

## Kvalitetssikring av Utviklingsplan 2030



På oppdrag fra: **Sørlandet sykehus HF**

Utarbeidet av: **Terramar AS, Hospitalitet AS og Oslo Economics AS**

Dato: **29. januar 2015**



## INNHold

<b>SAMMENDRAG OG SAMLET VURDERING .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>7</b>
1.1 Generelt om kvalitetssikring av sykehusprosjekter .....	7
1.2 Bakgrunn for Utviklingsplan 2030 .....	7
1.3 Arbeidsprosess kvalitetssikring .....	8
1.4 Oppbygning av denne rapporten .....	9
<b>2. DOKUMENTER, DOKUMENTSTRUKTUR OG INTERN SAMMENHENG.....</b>	<b>10</b>
<b>3. BAKGRUNN, MÅL OG MANDAT .....</b>	<b>11</b>
<b>4. PROSJEKTORGANISERING OG -GJENNOMFØRING .....</b>	<b>12</b>
4.1 Organisering .....	12
<b>5. METODER .....</b>	<b>13</b>
<b>6. SØRLANDET SYKEHUS I DAG .....</b>	<b>14</b>
6.1 Dagens virksomhet .....	14
6.2 Sentrale utfordringer.....	15
<b>7. FREMTIDIG VIRKSOMHET .....</b>	<b>17</b>
7.1 Samfunnsutvikling .....	17
7.2 Befolkningsutvikling .....	17
7.3 Teknologisk utvikling .....	17
7.4 Demografi og andre endringsdrivere .....	18
7.5 Aktivitet og kapasitetsbehov 2030, somatikk .....	18
7.6 Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030, psykiatri og avhengighetsbehandling .....	19
7.7 Private tjenesteleverandører .....	19
7.8 Kontorer .....	19
7.9 Forskning og utdanning .....	19
7.10 Kompetanse- og bemanningsbehov.....	19
<b>8. FREMTIDIG AREALBEHOV .....</b>	<b>20</b>
<b>9. DAGENS BYGG – TILSTAND OG MULIGHETER .....</b>	<b>21</b>
<b>10. DRIFTSMODELLER OG PRINSIPIELLE STRUKTURVALG.....</b>	<b>22</b>
<b>11. UTBYGGINGSSALTERNATIVER .....</b>	<b>24</b>
<b>12. ØKONOMISKE VURDERINGER.....</b>	<b>25</b>
12.1 Investeringskalkyle og usikkerhetsanalyse.....	25
12.2 Driftsøkonomi.....	25

12.3	Finansiering og økonomisk bærekraft.....	26
<b>13.</b>	<b>TILGJENGELIGHET, TRANSPORTANALYSER .....</b>	<b>28</b>
<b>14.</b>	<b>VURDERINGER OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>29</b>
14.1	Valget av vurderingskriterier .....	29
14.2	Beskrivelsen av vurderingskriteriene .....	29
14.3	Vurderingen av veivalgene .....	29
14.4	Anbefalingen .....	30
<b>15.</b>	<b>PROSESS OG TILTAK FREM MOT 2030 .....</b>	<b>32</b>

## SAMMENDRAG OG SAMLET VURDERING

### *Mandat for kvalitetssikring*

Terramar, Oslo Economics og Hospitalitet har på oppdrag fra Sørlandet sykehus HF (SSHF) gjennomført kvalitetssikring av *Utviklingsplan 2030*. Oppdraget er gjennomført i henhold til krav til ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten. Oppdraget er gjennomført i perioden 30. april 2014 til 29. januar 2015. Utviklingsplanen i sin endelige form forelå 5. januar 2015. Kvalitetssikringen er derfor i hovedsak gjennomført i januar 2015. Det er tidligere utarbeidet et notat med foreløpige funn, datert 31. juli 2014.

### *Utviklingsplanen beskriver den fremtidige spesialisthelsetjeneste og konsekvenser for bygningsmassen*

Utviklingsplanen redegjør for dagens situasjon for Sørlandet sykehus, både når det gjelder virksomheten og bygningsmassen. Videre gjøres det rede for fremtidige utfordringer, og det presenteres fremskrivninger for aktivitet og behovet for kapasitet. Fra dette utledes fremtidig arealbehov og nødvendige tiltak for nybygg og renovering. Utviklingsplanen presenterer tre alternative driftsmodeller for helseforetaket, og drøfter de prinsipielle strukturvalg som foretaket står overfor. Disse valgene vurderes, og det gis en anbefaling av hvilken modell som er best egnet for å møte fremtidige utfordringer og hvilke konsekvenser dette har for fremtidige sykehusbygg. Til slutt foreslås noen tiltak for å starte en utvikling i den retning som skisseres i planen. Veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter har ligget til grunn for arbeidet. Utviklingsplanen skal danne grunnlag for den konkrete planleggingen av senere investeringsprosjekter i SSHF.

### *Kvalitetssikrers vurdering av prosess og forankring*

Det er vår vurdering at prosessen som har ledet frem til Utviklingsplan 2030 i all hovedsak har vært god og at innholdet i planen i stor grad er i henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Der det foreligger svakheter, har vi vurdert om disse svakhetene er av en slik karakter at de rokker ved utviklingsplanens hovedkonklusjoner. Vi har kun vurdert det foreliggende materiale, og ikke foretatt selvstendige analyser.

Når det gjelder organisering av prosessen har veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter i liten grad klare føringer for hvordan en utviklingsplanprosess bør gjennomføres. En vurdering av prosessen vil derfor i liten grad ta utgangspunkt i veilederen, men heller i erfaringer fra andre krevende omstillingsprosesser. Vårt hovedinntrykk, beskrevet i notatet fra 31. juli i fjor, var: «*Hovedinntrykket er at det har vært gjennomført en god prosess i arbeidet med utviklingsplan for SSHF, men at deler av prosessen likevel kunne ha vært annerledes. Informasjonen har vært god, involveringen har vært bred, og det er gitt mulighet for at alle synspunkt skal komme frem i lyset. I den grad man skal være kritisk, kan det anføres at man i noen grad har latt involvering gå på bekostning av styring. Det kan være uheldig at prosessen blir forholdsvis lang, og det kan være uheldig at forskjellige grupper endrer sin sammensetning etter hvert som sykehuset imøtekommer forskjellige ønsker om økt involvering. Et fokus på konsensus kan også ha medført at noen deler av prosessen har blitt mer krevende enn de ville ha blitt dersom man tillot uenighet å komme til overflaten på et tidligere tidspunkt, og tok beslutninger ved hjelp av flertall eller ved å eskalere til styringsgruppe eller foretakets ledelse.*»

Det har i etterkant ikke fremkommet forhold som endrer dette hovedinntrykket. Vurderingen av prosessen som fremkommer i vårt notat om foreløpige funn gjelder derfor fortsatt.

### *Utviklingsplanens beskrivelse av hovedutfordringer og anbefaling støttes*

Utviklingsplanen gir en grundig dokumentasjon av at dagens sykehusbygg hverken funksjonelt eller teknisk tilfredsstillende de fremtidige behov for spesialisthelsetjenester på Sørlandet. Dette er forankret i analyser av forventet samfunnsutvikling, befolkningsutvikling, teknologisk utvikling og andre endringsdrivere, forventede kapasitetsbehov innen somatikk og psykiatri, ønsket utvikling av samarbeidet med kommunene og primærhelsetjenesten, bruk av private tjenesteleverandører, forskning og utdanning, samt kompetanse-

og bemanningsbehov. Det foreligger analyser av reisetid og fremtidige transportbehov, vurderinger av samfunnskONSEKVENSER og risiko- og sårbarhetsanalyser.

Anbefalingen om å arbeide i retning av driftsmodell 2, med ett hovedsykehus og to nærsykehus, synes i all hovedsak å være godt fundert i det foreliggende materialet. Det kan likevel diskuteres om vurderingen av beredskap og tilgjengelighet, som er utslagsgivende for valget av modell 2 fremfor 3, kunne vært drøftet mer inngående. Etter vårt syn er anbefalingen i kombinasjon med de foreslåtte tiltak der det skisseres prosesser både internt i helseforetaket og med kommunene, et godt grunnlag for å utvikle SSHF videre.

Utviklingsplanen legger opp til en vesentlig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Slike prinsipielle strukturvalg kan oppleves som kontroversielle, fordi de så sterkt berører primærhelsetjenesten og kommunenes økonomi. Selv om det argumenteres godt for at disse strukturvalgene bør gjennomføres, er det viktig å understreke at dette må skje over tid gjennom nært samarbeid med andre berørte aktører.

Utviklingsplanen kunne i større grad definert og beskrevet målene med helseforetakets virksomhet. Slik planen nå foreligger, er disse målene generelt formulert og dermed i liten grad egnet som styringsverktøy. De vurderingskriterier som er benyttet for å vurdere driftsmodeller og strukturvalg synes å være hensiktsmessig, men de er ikke utledet fra SSHFs mål. SSHF bør derfor arbeide videre med å klarlegge virksomhetsmålene.

#### *Usikkerhet knyttet til areal, kostnadsnivå og økonomisk bærekraft*

Det knytter seg betydelig usikkerhet til enkelte forutsetninger for de økonomiske analysene i utviklingsplanen. I investeringskalkylene er det usikkerhet knyttet til både areal og kostnadsnivå. Arealusikkerhet knytter seg særlig til inkonsistenser i utviklingsplanen om behov for areal, mens det for investeringskostnader (rehabilitering) er usikkerhet om referanseprosjektet har tilstrekkelig overføringsverdi til SSHF. Det knytter seg også betydelig usikkerhet til bærekraftsanalysene. Her er det først og fremst usikkerhet knyttet til SSHFs andel av fremtidig økonomisk vekst for helsesektoren, men det knytter seg også usikkerhet til at utviklingsplanen ikke ser på bærekraft for investeringer og aktivitetsvekst under ett.

Fremstillingen av dagens situasjon og aktivitetsfremskrivningene er omfattende og grundige, men det kan oppleves som om utviklingsplanen er litt lite fokusert rundt hva som er de prosjektløsende behovene. Det skilles i liten grad mellom viktige og mindre viktige utviklingstrekk, og en del diskusjoner blir på et vel generelt nivå. Dette siste gjelder særlig for kvalitet, som er et svært viktig tema, uten at tydeliggjøres hvilke konkrete kvalitetsutfordringer SSHF står overfor og hvordan disse eventuelt kan adresseres.

Beregningen av fremtidig arealbehov er mangelfull i den forstand at den i liten grad er etterprøvable, og det er krevende å se sammenhengen mellom kapasitetsberegning og arealberegning. Det er heller ikke enkelt å følge tråden videre fra arealberegningen til de foreslåtte fysiske løsninger. Til dels er det inkonsistens mellom selve utviklingsplanen og underliggende dokumenter når det gjelder arealbehov.

#### *Oppdateringer i tråd med nasjonal helse- og sykehusplan*

For at SSHF skal kunne bevege seg i den retning som indikeres i utviklingsplanen, må det gjøres et omfattende arbeid der det involveres bredt. Det er skissert noen slike gode prosesser i utviklingsplanen, og vi anbefaler at SSHF arbeider videre slik det foreslås. Det ville vært fordelaktig om tiltakene som omtales i utviklingsplanen, både av organisatorisk og bygningsmessig art, hadde blitt samlet og knyttet til en tidslinje, der også avhengigheter mellom tiltakene fremgår.

Vi ser det som positivt at utviklingsplanen skal oppdateres ved fremleggelse av nasjonal helse- og sykehusplan i 2015. Vi anbefaler at SSHF da også vurderer de forhold vi har påpekt. I påvente av dette er det likevel vår oppfatning at utviklingsplanen slik den foreligger kan tjene som et beslutningsgrunnlag for valg av driftsmodell og igangsetting av de prosesser som er beskrevet.

