

# **Sørlandet sykehus HF**

## **Årlig melding 2014**

til Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand 19.02.2014

## Innhold

<b>DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG</b> .....	1
1. Innledning .....	1
1.1. Om Sørlandet sykehus HF – oppgaver og organisering .....	1
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.3. Sørlandet sykehus HF's mål for 2014.....	4
1.3.1. Arbeid med mål for 2014 .....	4
1.3.2. Arbeid med strategiplanen 2012-2014.....	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	10
1.4.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring .....	10
1.4.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde.....	12
1.4.3. Sentrale saker behandlet i styret .....	13
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte.....	13
2. Sammendrag.....	15
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer.....	15
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	16
<b>DEL II: RAPPORTERINGER</b> .....	18
3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014 .....	18
3.1. Overordnede føringer .....	18
3.1.1. Mål for Helse Sør-Øst.....	18
3.1.2. Tildeling av midler .....	19
3.2. Resultater for mål 2014 .....	23
3.2.1. Aktivitet.....	23
3.2.2. Tilgjengelighet og brukerorientering.....	23
3.2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet .....	27
3.2.4. Personell, utdanning og kompetanse.....	33
3.2.5. Forskning og innovasjon .....	35
3.3. Styringsparametre 2014.....	37
3.4. Organisatoriske krav og rammebetingelser .....	40
3.4.1. Krav og rammer for 2014.....	40
3.4.2. Øvrige styringskrav 2014.....	40
4. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014 .....	44
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT</b> .....	46
6. Utviklingstrender og rammebetingelser .....	46
6.1. Faglig og demografisk utvikling.....	46
6.2. Forventet økonomisk utvikling .....	48
6.3. Personell- og kompetansebehov .....	49
6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer.....	49
7. Helseforetakets planer for utviklingen .....	50
7.1. Strategiplan 2015-2017.....	51
7.2. Seks strategiske satsingsområder.....	51
7.3. Fokusområder i strategiplanen .....	54
7.4. Gjennomføring av strategiplanen.....	55

DEL IV: VEDLEGG .....	56
Vedlegg 1: Risikovurderinger for SSHF 3. tertial 2014.....	57
Vedlegg 2: Tilsyn og status for avvik i 2014 .....	58
Vedlegg 3: Årsmelding for brukerutvalget SSHF 2014 (separat dokument).....	60
Vedlegg 4: Handlingsplan brukerutvalget SSHF 2015 (separat dokument) .....	60

### Forkortelser

---

HSØ	Helse Sør-Øst (RHF)
SSHF	Sørlandet sykehus HF
SSK	Sørlandet sykehus Kristiansand
SSA	Sørlandet sykehus Arendal
SSF	Sørlandet sykehus Flekkefjord
MSK	Medisinsk serviceklinikk
KPH	Klinikk for psykisk helse
ARA	Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
ABUP	Avdeling for barn og unges psykiske helse
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
PSA	Psykiatrisk sykehusavdeling
VoP	Voksenpsykiatri
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk
AAT	Akuttambulant team
ACT	Assertive Community Treatment
GTT	Global Trigger Tool (gjennomgang av journaler for å avdekke skader/avvik)
DDKM	Den Danske Kvalitetsmodellen (akkreditering i KPH)
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
BU	Brukerutvalget
OKU	Overordnet kvalitetsutvalg i SSHF
KØH	Kommunal øyeblikkelig hjelp
OSS	Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (med kommunene)
LGG	Ledelsens gjennomgang
ØLP	Økonomisk langtidsplan
ROS	Risiko- og sårbarhetsanalyse
LIS	Lege i spesialisering
MTU	Medisinskteknisk utstyr
UiA	Universitetet i Agder
UiO	Universitetet i Oslo
RK-PPO	Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring

## DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

### 1. Innledning

#### 1.1. Om Sørlandet sykehus HF – oppgaver og organisering

Sørlandet sykehus HF (SSHF) er område-sykehus for Agder-fylkene med en befolkning på over 290 000. I tillegg har SSHF også lokalsykehusfunksjoner for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland.

SSHF har som mål å gi helhetlige og individuelt tilpassede behandlingstilbud av høy kvalitet innenfor somatikk og psykisk helsevern, herunder prehospitaltjenester, habilitering, rehabilitering og rus- og avhengighetsbehandling.

Ved utgangen av 2014 hadde SSHF 545 somatiske senger (556 i 2013), hvorav 67 (75) senger til pasienter i interne pasienthotell. I tillegg kommer 81 (81) tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser). Klinikk for psykisk helse hadde 282 (291) senger.

SSHF har stor bredde i behandlingstilbudet, og rekruttering av medarbeidere med høy kompetanse er god innen de fleste fagområder. SSHF skiller seg ut fra øvrige helseforetak ved å ha en spesielt høy egendekningsgrad. Innbyggerne på Agder får dekket mer enn 90 % av sine spesialisthelsetjenester av SSHF. Medarbeidere med god kompetanse, høy forskningsaktivitet og fokus på pasientsikkerhet og kvalitet er viktige forutsetninger for å videreutvikle virksomheten. De økonomiske rammene er imidlertid stramme, og det er nødvendig med omstillinger og tiltak for å møte utfordringene, både på kort og lang sikt.

SSHF hadde i snitt 5 390 brutto årsverk i 2014 mot 5 293 i 2013. Ved utgangen av 2014 var det 7 202 ansatte mot 7 247 i 2013.

#### **Organisering**

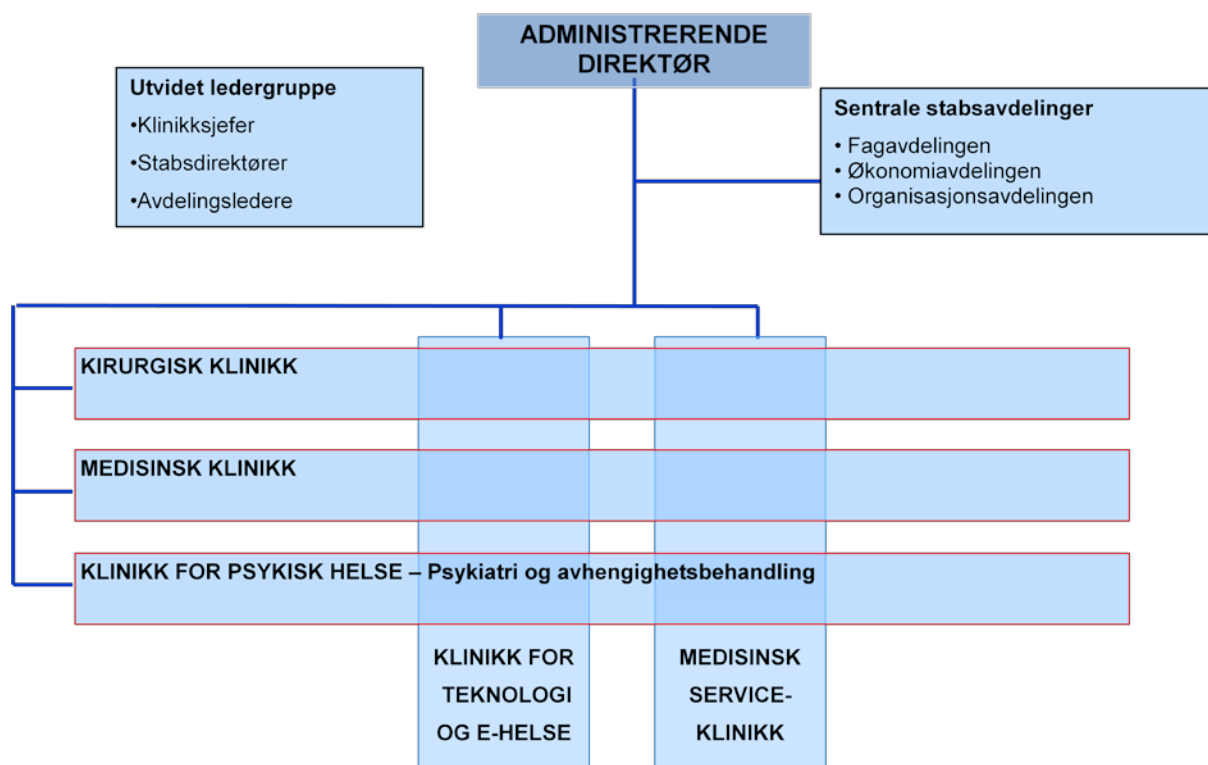
SSHF er gjennomgående organisert med tverrgående klinikker og sentrale staber på tvers av geografi. På avdelingsnivå varierer organisering mellom tverrgående og stedlig ledelse. Direktørens ledergruppe består av fire kliniksjefer, teknologidirektør, fagdirektør, økonomidirektør og organisasjonsdirektør.

SSHF består av somatiske sykehus i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord og psykiatriske sykehusavdelinger i Arendal og i Kristiansand. Videre har SSHF distriktpsikiatriske enheter og barne- og ungdomspsykiatriske enheter i Kristiansand, Mandal, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord, Arendal, Lillesand, Grimstad, Tvedestrand og Bygland. Det er rus- og avhengighetsenheter i Kristiansand, Arendal og Bygland.

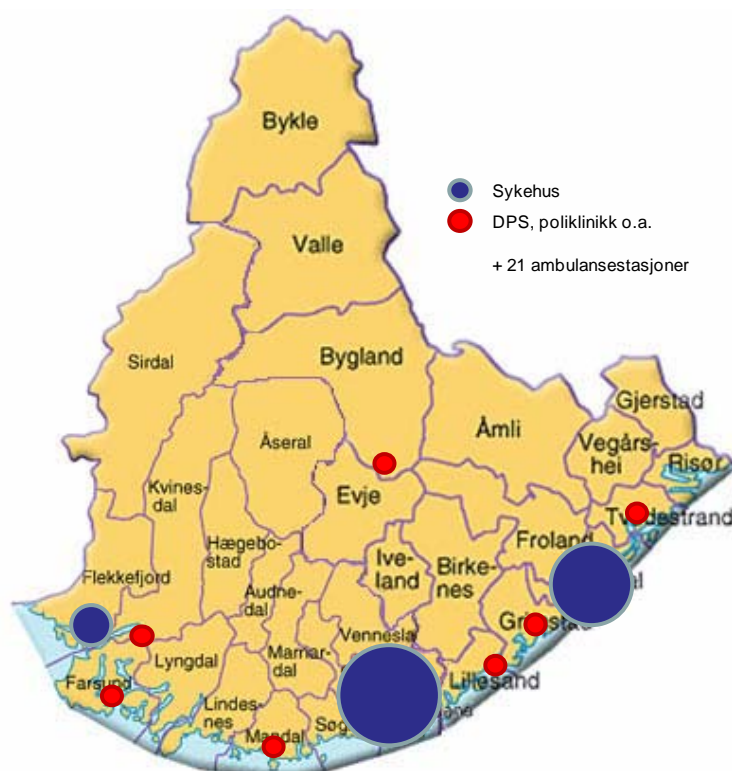
SSHF har ansvaret for totalt 21 ambulansestasjoner. SSHF driver 11 av disse mens 10 er eksterne.

Administrasjonssenteret for Sørlandet sykehus HF ligger i Kristiansand.

## Sørlandet sykehus HF



### Organisasjonskart



### Lokalisering av SSHFs virksomhet i 2014

Organiseringen skal bidra til likeverdige og tilgjengelige tjenester for pasientene i hele Agder. SSHF skal opprettholde nærhet til behandlingstilbud for de vanligste akutte og kroniske lidelsene og gode lokalt baserte spesialisthelsetjenester. Alminnelige tjenestetilbud skal i størst mulig grad være desentraliserte. Hvis det er nødvendig for kvaliteten, skal tjenestetilbudet utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner.

Bedre kvalitet i pasientbehandlingen skal sikres gjennom større fokus på helhetlige pasientforløp fra hjem, via alle tjenesteledd og tilbake til hjem. Arbeidet skal være kunnskapsbasert, og inkludere forpliktende samhandling basert på avtaler med kommunehelsetjenesten.

Innenfor de ressursene SSHF disponerer, må prioriteringer bygge på grundige faglige drøftinger om tildeling av utstyrsmidler og valg av satsingsområder. SSHF vil øke samarbeidet med andre foretak i regionen om utvikling av de mest spesialiserte og ressurskrevende behandlingstilbudene.

### Regionale og flerområdefunksjoner

- Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring (RK-PPO).
- Regionale behandlingsplasser for pasienter innlagt i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling etter Lov om helse og omsorgstjenester § 10-2 og § 10-3.
- Program Intensivert Habilitering (PIH) er et regionalt henvisningskompetansesenter. PIH står for behandling av førskolebarn (med CP eller lignende tilstander) med ulike former for hjerneskader og funksjonsnedsettelse. PIH driver forskning, fagutvikling, veiledning og undervisning. Behandlingstilbudet er multimodalt med vekt på å fremme mestring og deltakelse hos barn og foreldre.
- SSHF har flerområdeoppgaver innenfor PCI-behandling (perkutan koronar intervensjon) for Telemark og Agder. Teknikken brukes for å utvide /utblokke trange områder i hjertets kransårer. PCI-senteret er lokalisert ved sykehuset i Arendal, og pasienter fra Telemark utgjør bortimot en tredjedel av pasientvolumet.
- SSHF har flerområdeoppgaver knyttet til innlegging av ICD (implanterbar cardioverter-defibrillator) for Telemark og Agder. En ICD regulerer hjerterytmen hvis hjertet slår for fort eller uregelmessig. Behandlingen utføres ved medisinsk avdeling i Kristiansand.
- SSHF har flerområdefunksjon innenfor rehabilitering av pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade (ATBI) for Telemark, Vestfold og Agder.
- Senter for kreftbehandling er den største kreftavdelingen i Helse Sør-Øst utenfor Oslo Universitetssykehus. Avdelingen gir et bredt ikke-kirurgisk behandlingstilbud (strålebehandling, cytostatikabehandling) som primært retter seg mot pasienter i Agder. Ca. 15 % av pasientene kommer fra andre fylker, hovedsakelig Telemark.

