enhetlig, forutsigbar kvalitet i

tjenestene. Denne driftsmodellen scorer svakt på faglig kvalitet og helhetlige pasientforløp. Dette er den svakeste modellen i forhold til kriteriet økonomi.

4 Ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanen

Det er en klar forventning fra HSØ at planprosesser som dette underlegges en ekstern kvalitetssikring. Direktøren har engasjert en konsulentgruppe bestående av Terramar, Oslo Economics og Hospitalitet til å gjennomføre ekstern kvalitetssikring i henhold til spesifikasjoner beskrevet i rammeavtaler mellom HSØ og konsulentene. I tillegg er konsulentene bedt om å vurdere selve planprosessen.

Konsulentene leverte et notat med funn etter en foreløpig kvalitetssikring i juli. De svakheter som der ble påpekt, er tatt hensyn til i den endelige prosjektrapporten.

Endelig rapport fra ekstern kvalitetssikring datert 29.1.2015 følger som vedlegg til dette saksfremlegget. Rapporten vil bli presentert i styremøtet. Konsulentene anbefaler noen flere utredninger og vurderinger for å forbedre utviklingsplanen. Disse punktene vil bli fulgt opp i det videre arbeid med Utviklingsplan 2030 frem til endelig styrebehandling. Hovedkonklusjonen er at forbedringspunktene ikke rokker ved utviklingsplanen som beslutningsgrunnlag for valg av driftsmodell og prinsipielle strukturvalg.

5 Administrerende direktørs vurderinger

5.1 Sentrale utfordringer

SSHF er et veldrevet helseforetak med god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det betydelige utfordringer av virksomhetsmessig og bygningsmessig art. Innen flere fagområder er det lange ventelister og det forekommer brudd på lovfestede tidsfrister for behandling. Innen psykisk helsevern er det svært mange akuttinnleggelser, men tilbudet til flere pasientgrupper er ikke tilfredsstillende. Det er underkapasitet på intensiv-, isolat- og andre overvåkningsplasser. Kapasitetsmangelen for akuttmottak og intensivbehandling i Kristiansand blir alvorlig innen få år.

Rekruttering av spesialister er vanskelig innen psykiatri og flere somatiske fagfelt i Norge nå. Mangel på spesialsykepleiere og legespesialister ventes å bli et økende problem i årene fremover. Med vaktordninger på tre sykehus og begrenset pasientvolum, er det krevende å opprettholde robuste fagmiljø og å drive kvalitetsmessig godt og kostnadseffektivt. Store legeressurser er bundet opp i vaktordninger. Det er utfordrende å sikre standardiserte og helhetlige pasientforløp med parallell drift på flere sykehus.

Det er et betydelig etterslep på vedlikeholdsinvesteringer. Særlig i Kristiansand må bygningsmassen oppgraderes og utvides, uavhengig av fremtidig sykehusstruktur. Teknisk infrastruktur må oppdateres slik at dagens forskrifter følges. Strømforsyning og tekniske anlegg må utvides for å understøtte en kontinuerlig utvikling av den medisinske virksomheten. Mangelfulle ikt-systemer oppleves som en betydelig hindring for effektiv drift og utvikling av virksomheten.

Dagens driftsmodell er ikke økonomisk bærekraftig. Overskuddet på driftsregnskapet per i dag er alt for lite til å vedlikeholde og fornye

bygningssmassen og det medisinsk-tekniske utstyret. Det er behov for omfattende utviklingstiltak de nærmeste årene. Samtidig som sammenhengende behandlingsskjeder er viktig for kvaliteten, setter spørsmål om ansvarsfordeling og oppgaveglidning samarbeidet mellom sykehus og kommuner på prøve. Finansieringsordningene for helsetjenester oppleves i noen sammenhenger som hinder for en ønsket utvikling av tjenestetilbudet og oppgavefordeling mellom tjenestetilbyderne. Dette er utfordringer som spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten deler, og som bør løftes til nasjonalt nivå.