## 1. INNLEDNING

### 1.1 Generelt om kvalitetssikring av sykehusprosjekter

Kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) ble vedtatt innført gjennom behandlingen av St.prp. nr. 1 (2010-2011). Formålet med KSK er å kvalitetssikre investeringer i de regionale helseforetakene på en tilsvarende måte som i den statlige KS1-ordningen.

Det er utarbeidet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, sist revidert i 2011 (Helsedirektoratet IS-1369). Denne veilederen ligger til grunn for tidligfaseplanleggingen og for kvalitetssikringen. Veilederen definerer KSK slik: *Kvalitetssikringen konseptvalg (KSK) er en uavhengig aktivitet som utføres med eksterne ressurser og skjer på grunnlag av konseptrapporten. Det er ikke påkrevet å gjennomføre KSK for prosjekter med forventet prosjektkostnad på mindre enn 500 MNOK.*

KSK skal gjennomføres i henhold til *Kravspesifikasjon for rammeavtale for levering av ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Denne kravspesifikasjonen inneholder konkrete og detaljerte krav til hva som skal inngå i kvalitetssikringen. Overordnet er oppgaven å sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivaretatt overordnede krav (målhierarki, bredde i utredninger av alternativ, riktige prioriteringer og økonomisk bæreevne), men også spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbudet, forholdet til samhandlingsreformen, beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten.

KSK er lagt opp slik at kvalitetssikrer kun skal kvalitetssikre fremlagt dokumentasjon, det vil si at det ikke gjennomføres selvstendige analyser.

Det er ikke stilt krav til ekstern kvalitetssikring av utviklingsplaner. Det er likevel gjennomført slik kvalitetssikring i noen tilfeller, helt eller delvis, for eksempel for Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Det vil være naturlig at en kvalitetssikring av en utviklingsplan følger de samme metoder og gjør de samme kontroller som i en KSK, det vil si at både innhold og prosess vurderes, og at veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter ligger til grunn.

### 1.2 Bakgrunn for Utviklingsplan 2030

Helse- og omsorgsdepartementet har et styringssystem der det kreves at større investeringsprosjekter skal være forankret i en utviklingsplan. På denne måten sikrer man et helhetlig, langsiktig perspektiv på investeringene.

Sørlandet sykehus HF (SSHF) har per nå ingen utviklingsplan. SSHF har operert med rullerende tre-årige strategiplaner, men har ikke tidligere gjennomført noen prosess for å se på langsiktige utviklingstrekk knyttet til virksomhet og bygg.

SSHF har behov for å oppgradere bygningsmassen betydelig i nær fremtid. Det er derfor nødvendig for foretaket å ha en utviklingsplan. Men utviklingsplanprosessen er ikke initiert kun på bakgrunn av krav fra eier, men også fordi SSHF ønsker å være proaktive gjennom å analysere drivkrefter og utarbeide planer for en helhetlig, langsiktig utvikling av virksomheten.

SSHFs styre vedtok i oktober 2012 et mandat for arbeidet med utviklingsplanen. Der heter det blant annet: *Prosjektet skal utarbeide et forslag til en helhetlig, langsiktig utviklingsplan for SSHF i samsvar med Helsedirektoratets veileder. Nasjonale og regionale helsepolitiske strategier og planer er overordnede*

*føringer, og utviklingsplanen skal bygge på disse. Utviklingsplanen skal danne grunnlag for foretakets neste tre-årige strategiplaner (2015-2017 etc.)*

## 1.3 Arbeidsprosess kvalitetssikring

### 1.3.1 Mandat

Kvalitetssikrer har fått i oppgave av SSHF å kvalitetssikre både innholdet i utviklingsplanen og prosessen med å utarbeide planen. Oppdraget skal gjennomføres i tråd med kravspesifikasjonen for ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten i Norge. Denne kravspesifikasjonen omhandler i utgangspunktet kvalitetssikring av konseptrapporter, men gir også noen føringer som er relevante for vår kvalitetssikring av utviklingsplanen. Mest sentral er følgende formulering:

*Ekstern kvalitetssikrer skal til enhver tid forholde seg til gjeldende veileder og krav til hvilke dokumenter som skal foreligge. Det presiseres videre at den eksterne kvalitetssikring i utgangspunktet skal være en ren kvalitetssikring av foreliggende dokumentasjon, og at det ikke forutsettes gjennomført egne analyser i regi av ekstern kvalitetssikrer. Alle relevante analyser, herunder sensitivitets- og risikoanalyser, forutsettes gjennomført i konseptvalgutredningen.*

### 1.3.2 Dokumenter til kvalitetssikring

SSHF har fremlagt følgende dokumenter til kvalitetssikring:

- Utviklingsplan SSHF 2030
- Vedlegg 01: Prosjektmandat
- Vedlegg 02: Organisering og deltakere i prosjektet
- Vedlegg 03: Teknologirapport SSHF 2030
- Vedlegg 04: Tillegg til teknologirapport SSHF 2030
- Vedlegg 05: Pasientforløp somatikk SSHF
- Vedlegg 06: Pasientforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Vedlegg 07: Delrapport bygg og infrastruktur
- Vedlegg 08: Økonomiske vurderinger av ulike scenarier
- Vedlegg 09: Tilgjengelighetsanalyser dagens transportnettverk og befolkning
- Vedlegg 10: Tilgjengelighetsanalyser befolkning og transportnettverk 2030
- Vedlegg 11: Tilgjengelighetsanalyser dagens befolkning og transportnettverk for utrykning
- Vedlegg 12: Tilgjengelighetsanalyser befolkning og transportnettverk for utrykning 2030
- Vedlegg 13: Samfunnsmessig konsekvensanalyse
- Vedlegg 14: ROS-analyse
- Vedlegg 15: Kapasitetsutfordringer på spesielle områder frem mot 2030
- E-post med fire dokumenter; memo kalkulasjonsnotat, videreført areal, areal videreført SSHF dagens lokasjoner, og oversikt over arealbehov videreført og nybygg modell 1-3

### 1.3.3 Tidsplan for oppdraget

Arbeidet ble påbegynt med oppstartsmøte i Kristiansand 30. april 2014. Det ble levert et notat med foreløpige funn 31. juli 2014<sup>1</sup>. SSHF omarbeidet deler av utviklingsplanen med vedlegg, og fremla nye versjoner for kvalitetssikring 5. januar i år. 25. januar ettersendte SSHF fire dokumenter som gir bakgrunn for beregningene av investeringskostnader. Kvalitetssikringsarbeidet ble avsluttet med leveranse av endelig rapport 29. januar 2015.

---

<sup>1</sup> Foreløpige funn kvalitetssikring av utviklingsplan. Memo fra Terramar, Hospitalitet og Oslo Economics til Sørlandet sykehus HF v/organisasjonsdirektør, 31/7 2014



### 1.3.4 Intervjuer/samtaler

Det er gjennomført flere intervjuer i løpet av prosjektet. Følgende virksomheter har blitt intervjuet:

- SSHF sentralt
- SSHF Arendal sykehus
- SSHF Flekkefjord sykehus
- SSHF Kristiansand sykehus
- SSHF prosjektorganisasjonen
- Knutepunkt Sørlandet-kommunene
- Lindesneskommunene
- Listersamarbeidet-kommunene samt Sokndal og Lund
- Setesdalskommunene
- Østre-Agder-kommunene

I disse intervjuene har det vært bred representasjon, slik at representanter for brukere, ansatte, ledelse og politikere er blitt hørt.

I tillegg er det sendt henvendelser til fylkeskommunene om mulig intervju, men disse har ikke sett noe behov for å bli intervjuet.

Intervjuene er blitt gjennomført i perioden 10-13. juni 2014. Intervjuene omhandlet både innholdet i utviklingsplanen og prosessen med utarbeidelse av utviklingsplanen.

### 1.3.5 Øvrig dokumentasjon

Informantene er gitt mulighet til å fremlegge dokumentasjon som de opplever som relevant for saken. Det er fremlagt en rekke medieoppslag, samt møtereferater og forskningsrapporter. Disse er blitt gjennomgått av kvalitetssikrer.

### 1.3.6 Uavhengighet

De vurderinger og analyser som fremkommer i denne rapporten reflekterer kvalitetssikrers oppfatning av utviklingsplanen, og har ikke vært gjenstand for påvirkning fra oppdragsgiver eller andre berørte aktører.

## 1.4 Oppbygning av denne rapporten

Vi vil i det følgende først vurdere om utviklingsplanen har det innhold som er forventet basert på veileder for tidligfaseplanlegging. Deretter vil vi gå gjennom kapittel for kapittel i utviklingsplanen og kommentere forhold som er mangelfullt drøftet eller dokumentert samt eventuelle faktafeil og logiske feil. I tillegg kvalitetssikrer vi prosessen som har ledet frem til utviklingsplanen.

## 2. DOKUMENTER, DOKUMENTSTRUKTUR OG INTERN SAMMENHENG

I dette kapitlet vurderer vi den fremlagte utviklingsplanen på et overordnet nivå, for å se om rapporten inneholder de elementer man vil vente å finne i en utviklingsplan. Vi tar da utgangspunkt i veilederens vedlegg 1, som viser et eksempel på hvilke punkter som kan inngå i en utviklingsplan, samt våre egne erfaringer med hva som gjør en utviklingsplan egnet som planleggingsverktøy.

Veilederen er ment å være et eksempel, så det er ikke nødvendigvis slik at alle elementer er nødvendig å ha med i alle utviklingsplaner. Det er antagelig likevel slik at denne listen gir et godt utgangspunkt for å vurdere hva som er nødvendig å ha med.

Utviklingsplanelement	Omtalt?	I hvilket dokument?
<b>Beskrivelse av bakgrunn, mål, mandat, prosess og metode for arbeidet</b>		
Bakgrunn, hensikt og mål	Ja	Utviklingsplan kap. 2
Prosess og metode	Ja	Utviklingsplan kap. 3 og 4
Strategiske premisser og avklaringer	Ja	Utviklingsplan kap. 2
<b>Beskrivelse av dagens og fremtidens virksomhet og aktivitet og fremtidig kapasitet og arealbehov</b>		
Overordnet beskrivelse av virksomheten, tjenestene	Ja	Utviklingsplan kap. 5
Nåsituasjon for sykehusfunksjonene og for de andre virksomhetsområdene, spesielle behov og problemer	Ja	Utviklingsplan kap. 5
Organisering, bemanning, drift	Ja	Utviklingsplan kap. 5
Befolkningsutvikling	Ja	Utviklingsplan kap. 6
Fremtidig situasjon for sykehusfunksjonene og de andre virksomhetsområdene, spesielle behov og problemer	Ja	Utviklingsplan kap. 6
Utnyttelsesgrader og arealstandarder	Ja	Utviklingsplan kap. 7
Fremtidig rombehov og arealbehov	Ja	Utviklingsplan kap. 7
<b>Beskrivelse av byggenes tilstand og plan for utvikling av bygningsmassen</b>		
Nåtilstand: teknisk, funksjonell egnethet, tilpasningsevne, eierforhold, reguleringsforhold, krav til vern og bevaring	Ja	Utviklingsplan kap. 8
Plan for utvikling av bygningsmassen: Miljøhensyn, energikrav, universell utforming, teknisk oppgradering, ombygging, påbygg, nybygg; alternative løsninger, infrastruktur, utomhus	Ja	Utviklingsplan kap. 8
<b>Beskrivelse av tiltakene for videre utvikling av virksomhet og bygg</b>		
Sammenheng virksomhet og bygg, alternativer og anbefalte løsninger	Ja	Utviklingsplan kap. 10 og 13
Avhengigheter mellom prosjektene, utbyggingsetapper og i tid	Tildels	Utviklingsplan kap. 10 og 11
Investeringskostnader, etappevis og samlet	Ja	Utviklingsplan kap. 11
Gevinstrealisering, driftsøkonomiske effekter og økonomisk bæreevne	Ja	Utviklingsplan kap. 11 og 14

Som tabellen over viser, er de fleste områder dekket i utviklingsplanen med vedlegg. Slik sett spenner utviklingsplanen over de temaer som anbefales i veilederen.