### Nasjonale funksjoner

- Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer ble etablert i SSHF i 2014.
- BarnsBeste - Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn med foreldre som har alvorlig somatisk sykdom, psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet. Nettverket har som oppgave å samle inn, systematisere og formidle kunnskap og erfaringer fra Norge og andre land. I tillegg skal det legges til rette for nasjonal kompetanseoppbygging gjennom initiativ til forskning og fagutvikling, samt evaluering av tiltak og klinisk praksis.
- Nasjonal referansefunksjon for flåttbårne sykdommer.
- Odontologisk senter leier lokaler på sykehuset i Arendal og har etablert et samarbeid med kjevekirurgisk fagmiljø i SSHF.

## 1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Strategiplan SSHF 2012-2014, avtaler som følger av Samhandlingsreformen og Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2013-2020 er sentrale grunnlagsdokumenter for virksomheten. Videre er alle fagmiljøer i SSHF, kommunene på Agder og Brukerutvalget sentrale, lokale premissleverandører for SSHFs strategiske veivalg.

### Helse Sør-Østs seks innsatsområder i perioden 2013-2020

Strategiplan 2012-2014 for SSHF er basert på de seks innsatsområdene til HSØ:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

**SSHF's visjon:** Trygghet når du trenger det mest.

**SSHF's verdier:** Respekt, faglig dyktighet, tilgjengelig, engasjement.

SSHF's verdier skal være en del av prioriteringsgrunnlaget for ledere og medarbeidere i de valg som gjøres innenfor klinisk virksomhet, organisering og fordeling av økonomiske ressurser.

Verdigrunnlaget er sammen med SSHF's strategiplan et av de sentrale dokumentene i SSHF. Det arbeides med en omfattende implementeringsplan med flere tiltak for å sikre forankring av verdiene.

Medarbeidernes holdninger påvirker handlemåten i det daglige virke. Samtidig skjer en generell individualisering i samfunnet med stadig økte forventninger. Dette kan skape etiske utfordringer når vanskelige beslutninger skal tas i et behandlingsteam.

Etiske dilemmaer kan oppstå i møtet med enkeltpasienter, og i den interne samhandlingen mellom medarbeiderne og mellom enhetene. SSHF vil fremme respekt i den interne kommunikasjonen og utvikle en kultur for helhet på tvers av fag og geografiske enheter, for å sikre lik behandling og forebygge suboptimalisering og intern konkurranse.

Visjonen *Trygghet når du trenger det mest* og kjerneverdiene *respekt, tilgjengelighet, faglig dyktighet og engasjement* skal etterleves i all virksomhet, og vektlegges i intern og ekstern kommunikasjon.

## 1.3. Sørlandet sykehus HF's mål for 2014

### 1.3.1. Arbeid med mål for 2014

I forbindelse med behandling av budsjettet for 2014 vedtok SSHF mål i tråd med Helse Sør-Østs fem hovedmål.

For psykisk helse har SSHF satt mål om kortere ventetid enn det kravene fra HSØ tilsier.

1. Ventetider pr. 31.12.2014 og fristbrudd pr. 31.12.2014 er redusert til:
  - Ventetid avviklede pasienter 65 dager i somatikk
  - Ventetid avviklede pasienter 50 dager i psykisk helsevern for voksne
  - Ventetid avviklede pasienter 35 dager i psykisk helsevern for barn/unge
  - Ventetid avviklede pasienter 65 dager i rusbehandling
  - Fristbrudd i somatikk, psykiatri eller rusbehandling skal ikke forekomme i 2014
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 % innen 31.12.2014

3. 80 % av pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning i de avdelingene dette er naturlig å gjennomføre og måle.
4. 80 % av alle medarbeidere som har besvart medarbeiderundersøkelsen skal ha vært involvert i oppfølging av undersøkelsen.
5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer gjennom et resultatbudsjett på 100 mill. i 2014. Dette skal sammen med del av resultat fra 2013 på minst 70 mill og fri likviditet til investeringer fra Helse Sør-Øst RHF på 60 mill.kr, gi handlingsrom for nye investeringer på minst 130 mill. kr i 2014 og minst 140 mill. kr i 2015.

Det er redegjort for arbeidet med disse målene i del II av Årlig melding, pkt 3.1.1 og 3.2.2.

### *1.3.2. Arbeid med strategiplanen 2012-2014*

*Strategiplan 2012-2014* hadde fem strategiske satsingsområder som ga føringer for prioriteringene i planperioden. Det ble utarbeidet 12 handlingsplaner som følge av strategiplanen. Flere av disse er svært omfattende, f.eks. handlingsplan for kreft med i alt 12 delplaner.

I det følgende rapporteres kort hvordan SSHF har arbeidet med de strategiske satsingsområdene.

#### **1. Kvalitet og pasientsikkerhet**

##### *Kunnskapsgrunnlaget*

Strategiplanen poengterer viktigheten av å sikre og kjenne kunnskapsgrunnlaget for de prosedyrer vi utfører. Dette ivaretar vi ved å godkjenne nasjonale veiledere for bruk i SSHF. Bl.a. er veileder for legemiddelhåndtering, fødeveileder og antibiotikaveileder tatt i bruk ved SSHF.

Kirurgisk klinikk har etablert fagråd for alle fagområder. Hensikten er å sikre lik behandling av høy kvalitet til alle pasientene i vår region. Sekundærgevinsten er bedre kultur mellom lokasjonene.

40 ulike grupper arbeider med rydding og samordning av kliniske fagprosedyrer og andre prosedyrer.

SSHF leverer kunnskapsbaserte prosedyrer til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Fem prosedyrer vedrørende Barn som pårørende er nettopp delt i nettverket. Flere prosedyrer er innmeldt og under arbeid.

SSHF ønsker derfor å starte et arbeid med mulighet for oppslag av prosedyrer på mobile enheter. Utvikling av en applikasjon for publisering av beredskapsdokumenter er planlagt.

##### *Gjøre det rette*

Det er til nå utarbeidet 27 behandlingslinjer ved SSHF.

Å etablere systemer som sikrer risikovurdering av enkeltpasienter er av stor betydning for pasientsikkerheten. Implementering av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet og innføring av TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstander) bidrar til dette.

Kirurgisk klinikk har deltatt og vært intern pilot for utvalgte områder i Pasientsikkerhetskampanjen. Full implementering i drift er ikke gjennomført, men ventes ferdigstilt i løpet av 2015.

Pasientsikkerhetsprogrammet har vært en viktig faktor i KPHs arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i strategiplanperioden. I forbindelse med kvalitetsarbeid har det blitt gjennomført journalauditer i samtlige avdelinger. Enkelte av disse har fokusert på temaene i Pasientsikkerhetsprogrammet; forebygging av henholdsvis selvmord og overdosedødsfall. Det må fortsatt arbeides med blant annet implementering av kriseplaner og involvering av pårørende ved utskriving.

Det pågår et prosjekt knyttet til forbedret logistikk og ressursbruk innen elektiv kirurgi. Forbedringsarbeidet synliggjøres også gjennom sykehusets ordning med POP (Prosjekt Optimale



Pasientforløp). Her arbeides det med lokale forbedringsprosjekter etter en velkjent metodikk. Dette arbeidet har læringsverdi i forhold til alt arbeid med kontinuerlig forbedring.

Kirurgisk klinikk har implementert Fødeveilederen. De aller fleste risikofødsler foregår ved Kvinneklinikken SSK. SSA har beholdt noen risikofødsler da avdelingen har nyfødtpost, anestesilege på vakt og barnelege i tilstedevakt. Kvaliteten overvåkes i respektive kvalitetsråd og av perinatalkomiteen.

I løpet av 2014 er arbeidet med oppfølging av revisjonsrapport 5/2013 om kontroll og styring av det pasientadministrative arbeidet sluttført. Endelig versjon av handlingsplan for pasientadministrativt arbeid ved SSHF ble vedtatt av styret i desember 2014. Det er gjennomført mange forbedringstiltak, knyttet både til pasientforløpet og til overordnede tiltak for styring og kontroll. Arbeidet med gjennomføring av handlingsplanen fortsetter i 2015.

#### *Kjennskap til egen kvalitet*

Det er et uttalt mål at ledere på alle nivåer skal ha kjennskap til kvaliteten i egen enhet. Det er startet en prosess med å samkjøre og kartlegge samtlige kvalitetsregistre som er i bruk i SSHF, inkludert rapportering i klinikkens oppfølgingsmøter med direktøren. Melding av avvik/ hendelser er jevnt over god i SSHF, men enkelte avdelinger har lavere meldefrekvens. Dette følges opp i 2015.

KPH har lagt ned store ressurser i forbedring av de enkelte kvalitetsindikatorne, og det har vært jobbet særskilt med forbedring av merkantile registreringsrutiner. Spesielt har dette gitt gode resultater når det gjelder reduksjon av gjennomsnittlig ventetid og fristbrudd. Klinikken har satt seg ambisiøse mål når det gjelder gjennomsnittlig ventetid, og har levert følgende resultater i 2014: Ca. 35 dager i snitt for barn og unge, under 50 dager i snitt for VOP og ca. 40 dager i snitt for TSB.

KPH har valgt å supplere de sentrale kvalitetsindikatorne med egne virksomhetsdata, eksempelvis tall for tvangsbruk, akutte innleggelser og overføringer til DPS.

KPH har blant annet innført strukturert legemiddelgjennomgang for risikopasienter. Det er innført en sjekklister i DIPS for legemiddelgjennomgang slik at det er mulig å hente ut status for denne pasientgruppen.

Global Comparators er et verktøy der SSHF sammenligner seg med andre sykehus, nasjonalt og internasjonalt, på en rekke kvalitetsparametre. Dataene viser gjennomgående gode resultater for SSHF.

Gjennomgang av et utvalg av journaler gjøres kontinuerlig for å avdekke eventuelle uønskede hendelser knyttet til behandlingen. Dette bidrar over tid til å avdekke områder som bør ha økt fokus med tanke på systemforbedring.

Fra 2014 ble det innført regelmessige pasientsikkerhetsvisitter der direktør og fagdirektør møter medarbeidere i klinisk virksomhet. Pasientsikkerhet er tema, og i 2014 ble det gjennomført 10 slike visitter.

SSHF skal være åpen om egen kvalitet. Det er laget en kvalitetsportal på nettsiden som skal gi ansatte og brukere en oversikt over data fra kvalitetsregistrene, komplikasjonsregistre, uønskede hendelser og flere andre relevante kilder.

SSHF har interne drøftinger for å se på muligheter for sertifisering av sykehuset. Dette vil gi SSHF et kvalitetsstempel og vitne om "orden i eget hus".

Arbeidet med handlingsplan for kreft har som en grunnleggende forutsetning å ha kunnskap om og åpenhet om egen kvalitet, definert gjennom overlevelse, komplikasjoner, symptomlindring og pasienttilfredshet. Data publiseres og kommenteres av fagmiljøet på sykehusets nettside for [kreftbehandling](#).

### *Kontinuerlig forbedring*

Forbedringsarbeid pågår kontinuerlig. Alle målinger, resultatene fra interne revisjoner, journalaudits m.m. er grunnlag for forbedringsarbeidet.

Brukerrådet i KPH har etablert seg i løpet av strategiplanperioden, og klinikken har også jobbet aktivt med å skaffe seg direkte kunnskap om brukererfaringer og brukertilfredsmålinger, blant annet ved hjelp av iPad'er som er plassert ute i poliklinikkene. Tiltaket gir nyttig informasjon til videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, og det legges opp til å utvide ordningen til døgnpostene.

Ordningen med brukerstyrte plasser både innen psykisk helsevern voksne og innen TSB gir erfaringer som en tar med seg i det videre arbeidet med utvikling av tjenestetilbudet, herunder kvalitet og pasientsikkerhet.

KPH ble i 2013 reakkreditert etter Den danske kvalitetsmodell (DDKM), og det arbeides kontinuerlig med forbedringsarbeid i klinikken.

Ved akkrediteringsbesøk høsten 2014 oppnådde laboratoriene ny godkjenning.