Forholdet mellom sentralisering og desentralisering av tjenestetilbud er en annen grunnleggende og generell utfordring for spesialisthelsetjenesten. For fagområder og tjenestetilbud med små pasientvolum og avansert teknologi, og for problemstillinger som krever flerfaglig tilnærming, ser vi en generell tendens til sentralisering. Dette gjelder særlig innen kirurgiske fag hvor det er en stadig sterkere spesialisering. Ny teknologi og medisinsk metodeutvikling inviterer til desentralisering av tjenestetilbud for store pasientgrupper med relativt vanlige lidelser, særlig innen psykisk helse og indremedisin. Hovedutfordringen blir å finne en kvalitetsmessig god og kostnadseffektiv distribusjon av tjenestene med en riktig kombinasjon av spisskompetanse og breddekompetanse. Samtidig gjelder den overordnede føringen om å "sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres".

5.2 Virksomhet og kapasitetsbehov

Utviklingsplanens fremskriving av kapasitetsbehovet bekrefter at SSHF står overfor betydelige utfordringer på både kort og lang sikt. En aktivitetsøkning på 30-% krever betydelig styrking av organisasjonen og utvidelse av bygningssmassen. Kapasitetsmangelen innen intensiv behandling, akuttmottak og tung overvåkning er spesielt bekymringsfull.

Denne type fremskrivninger er beheftet med stor usikkerhet. Både datagrunnlaget, vurderingen av ulike endringsdrivere og beregningsmetodikk kan diskuteres. Utviklingsplanens fremskrivninger skal ikke brukes til eksakt dimensjonering av et konkret sykehusbygg. Direktøren mener at de fremskrivingene som er gjort, har tilstrekkelig nøyaktighet for formålet; å gi et anslag på fremtidig kapasitetsbehov og identifisere områder som krever spesielle tiltak.

Helse Sør-Øst sine fremskrivninger av aktivitet og kapasitet viser noe lavere vekst for SSHF frem til 2030 enn det beregningene i vår utviklingsplan viser. Dette forholdet må følges opp i samarbeid med HSØ i det videre arbeid med utviklingsplanen.

Den omlegging i psykiatrien som utviklingsplanen foreslår, må sees som en faglig ambisjon for å gi pasienter et mest mulig virkningsfullt tilbud. Høringsuttalelsene viser at både brukere og kommuner er skeptiske til dette forslaget da omleggingen vil utfordre kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten. SSHF vil drøfte og forberede slike endringer grundig med kommunene før de gjennomføres. Forslaget er ikke økonomisk begrunnet, og det vil være mulig å stoppe eller reversere omleggingen hvis den ikke blir vellykket. Psykisk helse generelt, og DPS-ene spesielt, skal styrkes i årene fremover, i tråd med nasjonale føringer

Utviklingsplanens forslag om oppgaveoverføring til kommunene møter også motstand hos kommunene. SSHF mener at en viss oppgaveglidning er faglig

naturlig og politisk ønsket. Men konkrete oppgaveoverføringer må evt. drøftes og avtales mellom partene før de gjennomføres.

5.3 Kriterier for valg av driftsmodell

Prosjektet har valgt å ikke vekte kriteriene for valg av fremtidig driftsmodell i forhold til hverandre. SSHFs sørge-for-ansvar, sykehuseiers krav og befolkningens forventning stiller kriteriet kvalitet i en særstilling. Det er ikke moralsk mulig å vekte kriteriet kvalitet i tjenestene som pasientene skal motta lavt i forhold til f.eks. økonomi eller samfunnsforhold. Regjeringen vil at pasientopplevd kvalitet skal sidestilles med faglig kvalitet og pasientene kan selv vurdere en rekke kvalitetsaspekter ved helsetjenestene. Faglig kvalitet har pasienter begrenset mulighet for å bedømme, men de må kunne forvente at diagnostikk og behandling holder topp faglig kvalitet. Også internt i sykehus, som i stor grad er profesjonsstyrte virksomheter, rangeres faglig kvalitet som det viktigste.