Organiseringen av dokumentene er ryddig, med utviklingsplanen som overbyggingsdokument for øvrige dokumenter. Vi har ikke funnet vesentlig omfang av intern motstrid mellom forskjellige dokumenter i dokumentporteføljen.

I det etterfølgende kvalitetssikrer vi hvorvidt innholdet i hvert kapittel er bygget opp på en god måte, med intern logikk og hensiktsmessig metodebruk.

### 3. BAKGRUNN, MÅL OG MANDAT

Bakgrunn, mål og mandat for arbeidet med utviklingsplanen er presentert i kapittel 2, og kapitlet inneholder beskrivelse av:

- Overordnede mål for Sørlandet sykehus HF
- Bakgrunn for prosjektet
- Mål for planarbeidet
- Mandat og strategiske føringer

Bakgrunnen for arbeidet med utviklingsplanen er forventningen om betydelig endring av befolkningen og dens etterspørsel etter helsetjenester i årene fremover, samt behovet for å oppgradere bygningsmassen.

Det er gitt en god beskrivelse av bakgrunnen for prosjektet, mandatet for arbeidet og de strategiske føringene for prosjektet. Det fremgår at utviklingsplanen skal være et forslag til en helhetlig, langsiktig plan slik at SSHF i fremtiden kan dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Planen omfatter både virksomheten og bygningsmassen.

Veileder for *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* omtaler målhierarkiet for en konseptfase, og det fremgår av krav til ekstern kvalitetssikring at det må sikres at målhierarkiet/-strukturen er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generell til å være operasjonelt. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteiende helseforetak. Det er ikke beskrevet hvilke krav som bør settes til målhierarkiet i en utviklingsplan, men vi har benyttet nevnte krav til mål fra veilederen, samt Finansdepartementets veileder om målstruktur og målformuleringer<sup>2</sup> som utgangspunkt for å vurdere målene.

Målhierarkiet i utviklingsplanen er delt opp i overordnet mål, effektmål og resultatmål. Det **overordnede målet** for prosjektet har vært å utarbeide et solid beslutningsgrunnlag for en langsiktig utviklingsplan for SSHF, i henhold til mandatet og i samsvar med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Følgende **effektmål** er oppgitt:

- *“Utviklingsplanen skal sikre at SSHF også i fremtiden kan tilfredsstillere 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 som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i forhold til en helhetlig utvikling.”*

Under **resultatmål** er det oppgitt at det skal leveres en sluttrapport som redegjør for flere punkter.

Det overordnede målet med utviklingsplanen og effektmålene er generiske og lite målbare, i tillegg til at de er en kombinasjon av mål for arbeidet med utviklingsplanen og virksomheten i sin helhet. Hensikten med mål er i forkant å presisere hva man vil oppnå, og i etterkant å kunne kontrollere i hvilken grad en har greid det. Det må således være en klar sammenheng mellom behov, mål og effekter, slik at en kan lykkes med de tiltak som igangsettes. I evalueringen av alternative driftsmodeller er det benyttet fem kriterier; faglig kvalitet, helhetlig pasientforløp, samfunn, tilgjengelighet, økonomi. Vi savner en drøfting av sammenhengen mellom behovene, kriteriene og de strategiske målene som SSHF ønsker å oppnå i et 2030-perspektiv. En slik drøfting er f.eks. gjort i utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet<sup>3</sup>. Vi anbefaler derfor at målene videreutvikles i arbeidet med versjon 2 av utviklingsplanen.

---

<sup>2</sup> Finansdepartementet, Veileder nr. 10. Målstruktur og målformulering, versjon 1.1, utkast, datert 28.4.2010

<sup>3</sup> Sykehuset Innlandet HF, Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet, For fremtidens pasienter, versjon 1.2

## 4. PROSJEKTORGANISERING OG -GJENNOMFØRING

### 4.1 Organisering

Utviklingsplanen redegjør godt for hvordan arbeidet med utviklingsplanen har vært organisert. Organisasjonskartet for prosjektet er vist og det er en gitt en beskrivelse av hovedelementene i organiseringen; styringsgruppe, prosjektledelse, eksterne rådgivere, arbeidsgrupper, og referansegrupper.

Det har vært gjennomført en prosess som har gått over lang tid, og som har omfattet en rekke grupper, og representanter fra både SSHF, brukere og kommuner, samt eksterne rådgivere. I revidert utviklingsplan er det inkludert kapitler om gjennomført høring og om utfordringer knyttet til prosessen.

Vi ble i oppstartsmøtet i april 2014 bedt om å vurdere prosessen med utarbeidelsen av utviklingsplanen. Våre vurderinger knyttet til prosessen ble beskrevet i vårt notat om foreløpige funn, datert 31. juli 2014. Oppsummeringen i dette notatet er som følger:

*«Hovedinntrykket er at det har vært gjennomført en god prosess i arbeidet med utviklingsplan for SSHF, men at deler av prosessen likevel kunne ha vært annerledes. Informasjonen har vært god, involveringen har vært bred, og det er gitt mulighet for at alle synspunkt skal komme frem i lyset. I den grad man skal være kritisk, kan det anføres at man i noen grad har latt involvering gå på bekostning av styring. Det kan være uheldig at prosessen blir forholdsvis lang, og det kan være uheldig at forskjellige grupper endrer sin sammensetning etter hvert som sykehuset imøtekommer forskjellige ønsker om økt involvering. Et fokus på konsensus kan også ha medført at noen deler av prosessen har blitt mer krevende enn de ville ha blitt dersom man tillot uenighet å komme til overflaten på et tidligere tidspunkt, og tok beslutninger ved hjelp av flertall eller ved å eskalere til styringsgruppe eller foretakets ledelse.»*

Det har i etterkant ikke fremkommet forhold som endrer dette hovedinntrykket. Vurderingen av prosessen som fremkommer i vårt notat om foreløpige funn gjelder derfor fortsatt.

SSHF har høsten 2014 gjennomført en høringsrunde, og det er mottatt i alt 82 høringsuttalelser. Utviklingsplanen med vedlegg oppsummerer sentrale punkter fra høringsuttalelsene. Vi synes også det er gitt en ryddig beskrivelse av de utfordringer som har vært i arbeidet med utviklingsplanen.

## 5. METODER

I henhold til veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal en utviklingsplan bestå av to delplaner; en virksomhetsmessig plan og en bygningsmessig plan. Den virksomhetsmessige planen kan være et frittstående strategisk dokument, som beskriver helseforetakets nå-situasjon samt fremtidige behov. Noen av behovene vil kreve en endring i eksisterende bygningsmasse, og utviklingsplanen skal derfor knytte virksomhet og bygningsmasse sammen.

Den virksomhetsmessige planen skal bygge på overordnede strategiske planer, som nasjonale og regionale strategier, samt fagplaner og beregninger av fremtidig kapasitetsbehov på HF- eller RHF-nivå. Den bygningsmessige planen skal bygge på den virksomhetsmessige og adressere de utfordringer virksomheten står overfor som skyldes eksisterende bygningsmasse.

SSHF har illustrert sitt utviklingsarbeid som en sekvensiell prosess, og har ivaretatt hensikten beskrevet over ved at byggutvikling kobles mot virksomhetsutviklingen sent i prosessen.

Det som savnes i beskrivelsen av prosessen, er forankringen av overordnede planer og strategier inn i arbeidet med utviklingsplanen. Det kan synes som om arbeidet begynte «rett på», med fremskrivning, omstilling og effektivisering, pasientforløp og så videre, for på den måten å kartlegge befolkningens behov i fremtiden.

Utover det overordnede nivået som er beskrevet over, inneholder veilederen få føringer på hvilke metoder som skal benyttes i arbeidet med en utviklingsplan. Det stilles imidlertid konkret krav om at «Klassifikasjonssystem for sykehusbygg» skal brukes ved beskrivelse av kapasitet, funksjoner og rom i byggene. Dette er ivaretatt i utviklingsplanen.

Videre presenterer planen i all hovedsak en grundig beskrivelse av metoder som er benyttet i arbeidet. Hovedpunktene i beskrivelsen er:

- Datagrunnlag
- Fremskrivningsmodell
- Transportanalyser
- Økonomianalyser
- Vurdering av kompetanse- og behandlingsbehov
- Vurdering av bygg og infrastruktur
- Kriterier for vurdering av alternative driftsmodeller

I kap 4.5 er det listet opp en rekke forutsetninger/rammebetingelser. Det fremkommer ikke hvordan disse er benyttet i analysene, eller konsekvensene dersom forutsetningene ikke viser seg gyldige.

Det foreligger to delrapporter som ikke er beskrevet i metodekapittelet; Samfunnmessige konsekvenser og ROS-analyse.

I hvilken grad valg av metoder er hensiktsmessig, vil bli kommentert senere i rapporten under hvert enkelt kapittel.

## 6. SØRLANDET SYKEHUS I DAG

Kapittel 5 i utviklingsplanen gir en oversikt over dagens virksomhet, lokaliseringer og organisering. Det vises et helseforetak med relativ stor spredning av sin virksomhet, både innen somatikk og psykiatri, og en bygningsmasse som trenger vedlikehold og utvikling. Videre gis en oversikt over helseforetakets utfordringer i dag og hvilke prosesser de ser for seg at de må fortsette å jobbe med eller prosesser de bør starte opp for å kunne løse fremtidens utfordringer.

I kapittel 5.1.3 vises det til gjeldende strategiplan for Sørlandet sykehus. Denne løfter frem fem strategiske satsningsområder. Blant annet Kvalitet og pasientsikkerhet og Kultur for helhet. Det skrives lite i kapitlet «Sørlandet sykehus i dag» om hva kvalitet er. Det vises til hva SSHF skal og bør gjøre, ikke så mye hva de gjør. Det er heller ikke tydelig omtalt hvordan kultur for helhet skal oppnås. Vi mener dette med fordel kunne vært tatt med som egne moment ved beskrivelse av virksomheten.

### 6.1 Dagens virksomhet

Utviklingsplanen viser at SSHF i all hovedsak er et veldrevet og kostnadseffektivt foretak, både for somatikk og psykiatri. Befolkningen får over 91% av sine spesialisthelsetjenester dekket av SSHF.

Innen somatikk har SSHF ifølge utviklingsplanen lav liggetid sammenliknet med landet for øvrig. Det vises mange tabeller for å tydeliggjøre dette. Det understrekes også at det er store ulikheter i befolkningens forbruk av somatiske tjenester, spesielt ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) og Sørlandet sykehus Arendal (SSA). For området som sogner til Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK) er tendensen lavere enn landsgjennomsnittet. Det er imidlertid usikkert om forbruksratene er korrigert for alders- og kjønnsfordeling i befolkningen.

Innen psykiatri og avhengighetsbehandling har sykehuset et godt utbygd tilbud til befolkningen. Forbruket av tjenester i befolkningen ligger over landsgjennomsnittet, innen rusomsorg ligger landsdelen ca 40 % over landsgjennomsnitt. Innen voksenpsykiatri dekker SSHF 85% av det polikliniske tilbudet. Helseforetaket har åtte lokalisasjoner under de 4 DPS-ene spredt i begge fylkene.

I kapitlene om somatikk og psykiatri fremvises mange figurer for å sammenlikne SSHFs virksomhet med andre HF. Med en slik omfattende, uprioritert informasjonsmengde blir det krevende å skille det som er viktig fra det som er mindre viktig. Teksten og figurene kunne med fordel vært spisset slik at det fremgikk tydeligere hva som er de største utfordringene SSHF står overfor.