## **2. Kultur for helhet**

Kultur for helhet handler om at alle medarbeidere og omgivelsene oppfatter og handler ut fra at SSHF er **ett** helseforetak og ikke en samling av selvstendige sykehus og virksomheter. Dette innebærer forpliktelse til samarbeid mellom lokasjonene, positiv omtale av kollegaer, og gjensidig hjelp og støtte for å bedre virksomheten. Det er utarbeidet 5 målsettinger med en treårig handlingsplan:

- Likeverdige tilbud til alle pasienter på Agder
  - Medarbeidere og ledere skal bidra til å styrke en kultur for helhet ved å etterleve verdigrunnlaget samt bygge videre på det vi har felles og som det er enighet om.
  - Felles adresse for henvisninger, felles ventelister, medikamentlister og kliniske fagprosedyrer
- Robuste fagmiljøer på tvers i SSHF
- God virksomhetsstyring hvor Agder-perspektivet ligger til grunn
- Trygge medarbeidere, godt arbeidsmiljø og respekt for hverandre
- Godt omdømme - SSHF fremstår som ett sykehus

Lederopplæring, lederutvikling og ledersamlinger gjennomføres på tvers i foretaket. Det er økt bruk av fellesundervisning blant annet ved hjelp av videokonferanse. Mange avdelinger har samkjørt og utarbeidet felles prosedyrer men det gjenstår en del arbeid.

Alle ledersamlinger på alle nivåer er tverrgående og klinikkene har fokus på temaet. Tillitsvalgte og verneombud har organisert seg med foretakstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte. Hovedtillitsvalgte er pr. lokasjon men på tvers av klinikker, mens foretakstillitsvalgte har oppgaver på tvers av lokasjoner og klinikker.

Akkrediteringsprosessen i laboratorieavdelingene har vært medvirkende til å utvikle gode samarbeidsforhold og sikre kultur for helhet gjennom utforming av felles prosedyrer og kvalitetsdokumentasjon.

Det pågår et stort arbeid knyttet til rydding og samordning av kliniske fagprosedyrer, dette er sentralt i bygging av en felles behandlingsskultur.

SSHF har vedtatt å ta i bruk kompetansemodulet i GAT og det ble gjennomført tre piloter i 2014. Alle pilotene er på tvers i foretaket og innebærer felles kodeverk.

All forskningsaktivitet foregår på tvers i foretaket og er et positivt bidrag i arbeidet.

Samarbeidet mellom SSA og SSK omkring robotkirurgien er positivt. Operasjonsteamet består av kirurger fra både SSA og SSK. I tillegg til prostatainngrep er det også etablert gynekologiske operasjonsteam som gjør hysterectomi.

I arbeidet med fast tilsetting av LIS-leger ser man en positiv utvikling med å lage strukturerte utdanningsløp på tvers.

For KPH er det vanskelig å oppnå likt tjenestetilbud innenfor de ambulante tjenester for befolkningen på Agder. Geografiske forhold gjør dette svært utfordrende sammenholdt med krav om rask responstid. Ordningen med de ambulante akutteam (AAT) er bygget ut i tråd med nasjonal veileder i løpet av strategiplanperioden. Evalueringen som ble gjennomført høsten 2014 tilsier at portvaktfunksjonen 24/7 har vært vellykket selv om effekten ikke er entydig. Veien inn og ut av psykisk helsevern for voksne er via DPS innenfor åpningstidene til de ambulante akutteamene. Videre utbredelse av AAT for eksempel til Lindesnes-området har ikke vært mulig å gjennomføre på grunn av de økonomiske rammene. Det samme gjelder for videre utbredelse av oppsøkende team for personer med psykose og annen alvorlig lidelse med stor funksjonssvikt. Styrkingen av tilbudet overfor denne pasientkategorien for hele Agder må adresseres i tiden fremover.

Samarbeid på tvers av lokasjonene fungerer bra på mange felt, men forholdene rundt sykehusstruktur gjør at det tilspisser seg iblant. Arbeidet med Utviklingsplan 2030 og Strategiplan 2015-2017 har vist at vi må ha fokus på bedre samarbeid og samspill på tvers i foretaket.

### 3. Samhandling

SSHF samarbeider systematisk med kommunene på Agder gjennom Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS), gjennom fem Regionale Samarbeidsutvalg (RS), og gjennom ulike Fagutvalg. Medisinsk fagutvalg som har fokus på kvalitetskrav i overføringer mellom tjenestene nevnes spesielt. I 2014 ble det gjennomført fire møter i OSS.

OSS har vært referansegruppe for Utviklingsplan 2030, og dette har vært et av hovedtemaene i møtene i 2014. Strategiplan 2015-2017 har også vært et gjennomgående tema i løpet av 2014.

De lovpålagte samarbeidsavtalene har i tillegg hatt mye fokus, og 6 delavtaler er blitt revidert i 2014:

- Delavtale 1, om ansvars og oppgavefordeling
- Delavtale 2, inn-/utskrivning, rehabilitering/habilitering for pasienter med sammensatte behov. Det er startet arbeid med en tilleggsavtale til D2, for psykisk helse og rus
- Delavtale 3, om innleggelse i sykehus er betydelig endret
- Delavtale 5 om utskrivingsklar pasient til kommunehelsetjenesten
- Delavtale 6 om kompetanseutveksling.  
Det er også utarbeidet en tilleggsavtale til D6 om gjensidig hospitering
- Delavtale 7 om forskning og utdanning

I løpet av 2014 ble det etablert fire nye tilbud for Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) på Agder:

- Lindesnesregionen (fem kommuner, fire senger)
- Lister (seks kommuner, fire senger)
- Sirdal (en kommune, to senger)
- Kristiansand/ Lillesand/Birkenes (tre kommuner, 12 senger)

Det er til nå etablert åtte ulike KØH- tilbud på Agder med til sammen 42 senger. Setesdalsregionen planlegger oppstart av to senger våren 2015. Fullt utbygd blir det ni tilbud med totalt 44 senger.

Det har foregått ulike samhandlingsprosjekt på Agder, finansiert av samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst; F.eks. "kontroller på rett nivå" (overføring av kontroller fra poliklinikk til fastlegen), og "reduksjon av unødvendige innleggelser i psykiatrien".

Høsten 2014 startet flere nye prosjekt, blant annet samarbeid om "overvekt barn/unge", "jordmor hjem", og "ambulant geriatritilbud i KØH".

Et annet stort samarbeidsprosjekt innen velferdsteknologi/telemedisin er "United 4 Health "(U4H).

Det ble gjennomført et prosjekt med Knutepunkt-kommunene om intravenøs behandling i kommunehelsetjenesten, inkludert nødvendig opplæring. Dette ble stoppet av kommunene av økonomiske grunner da det skulle implementeres.

Fagutvalg for kompetansedeling har jobbet med å etablere gjensidig hospiteringsordning med alle kommunene på Agder, og etablere en nettside med oversikt over undervisnings- og kurstilbud, samt hospiteringstilbud. Her legges også E-læringskurs ut for deling med kommunene.

[www.sshf.no/kompetansedeling](http://www.sshf.no/kompetansedeling)

SSHF deltar i Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp, i regi av KS og Kunnskapscenteret. I tillegg utarbeides det nye behandlingslinjer fra hjem til hjem, i samarbeid med kommunene.

KPH er representert i OSS, de ulike regionale samarbeidsorganene, arbeidsutvalget til OSS, Samhandlingsutvalget i SSHF og i samarbeidet mellom NAV og SSHF. Klinikken har gjennomført og/eller deltatt i flere samhandlingsprosjekter med utspring i delavtalene eller i de nevnte møtefora. PASIN-prosjektet er opprettet som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. "Reduksjon av uhensiktsmessige akuttinnleggelse" er et eksempel på samhandlingsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, med representanter også fra brukerhold og tillitsvalgte. Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) har initiert og deltatt i mange ulike prosjekter gjennom strategiplanperioden. Flere av prosjektene har ekstern finansiering. KPH har deltatt i arbeidet med revisjon av avtaler, og under delavtale 2 blir det utarbeidet egen avtale gjeldende spesielt for rus og psykiatri, etter ønske fra brukerhold og kommuner. Liaison-tjenesten er bygget opp, og ivaretas via en arbeidsfordeling mellom de ambulante akutteam og Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer. SSHF er i planperioden godkjent som tiltaksarrangør for NAV, og det er tilsatt to personer i stilling som jobbspesialist ved DPS Solvang, som forvalter tiltaket.

#### **4. Rusbehandling**

Kapasitet og kvalitet innen TSB er styrket gjennom spesialiststillinger som er besatt, og følgelig økt andel konsultasjoner i perioden. Klinik for psykisk helse vil være blant de første i landet til å få godkjent spesialister i rusmedisin på overgangsordningen. Det er søkt om godkjenning som utdanningsinstitusjon for den nye legespesialiteten fra 01.01.2015, og utdanning av nye spesialister ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) starter opp. Avdelingen har fulgt utviklingen tett, og har også hatt en representant med i forarbeidet til nyordningen.

Klinikk for psykisk helse, herunder Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, er en foregangsvirksomhet når det gjelder forskning på rusfeltet, og det satses på klinikknær forskning. Klinikk for psykisk helse har vært sterkt involvert i opprettelsen av mastergradstilbud i rus- og avhengighetsbehandling ved Universitetet i Agder.

#### **5. Kreftbehandling**

SSHF har satt seg et ambisiøst mål om å være det beste helseforetaket for kreftbehandling utenom regionsykehuset. Det jobbes systematisk med gjennomføring av handlingsplan for kreftbehandling, med konkrete mål som møter i multidisiplinære team (MDT) som standard for alle aktuelle kreftformer, felles praksis på tvers av hele foretaket, kunnskap og åpenhet om kvalitet i form av overlevelse, komplikasjoner, symptomlindring og pasienttilfredshet, innføring av elektronisk programvare for rekvirering av cytostatika og overvåking av lange pasientforløp, god kapasitet og kompetanse innen radiologi og patologi, og bedre samarbeid med primærhelsetjenesten og OUS. Gjennom arbeidet med handlingsplanen har SSHF også et godt utgangspunkt for å implementere de nasjonale pakkeforløpene for kreft i løpet av 2015. Kreftbehandling involverer mange avdelinger på tvers av tre klinikker i foretaket. Det er derfor viktig å finne gode måter for samhandling og involvering av aktuelle fagfolk og linjeledelsen. Gjennomføring av handlingsplanen og implementering av pakkeforløpene er krevende, og forutsetter løpende systematisk forbedrings- og endringsarbeid. Lykkes fagmiljøene med dette, vil det komme alle kreftpasienter på Agder til gode.

All kirurgisk kreftbehandling, med unntak av prostatakraft, er i denne perioden samlet ved SSK. Inngrep ved prostatakraft gjøres ved SSA ved hjelp av roboten. Blære- og magekraft er overført til OUS.

## 1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

### 1.4.1. *Arbeidet med god virksomhetsstyring*

God virksomhetsstyring er vesentlig for SSHF, og støttetjenestene og linjen arbeider systematisk for å sikre etterlevelse av lov og forskriftskrav, interne krav og krav fra eier. Veilederen *God virksomhetsstyring – Grunnlag for god pasientbehandling*, som er rammeverket for virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst, ligger til grunn for arbeidet i SSHF.

Konsernrevisjonen hadde i perioden oktober 2014 – januar 2015 en revisjon på områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskriving av pasienter. Revisjonen tok bl.a. for seg prosessene knyttet til virksomhetsstyringen i SSHF og aktivitetene som gjennomføres for å sikre at fastsatte mål nås. SSHF vil i 2015 arbeide med anbefalingene fra Konsernrevisjonen og utarbeide tiltak for å sikre bedre virksomhetsstyring ved foretaket.

Krav og mål i *Oppdrag og bestilling* følges opp gjennom året. Administrerende direktør har månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene der måloppnåelse og status gjennomgås og tiltak drøftes. Det er laget et årshjul for administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene som skal sikre bred oppfølging. Klinikkleidelsen har regelmessige oppfølgingsmøter med sine avdelinger.

SSHF har som mål å følge lover og forskrifter som gjelder for virksomheten. Når tilsyn avdekker avvik, eller egne tiltak avdekker brudd på ulike bestemmelser, har SSHF rutiner for å lukke avvik. Dette følges regelmessig opp i møter mellom avdelingene og klinikkleidelsen.

Risikovurderinger oppdateres tertialvis, både på klinikk- og SSHF-nivå. Økonomisk risiko oppdateres og rapporteres til styret månedlig. Ledelsen gjennomførte en overordnet risikovurdering etter 3. tertial. Denne følger som vedlegg til Årlig melding.

Risikovurderinger gjennomføres i forbindelse med større prosjekter og omstillingsprosesser og for kritiske områder innen pasientsikkerhet. Ved flere omstillinger savnes imidlertid evaluering etter at en prosess er ferdig og implementert.

SSHF har et overordnet kvalitetsutvalg (OKU) som skal arbeide overordnet og strategisk med kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidet har vært revitalisert de siste par årene og hele ledergruppen er nå medlemmer av utvalget, i tillegg til representanter fra Fylkesmannen og tillitsvalgte. Overordnet kvalitetsutvalg ledes av administrerende direktør og har dermed beslutningsmyndighet. Fagavdelingen er sekretariat.

Klinikkene har aktive og velfungerende kvalitetsråd, og oppfølgingen av pasientskadesaker er blant sakene som behandles. Brukerrepresentanter er med i kvalitetsrådene i alle klinikkene.

### **Uønskede hendelser og meldekultur**

Registrering og behandling av uønskede hendelser er en del av SSHFs kvalitetssystem, en integrert del av sykehusledelsens styringssystem, og en naturlig del av ordinær drift. Etter innføring av elektronisk system for hendelsesregistrering har antall meldinger økt ca. 10 % årlig. Oppfølging av uønskede hendelser har fått større fokus i organisasjonen, er blitt mer enhetlig og er et viktig bidrag i arbeidet med systematisk forbedring. De fleste avdelinger har god meldekultur.