Helhetlige pasientforløp, effektive og tilpassede behandlingsskjeder, er viktige elementer i den pasientopplevde kvaliteten. Men gode pasientforløp er også viktig for resultatet av behandlingen og grenser derved opp til kriteriet faglig kvalitet. Effektive pasientforløp er også god økonomi. Mange representanter for brukerne og primærhelsetjenesten fremhever effektive pasientforløp som et viktig kriterium.

Tilgjengelighet handler først og fremst om nærhet. Nærhet til et sykehus gir befolkningen trygghet for at de får hjelp når de trenger det. Trygghet for tilgang til nødvendig helsehjelp øker livskvaliteten og kan påvirke folks valg av bosted. Det tas for gitt at det nære tilbudet holder høy kvalitet. Forutsatt at avstanden til sykehus ikke er uforsvarlig stor, er nærhet i stor grad et velferdsgode som bør rangeres etter kriteriene kvalitet og pasientforløp. Prosessene i grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er avgjørende for både faglig kvalitet, tilgjengelighet og helhetlige forløp.

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

Økonomi er kanskje like mye en rammebetingelse som et kriterium. For å sikre mest mulig helse for hver krone, må tjenestene organiseres effektivt. Da må sykehusstruktur, tjenestespekter, kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet sees i sammenheng. Sørge-for-ansvaret og gjeldende finansieringsordninger innskrenker handlingsrommet vårt.

5.4 Virksomhetsmodell

Direktøren er i hovedsak enig i prosjektrapportens vurderinger av de tre alternative driftsmodellene i forhold til de fem vedtatte kriteriene. Igjen må det presiseres at det er modellenes relative styrker og svakheter i forhold til å understøtte kriteriene i fremtiden som er vurdert. Driftsmodell 3 scorer best på kriteriet faglig kvalitet. Samling av alle fagmiljøer styrker kompetansen i både bredden og dybden. Ett sykehus gir best grunnlag for å opprettholde og utvikle

kvaliteten i tjenesten. Hvis det kun skulle være ett sykehus på Sørlandet, måtte det i tillegg utvikles gode lokale tilbud i samarbeid med kommuner og private tjenesteytere. Men for pasientgrupper med hyppig behov for sykehustjenester og hvor transport er en stor belastning, gir denne strukturen betydelige utfordringer med økte avstander og redusert tilgjengelighet.

Driftsmodell 2 med et hovedsykehus i Kristiansand og lokalsykehus i Arendal og Flekkefjord har de fleste av styrkene til modell 3 i forhold til faglig kvalitet. Dagens driftsmodell har betydelige svakheter når det gjelder rekruttering, robuste fagmiljø og beredskapsordninger, faglig utvikling og enhetlig, forutsigbar kvalitet i tjenestene.

Driftsmodell 2 scorer i likhet med modell 3 godt på kriteriet helhetlige pasientforløp. Samling av diagnostikk og behandling i ett sykehus øker mulighetene for gode pasientforløp mellom enheter internt. Viktige samhandlingsrelasjoner mellom sykehus og kommuner kan lettere opprettholdes i driftsmodell 2 med den nærhet som lokalsykehusene gir.

De samfunnsmessige konsekvensene av en omlegging fra dagens driftsmodell 1 til driftsmodell 2 eller 3 er ikke uvesentlige. Verdiskapningen for Sørlandet som helhet kan bli større ved samling av all sykehusvirksomhet ett sted, men en slik omstilling har betydelige fordelings effekter. Regioner som mister eller får redusert sykehus, taper kompetansearbeidsplasser og får svakere økonomisk utvikling, - og motsatt for den regionen som får nytt eller større sykehus. Omlegging fra tre til ett sykehus vil skape betydelig uro og usikkerhet som i seg selv er en samfunnsmessig kostnad.

Dagens driftsmodell gir Agders befolkning best tilgjengelighet (nærhet) til basis sykehustjenester inkludert akuttfunksjoner og fødetilbud. Men også i driftsmodell 2 kan et stort volum av spesialisthelsetjenester tilbys flere steder. Det er spesielt positivt for kronikere, eldre og andre pasientgrupper som har hyppig behov for sykehustjenester.