SSHF er en av landsdelens største arbeidsplasser, de har lav turnover, lite sykefravær og generelt fornøyde arbeidstakere.

Sykehuset har et godt utviklet samarbeid med universitetsmiljøet. Dette er viktig tatt i betraktning at SSHF karakteriserer utdanning av spesialister innen alle fagfelt som en av sine hovedoppgaver. Dette kommer frem flere steder i rapporten.

Rapporten beskriver et godt samarbeid mellom de ulike sykehusene i SSHF og kommunene, de har opprettet diverse utvalg og samhandler godt med primærhelsetjenesten. Denne nåsituasjonsbeskrivelsen av rekruttering og samarbeid står til dels i sterk kontrast til senere kapitler som beskriver utfordringer med rekruttering av spesialister, vanskelige samarbeidsforhold i regionen og store utfordringer med kommunikasjon.

I kapitlet om pasientmobilitet forsøkes det en visualisering av fordelingen av pasienter regionsvis og deres bruk av de ulike sykehusene innen SSHF. I all hovedsak fordeles dette med 50% på SSK, 25% på SSA og de siste 25% fordeles på SSF og andre sykehus utenfor regionen. Dette gir et greit bilde av situasjonen og er med på å underbygge konklusjonen i rapporten.

I kapittel 5.4 og 5.5 vises aktivitet og kapasitet for somatikk og psykiatri / rusbehandling i tidsperspektivet 2011/2014. Her fremkommer at foretaket har utfordringer når det gjelder fordelingen av tjenester og senger ved de ulike lokalisasjonene. For eksempel når det gjelder intensivsenger, er ikke sengene der behovet er. SSA har flere enn de trenger, SSK færre. Når det gjelder operasjoner og dagkirurgi har landsdelen relativt lav overføring av tjenester til dagkirurgi. De har også lav benyttelse av obs-senger.

SSHF har i dagens situasjon samlet sett overkapasitet på senger, poliklinikkrom og dagplasser.

Det er vanskelig å definere kapasitetsbehov for kliniske støttefunksjoner som lab og billediagnostikk. Det ville vært en ide å vise frem maksimalt antall undersøkelser per modalitet (eller normerte antall undersøkelser) som et sammenligningsgrunnlag.

## 6.2 Sentrale utfordringer

Kapittel 5.7 i utviklingsplanen omhandler SSHFs utfordringer på kort og lang sikt, og er på mange måter selve grunnlaget for at utviklingsplanen kan fungere som verktøy for en ønsket utvikling. Her omtales utfordringer som gjelder:

- Vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygninger, hovedsakelig i Kristiansand,
- Misforholdet mellom behov og muligheter på den ene siden og økonomi og andre rammebetingelser på den andre siden
- Kommunikasjon
- Sentralisering versus desentralisering av tjenester

Det beskrives at det stilles strenge krav til kvalitet, kompetanse og rekruttering. Det ville være naturlig å ha med en beskrivelse av kvalitet som et punkt under sentrale utfordringer. Kvalitet er ikke tydelig beskrevet som en del av virksomhetsbeskrivelsen, og det er uklart hvorvidt dagens kvalitet er lavere enn ønsket for SSHF, og i så fall innenfor hvilke områder.

Innen psykiatri og rusbehandling ligger landsdelen over landsgjennomsnittet på flere områder, bl.a. med høy akuttinnleggelse (30-35%) og bruk av tvungen psykisk helsevern. Foretaket ønsker å dreie behandlingen mer fra døgnbehandling med innleggelse, til poliklinisk og ambulant virksomhet. Foretaket har utfordringer med samhandling med kommunene. SSHF mener deres bidrag til kompetansebygging i kommunene ikke er tilfredsstillende. Det påpekes et underdekket behov innen voldsrisikobehandling og det indikeres at SSHFs bidrag til samfunnsvern er for lavt. Kapasitet for langtids døgnbehandling antydes å ikke være tilfredsstillende. Innen alderspsykiatri antydes et økende behov på grunn av forventet befolkningsutvikling og at kapasiteten på utredning, diagnostisering og behandling vil være for lav. SSHF forespeiler seg selv en stor oppgave i årene fremover innen dette feltet. Innen barne- og ungdomspsykiatri er det polikliniske tilbudet godt, men her er det for få døgnplasser.

Rekruttering av spesialister er utfordrende innen psykiatri og foretaket ser at de må bidra sterkt for selv å utdanne disse i samarbeid med universitetene. I denne forbindelse understrekes behovet for robuste fagmiljø av en viss størrelse.

SSHF drifter tre parallelle somatiske sykehus, alle med fulle vaktordninger, akuttmottak og fødeavdeling. Det beskrives at tilbudene varierer mellom sykehusene og de ulike fag. Parallell drift på flere lokalisasjoner beskrives som utfordrende hva gjelder standardisering, lik kvalitet og helhetstenkning, med ulikheter i tilbud, prosedyrer, ventetid, forbruksmønster og henvisningspraksis. Foretaket ønsker å rette fokus mot at kvalitet avhenger av volum, hvilket vil ha konsekvenser for lokalisering av funksjonene.

Det ville være ønskelig med en oversikt over hvilke funksjoner som i dag utføres hvor (som tabell 3), også inndelt på beredskap (Ø-hjelp / elektiv).

Det er store forskjeller på bygningstilstanden ved de ulike sykehusene. Ved SSK hvor aktiviteten er størst, er kvaliteten på bygningsmassen lavest. Det beskrives i tillegg en tilstand ved SSK med underkapasitet på intensiv, intermediær, observasjon og isolat. Dette dreier seg om tilgang på areal og arealenes standard. Virksomheten har fått flere avviksmeldinger og det uttrykkes at virksomheten på intensiv og akuttmottak nærmer seg grensen for det medisinskfaglig forsvarlige.

SSHF har lange ventelister og flere fristbrudd innenfor elektiv kirurgi. Utviklingsplanen viser til flere forslag til utbedring på kort sikt, som vil være i tråd med utviklingsplanens ide.

De medisinske servicefunksjonene laboratoriefag og bildediagnostikk har hatt en kraftig vekst og har plassutfordringer og for lav kapasitet til å ta imot alle henvisninger.

Samlet sett synes det som om utviklingsplanen gir et hensiktsmessig inntrykk av utfordringsbildet for SSHF, både når det gjelder psykiatri og rusbehandling og somatikk. Det kunne ha styrket fremstillingen ytterligere dersom det i større grad ble drøftet hvilke utfordringer som er viktigst, og tidsperspektivet for endringsbehovet. Utfordringer knyttet til kvalitet i somatikken kunne også vært tydeligere beskrevet.

### 6.2.1 Kompetanse og rekruttering

Utviklingsplanen hevder at rekrutteringssituasjonen ved SSHF generelt sett er god. Dette gjentas flere steder i rapporten. Samtidig fremgår det at SSHF sliter med å rekruttere spesialister, både leger og sykepleiere. Dette er kritisk for et helseforetak. Utviklingsplanen henviser til erfaringer fra eget og andre helseforetak om hvordan man skal søke å løse denne utfordringen, og diskuterer flere punkter det bør ses nærmere på fremover:

- Større fagmiljøer, sammenslåing av enheter. Større fagmiljøer har lettere for å rekruttere spesialister enn små
- Bedre vaktordninger for leger, dagens beredskap opprettholdes mye på grunn av legers idealisme. Grunnet ulik tilgang på leger ved de tre sykehusene har SSHFs leger alt fra 3-delte til 12-delte vaktordninger
- Likestillingsperspektiv nevnes, vanskelig å rekruttere yngre leger som ønsker å kombinere jobb og familie
- Samarbeid med universiteter og høyskoler innen spesialistutdanning
- Oppgaveglidning/oppgaveforskyvning mellom yrkesgrupper; spesialopplært personell utfører oppgaver for en annen yrkesgruppe med høyere utdanning, for eksempel at sykepleiere overtar oppgaver leger tidligere har utført.

Det ville ha styrket fremstillingen om dagens rekrutteringssituasjon hadde blitt dokumentert, både knyttet til enkeltlokasjoner og enkeltprofesjoner. At knapphet på spesialister vil være utfordrende for helsesektoren i tiden fremover synes godt underbygget, og det er derfor viktig at SSHF fremsetter rekruttering som en sentral utfordring.

### 6.2.2 Teknisk infrastruktur

Sist i kapittel 5 beskrives utfordringer for IKT og bygninger. Dette er knapt presentert. De vedlagte teknologirapporter gir dypere innsikt i utfordringene på IKT-området, og dette kunne i noe større grad vært gjengitt i selve utviklingsplanen. Utfordringer med bygningsmassen behandles mer utførlig i utviklingsplanens kapittel 8.

Når SSHF arbeider videre med tiltak, er det viktig at IKT får en sentral plass. Gode IKT-systemer er en forutsetning for å lykkes med god og effektiv pasientbehandling, og gode IKT-systemer kan understøtte omstillingsprosesser.



## 7. FREMTIDIG VIRKSOMHET

Kapittel 6 i utviklingsplanen inneholder både en generell diskusjon av utviklingstrender, og en mer spesifikk gjennomgang av resultatene av fremskrivningen av aktivitet og beregning av fremtidig kapasitetsbehov. Det kunne vært fordelaktig med et tydeligere skille her, slik at ett kapittel diskuterer mulig fremtidig utvikling og konsekvenser av denne for fremtidig behov for helsetjenesten, og et annet kapittel tar for seg fremskrivning av aktivitet og beregning av fremtidig kapasitetsbehov.

Metoden og forutsetningene for og beskrivelse av leddene i fremskrivningsmodellen er bedre strukturert og forklart i «vedlegg 5: Pasientforløp somatikk 2030». Man kunne med fordel forenklet kapittelet om fremtidig virksomhet i utviklingsplanen og isteden benyttet struktur og rekkefølge for analysen fra vedleggene om pasientforløp.

I kapittelet presenteres fremskrivning ulikt for somatiske helsetjenester og psykiatri, rus og avhengighetsbehandling. Fremskrivningsmodellen er likevel lik for disse fagområdene, og noen av grunnlagsforutsetningene som for eksempel befolkningsfremskrivning beskrives både i den generelle delen av kapitlet og under den spesifikke delen som omhandler psykisk helse og rusbehandling.

### 7.1 Samfunnsutvikling

I innledningen av kapittel 6 beskrives generelle trekk ved fremtidig utvikling, men teksten bærer preg av at den i stor grad beskriver nåsituasjonen i stedet for å diskutere trender og utviklingstrekk. Innholdet i kapittelet kan se noe ustrukturert ut, og inneholder en generell og overordnet beskrivelse av både næringsliv, levekår, bypolitikk og samhandling i opptaksområdet uten at det kommer tydelig frem hvordan disse temaene påvirker fremtidig behov for helsetjenester.

### 7.2 Befolkningsutvikling

Her ville det vært nyttig å se befolkningsveksten fordelt etter de tre sykehusenes opptaksområde. Dette gjelder både for befolkningsveksten totalt og befolkningsveksten for den eldste delen av befolkningen.

Under kapittelet med fremskrevet kapasitetsbehov 2030, psykiatri og avhengighetsbehandling, finnes det også et kapittel som heter «befolkningsutvikling». Måten man fremskriver aktivitet rent demografisk vil være likt for disse fagområdene. Da vil det også være mest naturlig å behandle dette samlet i utviklingsplanen, og benytte en felles fremstilling. Nå er for eksempel innholdet i tabellene ulikt forskjellige steder, med kommuneinndeling ett sted og aldersgruppeinndeling et annet, og med perspektiv frem til 2040 ett sted og 2030 et annet.