Ved en del av de alvorligste hendelsene gjøres det systematiske hendelsesanalyser. Det er et mål å øke antall hendelsesanalyser, fordi det gir et betydelig bidrag til arbeidet med systemforbedring.

Tabellen under viser at antall meldinger har økt de siste årene. Det kan være uttrykk for bedre meldekultur i SSHF.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt meldte uønskede hendelser	4248	4801	4707	5447	5807	6442	7440
Pasientskade (fare for pasientskade)	388	462	462	482	524	652	798
Ant. meldt Helsetilsynet/Fylkesmann	201	239	232	179			
Ansattskader (inkl vold og trusler)	359	334	373	384	435	434	401

Det er i 2014 meldt 27 saker til Statens Helsetilsyn (§3-3a-meldinger) mot 36 i 2013.

### Tilsyn

Ulike tilsynsmyndigheter hadde i 2014 tilsyn med utvalgte deler av virksomheten. Fylkesmannen hadde f.eks. fire tilsyn i 2014, men kun ett av disse hadde avvik. Statens Helsetilsyn så på håndtering av blod og blodprodukter, og her var det ingen avvik. Avvikene følges opp av aktuell klinikk og er også tema i oppfølgingsmøtene mellom klinikkene og administrerende direktør. Sakene behandles i klinikkvise kvalitetsråd for læring på tvers.

Alle avvik etter tilsynene i 2014 var lukket ved utgangen av året med unntak av et tilsyn fra brannvesenet i desember 2014.

Det gjenstår fortsatt et avvik fra 2012 der SSHF mangler tilbakemelding fra tilsynsmyndighet, et tiltak som har krevd bygningsmessige tiltak som avsluttes i begynnelsen av 2015 og et tiltak etter branntilsyn som fullføres våren 2015.

Hvert tertial får styret og Helse Sør-Øst RHF oversikt over eksterne tilsyn, med antall avvik og status på disse. Oversikten over tilsyn i 2014 følger som vedlegg.

### Internrevisjoner

Internrevisjoner er viktige supplement til de tilsyn som eksterne myndigheter og konsernrevisjonen gjennomfører. Overordnet revisjonsprogram for SSHF 2014-2016 ble vedtatt i 2014 og skal rulleres hvert år. Revisjonsprogrammet styres fra fagavdelingen. Det er igangsatt foretaksovergripende revisjoner med bakgrunn i revisjonsprogrammet og opplæring av flere revisorer er under planlegging. Fra 2014 deltar SSHF nå på Konsernrevisjonen (HSØ) sine kontaktmøter og ser dette som en verdifull arena for samarbeid og kompetanseheving i forhold til revisjonsaktiviteter. I tillegg til foretaksovergripende revisjoner, skal klinikkene selv vurdere behovet for internrevisjon. Driftsenheten utarbeidet i 2014 sitt eget revisjonsprogram med utgangspunkt i det overordnede revisjonsprogrammet. Laboratorieavdelingene gjennomfører en rekke internrevisjoner med bakgrunn i krav til akkreditering og blodforskriften, og i KPH er dette en del av DDKM.

Medisinsk klinikk har inngått avtale med Analysesenteret AS om gjennomføring av internrevisjoner innen medisinsk koding. Det er revidert ca. 180 opphold pr. år siden 2012. Alle aktuelle avdelinger inngår, og de får detaljerte skriftlige tilbakemeldinger fra Analysesenteret om avvik og forbedringsområder, både på det enkelte opphold og generelt. Resultatene gjennomgås også i avdelingsvise møter. Disse internrevisjonene er en del av et større systematisk forbedringsarbeid i klinikken, for å sikre riktigere medisinsk koding.

Det gjennomføres også en del revisjonshandlinger innen økonomifeltet ut over årsoppgjørsrevisjonen.

### HMS-systemet

HMS-systemet sikrer et dokumentert, planmessig og systematisk HMS-arbeid med obligatoriske aktiviteter. HMS-områder og ansvar er dokumentert i en håndbok for daglig HMS-arbeid og tilpasses den enkelte avdelings behov og risikobilde.

Ansvar for HMS-arbeidet er delegert i linjen, og det forutsettes et tett samarbeid med lokale verneombud i kartlegging og utarbeiding av tiltak når helse- eller miljøskadelige forhold avdekkes.

Årlige kartlegginger med vernerunder og medarbeiderundersøkelse gjennomføres. Forslag til tiltak, med ansvar og tidsfrist, dokumenteres i HMS-handlingsplan. Avvik som avdekkes meldes og behandles fortløpende i TQM hendelses- og avvikssystem.

Det er innført obligatorisk opplæring for alle nyansatte i bruk av DIPS samt obligatorisk opplæring i legemiddelhåndtering. Det er utarbeidet profesjonsspesifikke opplæringsprogram for nye medarbeidere i pasientadministrative rutiner.

#### *1.4.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde*

Klinikkene oppdaterer sine risikovurderinger og tiltakslistene for å håndtere risiko hvert tertial. Disse er tema i direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene, og danner også grunnlag for SSHFs overordnede risikovurderinger som rapporteres til styret og HSØ. I risikovurderingen for SSHF for 3. tertial 2014 var følgende punkter røde:

1. **Behandlingskapasitet** innen intermedieær/intensiv i forhold til kapasitet og kompetanse, lange ventelister på enkelte fagområder innen kirurgi, samt økt etterspørsel etter tjenester fra Medisinsk service.
2. **Kultur for helhet** er satt på rødt da det er redusert vilje til samarbeid på tvers i somatikken og det er utfordrende med konstruktive diskusjoner der agderperspektivet legges til grunn i somatikken.
3. **Støttefunksjoner** innen IKT og DIPS forvaltning. Det er lang ventetid på tjenester fra Sykehuspartner og periodevis manglende støtte/levering.
4. **Driftsøkonomi** er rødt siden somatikken har høyere styringsfart enn budsjett og rammer tillater. Innen psykisk helse kan nedgang i basisramme, samt økt krav til overskudd, hindre utvikling av nye planlagte tjenestetilbud.
5. **Investeringer** er fortsatt en utfordring da det er stort behov for utskiftning og nyanskaffelser av utstyr for å oppfylle krav innen god pasientbehandling og effektiv drift.

Det er utarbeidet en liste med tiltak for å redusere risikoen. Den viser ansvar og frister for tiltakene.

På grunn av betydelig etterslep på vedlikehold og oppgradering av bygningstekniske anlegg, er det økende risiko for driftsavbrudd i kjernevirksomheten pga tekniske feil. Det er helt nødvendig med større vedlikeholdsinvesteringer i bygningsmassen og i medisinsk utstyr de nærmeste årene. En ny rapport viser et oppgraderingsbehov i bygningsmasse på ca. 1,8 mrd. kr som bør gjennomføres i de neste 10 årene. For lave investeringer i bygningsmassen i 2014 har medført at man ikke har klart å hente inn noe av dette etterslepet.

SSHF har i perioden 2012-2014 hatt stort fokus på investeringsområdet, da det tidlig i 2013 ble klart at de gitte rammer ikke kunne strekke til. Historisk underfinansiering på investeringsiden i SSHF har bidratt til et stort etterslep på MTU-siden og utstyr blir ikke skiftet ut i det omfang som er anbefalt.

Resultat på 101 mill kr fra driften i 2014 gir mulighet for investering i nytt radiologisk utstyr også i 2015. Det har i 2014 vært et svært stramt investeringsbudsjett innen alle kategorier av investeringer, både bygningsmessig og i forhold til alder på og behov for MTU. Nivået er om lag 25 % av de behov som er meldt inn til de respektive tekniske avdelinger.

Det er vanskelig for SSHF å få nødvendig prioritet hos Sykehuspartner til retting av feil. Dette skaper problemer for det kliniske miljøet, og det kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko. Det er betydelig etterslep knyttet til en rekke leveranser fra Sykehuspartner. Manglende leveranser skaper i noen sammenhenger utfordringer for driften av sykehuset og pasientsikkerhet.

Manglende mulighet for å investere i nytt medisinskteknisk utstyr og IKT-systemer (f.eks. eKurve) medfører høyere risiko og lavere behandlingskvalitet enn hva som er ønskelig.

SSHF har jevnlig oppfølgingsmøter med Sykehuspartner for å sikre utvikling av IKT og prioritet på leveranser.

Andel fristbrudd i 2014 er høyere enn i 2013. Det er en utfordring i å nå målsettingen på ventetid og fristbrudd i somatikken, særlig for Kirurgisk klinikk. Det er etablert planer for å unngå fristbrudd og langtidsventende over ett år. Det er utviklet verktøy som viser kommende fristbrudd, slik at avdelingene kan håndtere disse for å unngå brudd. Mot slutten av 2014 begynte man å se resultatene av dette arbeidet.

Medisinsk klinikk har over flere år hatt et lavt antall reelle fristbrudd (204 i 2014). Fristbruddene er fordelt på flere avdelinger gjennom hele året. Klinikken forventer ikke at det er mulig å fjerne fristbrudd fullstendig, f.eks. fristbrudd knyttet til akutt fravær hos behandler.

### **1.4.3. Sentrale saker behandlet i styret**

Styret hadde ni møter i 2014.

Virksomhetsrapporten med aktivitetsdata og status på mål og øvrige indikatorer gir styret god oversikt over drift og utviklingstrender. Styret hadde forventet at arbeidet med å nå hovedmålene og kravene knyttet til styringsindikatorerne hadde gitt bedre resultater i 2014.

Styret er ikke fornøyd med utviklingen for ventetider og fristbrudd, og forventer at det iverksettes tiltak for å bedre resultatene, særlig innen Kirurgisk klinikk.

Det har vært flere saker med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Bl.a. holdes styret løpende orientert om arbeidet med å følge opp konsernrevisjonens rapport om det pasientadministrative arbeidet, og klinikkene har presentert sitt arbeid med pasientsikkerhet. Temasakene har også fokus på pasientsikkerhet. Styret har også fulgt arbeidet med handlingsplan for kreft tett.

I februar ble høringsutkast til *Utviklingsplan 2030* lagt fram for styret, og saken har vært tema flere ganger med bl.a. presentasjon av ROS-analyse og samfunnsmessig konsekvensanalyse.

Nåværende strategiplan gjelder for 2012-2014, og høringsutkast til strategiplan for 2015-2017 ble lagt fram for styret i september.

### **Tertialrapportering**

Hvert tertial legges risikovurdering på overordnet nivå og oversikt over eksterne tilsyn fram for styret. Risikovurderingen for SSHF er basert på klinikkvise risikovurderinger og gir et bilde av de største utfordringene knyttet til driften.

## **1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte**

### **Tillitsvalgte og verneombud**

Tillitsvalgte mener de stort sett blir involvert slik de skal, men de er lite med i budsjettprosessen i somatikken. Dette gjelder alle nivå. Noen blir invitert til å delta på et ledermøte i Medisinsk klinikk, og der får tillitsvalgte tilgang på alle virksomhetsplanene fra avdelingene. I KPH er tillitsvalgte med på oppfølgingsmøtene på avdelingsnivå og det oppleves riktig. Hovedavtalen sier at ledelsen skal drøfte med de tillitsvalgte forhold som vedrører virksomhetens driftsmessige og økonomiske status og utvikling o.s.v. Tillitsvalgte mener at hovedtillitsvalgte kunne være med på avdelingsnivå og foretakstillitsvalgte på klinikk eller foretaksnivå.

Det er etablert faste samarbeidsmøter hver 14. dag mellom administrerende direktør og foretakstillitsvalgte. Det har i 2014 vært egne møter med Dnl om konkrete problemstillinger. I tillegg har administrerende direktør gjennomført flere separate møter med tillitsvalgte og verneombud i Flekkefjord. SSHF ønsker en konstruktiv og åpen dialog med tillitsvalgte og verneombud, og legger til rette for at de så tidlig som mulig skal få informasjon om og eventuelt involveres i ulike prosesser.



Klinikkene har etablert faste samarbeidsmøter med HTV/HVO.

SSHF har en prosessveileder som brukes ved gjennomføring av prosjektarbeid og forbedringsarbeid. Tillitsvalgte deltar i alle styringsgrupper og prosjektgrupper og blir invitert til ledersamlinger på foretaksnivå. Tillitsvalgte og verneombud har deltatt i referansegruppen for utviklingsplanarbeidet samt i styringsgruppen. I strategiplanarbeidet 2015-2017 har de deltatt i alle grupper.

I forhold til strategiplanarbeidet mener alle tillitsvalgte at involveringen har vært god. For Utviklingsplan 2030 har det imidlertid vært ulik oppfatning om involveringen blant de tillitsvalgte, noe som har skapt utfordringer i arbeidet for tillitsvalgte i hele SSHF.

Tillitsvalgte og verneombud inviteres til møter når SSHF har besøk av politiske miljøer herunder statsråd, sørlandsbenken, helse- og omsorgskomiteen. De har fått mulighet til å gi innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan.

### **Brukermedvirkning**

#### *Oppgaver*

Brukerutvalget (BU) ved SSHF taler pasientenes sak og skal gi råd til sykehusledelsen i arbeidet med å utvikle pasienttilbudet. BU skal sørge for at brukerne blir hørt og tatt med på råd i beslutningsprosesser og i utformingen av tjenester og tilbud.