Dagens driftsmodell er ikke økonomisk bærekraftig. Det vurderes som urealistisk at SSHFs økonomiske rammer skal øke så mye, eller at driften kan rasjonaliseres så kraftig at man kan bære kostnadene til nødvendig vedlikehold, virksomhetsutvikling og kapasitetsutvidelse i årene fremover. Bygging av et helt nytt sykehus på et nytt sted er heller ikke økonomisk bærekraftig pga meget stort investeringsbehov. Dette alternativet har også størst gjennomføringsrisiko. Det er foreløpig usikkert om driftsmodell 2 kan være økonomisk bærekraftig dersom det skal være beredskapsordninger i lokalsykehusene. Omfanget av beredskap vil avgjøre det.

I en samlet vurdering fremstår en variant av driftsmodell 2 som det beste valget for langsiktig utvikling av SSHF. En struktur med hovedsykehus i Kristiansand og lokalsykehus i Arendal og Flekkefjord er robust i forhold til alle kriteriene, kanskje bortsett fra økonomi. Selv om driftsmodell 3 scorer høyest på kriteriene faglig kvalitet og økonomi, kan direktøren ikke anbefale den pga betydelige sårbarheter knyttet til tilgjengelighet og kriseberedskap. Fortsatt tre sykehus gir en verdifull fleksibilitet til å kunne håndtere fremtidig usikkerhet.

Prosjektrapporten anbefaler begrensede akuttfunksjoner i begge lokalsykehusene, men dette må utredes grundigere. Direktøren vil gjøre individuelle vurderinger av funksjoner i hvert av de tre sykehusene, og kommer tilbake til dette når nasjonal

helse- og sykehusplan foreligger. I volum er det betydelig forskjell på sykehusene i Arendal og Flekkefjord. Med et vesentlig større befolkningsgrunnlag kan det være riktig med flere funksjoner, deriblant beredskapsordninger, i Arendal enn i Flekkefjord. SSHF har delregional senterfunksjon for PCI som dekker Telemark og begge Agder-fylkene, og som er plassert i Arendal. Denne virksomheten fungerer godt og bør ha et større befolkningsgrunnlag enn bare Agder-fylkene for å være robust og ha den nødvendige kvalitet. Direktøren mener at denne virksomheten, i tråd med gjeldende føringer fra HSØ, kan og bør forbli i Arendal selv om sykehuset i Kristiansand utvikles til et hovedsykehus.

Anbefalingene i den endelige prosjektrapporten er vesentlig endret siden høringsutkastet. Det er bl.a. tatt hensyn til at store pasientgrupper med indremedisinske problemstillinger kan og bør få spesialisthelsetjenester lokalt. Det samme gjelder innen psykiatri og avhengighetsbehandling. Dette mener direktøren er riktig. Det er større behov for sentralisering innen kirurgi enn innen indremedisin og psykisk helsevern. Men parallelle vakt- og beredskapsordninger og dublering av funksjoner må i størst mulig grad unngås av hensyn til både økonomisk bærekraft og faglig kvalitet.

Omlegging fra dagens sykehusstruktur til driftsmodell 2 kan planlegges og gjennomføres over flere år. Gradvis omlegging gjør det mulig å utnytte eksisterende infrastruktur til den er nedskrevet. Organisasjonsendringer forenkles som følge av større forutsigbarhet, og de samfunnsmessige konsekvensene begrenses. Opprettholdelse av tre sykehus gir også den nødvendige fleksibilitet når et gjelder usikkerhet om medisinsk og teknologisk utvikling og fremtidig kapasitetsbehov.

Allerede i 2008 vedtok HSØ en strategi for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst (styresak 108/2008), som er gjengitt ovenfor. De vurderinger og anbefalinger som legges frem i Utviklingsplan 2030 er i stor grad sammenfallende med HSØs styrevedtak fra 2008.