Det er for øvrig positivt at man enkelte steder ser lenger frem i tid enn 2030 for å vurdere overordnet om trendene frem til 2030 vil vedvare, og slike utvidelser av tidsperioden kunne med fordel vært gjort flere steder i fremskrivningsanalysen.

### 7.3 Teknologisk utvikling

I kapittel 6.3 i utviklingsplanen beskrives faktorer som vurderes å ha stor betydning for pasientbehandlingen i fremtiden. Det ville være ønskelig i større grad å knytte opp disse faktorene opp mot kapittel 6.4 og tallfestingen av endringsdriverne, eller nærmere opp mot beskrivelsen av endringsdriverne fra vedlegget om pasientforløp.

Et lite moment er den noe upresise bruken av «Big data» som begrep, dette kan sannsynligvis i liten grad brukes i monitorering av pasienter, men kan for eksempel brukes i epidemiologisk forskning for å finne sammenhenger mellom sykdom og eksponering.

## 7.4 Demografi og andre endringsdrivere

Det ville gi et positivt bidrag til leservennligheten i dokumentet å få en samlet tabellarisk oversikt eller kulepunktliste over de faktorene som benyttes i pasientforløpsanalysene når det gjelder endringer, omstilling og effektivisering. Det kunne også vært tydeliggjort hvordan fremstillingen i kapittel 6 forholder seg til fermskrivningsmodellen presentert i kapittel 4.2.

Det er i all hovedsak en god og fylldig diskusjon om forutsetningene for omstillings- og endringsfaktorene som ligger til grunn for fremstillingen, men det savnes i noen grad at trådene samles slik at det blir tydeligere hvilke faktorer som står igjen etter drøftelsen.

Et av momentene med stor effekt på fremtidig dimensjonering, er forventet endret oppgavedeling mellom sykehus og kommuner. Det er lagt opp til en overføring av 24 000 liggedøgn og 100 000 konsultasjoner fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette er en større oppgaveoverføring, og i henhold til foretakets egen vurdering fra kapittel 9.3 er overføringen på enkelte områder mer omfattende enn nasjonale føringer. Det vises i liten grad til hvordan denne oppgaveoverføringen skal gjennomføres. Det knytter seg således betydelig usikkerhet til denne oppgaveoverføringen, og dermed til beregningen av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov. Det anbefales at det utføres en grundigere sensitivitetsanalyse enn det som gjennomgås i kapittel 6.5.8 for å se nærmere på hvordan ulike scenarier slår ut for mulig overføring av aktivitet til kommunene i neste fase av prosjektet.

## 7.5 Aktivitet og kapasitetsbehov 2030, somatikk

Kapittel 6.5 gir en grei oversikt over dagens aktivitet og demografisk fremskrivning. Når det gjelder effekten av omstilling og endringsfaktorer, er denne vanskeligere å ettergå, da alle effektene er slått sammen.

Under tabell 22, vises det til at det i dag er en underkapasitet på somatiske døgnplasser på om lag 100 senger for SSK. Dette er en vesentlig underdekning og burde også vært nærmere diskutert i kapittelet om dagens virksomhet. Spesielt er skjevdelingen i underkapasitet mellom de ulike lokalisasjonene lite omtalt.

I oversikten med beregning av behov for intensivplasser vises det til Walesmodellen, der intensivkapasiteten anslås som følge av befolkningsstørrelsen. Det som er lite forklart er hvordan man kommer frem til overslagene av intensivbehov som ligger til region- og landsfunksjoner. Det er antatt 30% av intensivplassene og 10% av tung overvåkningsplasser ivaretas av OUS. Vi finner ikke hvilke antakelser som ligger til grunn for denne fordelingen. Det vises til at Walesmodellen er beskrevet i rapporten «Pasientforløp i somatikk 2030, SSHF». Vi finner heller ikke her forklaringen på hvilke intensivsenger som skal ivaretas på hvilket nivå. Eventuell referanse for disse antakelsene bør fremkomme tydelig.

Beregning av fremtidig kapasitet i form av operasjonsstuer er satt opp som et felles tall for døgnoperasjoner og dagoperasjoner (32 stuer). I teksten under tabell 28 nevnes 25 operasjonsrom til dagkirurgisk virksomhet. Det er uklart for oss om modellen er satt opp slik at man har beregnet dedikerte stuer til dagkirurgi, eller om det er stuer som er felles for begge omsorgsområder. I tabell 28 er det også satt inn en kolonne med tid pr operasjon. Det bør diskuteres om denne tiden er lik for dagkirurgiske operasjoner og inneliggende, eller om den skal nyanseres.

For billeddiagnostikk anbefales det å fordele det beregnede kapasitetsbehovet i tabell 30 etter modalitet. Dette vil være nyttig selv om usikkerheten ved tallgrunnlaget foreløpig er betydelig.

I kapittel 6.5.8 blir det sett på ulike scenarier for effekt av omstillingsfaktorene som er lagt til grunn i modellen. Det ville være en fordel å representere dette grafisk som sensitivitetsanalyse, samt ta med flere av momentene som bidrar til usikkerhet i fremstillingen.

## 7.6 Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030, psykiatri og avhengighetsbehandling

Fremskrivning av fremtidig aktivitet for psykiatri og avhengighetsbehandling følger presentert metode. Kapittel 6.6 i utviklingsplanen gir en grei gjennomgang. Noen av de generelle forutsetningene i modellen, slik som befolkningsutviklingen kan vurderes samlet i ett felles kapittel, uavhengig om man beskriver grunnlag for fremskrivning innen somatikk eller psykiatri/avhengighetsbehandling.

Som for fremskrivning av somatisk aktivitet, kunne det vært vurdert om endringsfaktorene kunne samles opp i en tabell før eller etter den tekstlige beskrivelsen av disse.

## 7.7 Private tjenesteleverandører

I kapittel 6.7 er det ikke diskutert hvilken type private leverandører det her er snakk om. Det er lite drøftet om tjenesteleveransene er innen somatikk eller innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Det vil være interessant å se hvilke fremtidig løsning SSHF ser for seg når det gjelder private aktører; skal dagens nivå opprettholdes, eller skal private leverandører benyttes i større grad? Skal private aktører integreres for eksempel i utdanningsforløp? Slik kapitlet nå fremstår gir det ikke bidrag til diskusjon om dimensjonering. Tabellen 42 er tilsvarende tabell 7 fra kapittel 5. Det vises til at problemstillingen rundt bruk av private skal diskuteres i et senere kapittel, men dette kan vi ikke finne.

Når de politiske signalene peker på at private leverandører skal få en større plass i helsesektoren, synes det noe lettvis å konkludere med at bruken av private ikke vil ha betydning for SSHFs utvikling og dimensjonering frem til 2030.

## 7.8 Kontorer

Det ville i kapittel 6.8 vært en fordel å drøfte forutsetninger som legges til grunn om hvor mange av de ansatte som skal ha eget kontor og hvor mange som kan sitte i kontorlandskap. Kunne kapasitetsbehovet for arbeidsplasser løses på annen måte? Det vil også være en fordel å drøfte hva skillet mellom kontor og behandlingsrom er, og hvilke typer areal som skal legges til de ulike funksjonsområdene.

Innledningsvis i kapitlet nevnes samhandlingsreformen uten at denne diskusjonen knyttes opp mot behov for kontor. I det hele tatt synes det som om kontorbehovet i liten grad er konkretisert på det nåværende tidspunkt. Det bør derfor arbeides videre med dette.

## 7.9 Forskning og utdanning

Beskrivelsen av fremtidig aktivitet innen forskning og utdanning presenteres på en grei måte i kapittel 6.9 i utviklingsplanen, men det mangler en tydeliggjøring av om hvordan forskning og utdanning konkret skal håndteres i et fremtidig Sørlandet sykehus.

Det burde vært drøftet hvorvidt forskning og utdanning påvirkes av valg av driftsmodell. I tillegg kunne det være en diskusjon om forskjellige måter å organisere forskning og utdanning og hvilken kapasitet som kreves for å gjennomføre dette.

## 7.10 Kompetanse- og bemanningsbehov

Fremtidig kompetanse- og bemanningsbehov for SSHF i de forskjellige driftsmodellene presenteres i tabellform. En rekke forutsetninger for denne beregningen er kort presentert i utviklingsplanens metodekapittel. Det er krevende ut fra fremstillingen å ettergå beregningene, og det ville vært fordelaktig om det hadde vært knyttet kommentarer til resultatene, slik at det ble enkelt å forstå hva som er hoveddriverne for forskjeller mellom modellene.

## 8. FREMTIDIG AREALBEHOV

Det er til dels vanskelig å etterprøve om arealberegningene henger sammen med kapasitetsberegningene fra forrige kapittel. Noen av kapasitetsbehovene gjenfinnes fra forrige kapittel, mens noen har vi ikke klart å gjenkjenne eller finne igjen:

- Pasienthotell: 72 i tabell 45 – 83 fra tabell 22
- Observasjonsplass: 60 i tabell 45 – 69 i tabell 22
- Føde/barsel: 9 i tabell 45 – gjenfinner ikke i kapittel 6
- Oppvåkningsplass: 48 i tabell 45 – gjenfinner ikke i kapittel 6
- Poliklinikk: 139 i tabell 45 – 274 i tabell 24
- Kliniske spesiallaboratorier: 118 i tabell 45 – gjenfinner ikke i kapittel 6

Det er også til dels vanskelig å identifisere hvordan arealberegningen knyttet til støttefunksjonene er beregnet, eventuelt hvilket arealpåslag som ligger til grunn (og fra hvilket grunnareal).

For tabellene 45, 46, og 47 ville det være en fordel å samle alle arealanslagene i tabellen, slik at man får hele oversikten tabellarisk. For tabell 45 som beregner areal i driftsmodell 3 er det totale bruttoarealet på 145 000 m<sup>2</sup>. For arealberegningene i driftsmodell 2 og driftsmodell 1 har oversikten over behov for akuttmottak, medisinske servicefunksjoner og så videre falt ut. Det er usikkert om tallene er like som for driftsmodell 3. Det er for eksempel ikke mulig ut fra den informasjonen som ligger i dokumentet å utlede hvordan man kommer frem til arealbehovet på 105 000 m<sup>2</sup> for SSK i driftsmodell 2 slik det presenteres i kapittel 10.2.

Det vil også være ønskelig å drøfte nærmere hvilke drivere som ligger til grunn for ulik arealberegning i de ulike modellene, for eksempel hvilke funksjoner som må ivaretas lokalt dersom det er flere sykehus, og hvilke funksjoner som kan slås sammen for å oppnå stordriftsfordeler. Slik teksten nå står, viser man til at den totale kapasiteten er økt for å kompensere for en dårligere kapasitetsutnyttelse, men det drøftes ikke hvilke funksjoner som påvirkes, og i hvilken grad. Det ville også være nyttig å drøfte endring i brutto/nettofaktor i driftsmodell 1 noe mer inngående. Erfaring fra prosjekt med ombygging av eksisterende arealer viser at det er vanskelig å redusere brutto/nettofaktor ned til tilsvarende faktor i nybygg.

For arealberegningene i kapittel 7.2 psykiatri og avhengighetsbehandling, er det vanskelig å etterprøve tallene da det ikke vises hvilken arealstandard som ligger til grunn. Her kunne det med fordel vært tatt inn noe mer fra konseptrapporten for nytt PSA-bygg, slik at utviklingsplanen i større grad kan leses som et selvstendig dokument.

## 9. DAGENS BYGG – TILSTAND OG MULIGHETER

Formålet med denne delen av Utviklingsplanen er å dokumentere status for dagens bygg med hensyn til teknisk tilstand, egnethet, muligheter/begrensninger i dagens og for fremtidens bruk, samt kostnader for FDVU. Eiendomsforhold, reguleringsbestemmelser, vernestatus og miljøforhold er nevnt som typer muligheter eller begrensninger for bygg og områder.