#### *Organisering:*

BU består av 11 medlemmer som representerer de store brukerorganisasjonene: FFO (5), SAFO (2), Eldrerådet (2), Kreftforeningen (1) og ROM/Mental helse(1). Disse er fordelt mellom Aust- og Vest Agder. Organisasjonsdirektør Nina Føreland ved SSHF møter fast i BU.

Direktørens sekretær er sekretær i utvalget. Administrerende direktør orienterer om siste nytt i "Direktørens informasjon."

Brukerutvalgets kontaktperson i HSØ BU er Vegard Bø Bahus.

Det ble i 2014 etablert et eget ungdomsråd. De representerer barn og unge i alderen 0-18 år. Hensikten er å sikre god medvirkning for ungdom og unge voksne, i forhold til hvordan hele SSHF tilrettelegger og ivaretar interessene til ungdom og unge voksne når disse aldersgruppene er pasienter ved SSHF. Ungdomsrådet har bl.a. gitt uttalelse til Utviklingsplan 2030 og ny ungdomsklinikk i ABUP. De har etablert en egen facebookside og har fått 523 "likes".

#### *Virksomhet 2014*

BU har hatt 10 møter i 2014 og behandlet 84 saker. I tillegg er medlemmene brukerrepresentanter i alle viktige råd og utvalg. Medlemmene har deltatt på konferanser og dialogmøter i regi av SAFO/FFO, SSHF og i regi av HSØ. Leder og nestleder deltar på styremøtene i helseforetaket.

#### *Opplæring Modul 2 for brukere*

Fra 01.01.2014 er det flere nye medlemmer i BU. I denne forbindelse er det brukt en del tid på orientering fra de ulike klinikkene og fagdirektørene. Dette gjøres for at brukerne skal få et innblikk i det arbeidet som gjøres på SSHF. Dette er en forutsetning for at utvalget skal gjøre en god jobb. I tillegg til orienteringer har det vært en del omvisninger på SSHF.

Foretakets jurist har også gått gjennom viktige deler av lovgivningen for helseforetak og andre lover på helseområdet.

#### *Planarbeid*

Strategiplan 2015-2017 og Utviklingsplan 2030 er to svært viktige planer som har engasjer utvalget og tatt mye tid og oppmerksomhet. Mange av medlemmene har deltatt i ulike grupper som har arbeidet med planene. To parallelle planprosesser med sterkt tidspress førte til at BU ikke alltid synes arbeidet ble grundig nok.

BU har gitt høringsuttalelser til både Strategiplan 2015-2017 og Utviklingsplan 2030 og pekt på hva som må være på plass for å kunne gi god pasientbehandling og trygge pasientforløp på Agder.

### *Andre viktige saksfelt*

BU har tatt opp saker som berører pasienter på ulike områder, som tilgjengelighet, transport, kommunikasjon, prestetjeneste, medikamentsikkerhet og pasientforløp. I det årlige møtet med pasient- og brukerombudet legges det stor vekt på å være pådrivere for å rette på kritikkverdige forhold som ombudet peker på.

BU har vært opptatt av pårørendes situasjon. BU tror at sykehuset kan og bør utnytte pasienter og pårørendes kunnskaper og erfaringer til et tryggere og bedre sykdomsforløp. Utvalget er bekymret for at framtidens sykehusstruktur vil legge for stort ansvar på pårørende til langtidssyke.

### **Årlig melding 2014**

Tillitsvalgte, verneombud og brukerutvalget ble invitert til å komme med innspill til Årlig melding under utarbeidelsen. Både brukerutvalget og tillitsvalgte fikk oversendt den versjonen av dokumentet som ble forelagt styret til møtet 26.02.2015. Årlig melding 2014 var sammen med øvrige styresaker tema på dialogmøtet til administrerende direktør i forkant av styremøtet.

## **2. Sammendrag**

### **2.1. Positive resultater og uløste utfordringer**

#### **Resultater**

SSHF vil spesielt trekke fram følgende positive resultater:

- Nytt medisinskteknisk utstyr ved Senter for kreftbehandling ble ferdigstilt i 2014. Installasjonen omfatter nye strålemaskiner, ny CT og ny hudbestråler. Ny 3T MR driftes av Radiologisk avdeling er plassert i SFKs lokaler.
- Arbeidet med handlingsplan for kreftbehandling har gitt SSHF et svært godt grunnlag for å implementere de nye pakkeforløpene for kreftpasienter.
- Innføring av "fast track" ved Ortopedisk avd. SSK høsten 2014 gir 50 % økning for protesekirurgien.
- HIV-poliklinikken er organisert som brukerstyrt enhet der brukerne er premissleverandører for tilbudet. I dialog med brukerne er mange tiltak iverksatt, bl.a. opprettelse av et lavterskeltilbud for anonym testing av kjønnsykdommer (Test Deg). Poliklinikken er et godt eksempel på at brukerinnflytelse gir bedre tilbud.
- Kir. sengepost 3A ved SSK mottok arbeidsmiljøprisen for 2014 under den årlige arbeidsmiljøkonferansen for helseforetak. Det er spesielt motiverende for de involverte, men også for resten av klinikken.
- SSA har fått CT nr 2 i drift. Det bidrar til å øke den totale CT-kapasiteten i SSHF.
- KPH tok initiativet til å utvikle en norsk utgave av den danske appen for smarttelefon "MinPlan". Appen er en elektronisk utgave av kriseplan for pasienter med selvmordsrisiko. Appen ble utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet (Kunnskapscenterets Pasientsikkerhetsprogram), brukerorganisasjoner og danske helsearbeidere og programvareutviklere. Min Plan ble lansert på Verdensdagen for psykisk helse i oktober 2014, og har blitt lastet ned av ca. 3 000 brukere.
- Blodbankene i SSHF er selvforsynt med blod og blodprodukter.
- Nevrologisk avdeling har startet egen akuttpoliklinikk, og jobbet aktivt for å effektivisere virksomheten. I løpet av 2014 forbedret avdelingen ventetider og andre kvalitetsparametre merkbart. Avdelingen har også utarbeidet flere behandlingslinjer på sårbare områder. Medarbeiderne har gjort en betydelig innsats, som kommer pasientene til gode.
- Klinikken for psykisk helse har evaluert ordningen med brukerstyrte innleggelser, med gode tilbakemeldinger fra brukere, pårørende og behandlere.

## Utfordringer

Følgende utfordringer nevnes spesielt:

- For lav intensiv- og intermediærkapasitet perioder av året
- Fristbrudd og lange ventelister på enkelte fagområder
- Manglende arealer og dårlige bygningsmessige fasiliteter ved SSK
- Utfordringer med driftsøkonomien - organisering og driftsmodell er ikke bærekraftig på sikt
- Store behov for investeringer i bygg, anlegg og MTU
- Kultur for helhet – vanskelig med diskusjoner omkring struktur og lokalisering
- Målet om reduksjon av tvangsinnleggelses og bruk av tvangsmidler ble ikke oppnådd. Resultatet for 2014 viser at det har vært en økning i andel tvangsinnleggelses.
- Ventetid på tjenester fra Sykehuspartner og manglende støtte til driften.

### Utviklingsplan 2030

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 har pågått gjennom hele 2014. Det har vært en omfattende prosess. Det er gjort et grundig arbeid som gir et solid grunnlag for en langsiktig utvikling av foretaket. 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. En oppdatert prosjektrapport ble lagt frem ved årsskiftet, og ble styrebehandlet i februar 2015. Endelig utviklingsplan blir utarbeidet og styrebehandlet når den nasjonale helse- og sykehusplanen foreligger.

### Strategiplan 2015-2017

Arbeidet med strategiplanen startet høsten 2013 og hovedtyngden av arbeidet har vært gjort i 2014. Dette gjelder både arbeid i 11 arbeidsgrupper, utforming og saksbehandling av selve plandokumentet. Utkast til Strategiplan 2015-2017 ble sendt på ekstern og intern høring 5. september 2014 med høringsfrist 1. desember. Det kom 40 høringsuttalelser. Endelig utkast til strategiplan ble styrebehandlet og vedtatt i februar 2015.

## 2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Dagens driftsmodell er ikke økonomisk bærekraftig og gir også økende utfordringer når det gjelder behandlingsskapasitet, faglig kvalitet og rekruttering av spesialister. Overskuddet på driftsregnskapet er altfor lite til å vedlikeholde og fornye bygningsmassen og det medisinske utstyret. Det må derfor gjøres betydelige omlegginger i årene fremover. Det er bl.a. nødvendig med mest mulig samling av vakt- og beredskapsordninger, og minst mulig dublering av funksjoner på de ulike lokasjonene.

Kirurgisk klinikk etablerte i 2014 en egen merkantil avdeling. Avdelingen samler alle merkantile ressurser og tjenester på tvers av avdelinger/lokasjoner. Hensikten var å sikre at de merkantile funksjonene støtter opp under klinikkens kjernevirksomhet, og organiseres slik at den er med å bidra til at klinikken står godt rustet til å møte framtidige utfordringer og omstillinger.

Medisinsk klinikk ble i 2011 slått sammen av daværende Medisinsk klinikk og Klinikk for rehabilitering. Klinikken er gjennomgått for å komme frem til en hensiktsmessig organisering der prinsippet er å samle ansvaret for et fagfelt i en avdeling. Dette sikrer tilstrekkelig pasientgrunnlag, og avdelingene har ansvar for å levere gode pasienttilbud til befolkningen på hele Agder. Unntaket er de tre medisinske avdelingene, som har et tilstrekkelig pasientgrunnlag lokalt.

I 2014 ble gjennomgangen avsluttet ved at all rehabilitering og voksenhabilitering i klinikken ble samlet i Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering (AFR). Avdelingen har nå ansvar for all spesialisert rehabilitering, rehabilitering i tilknytning til inneliggende pasienter i andre spesialavdelinger og voksenhabilitering.

Innen nevrologi og barnemedisin er organiseringen ikke optimal siden store ressurser bindes opp i passiv tid.

I 2014 startet arbeidet med virksomhetsoverdragelse for en del ansatte i Senter for kreftbehandling som hittil har vært ansatt i OUS. Dette gjelder stråleterapeuter, medisinske fysikere og noen leger tilknyttet strålevirksomheten. Senter for kreftbehandling har en god drift, og er i stand til å overta det faglige ansvaret for hele den onkologiske virksomheten, inkludert stråleterapien. Styrene både i OUS og SSHF har vedtatt virksomhetsoverdragelsen. Samarbeidet med OUS om prosessen har vært god, og arbeidet ferdigstilles i mars 2015. Medarbeiderne representerer en høy kompetanse, og SSHF ser frem til at disse, som i praksis har jobbet i SSHF i mange år, nå får sitt ansettelsesforhold her. Det gir muligheter til å samle faglige prosedyrer i ett system, og avdelingen kan disponere sine ressurser samlet.

I KPH er ABUP omorganisert høsten 2014 på bakgrunn av en virksomhetsgjennomgang. Blant annet har dette medført en endring fra to til tre enheter i Kristiansand. Virksomheten i Lømslandsvei er flyttet til Eg.

Konseptutredning for nytt PSA-bygg i Kristiansand og ny ungdomsklinikk ble gjennomført og styrebehandlet i desember 2014 og februar 2015.

ACT ved DPS Solvang er høsten omgjort fra prosjekt til FACT (Flexible Assertive Community Treatment) på permanent basis. FACT kan oversettes med fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Det er inngått avtale med Kristiansand kommune om fordeling av kostnader.

For å få større fokus på IKT og pasientadministrative datasystemer og løsninger, ble det vedtatt en omorganisering som trer i kraft fra 2015. Driftsenheten ble gjort om til Klinikk for teknologi og e-helse, og to avdelinger med til sammen ca. 250 årsverk ble overført til Medisinsk serviceklinikk.

For Medisinsk serviceklinikk innebærer det at klinikken har fått et mer variert og uensartet ansvarsområde.

### **Styrets oppsummering**

På grunnlag av den samlede rapportering for 2014, og innenfor gitte rammer og struktur, anser styret at Sørlandet sykehus HF har ivaretatt hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende i tråd med føringene gitt av eier i *Oppdrag og bestilling 2014*.

Det er fortsatt utfordringer med full måloppnåelse på en del områder. Styret vil sammen med administrasjonen arbeide med tiltak som kan løse disse utfordringene, og forventer at tiltakene som er iverksatt i Kirurgisk klinikk vil føre til reduksjon i fristbrudd og ventetider.

Mange medarbeidere har lagt ned en betydelig innsats i arbeidet med *Utviklingsplan 2030* og *Strategiplan 2015-2017*. Styret gir honnør til alle som har gitt sine bidrag.

Styret er tilfreds med at det økonomiske resultatet er i tråd med budsjettet, og gir honnør til alle medarbeidere og ledelsen for innsatsen gjennom 2014.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014

#### 3.1. Overordnede føringer

##### 3.1.1. Mål for Helse Sør-Øst

- *For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:*

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*

Se pkt 3.2.2 for kommentarer til dette punktet.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*

SSHF har ikke nådd målet for sykehusinfeksjoner på under 3 %. Ved siste måling var resultatet 5,1 %, hvorav 3,5 % oppstått i egen institusjon.