5.5 Videre arbeid med utviklingsplanen, tiltak

Regjeringen arbeider med en nasjonal helse- og sykehusplan som skal komme i løpet av året. Denne antas å gi føringer for fremtidig organisering av spesialisthelsetjenesten og innhold i ulike typer sykehus. I direkte samtaler har HOD gjort det klart at igangværende lokale prosjekter og planprosesser skal fortsette, men større strukturendringer skal ikke gjennomføres uten godkjenning fra HOD før den nasjonale planen foreligger. Direktøren vil avvente de føringer som evt. kommer, og legge frem Utviklingsplan 2030 for endelig styrebehandling når den nasjonale helse- og sykehusplanen foreligger.

HSØ har akseptert at SSHF gjennomfører konseptfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand parallelt med arbeidet med utviklingsplanen, men forprosjekt kan ikke startes før styret har behandlet utviklingsplanen. En fremtidig driftsmodell med tre sykehus og hovedsykehus i Kristiansand vil samsvare godt med det valgte konsept for nytt bygg til PSA i Kristiansand, selv om PSAs virksomhet fortsatt blir delt mellom Arendal og Kristiansand.

Til tross for at SSHF i dag er et velfungerende helseforetak, er det betydelige utfordringer også på kort sikt. Utviklingsplanen skal stake ut en langsiktig utviklingsretning, men også legge grunnlag for løsninger på de kortsiktige utfordringene som passer inn i en ønsket langsiktig utvikling. SSHF får alvorlige

kapasitetsutfordringer lenge før 2030. Nytt bygg for PSA i Kristiansand bør fortsatt ha høyeste prioritet og realiseres de nærmeste årene. Uavhengig av hvilken fremtidig driftsmodell som velges, er det behov for betydelig oppgradering av bygningsmassen og utvidelse av behandlingsskapasiteten. Totalt kapasitets- og arealbehov er noe større med tre sykehus enn om man hadde samlet virksomheten ett sted. Planlegging av kapasitetsutvidelse for intensiv- og akutfunksjoner i Kristiansand må starte snarest. Det samme gjelder fornyelse av bygg for kvinne- og barneklinnikk og arealutvidelse for laboratorier og bildediagnostikk i Kristiansand. For å sikre at kortsiktige tiltak passer inn i en langsiktig utvikling, bør det snarest gjøres en analyse av eksisterende sykehusbyggs egnethet til fremtidig bruk.

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 har utfordret SSHF når det gjelder samhandling med kommunene. Det er gjensidig avhengighet mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet. Kvaliteten på samhandlingen definerer i stor grad kvaliteten på pasientbehandlingen. Både gjennom høringsuttalelser og involvering underveis er det pekt på områder og prosesser hvor involvering og kommunikasjon ikke har vært godt nok ivaretatt. Direktøren ser betydningen av å styrke relasjonene til kommunene og vurderer nært samarbeid, tett kommunikasjon og bred involvering som helt avgjørende for å lykkes med det videre arbeidet med Utviklingsplan 2030. Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) og gjeldende samarbeidsavtaler vil være viktige elementer i dette arbeidet. Det vil også være viktig å sikre at fastlegene blir godt representert i den fremtidige samhandlingen. Oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste antas å fortsette, men denne utviklingen må foregå i godt organiserte prosesser mellom sykehus og kommuner. Det må arbeides strukturert og målrettet for å utvikle gode pasientforløp.

Utviklingsplanen beskriver store fremtidige endringer som vil kreve omfattende organisasjonsutvikling og stiller store krav til både ledere og medarbeidere. Arbeidet med utviklingsplanen har skapt usikkerhet internt i organisasjonen. Mange ansatte identifiserer seg i stor grad med egen avdeling, sin yrkesgruppe eller "sitt" sykehus. Hvis beslutning om fremtidig driftsmodell tar lang tid, kan det virke negativt inn på motivasjon, rekruttering og kompetanseutvikling. Det må settes inn konkrete tiltak for å motvirke dette.