Kapittel 8 i Utviklingsplanen beskriver overordnet tilstanden på de tre sykehusene, både med tanke på byggenes tekniske tilstand og funksjonalitet. Videre er eiendomsforhold, reguleringsbestemmelser og vernestatus kommentert i aktuelle sammenhenger.

Planen gir sånn sett en tilfredsstillende beskrivelse av dagens situasjon, og angir også områdenes mulighet for tilpasning. Det som savnes er en systematisering av informasjonen, eventuelt en oppsummering av funnene i en samlet vurdering. Kapittelet fremstår som noe vilkårlig med tanke på hva som er dokumentert. Videre savnes miljøperspektivet i tilstandsbeskrivelsen.

Planen angir også, i tråd med veilederen, forventede kostnader for oppgradering på de ulike sykehusene. FDV-kostnader inngår i analysen av driftskostnader. Her er det forutsatt en reduksjon med 25 % fra dagens nivå, som en følge av mange rehabiliterte og nye bygg. Dette vil gi en betydelig besparelse fra dagens situasjon. Vi savner en drøfting av utviklingen i FDVU-kostnader sett i forhold til den bygningsmessige tilstanden, og ideelt sett erfaringstall fra andre sykehusprosjekter.

Kapittelet innledes med en oversikt over kriterier som skal benyttes når byggenes brukbarhet skal vurderes, samt hvilken betydning disse har for sentrale funksjonsområder. Men det fremkommer videre at byggene ikke er vurdert opp mot disse kriteriene. Det tyder på at det er et potensielt gap mellom nødvendig oppgradering for å oppfylle tekniske krav og nødvendig oppgradering for å oppfylle sykehusets krav til brukbarhet. Det er nærliggende å anta at dette kan ha en effekt på det forventede kostnadsbildet for oppgradering. Utviklingsplanen påpeker selv at «dette bør avklares i den videre planlegging». En mer målrettet kartlegging av byggene vil trolig også bidra til en tydeligere konklusjon, som etterspurt over.

Det vises i utviklingsplanen til at det har vært eksterne fagmiljøer inne og vurdert byggenes tilstand. Rapporter fra disse tilstandsvurderingene kunne med fordel vært vedlagt planen, som en uavhengig dokumentasjon på den tekniske tilstanden til byggene. Planen beskriver en situasjon hvor byggenes tekniske tilstand er tilfredsstillende i Arendal og Flekkefjord men ikke i Kristiansand. Videre fremstilles utbygging som vanskelig i Arendal og Flekkefjord, men gjennomførbart i Kristiansand.

Som et supplement til informasjonen i utviklingsplanen, finnes vedlegg 07: Delrapport Bygg og infrastruktur. Delrapporten gir en detaljert beskrivelse av samtlige bygg som tilhører Sørlandet sykehus. Rapporten beskriver tomtearealer, tilgjengelighet samt byggenes tekniske tilstand. I tillegg er det gjennomført en SWOT-analyse på sentrale geografiske områder. Rapporten er detaljert i den forstand at hvert eneste bygg er omhandlet, men innholdet dekker kun teknisk tilstand og ikke byggenes «brukbarhet».

## 10. DRIFTSMODELLER OG PRINSIPIELLE STRUKTURVALG

Kapittel 9 i utviklingsplanen inneholder en grei diskusjon av alternative modeller. I hovedtrekk ville det være ønskelig med noen tanker om hvordan man ser for seg en videre prosess med kommunene. Det vil spesielt være i driftsmodell 2 der man bør kommentere at arealbehovet vil kunne påvirkes av å etablere en felles samhandlingsarena med en eller flere kommuner.

Det er nylig blåst nytt liv i begrepet «Nærsykehus» fra helsemyndighetene, og det er bra at dette begrepet gis et innhold i utviklingsplanen. Det bør imidlertid presiseres at dette begrepet kan endres noe, i og med at ekspertgruppe for utredning av sykehusstrukturen nå arbeider med innspill til ny helseplan som skal legges frem mot slutten av 2015. Nasjonal helse- og sykehusplan var ett av temaene i Helseministerens sykehustale for 2015<sup>4</sup>. Her fremgår det bl.a. «*For å drive akuttkirurgi kreves et pasientgrunnlag på minst 60 000 til 80 000 innbyggere. Det betyr at minst halvparten av dagens norske sykehus har for lite pasientgrunnlag.*» For medisinsk akuttberedskap ble det vist til at de de minste sykehusene kan ha et pasientgrunnlag på rundt 20 000 til 30 000 innbyggere.

Det er ellers i utviklingsplanen benyttet noe ulike begreper om sykehus, både lokalsykehus, distriktsmedisinske sentre og nærsykehus. Det anbefaler å foreta en rydding i begrepsbruken og være tydelig på definisjonene dersom begrepene skal brukes.

De prinsipielle strukturvalgene som legges til grunn er svært ambisiøse og forutsetter oppgaveoverføring til andre nivåer. Det påpekes også av SSHF selv i rapporten. Her er det viktig at beskrivelsen i kapittel 9 sees i sammenheng med tiltakene i kapittel 14, da det vil kreves et tett samarbeid med kommunene for å lykkes med de beskrevne strukturvalg.

I kapittel 9.6 vises til at det i dag er en sterk desentralisering og oppgavefordeling innen psykiatri. Dette er beskrevet nærmere i den nylig vedtatte konseptrapport for nytt PSA-bygg. Det ville vært fordelaktig om noe mer av denne konseptrapporten var inntatt i utviklingsplanen.

Det er under driftsmodell 2 satt opp noen punkter som viser hva som kan være tenkt inn i de ulike løsningene som foreslås. Det bør vurderes om disse kulepunktlistene bør avstemmes med det som beskrives i begrepsavklaringen. Det er også mulig å ha ulik beskrivelse, men da må det tydelig fremkomme at beskrivelsen under kapittel 9.1 viser til eksempler på funksjoner i de ulike lokalsykehustypene, og at dette kun er veiledende. I beskrivelsen av driftsmodell 3 benyttes begrepet satellittvirksomhet – dette begrepet passer ikke inn i den tidligere begrepsbruken i dokumentet. Det er uklart hva som menes her.

I beskrivelsen av kapasitetsbehovet i de forskjellige driftsmodellene er det lagt til grunn et likt antall normalsenger for alle modellene. Dette står i motsetning til i de økonomiske vurderingene, der det legges opp til betydelig færre normalsenger i driftsmodell 3. Her ville det vært ønskelig med en tydeliggjøring av hvilket scenario SSHF ønsker å legge til grunn.

Det mangler også en diskusjon av hvilke ikke-medisinske støttefunksjoner som må dubleres. Om disse funksjonene skal modelleres som en prosentvis andel av arealet for kapasitetsberegningen, bør det nevnes hvordan denne prosentsatsen endres med de ulike modellene.

I beskrivelsen av kapasitetsbehov i driftsmodell 1 er det også tatt med tekst som er noe vanskelig å tolke. Blant annet står det at i fremskrivningen som er gjennomført i pasientforløpsanalysene, er aktiviteten redusert tilsvarende 64 døgnplasser og 83 konsultasjonsrom grunnet omstilling. Det er uklart hvorfor dette trekkes frem. Dersom det er noe med grunnlaget for kapasitetsberegningene som er annerledes i kapittel 9

---

<sup>4</sup> Sykehustalen 2015, av helse- og omsorgsminister Bent Høie ([https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/?regj\\_oss=10](https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/?regj_oss=10))

enn i kapittel 6 og 7, måtte dette fremkomme tydeligere. Dersom forutsetningene fra kapittel 6 og 7 ligger til grunn, er det uklart hvorfor enkeltelementer i disse forutsetningene trekkes frem i kapittel 9.

## 11. UTBYGGINGSALTERNATIVER

En del av den bygningsmessige utviklingsplanen skal i henhold til veilederen vise hvordan byggene kan utvikles for å kunne:

- Bidra til en effektiv drift av primærvirksomheten
- Ivareta krav til miljø og andre samfunnskrav

Dette er beskrevet i Utviklingsplanens kapittel 10 om utbyggingsalternativer. Kapitlet er delt opp i henhold til de ulike driftsmodellene, og beskriver hvert sykehus sitt arealbehov ved de ulike modellene. Et scenario hvor det bygges et nytt sykehus på ny tomt er ikke drøftet. Kapitlet omtaler videre hvordan de ulike scenarioene kan løses, ved hjelp av ombygging, påbygging og nybygg, der arealbehovet for de ulike modellene er her hentet fra utredningsarbeidet. Konsekvenser av de ulike løsningene er kommentert, med tanke på tomtens egnethet, byggefasens påvirkning på driften og endelig resultat. De eventuelle byggenes utforming og plassering er illustrert ved hjelp av skisser.

Det er som tidligere beskrevet knyttet en usikkerhet til hvorvidt aktivitetsfremskrivningen, kapasitetsberegningen og arealberegningen er internt konsistent. Det fremgår ulike størrelser forskjellige steder i utviklingsplanen med vedlegg, og det er til dels lite etterprøvbart hvordan de forskjellige størrelsene fremkommer. Dette innebærer en usikkerhet for om de viste utbyggingsløsninger dekker fremtidige behov.

Utviklingsplanen gir for øvrig en grei oversikt over det bygningsmessige aspektet ved de ulike driftsmodellene, om enn noe overordnet. Det er positivt at kvikkleireproblematikken på Eg synes hensyntatt, inkludert usikkerhetene rundt byggheten på deler av tomten som trenger ytterligere avklaringer. Behov for dagslys og strengere krav til dagslys er også hensyntatt.

Aspekter som universell utforming, miljøhensyn og energikrav er ikke diskutert i kapitlet, til tross for veilederens anbefaling på dette området. Diskusjonen er konsentrert om byggenes plassering og utforming, og inkluderer ikke øvrige faktorer som påvirker et byggeprosjekt.

Inntrykket er at utviklingsplanen på et overordnet nivå har kommet frem til mulige bygningsmessige løsninger for å ivareta de ulike driftsmodellene. Nivået er antakelig tilstrekkelig i den fasen SSHF er i nå, men grundigere utredninger vil kreves i idfase.



## 12. ØKONOMISKE VURDERINGER

### 12.1 Investeringskalkyle og usikkerhetsanalyse

Investeringskostnadene som er lagt til grunn i utviklingsplanen er presentert i utviklingsplanens kapittel 11.5 og i vedlegg 8 (kapittel 4.3) om økonomiske vurderinger.

For nybygg er det i beregningene benyttet erfaringstall fra nytt Østfoldsykehus oppgitt til 72 000kr/m<sup>2</sup>. For rehabilitering er det lagt til grunn en gjennomsnittlig kostnad på 22 000 kr/m<sup>2</sup> basert på erfaringene fra rehabilitering av sykehuset i Moss. Det er ikke beskrevet eventuelle kostnader til andre tiltak som f.eks. infrastruktur, parkeringsarealer, provisorier/midlertidige arealer, eller IKT. Det er ikke gjennomført usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet, men det er gjennomført en sensitivitetsanalyse med høyere nivå på rehabiliteringskostnadene (hhv. 50 og 75 % av nybyggkostnad). Denne analysen viser at forskjellen i investeringsbehov mellom alternativ 1 og 3 øker med økt rehabiliteringskostnad.

Bruk av erfaringstall fra andre sammenlignbare nybyggprosjekter er hensiktsmessig i en utviklingsplan. Nivå på rehabiliteringskostnader vil være forskjellig avhengig av tilstand på bygg og hvilke tiltak som skal gjennomføres. Det fremgår ikke av utviklingsplanen i hvilken grad arbeidene ved sykehuset i Moss er representativ for tiltakene som er nødvendig ved Sørlandet sykehus. Det er imidlertid positivt at det er gjennomført en sensitivitetsanalyse med høyere rehabiliteringskostnader.