Prevalens av sykehusinfeksjoner utføres 4 ganger årlig selv om lovkrav kun er 2.

På foretaksnivå presenteres målingene i faste møter i klinikkene og i foretaksledelsen. Smittevernheten er jevnlig til stede i klinikkens kvalitetsråd, for presentasjon av data og drøfting av tiltak. Det forventes at klinikkene bruker dette i kvalitetsforbedring.

Fagavdelingen alarmerer hvis det er spesifikke bekymringsfulle trender, som for eksempel økning av postoperative sårinfeksjoner ved ulike inngrep. Det er etablert egen prosjektgruppe for utredning og forbedring av infeksjoner etter sectio. Det jobbes med felles prosedyrer for hele SSHF for kateterassosierte urinveisinfeksjoner og blodbaneinfeksjoner koblet til sentralvenøse katetre. Det fokuseres også spesifikt på infeksjoner med resistente mikrober. Det vil i februar 2015 etableres et antibiotikastyringsprogram ved SSHF.

I klinikkene er det fokus på å følge smittevernrutiner og retningslinjer for håndhygiene og bruk av ringer og smykker. Det arrangeres internkurs for infeksjonsforebygging og desinfiseringsmidler er plassert sentralt i hele SSHF.

Det utføres luftmålinger og storprøver i forbindelse med rengjørings- og steriliseringsrutiner.

- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*

Resultatene varierer mellom de ulike klinikkene/avdelingene. Kirurgisk klinikk ligger på 50 %, og har dårligst resultater for fagområder med lengst ventelister.

Medisinsk klinikk ligger på 59 % av pasientene direkte time. Det er store variasjoner fra avdeling til avdeling, og mellom ulike fagområder internt i avdelingene. Mange avdelinger/ fagområder har gjennomført vesentlige forbedringer på dette området i 2014. Store polikliniske virksomheter som hjertepoliklinikken ved SSK og Revmatologisk avdeling har måloppnåelse på ca. 90 %, mens andre seksjoner fortsatt har betydelig forbedringspotensiale.

Klinikk for psykisk helse hadde 87 % ved utgangen av 2014.

- *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.*

SSHF hadde en svarprosent på 79 % på medarbeiderundersøkelsen i 2014. 57 % svarte at de hadde deltatt i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.

Denne målsettingen er godt kjent hos ledere på alle fire ledernivåer. Det er innarbeidet praksis at det beste forbedringsarbeidet er det som skjer løpende internt i avdelingen, av avdelingens egne medarbeidere og etter initiativ fra disse.

Administrerende direktør etterspør oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen i oppfølgingsmøtene i klinikkene. Avdelingene har økt fokus på dette i ulike lederfora.

*- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

SSHF har driftsøkonomi og investeringer på rødt (4/4) på de to siste risikovurderingene.

SSHF har betydelige driftsutfordringer i de somatiske klinikkene, men har til tross for dette klart å levere et resultat på budsjettet nivå i 2014. Utfordringen øker derimot betydelig i 2015 med de rammer som er til rådighet. Til tross for et resultatnivå på ca. 671 mill kr (100 mill før justering pga. pensjonsberegning) er evnen til reinvestering for lav i SSHF, både innen bygningsvedlikehold og medisinskteknisk utstyr.

### 3.1.2. Tildeling av midler

- Sørlandet sykehus skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sørlandet sykehus skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Rapportering for tildelte midler	2014	
Basisramme	Tildeling:	3 811 825
	Resultat <sup>1</sup> :	3.523.725
- herav forskning i basis	Tildeling:	7 448
	Resultat <sup>1</sup> :	7.448
Nasjonale kompetansetjenester	Tildeling:	2 100
	Resultat <sup>1</sup> :	2.100
Statlige tilskudd	Tildeling:	10 673
	Resultat <sup>1</sup> :	10.673
ISF-refusjoner	Tildeling:	1 479 147
	Resultat <sup>1</sup> :	1.450.504
I alt	Tildeling:	5 303 744
	Resultat <sup>1</sup> :	4.994.450

*I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige foretaks-spesifikke inntekter, herunder pasientbetaling og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.*

<sup>1</sup> Hentet fra helseforetakets foreløpige rapportering for desember 2014 per 20. januar 2015.

SSHF har i forbindelse med endringer i premissene for kostnadsføring av pensjon tilbakebetalt 288,1 mill av basisramme.

I tillegg til disse midlene har foretaket mottatt tilskudd i 2014 bl.a. til dropout-team innen rusbehandling på 1,85 mill, og tilskudd til prostatasenter i eget sykehusområde på 0,7 mill.

### Innsatsstyrt finansiering

- ISF- refusjonsandelen er økt fra 40 til 50 % fra 2014. Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.*

SSHf fokuserer på riktig koding, hvor klinikkenes ulike avdelinger har hovedansvar for dette. Det er ulik organisering av dette i Medisinsk og Kirurgisk klinikk, men opplæring og riktig koding står i fokus i begge klinikker. Overgangen til 50 % ISF har gitt foretaket en del utfordringer i forhold til volumsvingninger på inneliggende pasienter fra 2013 til 2014. Dog benyttes medisinske vurderinger i prioriteringene og ikke ISF produksjon.

### Midler til etablering og drift av kommunale ø-hjelpsplasser

- *Helse Sør-Øst skal sette av minst 234,1 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det forutsettes at helseforetaket setter av nødvendige midler til utbygging og drift av øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til avtalte utbyggings- og opptrappingsplaner med kommuner i helseforetakets opptaksområde.*

Pr. desember 2014 har 25 av 30 kommuner på Sørlandet etablert kommunale ø-hjelpsplasser. 01.01.2014 var det etablert en kapasitet tilsvarende 13 senger, og i løpet av 2014 ble kapasiteten utvidet med 29 senger til totalt 42. Fullt utbygd vil antall KØH-senger på Sørlandet utgjøre 44 sengeplasser. Dette er ca. 5 sengeplasser mer enn antall liggedøgn Helsedirektoratet har stipulert skal overføres til kommunene. KØH-tilbud i kommunene Bykle, Valle, Bygland, Sirdal og Evje og Hornnes vil bli opprettet i 2015. Dette utgjør i sum kun 2 nye plasser i 2015.

Det er i 2014 utbetalt 20 mill kr til kommuner som har opprettet KØH-tilbud, 13 mill kr lavere enn budsjettet på 33 mill kr. Det er i 2014 ikke registrert vesentlig effekt av kommunale tilbud i form av lavere etterspørsel etter ø-hjelpsinnleggelse i avdelingene. Metodisk er dette vanskelig å påvise. f.eks. har SSHf i 2014 behandlet flere ø-hjelpspasienter enn tidligere år, men da med lavere rammemidler. I samarbeid med kommunene rapporteres det hvilke pasientkategorier som legges i KØH-sengene og belegget av disse sengene. Registreringene viser et lavt belegg, 30 – 50 %, lavest i enheten med 2 senger. Kostnadene pr. seng blir da uforholdmessig høy for kommunene, parallelt med at det ikke gir avlastning for sykehuset som har satt av midler til KØH – tjenesten.

### Utleveringskostnader LAR

- *De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for å dekke medikamentkostnader LAR. Fra 2014 vil de regionale helseforetakene også få ansvaret for å dekke utleveringskostnadene i LAR, med unntak for pasienter som oppfyller kriterier for å få utlevert medikamenter av kommunale tjenester.*

SSHf har dialog med flere kommuner for å finne løsninger etter avklaringen som kom i statsbudsjettet.

SSHf legger til grunn at kostnadene til LAR vil øke i 2015 og videre i 2016 ettersom kommunene tilpasser sin tjeneste til denne pasientgruppen.

### Fra tilskudd til basis

- *Tidligere tilskudd knyttet til barn som pårørende, nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser, regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, rusmestringsenbeter i fengsel, soningenbeter for personer under 18 år og narkotikakontroll for domstolskontroll inngår fra 2014 i de respektive helseforetakenes basisrammer og skal videreføres på minst samme nivå som i 2013.*

Tilskudd til Barn som pårørende er økt fra 7,5 mill kr i 2013 til kr 7,8 mill kr for 2014.

Tilskudd til rusmestringsenhet ved Arendal fengsel Evje er videreført med pris/ lønnsjustering.

### Raskere tilbake

- *Ordningen med "Raskere tilbake" videreføres i 2014. Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" er ikke omfattet av vederlagstabellen over. Dette tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Tilskuddets størrelse vil bli avklart senere. Aktivitet som genereres i medhold av denne ordningen er ikke omfattet av aktivitetsbestillingen i tabellen over, men kommer i tillegg.*

SSHF har hatt aktivitet knyttet til Raskere tilbake og fikk for 2014 tildelt midler på 11,9 mill kr (totalt for toppfinansierte og aktivitetsbaserte prosjekt). I tillegg ble det tildelt evalueringsmidler, midler til transportkostnader og koordinatorfunksjon på til sammen 3,8 mill kr.

SSHF har i 2015 hatt følgende tiltak knyttet til Raskere tilbake i 2014:

- "Mindfulness"- Stressmestring med oppmerksomhetstrening
- "Å leve bedre med seg selv og andre"
- Mild traumatisk hjerneskade
- Pårørende rus "Gjør deg fri fra andres misbruk"
- Muskel / skjelett Arendal
- Fysikalsk-medisinsk tilbud til ryggpasienter i Aust-Agder
- Kveldsoperasjoner en kveld pr. uke fra november 2014, samt 2-3 poliklinikker pr. uke ved SSK.

### Drift og investering

- *For 2014 tildeles foretaket en samlet basisramme til drift og investeringer. Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. Basisrammen tilfører likviditet slik at Sørlandet sykehus kan gjennomføre ordinære investeringer for i alt 59,9 millioner kroner forutsatt et økonomisk resultat i balanse. Helse Sør-Øst RHF presiserer at positive resultater som oppstår i løpet av året ikke kan benyttes til investeringer for foretaket har tilstrekkelig grad av sikkerhet for positiv resultatoppnåelse på årsbasis.*

SSHF har i 2014 skapt et bedret handlingsrom for investeringer fremover, med et foreløpig resultat på ca. 671 mill kr (100 mill før justering pga. pensjonsberegning). Opparbeidet resultat i 2014 før pensjonsjustering vil bli benyttet til investeringer i 2015. Det er i 2014 gjennomført investeringer for om lag 180 mill kr mot et budsjett på 325 mill kr. Det vil være et betydelig overheng fra 2014 til 2015 på ca. 140 mill kr. som vil gjennomføres i 2015.

Stort investeringsbehov og mengden av planlagte prosjekter kombinert med begrenset kapasitet til gjennomføring, har medført at det har vært noe forsinkelser i anskaffelsene. Spesielt utstyr innen radiologi og annet medisin teknisk utstyr vil bli gjennomført i 2015. Strålemaskin nr 2. ble skiftet i første halvår 2014 med en investering på 30 mill kr.

SSHF har fortsatt høy risiko knyttet til investeringsevnen, og er avhengige av å få tilført lånekapital i de nærmeste årene for å utbedre bygningsiden, spesielt i Kristiansand.

Det er nettopp ferdigstilt et arbeid med Utviklingsplan 2030 for SSHF. Dette gir også en retning på de større prioriteringene i sykehusets investeringer frem til 2030 og antyder en rekkefølge i nødvendige investeringer for å kunne sikre god pasientbehandling i årene som kommer. Denne planen vil styrebehandles i sykehusets styre 05.02.2015 og danne grunnlag for lånesøknader til HOD via Helse Sør-Øst RHF allerede for prosjekter i perioden 2016 - 2020.

Herunder nytt sykehuspsykiatribygg og nytt akuttbygg i Kristiansand.

### Likviditet og kapitalforvaltning

- *Foretaksgruppens etablerte prinsipper for likviditetsstyring ligger til grunn for løpende tilpasning av investeringsnivå til resultat og tilgjengelig likviditet. Utbetalinger til helseforetaket skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet når disse er utbetalt til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon. Fra 2014 innføres renteberegning av alle helseforetakenes langsiktige, konserninterne fordrings- og gjeldsforhold overfor det regionale helseforetaket.*

SSHF har hatt en tilfredsstillende likviditetsutvikling i 2014 med en reell endring på +7 mill kr hvorav et driftsresultat på ca. + 675 mill kr (100 mill før justering pga. pensjonsberegning) og et investeringsnivå på ca. 180 mill kr er håndtert.



I desember ble det pga. endrede prinsipper for vurdering og bokføring av pensjonskostnader gjort en innbetaling på 288 mill kr til RHFet som medførte en saldo på driftskreditten på 120 mill kr. mot en kredittramme på 588 mill.

Foretaket har pr. 31.12 en fordring mot RHF knyttet til framtidige investeringer på i alt 860 mill kr. Denne skal benyttes som egenkapital i de fremtidige større byggeprosjektene.

### Resultatkrav for 2014

- *Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. God ledelse er en viktig forutsetning for å nå resultatkrav. Sørlandet sykehus må iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det legges til grunn at det er etablert prosesser for medvirkning på alle nivåer.*

SSHF har implementert overordnede rutiner for ressursstyring. Det er gjennomført undervisning i lov og avtaleverk for ledere og det er gjennomført internrevisjon for arbeidsplanene til legene. Konsernrevisjonen gjennomførte tilsyn innenfor ressursstyring og virksomhetsstyring der både ledere og tillitsvalgte deltok. Funn blir fulgt opp i 2015 når rapporten foreligger.

Arbeidet med å innføre lederavtaler på alle ledernivåer pågår og skal ferdigstilles i begynnelsen av 2015.

Ressursbruken rapporteres månedlig og følges opp i direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene. Styret ved SSHF får månedlige driftsrapporter om omfatter dette.

Det har i 2014 pågått omfattende prosesser ved SSHF som *Utviklingsplan 2030* og *Strategiplan 2015 - 2017*. Det har vært lagt opp til åpne og involverende prosesser noe som har bidratt til stort engasjement både hos ansatte, kommunene og i politisk miljø.

SSHF har gjennom mange år etablert gode samarbeidsorganer med de ansattes representanter og med brukerne, og budsjett og mål for 2014 inklusive nødvendige tiltak er drøftet i de respektive fora med tillitsvalgte og i linjen.

- *Sørlandet sykehus skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

Det er gjennom et resultat i 2013 på 133 mill kr og foreløpig resultat på 671 mill kr i 2014 (100 mill før justering pga. pensjonsberegning), skapt et handlingsrom som har gjort det mulig å gjennomføre betydelige investeringer på MTU-siden i de siste årene. Det har imidlertid ikke vært mulig å finansiere større bygningsmessige prosjekter grunnet knapphet på likviditet i foretaksgruppen totalt sett. Dett har over tid ført til et betydelig etterslep som må løses i samarbeid med det regionale foretaket de neste årene.

- *Sørlandet sykehus skal for 2014 ha et resultat på 100 millioner kroner.*

SSHF har et foreløpig årsresultat på 671,3 mill kr. Dette er 0,5 mill kr over resultatkravet på 670,8 mill kr satt av Helse Sør-Øst RHF. Opprinnelig resultatkrav var 100 mill kr, men ble endret til 670,8 mill kr i foretaksmøte 19.12.2014 på grunn av reduserte pensjonskostnader som følge av at nye utføreregler og levealdersjustering er tatt inn i pensjonsberegningene. De reduserte pensjonskostnadene for SSHF er totalt 858,9 mill kr. Effekten er håndtert ved at inntektsrammene til helseforetakene er redusert med 288,1 mill kr, og at resultatkravet er økt med 570,8 mill kr.

Regnskapet for 2014 viser utfordringer i somatikken, både i Kirurgisk og Medisinsk klinikk. Poster som bidrar positivt er finans, eiendomssalg, energi, IKT fra Sykehuspartner og lavere kostnad på Kommunale ø-hjelpsplasser i kommunene, i tillegg til resultat i Klinikk for psykisk helse på om lag 46 mill kr.

SSHF har frist for å rapportere endelig resultat for 2014 den 27. februar 2014. Pr. i dag er gjenstår avregning 3. tertial ISF og endelig aktuarberegning.

## 3.2. Resultater for mål 2014

### 3.2.1. Aktivitet

- *Budsjettet aktivitet er i tråd med bestillingen.*

Rapportering av aktivitet	2014	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og bilo. legem.) i henhold til "sørge for"-ansvaret	<i>Krav:</i>	72 557			
	Resultat <sup>1</sup> :	71 088			
<b>Pasientbehandling</b>					
- Antall utskrevne pasienter, døgnbehandling	<i>Krav:</i>	47 034	3 416	110	980
	Resultat <sup>1</sup> :	45 904	3 123	100	878
- Antall liggedøgn døgnbehandling	<i>Krav:</i>	164 300	60 000	1 650	21 874
	Resultat <sup>1</sup> :	157 770	54 958	1 326	21 680
- Antall dagbehandlinger	<i>Krav:</i>	30 769			
	Resultat <sup>1</sup> :	31 198			
- Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	<i>Krav:</i>	285 987	86 911	57 265	25 658
	Resultat <sup>1</sup> :	285 460	97 111	46 392	27 535

SSHF har i 2014 levert om lag 3 % flere pasientbehandlinger enn i 2013 – det høyeste antall noensinne. Til tross for dette ser vi at det har vært utfordringer med ventelister og fristbrudd, spesielt innen avdelinger i Kirurgisk klinikk som ligger om lag 2 % under budsjettet volum.

Medisinsk klinikk hadde totalt sett meget høy aktivitet i 2014, selv om polikliniske konsultasjoner endte litt under budsjett. I sum er aktivitet i tråd med bestillingen fra eier både innen somatikk og psykisk helse og rusbehandling.

Antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern/TSB er for 2014 samlet 0,5 % over budsjett. Antall polikliniske refusjonsberettigede konsultasjoner er 170 634. Dette er en reduksjon i forhold til 2013 med 4 799 konsultasjoner. Jf. om systemomlegging BUP nedenfor. Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år i voksenpsykiatri DPS er 9,7 % over budsjett og Psykiatrisk sykehusavdeling er 27,8 % over budsjett, i barne- og ungdomspsykiatri 19,1 % under budsjett grunnet systemomlegging til DIPS, og innen TSB 7,2 % over budsjett. TSB har en økning fra 2013 på 2 063 konsultasjoner (11,6 %)

ABUP byttet fra BupData til DIPS 20. januar 2014. I denne forbindelse er produksjonen blitt lavere enn 2013. Av tilbakemelding fra NPR og andre helseforetak som har vært gjennom overgang til DIPS er vi orientert om at de har opplevd nedgang i produksjon. Dette betyr ikke at tilbudet endres, men at det kreves andre registreringsrutiner og det er en teknisk utfordring.

Antall utskrevne pasienter psykisk helsevern/ TSB er for 2014 samlet 9,0 % under budsjett. Det er en reduksjon fra 2013 på 208 utskrivninger. Dette er en trend vi har sett over flere år i SSHF.

### 3.2.2. Tilgjengelighet og brukerorientering

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.*

Somatikken har i gjennomsnitt redusert ventetid for avviklede pasienter med 2 dager (fra 71 til 69 dager) fra 2013 til 2014. Trenden er svakt avtakende, men målet om 65 dager er ikke nådd.

Det er i Kirurgisk klinikk utfordringene er størst. Gjennomsnittlig ventetid for klinikken var 81 dager i 2014, mot 83 dager i 2013. Ventetid avviklede var 72 dager i desember 2014. Kirurgisk klinikk har en markert positiv trend på gjennomsnitt ventetid for ventende pasienter. Dette gir en forventning om bedre indikatorresultat for 2015.

Det er utfordringer innen noen få fagområder som i hovedsak skaper de lange ventetidene i klinikken. Disse er øye, øre-nese-hals og variser. Det er gjort betydelige forbedringer inne ortopedi

i 2014, noe som bl.a. har medført en betydelig reduksjon på langtidsventende over 1 år. Klinikken har 200 langtidsventende ved utgangen av 2014.

Medisinsk klinikk har i hovedsak akseptable ventetider. Det er avdelingsleders ansvar å påse at avdelingene har tilstrekkelig behandlingsskapasitet, slik at ventetiden innenfor de ulike fagområdene til enhver tid er forsvarlig. Avdelingene setter fra tid til annen inn ekstra kapasitet for å holde ventetiden nede, og det er kontinuerlig fokus på effektiv drifting av poliklinikkene og utnytting av avdelingens samlede ressurser for å opprettholde forsvarlig ventetid. Der lang ventetid skyldes vedvarende for lav behandlingsskapasitet, jobbes det for å øke kapasiteten. I budsjett for 2015 blir kapasiteten økt for endokrinologi, hematologi og generell indremedisin.

Klinikk for psykisk helse har gode resultatall i 2014 og alle fag er innenfor mål. Klinikken har i flere år arbeidet med en differensiert og ambisiøs målsetting: gjennomsnittlig ventetid under 50 dager for VOP, under 35 dager for BUP og under 65 dager for TSB. For rettighetspasienter i VOP, er det ingen måneder i 2014 hvor det er rapportert ventetider over 50 dager. For behovspasienter i VOP har ventetidene stabilisert seg på et lavere nivå enn i 2013. Gjennomsnittet for hele 2014 er 45 dager.

For ABUP har ventetidene for rettighetspasientene vært like over 35 dager i snitt i 2014. Årets fire siste måneder har resultatet vært innenfor målsettingen. For behovspasienter har gjennomsnittlig ventetid vært like over 30 dager.

Innen TSB har ventetiden vært godt innenfor målsettingen gjennom hele 2014 med gjennomsnittlig ventetid på 41 dager.

Medisinsk serviceklinikk har ventetider innen radiologi og patologi. De øvrige spesialitetene utfører stort sett undersøkelser løpende og uten vesentlige ventetider for tilgang til undersøkelse eller svarrapportering etter at undersøkelsen er gjennomført.

- *Ingen fristbrudd.*

Kirurgisk klinikk har størst utfordring med fristbrudd, og avviklede fristbrudd i Kirurgisk klinikk var 63 i desember 2014. For hele 2014 hadde klinikken 1 654 fristbrudd, tilsvarende 2,1 % av alle avviklede rettighetspasienter. Det jobbes kontinuerlig for å innføre bedre flyt i behandlingsslinjen i hele SSHF, med bl.a. harmonisering av ventelistene for alle lokasjoner og bedre kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene. Dette vises først i nedgang for antall ventende før det gir effekt på fristbruddene. Med denne prioriteringen vil man se varige nedgang i antall ventende og redusert antall fristbrudd.

Medisinsk klinikk hadde 265 fristbrudd i 2014, hvorav ca. 25 % ikke var reelle men skyldes feilregistreringer. Dette er det laveste antall registrerte fristbrudd siden vi begynte å rapportere dette. Det forventes at avdelingene ved hjelp av ny rapport for oppfølging av kommende fristbrudd klarer å redusere rapportering av ikke reelle fristbrudd

Klinikk for psykisk helse har iverksatt en rekke tiltak for å redusere antall fristbrudd. Enkelte avdelinger har hatt en tett oppfølging og kan vise til en god reduksjon i antall brudd. Det har vært rapportert ca. 100 fristbrudd i klinikken i løpet av året, en reduksjon på omtrent 50 brudd fra 2013. Avdelingene melder at den største andelen av fristbrudd er resultat av svikt i merkantile registreringsrutiner. Alle disse pasientene fikk timer innen fristen, og opplevde ikke fristbrudd. Rutinene har blitt bedre, og det er kun rapportert fire fristbrudd siden september.

- *Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.*

Kravet er godt kjent og rutiner for oppdatering er etablert. Enkelte måneder har det fortsatt vært noen forsinkelser. Dette følges opp.

- *80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.*

Det foreligger ikke tall for dette siden det pasientadministrative systemet Dips ikke tillater registrering av denne indikatoren. Tallene som rapporteres fra Helsedirektoratet innen blant annet lungekreft, er ikke gjenkjennbare for avdelingene.

Det er gjennom arbeidet med handlingsplan for kreftbehandling jobbet med å redusere unødig ventetid innen kreftutredning, og SSHF har et godt utgangspunkt for implementering av pakkeforløpene for kreftbehandling i 2015.

Onkologiske pasienter prioriteres til laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Arbeidsgrupper knyttet til Handlingsplanen for kreftbehandling drøfter prioriteringer.

- *Det er gjennomført pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.*

Gjennomføring av halvårlige pasienttilfredshetsundersøkelser er en del av handlingsplan for kreftbehandling. I 2014 er det blitt gjennomført flere slike undersøkelser for brystkreftpasienter, gyn. kreft, lungekreft, lindrende behandling og pasienter ved Senter for kreftbehandling (div. kreftformer). Resultatene publiseres på sykehusets nettside for [kreftbehandling](#), med kommentar fra fagmiljøet, og legges til grunn for løpende forbedringsarbeid.

Klinikk for psykisk helse plasserte i 2014 ut 12 iPader som samler inn brukererfaringer og tilfredsmålninger fra både pasienter og pårørende. Ytterligere 10 iPader er kjøpt inn og skal utplasseres. I første runde gjelder dette tilbakemeldinger fra poliklinikkene i Klinikk for psykisk helse. I neste runde skal denne ordningen utvides til døgnpostene. Siden sommeren 2014 har over 200 pasienter og ca. 50 pårørende gitt tilbakemelding om tjenestetilbudet i klinikken. Tilbakemeldingene skal samles og presenteres i de kvartalsvise oppfølgingsmøtene med avdelingene. Konkrete forslag til forbedringer blir distribuert til aktuelle avdelinger og vil drøftes i budsjettprosessen. Klinikken har ønske om å publisere resultatene, men sykehuset har foreløpig ingen teknologisk løsning for å ivareta dette.

Det er ikke gjennomført undersøkelser på erfaringer fra pasienter i Medisinsk serviceklinikk, bare undersøkelser fra brukere av klinikkens tjenester. Høsten 2014 ble det gjennomført en spørreundersøkelse for fastleger og kommunehelsetjenesten i Agderfylkene. Svarene fra undersøkelsen er tilgjengelig på sykehusets nettsider. Brukerundersøkelse blant pasienter er fortsatt ønsket og under planlegging.

- *Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Det er etablert brukerstyrte plasser innen både psykisk helsevern og TSB i Klinikk for psykisk helse. DPS Strømme opprettet et slikt tilbud for ca. tre år siden. Ordningen ble systematisk evaluert høsten 2014, med spørsmål om hvordan pasientene, miljøpersonalet og oppfølgingsansvarlige opplever tilbudet. I tillegg ble det hentet inn kvantitative data fra pasientdatasystemet (DIPS). Pasientene får som regel tilbud om innleggelse samme dag eller dagen etter at de har henvendt seg.