Det er på enkelte områder ikke samsvar mellom areal oppgitt i Utviklingsplanen og i vedlegget om økonomi (vedlegg nr. 8 Økonomiske vurderinger av ulike scenarier). For eksempel er det i utviklingsplanen for utbyggingsalternativet for driftsmodell 3 (ett sykehus i Kristiansand), oppgitt et behov for ca 85 000 m<sup>2</sup> nybygde arealer for å dekke opp det samlede arealbehov (ref. kapittel 10.4). I vedlegg 8 og i oppsummering av anslått arealbehov (tabell 54 på side 119 i utviklingsplanen) fremgår det et behov på 63 000 m<sup>2</sup> nybygg. Det er uklart hvilken av disse størrelsene som er korrekte, men det kan synes som om den estimerte investeringskostnaden for driftsmodell 3 er undervurdert.

I forbindelse med kommende investeringsprosjekter vil det være nødvendig å utarbeide langt mer detaljerte investeringsestimater, samt gjennomføres usikkerhetsanalyser. Investeringskalkylen som foreligger i utviklingsplanen er først og fremst egnet for å illustrere at SSHF står foran et betydelig investeringsbehov i tiden fremover, uavhengig av valg av driftsmodell.

### 12.2 Driftsøkonomi

Det er gjennomført en rekke analyser av de driftsøkonomiske konsekvensene av de forskjellige virksomhetsmodellene. Arbeidet er godt dokumentert, og synes å være grundig.

De ni kostnadsdriverne som er identifisert virker å være dekkende. De ni driverne er tydelig beskrevet, og det synes som om man har unngått å ha overlapp mellom driverne – dermed telles ikke samme effekt flere ganger. Det er en styrke at det er gjort en sammenligning mellom estimatene i utviklingsplanen og reelle kostnadsdata fra Sykehuset Østfold og Helse Stavanger for flere av driverne.

For driveren *sengebasert virksomhet* kunne det med fordel vært redegjort for hva som inngår i enhetskostnaden per døgnplass, for å kunne ettergå at det her ikke skjer en dobbelttelling med andre drivere. For driveren *Forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader areal* er det lagt til grunn en forskjell i arealbehov mellom de forskjellige driftsmodellene som er større enn det som synes å fremgå av utviklingsplanens kapittel 7. I motsatt retning trekker det at det i denne driveren er forutsatt en vesentlig redusert FDV-sats sammenlignet med dagens situasjon, og det er usikkert hvorvidt dette er realistisk.

Det er en utfordring for analysene at det er usikkerhet rundt funksjonsfordelingen i driftsmodell 2 og innholdet i og dermed kostnadene knyttet til regionale helsesentre.

Den totale besparelsen fra modell 1 til modell 3 estimeres til 515-665 millioner kroner. Dette er en betydelig effektivisering, som antagelig vil utgjøre om lag 10 % av samlede kostnader i foretaket i 2030. Sett i lys av at SSHF allerede i dag synes å ha en effektiv drift sammenlignet med andre helseforetak (lav kostnad per DRG poeng og høy egenbehandlingsgrad), kan det stilles spørsmålsteget ved om det er mulig å realisere så store besparelser. Gevinstrealisering er krevende, så selv om det eksisterer et konkret potensial for driftsforbedringer, er det ikke alltid dette potensialet kan hentes ut i sin helhet.

I tillegg til de driftsøkonomiske forskjellene mellom de tre driftsmodellene, ville det vært interessant å se nærmere på driftsøkonomiske konsekvenser av de prinsipielle strukturvalgene. En slik analyse synes ikke å foreligge.

### 12.3 Finansiering og økonomisk bærekraft

Det er i utviklingsplanen med vedlegg vurdert to forskjellige former for bærekraft:

1. I hvilken grad aktivitetsøkningen som beskrives kan finansieres innenfor helseforetakets fremtidige budsjetter
2. I hvilken grad investeringene i rehabilitering av bygg og nybygging lar seg finansiere med egenkapital og driftsforbedringer

For begge disse bærekraftsanalysene er det tatt en rekke forutsetninger, og det er på en god måte gjort rede for hvilke forutsetninger som er tatt, og det er også i noen grad dokumentert hvorfor disse forutsetningene er hensiktsmessige.

Den første av disse bærekraftsanalysen hviler i stor grad på forutsetningen om utvikling av fremtidig driftsramme for SSHF. Her er det tatt en rekke forutsetninger, som hver for seg er beheftet med betydelig usikkerhet. Forutsetningen om at 1/3 av veksten i helsebevilgningene tilfaller spesialisthelsetjenesten og 2/3 av veksten tilfaller primærhelsetjenesten synes å være særlig utslagsgivende. Dersom denne veksten heller fordeles likt, vil SSHFs økonomiske bærekraft styrkes betydelig. Når det forutsettes 1/3 av veksten i utviklingsplanen, vil SSHF ha et svært betydelig innsparingsbehov i 2030, men dersom det reelle viser seg å være 1/2 av veksten, vil SSHF i 2030 ha et overskudd. Dette er vist i den vedlagte rapporten om økonomi, men i utviklingsplanen synes det som om scenariet med at spesialisthelsetjenesten kun mottar 1/3 av veksten er lagt til grunn, uten at det er klargjort at dette er et mer sannsynlig scenario enn scenariet med halvparten av veksten.

Dette gjør at det ikke lar seg gjøre å si noe sikkert om hvorvidt aktivitetsveksten kan finansieres uten å gjennomføre driftsforbedringer. Her ville det vært fordelaktig om man så hele helsesektoren i sammenheng, slik at rammefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste ikke fikk betydning. Dersom SSHF sammen med kommunene utarbeider en samlet utviklingsplan for det totale helsetilbudet i Agder, ville en slik bærekraftsanalyse vært naturlig å gjennomføre.

Det er lagt til grunn en aktivitetsvekst på 30 % målt i DRG-poeng. Det er uklart hvordan denne aktivitetsveksten forholder seg til aktivitetsveksten som er beskrevet i utviklingsplanens kapittel 6.

Den andre bærekraftsanalysen setter beregnede investeringskostnader opp mot de driftsbesparelser som er identifisert for de forskjellige driftsmodeller, for å vurdere om SSHFs egenkapital og fremtidige kontantstrøm vil være tilstrekkelig til å betjene et lån som finansierer utbyggingsbehovet. Det knytter seg noen utfordringer til denne analysen. For det første kan det, som vist over, synes som om investeringsbehovet i driftsmodell 3 er undervurdert. For det andre er det benyttet en rentesats for lånet som antagelig er å betrakte som en nominell rente, mens det er uklart om driftsbesparelsene er behandlet nominelt eller reelt. Det er også uklart hvordan disse driftsbesparelsene er periodisert; driftsbesparelsene er beregnet

med en 2030-størrelse, mens det antagelig vil være en gradvis utvikling i perioden fra nå frem til 2030. For det tredje synes det som om det er uteglemt den betydelige besparelse som vil gjelde for alle driftsmodeller sammenlignet med dagens situasjon, nemlig at det forutsettes vesentlig reduserte FDV-kostnader. Etter vårt syn kan en slik forutsetning vise seg å være overoptimistisk, så slik sett svekker det antagelig ikke analysen at denne driftsbesparelsen er uteglemt i bærekraftsanalysen.

De to bærekraftsanalysene må sees i sammenheng. Driftsbesparelsene knyttet til å gå fra driftsmodell 1 til driftsmodell 3 kan ikke samtidig dekke en eventuell underfinansiering som følger av aktivitetsvekst og dekke renter og avdrag knyttet til finansiering av nybygg og rehabilitering. Slik sett kan det argumenteres for at ingen av de tre driftsmodellene er bærekraftige, dersom man tror på scenariet der 1/3 av rammeveksten tilfaller SSHF.

Oppsummert knytter det seg betydelig usikkerhet til SSHFs økonomiske bærekraft i perioden frem til 2030. På dette området er det behov for å gjøre mer utdypende analyser i forbindelse med kommende investeringsprosjekter.

## 13. TILGJENGELIGHET, TRANSPORTANALYSER

Det er gjort en grundig jobb med transport- og tilgjengelighetsanalyser i forbindelse med utviklingsplanarbeidet. Det er vurdert reisetid til sykehus både med dagens transportnettverk og et antatt transportnettverk i 2030, både med privatbil (ansatte og pasienter) og ambulanse (pasienter). Reisetider er beregnet med dagens sykehusstruktur og med ett sykehus (alternativ 3), enten dette ligger på Eg eller på en plassering langs E18 ved Lillesand. I tillegg er det gjort en analyse av hvor i Agder et sykehus skulle ligget for å minimere gjennomsnittlig reisetid (med bil) til sykehuset. Det er også gjort analyser av tilgjengelighet med kollektivtransport, til fots og på sykkel.

Forutsetningene som er gjort for reisetidsberegningene synes å være velbegrunnet. Dette gjelder både for de hastigheter som er lagt til grunn, for endringer i transportnettverket fra nå til 2030 og for tenkningen rundt fergetider.

Det er likevel noen elementer som ikke er ivaretatt i analysene. Med dagens sykehusstruktur tas det ikke hensyn til funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Det legges til grunn reisetid til nærmeste sykehus, men i realiteten kan det tenkes at pasienten må til et annet sykehus for å få den nødvendige behandling. Det er heller ikke beregnet transportarbeid knyttet til flytting av pasienter mellom sykehusene. Denne svakheten vil slå ut både grunnet funksjonsfordeling internt i SSHF, men også grunnet funksjonsfordeling mellom SSHF og andre helseforetak. En ytterligere faktor vil være de planlagte regionale helsesentre, som vil kunne påvirke reisetiden for en del pasientgrupper betydelig.

Å beregne reisevei for ansatte i en fremtidig situasjon vil være beheftet med betydelig usikkerhet. Dersom arbeidsplassen flytter seg, kan den ansatte enten fortsette som før, flytte etter, eller finne seg annen jobb. Det er ikke sannsynlig at alle ansatte i 2030 bor der de bor i dag. Dersom sykehusstrukturen endres, vil det få stor betydning på hvem som rekrutteres og hvor de bor. Det blir derfor lite relevant å si noe om reisetid for de ansatte i en ny sykehusstruktur i 2030 basert på de ansattes bosted i dag.

Reisetidene vil være gjennomsnittsbetraktninger basert på skiltet fart. Modelleringen fanger ikke opp køsituasjoner. Reisetidene vil således kunne variere betydelig med tidspunkt på dagen og reisestrekning.

De nevnte utfordringer er gjeldende for de langt fleste transportanalyser. Dette er altså ikke et resultat av at det ikke er gjort en god jobb med SSHFs utviklingsplan, men av at det er svakheter i analysemodellene. Til tross for disse svakhetene fremkommer det viktige funn i transportanalysene. Særlig interessant er reisetid for pasienter ved akutte hendelser. Her fremkommer det at 99 % vil ha mindre enn en times reisetid til sitt nærmeste sykehus dersom dagens sykehusstruktur videreføres (merk at det ikke er gitt at den nødvendige akuttbehandling er tilgjengelig på det nærmeste sykehuset). Dersom det i 2030 er kun ett sykehus, vil 83 % av befolkningen ha inntil en times reise i ambulanse til sykehuset, 95 % inntil 90 minutter og 99 % inntil to timer.

Det ville vært interessant å sette slike størrelser i perspektiv ved å innhente reiseavstander i andre helseforetak. Det er i den senere tid gjennomført tilsvarende analyser blant annet i Møre og Romsdal og i Oppland/Hedmark.

## 14. VURDERINGER OG ANBEFALINGER

De tre alternative driftsmodellene og de prinsipielle strukturvalgene (først og fremst overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten og nedbygging av døgnplasser i DPS) vurderes opp mot fem vurderingskriterier. For hvert av kriteriene får driftsmodellene en poengsum fra 1 til 5, der 5 er best. I tillegg gjøres det en grundig kvalitativ vurdering som begrunner hvorfor poengsummen er som den er. De prinsipielle strukturvalgene vurderes kun kvalitativt.

### 14.1 Valget av vurderingskriterier

De fem vurderingskriteriene (faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, samfunnsmessig bærekraft, tilgjengelighet, økonomi) synes å være relevante, samtidig som de er komplette uten i særlig grad å være overlappende. Vurderingskriteriene er således hensiktsmessige.

Det savnes likevel en bakgrunn for hvorfor det er akkurat disse vurderingskriteriene som er de riktige. Ideelt sett bør det være en tydelig sammenheng mellom virksomhetens mål og samfunnsmålet på den ene siden, og vurderingskriteriene på den andre siden. Det som skal vurderes, er jo i hvilken grad de forskjellige modellene sikrer måloppnåelse.

Slik utviklingsplanen nå fremstår, er ikke foretakets og samfunnets mål tydeliggjort på et operasjonelt nivå. Dermed er det krevende å se sammenhengen mellom mål og vurderingskriterier. Når det da står i innledningen til utviklingsplanens kapittel 13 at kriteriene skal benyttes til å *vurdere hvordan SSHFs overordnede strategiske veivalg bidrar til å oppfylle fremtidige mål*, er det således uklart hva disse målene er, og hvordan disse målene er omgjort til vurderingskriterier.

Det er likevel sannsynliggjort at vurderingskriteriene har en sammenheng med SSHFs mål. Det er gjennomført en grundig prosess for å etablere disse vurderingskriteriene, med bred involvering. Denne prosessen skjedde før modellene skulle vurderes. En slik prosess sikrer at vurderingskriteriene er forankret i foretakets virksomhet.

### 14.2 Beskrivelsen av vurderingskriteriene

De fem vurderingskriteriene beskrives godt i utviklingsplanen, slik at det blir tydelig hva som vurderes under hvert kriterium. Det er blant annet satt opp en oversiktlig tabell som spesifiserer hovedpunkter i vurderingsgrunnlaget. Dette gir trygghet for at de involverte i vurderingsprosessen har hatt en felles forståelse av arbeidet.

Det som savnes er tydeligere måltall. Kriteriene er i svært liten grad operasjonalisert på en slik måte at det blir gjennomiktig hva som skal til for å få hvilken score. På enkelte områder er en slik operasjonalisering svært krevende eller umulig. For andre områder ville det antagelig vært mulig å være mer konkret. For eksempel kunne man definert hva som regnes som forsvarlig reisetid til akuttfunksjoner. Det kunne også med fordel vært gjort forsøk på under kriteriet faglig kvalitet å definere for eksempel nødvendig størrelse på enkelte viktige fagmiljøer.

### 14.3 Vurderingen av veivalgene

Slik utviklingsplanen nå står, kan det argumenteres for at den kvalitative vurderingen er vesentlig mer interessant enn poenggivning. Det er ikke alltid enkelt å forstå sammenhengen mellom de forskjellige driftsmodellenes score, og i hvert fall ikke i hvilken grad forskjellen i score mellom to modeller er fornuftig. Det er usikkert om poengskalaen er benyttet likt for de forskjellige driftsmodellene; på enkelte vurderingskriterier er det svært liten forskjell på hvordan driftsmodellene scorer, mens hele skalaen er tatt i bruk på kriteriet økonomi. Som et eksempel kan poenggivningen på kriteriet faglig kvalitet trekkes frem. Her kan det i den kvalitative drøftelsen synes som det er betydelig forskjell mellom de tre modellene, men det er

likevel bare benyttet de tre øverste nivåene i skalaen. I vurderingen av tilgjengelighet er bildet det motsatte – her argumenteres det tekstlig til dels for at tilgjengeligheten vil være god også i modell 3, grunnet regionale helsesentra og god kompetanse innen prehospitale tjenester, samtidig som at tilbudet ved en sentralisering blir bedre når man er kommet frem. Likevel scorer modell 3 bare 2 på dette kriteriet, mens modell 1 scorer 5.

Den kvalitative vurderingen synes å være grundig, og balansert i den forstand at det fremheves fordeler også med modeller som totalt sett vurderes å komme dårlig ut. Det er gjennomgående slik at vurderingen av driftsmodell 2 bærer preg av at denne modellen er vanskeligere å vurdere enn «ytterpunktmodellene» 1 og 3. Stort sett vurderes derfor modell 2 til å ligge mellom modell 1 og 3, uten at det blir veldig tydelig om det er midt mellom eller tett opp mot modell 1 eller 3.

Det er en styrke for vurderingen av det er drøftet hvordan de fem vurderingskriteriene kan tenkes vektet. Selv om det ikke gjøres noen matematisk vekting er det klargjørende at noen kriterier rangeres foran andre.

Det savnes noe mer drøftelse om virkningene for beredskap og befolkningens nærhet til helsetjenester. Dette er to viktige vurderingselementer som vektlegges tungt i anbefalingen, uten at det er tydelig i drøftelsen at det grunnlag for å konkludere basert på disse elementene. For beredskap er utfordringen at det i liten grad er beskrevet beredskapsmessige fordeler og ulemper med de forskjellige modellene. Under kriteriet samfunnsmessig bærekraft sies det noe om viktigheten ved lokalsykehus i krisesituasjoner, men det ville antagelig vært mer hensiktsmessig å behandle dette som en samlet drøftelse under kriteriet faglig kvalitet. For nærhet er utfordringen at det ikke er tydeliggjort hva som er akseptabel reiseavstand for befolkningen, enten det er i akutte situasjoner eller andre sammenhenger.

I vurderingen av kriteriet samfunnsmessig bærekraft ville det vært en fordel om man i noe større grad hadde diskutert hva som skal vektlegges tyngst av den gjennomsnittlige utviklingen for Agder i sin helhet og fordelingsvirkninger internt i Agder.

Drøftelsen av de prinsipielle strukturvalgene er gjort opp mot dagens situasjon. Også her synes det å være god balanse i drøftelsene, i den forstand at synspunkter som er fremkommet blant annet i høringsrunden er reflektert. Faktisk er det til dels slik at de positive konsekvensene av disse strukturvalgene i for liten grad fremheves. Disse konsekvensene er omtalt andre steder i utviklingsplanen, men burde i større grad vært synliggjort også i vurderingskapitlet, slik at det blir klart hvorfor disse strukturvalgene anbefales.

## 14.4 Anbefalingen

I anbefalingen av driftsmodell redegjøres det godt for de overordnede styrkene og svakhetene for hver modell.

Det synes å være godt fundert at driftsmodell 1 ikke anbefales. Utfordringen knytter seg i større grad til vurderingen av modell 2 opp mot modell 3. Det kan stilles spørsmålstegn ved om det er riktig å anbefale modell 2 når utviklingsplanen sår tvil om hvorvidt denne modellen er økonomisk bærekraftig. Det er heller ikke helt konsekvent når argumentasjonen mot driftsmodell 3 er at modellen ikke kan anbefales grunnet sårbarhet knyttet til tilgjengelighet og beredskap. Det er tidligere antydnet at tilgjengelighet ikke skal vektes særlig tungt, og det er i utviklingsplanen i liten grad tydelige konklusjoner på hvilke beredskapsmessige utslag de forskjellige modellene gir. I ROS-analysen argumenteres det for at det legitimt kan henføres forskjellige konklusjoner på hvilke modeller som gir best beredskap. Anbefalingen av modell 2 fremfor modell 3 blir således hengende i luften.

Det som likevel synes å peke mot å anbefale modell 2, er at et slikt valg vil kunne legge til rette for en bedre utviklingsprosess. En omstilling til modell 2 vil være noe mindre krevende enn en omstilling til modell 3. En gradvis sentralisering av enkelte funksjoner samtidig som det pågår en prosess med kommunene for å vurdere nye samhandlingsformer og oppgaveoverføring vil kunne skje over noe tid, og bør kunne oppleves

som mindre dramatisk enn en overgang til modell 3. Dersom man på et senere tidspunkt skulle se at modell 2 ikke er økonomisk bærekraftig, vil det fortsatt være mulig å vurdere en overgang til modell 3.

Anbefalingen om driftsmodell synes også å være i tråd med de signaler som helseministeren ga i sin sykehustale.

Når det gjelder de prinsipielle strukturvalgene er det ikke noen anbefaling i kapittel 13 i utviklingsplanen, men her er det heller ikke skissert alternative valg, så det må legges til grunn at de endringer fra dagens situasjon som er omtalt også anbefales gjennomført. I drøftelsen fremkommer det tydelig at disse valgene kan være kontroversielle, fordi valgene innebærer til dels betydelige endringer både for pasienter og primærhelsetjenesten. Tiltakene som presenteres i kapittel 14 i utviklingsplanen tydeliggjør at de prinsipielle strukturvalgene ikke kan vedtas ensidig av SSHF, men at det vil kreve gode prosesser og modning over tid før strukturvalgene eventuelt er gjennomført.

## 15. PROSESS OG TILTAK FREM MOT 2030

Den siste delen av en utviklingsplan skal beskrive de planlagte tiltakene for utvikling av virksomhet og bygg. Det stilles krav til at planen viser:

- Sammenheng virksomhet og bygg, alternativer og anbefalte løsninger
- Avhengigheter mellom prosjektene, utbyggingsetapper og i tid
- Investeringskostnader, etappevis og samlet
- Gevinstrealisering, driftsøkonomiske effekter og økonomisk bæreevne

Flere av disse punktene er behandlet underveis i Utviklingsplanen. Det som gjenstår, og som forventes belyst i den siste delen av rapporten, er plan for videre arbeid inkludert avhengighet mellom tiltakene som anbefales.

Kapittel 14 i utviklingsplanen; Prosess og tiltak frem mot 2030, omhandler i hovedsak videre *prosesser*. Vi synes det er positivt at planen adresserer de utfordringer som prosjektet har møtt i sitt arbeid, både internt og eksternt. Det poengteres i Utviklingsplanen at planen må justeres i forhold til ny nasjonal helse- og sykehusplan og andre planer som er under arbeid, samt at en del av problemstillingene i planarbeidet krever beslutninger tatt på et nasjonalt nivå. Videre er det også presentert et forslag for videre planarbeid som ivaretar en kontinuerlig oppdatering av utviklingsplanen, slik at denne kan forbli et godt grunnlag for beslutninger i helseforetaket frem mot 2030.

Kapittelet er tydelig på at et nært og likeverdig samarbeid med kommunene, og eventuelt andre eksterne aktører, er avgjørende for videre planarbeid og arbeidsfordeling.

Det er gitt en grundig beskrivelse av hvilke prosesser helseforetaket vil gjennomføre fremover. Prosjektet har tatt innover seg mange viktige momenter som må adresseres i det videre arbeidet. Forslag til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst i forbindelse med deres utarbeidelse av utviklingsplaner synes hensiktsmessig. Det som savnes er en mer konkret tilnærming til hvordan dette skal gjøres i praksis.

Kapittelet er som nevnt fokusert på prosesser, og beskriver i liten grad hvilke tiltak som planlegges når. Vi anbefaler at det etableres en helhetlig plan over hvilke tiltak som inngår i et 2030-perspektiv. Denne planen må blant annet angi tidsperspektiver og avhengigheter.

Det foreligger et vedlegg 15 som inneholder flere notater om utvikling og tiltak i perioden 2014-2030. Temaene er Barn i sykehus, Intensiv og tung overvåkning og Akuttmottak og observasjonsheter. Tiltakene knyttet til disse funksjonene bør inngå i den helhetlige planen.