Primo 2014 ble det startet opp en ordning med to brukerstyrte plasser i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, henholdsvis ved Døgnettenhet Byglandsfjord og Rehabposten i Kristiansand sentrum.

- *Det er etablert flere standardiserte forløp i henhold til nasjonale retningslinjer. Sørlandet sykehus skal i 2014 tilrettelegge for helhetlige pasientforløp og utvikle behandlingslinjer for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, samt for pasienter med skadelig bruk / avhengighet av alkohol. I størst mulig grad oppfordres det til samarbeid med brukere og samarbeidende kommuner. For kreftforløp ønskes det særskilt oppmerksomhet på forløpstider.*

SSHF har i alt 27 behandlingslinjer publisert på internett, og flere er under arbeid. De fleste er utarbeidet i samarbeid med kommunene og beskriver forløpet hjem – til – hjem.

Som del av handlingsplan for kreftbehandling er det utarbeidet flere nye behandlingslinjer i 2014:

- Gynekologisk kreft
- Colorectalancer
- Hjernesvulst
- Lungekreft
- Prostatakreft (foreløpig ikke publisert)

I tillegg er det utarbeidet følgende nye behandlingslinjer:

- KOLS
- Maske, trakeostomi og hjemmerespirator
- Nyoppdaget diabetes hos barn og unge
- Obstipasjon, barn
- Skulder, rehabilitering
- Lette traumatiske hodeskader

Standardisert pasientforløp for hoftbruddpasienter pr. lokasjon er etablert.

Det er ikke utarbeidet nasjonale retningslinjer som er spesifikke for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol. Det arbeides i SSHF med å utvikle behandlingslinjer for de mest vanlige diagnoser på dette feltet.

- *Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.*

SSHF har i samarbeid med kommunene laget en løsning der koordinerende enhet har en nettportal hvor tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering på Agder presenteres. Det gjelder både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Ved Senter for kreftbehandling prøves det ut en modell med koordinatorfunksjon for kreftpasienter. Det innebærer at pasienten til enhver tid skal ha et tilgjengelig kontaktpunkt/telefonnummer.

Klinikk for psykisk helse har gjennomført journalgjennomgang høsten 2014, og det viser seg at 40 av 43 pasienter som er vurdert til å ha rett / behov for koordinator, har fått oppnevnt og dokumentert dette i journal.

- *Helseforetaket skal ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd.*

I forbindelse med rapportering for arbeidet med ventetider og fristbrudd, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Ventetid og fristbrudd vil være kritiske suksessfaktorer i 2014. Mange helseforetak har god utvikling i arbeidet med disse områdene, og noen har allerede nådd de målene som er satt. Erfaringen viser likevel at dette ikke er områder der gode resultater opprettholdes av seg selv, men at god resultatoppnåelse bygger på et kontinuerlig arbeid.*

Det vises også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 12. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14:

- *Helseforetaket må i 2014 ha en særlig ambisjon om å bedre tilgjengeligheten for pasientene med spesiell vekt på å unngå fristbrudd. Ventetider og fristbrudd har i flere år vært prioritert som et av de fem overordnede målene for Helse Sør-Øst. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakets styre legger stor vekt på å forbedre måloppnåelsen innen disse områdene. I årlig melding 2013 har Sørlandet sykehus HF gitt tilbakemelding om at gjennomsnittlig ventetid innen kirurgi har økt i 2013 i forbindelse med utvikling av langtidsventende og ved utgangen av året lå på ca. 90 dager samlet for pasienter med og uten rett. For medisinsk klinikk vurderer helseforetaket at ventetiden i hovedsak er akseptabel, for psykisk helsevern og TSB rapporteres om ventetider bedre enn målsetningen på 65 dager gjennom hele 2013. Foretaksmøtet merket seg at gjennomsnittlig ventetiden i 2014 frem til og med april har vært på 68 dager. Dette viser at helseforetaket fortsatt må arbeide aktivt for å kunne nå målet for 2014 som er satt til under 65 dager. Tilbakemeldingen i årlig melding 2013 viser et høyt antall fristbrudd i 2013, men det bemerkes i årlig melding at fristbruddene er redusert gjennom hele året, og at det i desember bare var registrert fire fristbrudd. Foretaksmøtet var ikke fornøyd et høyt antall fristbrudd samlet for 2013, men berømmer likevel at helseforetakets arbeid med fristbrudd viste gode resultater i desember. Frem til og med april 2014 er andel fristbrudd rapportert til 4 %. Foretaksmøtet ba om at styret i Sørlandet sykehus HF følger opp arbeidet med å fjerne fristbrudd slik at den overordnede målsetningen kan oppfylles.*

Se også kommentarer foran for ventetider og fristbrudd.

De månedlige virksomhetsrapportene til styret har vist at utviklingen for ventetider og fristbrudd ikke har vært tilfredsstillende med tanke på å nå målene. Styret har flere ganger bedt administrerende direktør iverksette tiltak for å nå målene for ventetid og for å unngå fristbrudd. Tiltakslisten til Kirurgisk klinikk ble present for styret høsten 2014.

Kirurgisk klinikk har månedlige oppfølgingsmøter med alle avdelinger med fokus på at nevnte styringsindikatorer er etablert, samt utarbeidet rapporteringsverktøy for bedre utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten i hele foretaket. Dette med konkrete mål for fjerning av fristbrudd og langtidsventende.

Det er videre opprettet kontakt med Fritt sykehusvalg, som sitter på en samlet oversikt over kapasitet og tilbud innen foretakets behandlingstilbud. SSHF har fått egen kontaktperson ved Fritt sykehusvalg som bistår foretakets behandlingskoordinatorer ved behov.

Medisinsk klinikk vil videreføre nåværende strategi med å påse at det er forsvarlig behandlingsskapasitet innenfor de ulike fagområdene, og gjennomføre tiltak der det over tid viser seg å være for lav kapasitet.

Klinikk for psykisk helse har hatt stor reduksjon i antall fristbrudd i 2014, og avsluttet året med 4 brudd de siste tre månedene. Ventetidene er stort sett innenfor målsettingene i løpet av 2014.

Årsaken til forbedringene tillegges flere tiltak som er gjennomført og som videreføres i 2015. Noen av tiltakene er:

- Stort fokus på administrative rutiner og oppfølging / kontroll av disse
- Kvartalsvis oppfølgingsmøte med avdelingene hvor individuelle målsettinger følges opp
- Obligatorisk opplæring i DIPS
- Økt behandlertetthet på enheter med kapasitetsmessige utfordringer

Medisinsk serviceklinikk følger opp utviklingen i ventetider hver måned. Ved fare for betydelig økning i ventetider, iverksettes tiltak som vil redusere ventetiden. I praksis er det utvidet åpningstid og gjennomføring av undersøkelser på kveld / helg. Ved implementering av ny CT i Arendal, ny MR i Kristiansand og lavfelts MR i Flekkefjord, antar man at ventetiden på MR og CT vil gå ned.

### 3.2.3. *Kvalitet og pasientsikkerhet*

I forbindelse med rapportering for alle underpunkter under overskriften kvalitet og pasientsikkerhet, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014, sak 3 Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og støttefunksjoner er, sammen med utvikling av gode pasientforløp, viktige elementer for å heve kvaliteten i behandlingen. I Helse Sør-Ost har mange helseforetak utviklet gode tilbud basert på dette. Alle helseforetaksstyrer vil ha et ansvar for at det gode arbeidet fortsetter og at erfaringer både fra eget og andre helseforetak følges opp i den videre utviklingen. Det forventes at helseforetaksstyrene sørger for at det utarbeides konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.*

SSHF har spesielt fokus på standardisering av prosedyrer og rutiner i pasientbehandling. Dette gjelder foretaksovergripende dokumentasjon og etablering av behandlingslinjer.

En egen redaksjon ledet av fagavdelingen koordinerer en ryddeprosess av kliniske fagprosedyrer i tett samarbeid med klinikkene. Målet er sanering av dubletter, oppdatering og kvalitetssikring av prosedyrer samt import av nasjonale fagprosedyrer der disse finnes. I prinsippet skal alle kliniske fagprosedyrer gjelde hele helseforetaket og kun ha en versjon i EK. Som en del av standardiseringen av henvisningsvurderinger jobbes det med etableringen av felles henvisningsrutiner, en – dør – inn for fagområder med flere avdelinger i hver klinikk.

Det er etablert egne tiltakspakker for risikoutsatte pasientgrupper innen somatikken (TILT = tidlig identifisering av livstruende tilstander). Dette handler om regelmessig identifisering av risikopasienter, formidlet på tavlemøter i vaktrommet og tett oppfølging av disse pasientene. Medarbeiderne på sengepostene har deltatt i opplæring i bruk av TILT.

Klinikk for psykisk helse har innført egne rutiner for risikoidentifisering og oppfølging av pasienter med selvmordsrisiko.

### Pasientsikkerhetskampanjen

- *Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.*

Gjennomføring av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet for somatikken følger oppsatt nasjonal plan. Egne arbeidsgrupper har stått for planlegging og iverksetting av fem tiltakspakker. Dette gjennomføres klinikkvis uten ekstraordinære ressurser.

Tiltakspakkene i programmet implementeres ved at det tas i bruk tavlemøter på previsitt. Ved hjelp av disse struktureres pasientgjennomgangen, og man har fokus på status og tiltak for den enkelte pasient innen de aktuelle risikoområdene. Dette er etablert i ulik grad; men planen er å gjennomføre dette på alle på relevante enheter innen fristen 2016.

Administrerende direktør og fagdirektøren har gjennomført pasientsikkerhetsvisitter ved 11 avdelinger i 2014.

Aktuelle tiltakspakker i Klinikk for psykisk helse er «Forebygging av selvmord» og «Forebygging av overdosedødsfall». Det er gjennomført en rekke tiltak med gode resultater. En journalgjennomgang for tiltak rettet mot forebygging av selvmord fra høsten 2014 viser at det må arbeides videre med bl.a. implementering av kriseplaner og involvering av pårørende ved utskriving.

I løpet av 2014 er det doblet personalressurser til kompetansebygging og forbedringsarbeid innen selvmordsforebygging. Alle nyansatte må gjennomgå obligatorisk opplæringspakke for selvmordsforebygging.

### Rapportering til Helsedirektoratet

- *Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykebusvalg, er rapportert på sykehusnivå, og benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

I tillegg til resultatrapportering overordnet til Helsedirektoratet, produserer Enhet for virksomhetsdata (EVD) samme indikatorsett på seksjons-, lokasjons-, og avdelingsnivå minst en gang pr. måned.

Data gjennomgås regelmessig i direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene og i klinikkens oppfølgingsmøter med avdelingene, samt legges til grunn i det løpende forbedringsarbeidet i klinikk og avdeling. Gjennom arbeidet med Handlingsplan for oppfølging av pasientadministrativt arbeid (endelig versjon vedtatt i desember 2014) har det blitt utarbeidet flere nye indikatorer i løpet av 2014, blant annet fordeling av epikrisetid (hvor mange sendes første døgn, innen tre døgn, etter to uker osv), fristbrudd for pasienter uten rett mfl.

Klinikk for psykisk helse bruker alle kvalitetsindikatorer, inkludert indikatorer som rapporteres til Helsedirektoratet, i klinikkens balanserte målesystem. Indikatorene oppdateres minimum en gang i måneden og gir grunnlag for diskusjoner i ulike fora, som avdelingsledermøter, kvalitetsråd, kontorledermøter og enhetsledermøter på avdelingsnivå.

Indikatorer som rapporteres til Helsedirektoratet er ikke gode nok alene til evaluering av klinisk praksis og systematisk forbedringsarbeid. Klinikken har derfor supplert disse indikatorene med

egne virksomhetsdata (eksempelvis tall for tvangsbruk, akutte innleggelser, overføringer til DPS osv.).

Avdelingene melder tilbake til klinikkjefen kvartalsvis status og effekt av avtalte tiltak på utvalgte indikatorer.

### Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:*
  - *nasjonal dekningsgrad*
  - *omfatter pasientrapporterte effektmål*
  - *benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

SSHF har i 2014 øket oppmerksomheten på medisinske kvalitetsindikatorer gjennom alle lederlinjer i nært forhold till til fagmiljøene, eks er rapportene for 30 dagers overlevelse og tiltak i kjølvannet av den risikovurdering som ble gjort. SSHF var også tidlig med å slutte seg til kvalitetsregisteret Global Comparators Program. De skal etableres egne fag – og forskningsgrupper som skal styrke kompetansen på registrering, analyse/ statistikk og epidemiologi. Arbeidet kobles til arbeid med risikoidentifisering og kliniske tiltak.

SSHF rapporterer til pålagte nasjonale kvalitetsregistre, unntatt hjertestansregisteret som er såpass omfattende at det trengs lenger tid for å etablere kapasitet til dette.

Det er satt i gang et arbeid med gjennomgang av alle registre, inkludert jus, registreringsrutiner, rapportering, lederforankring og oppfølging av disse. Totalt er det 126 registre (herav 20 lokale) som er i bruk. Arbeidet er samstemt med tilsvarende prosess i fagdirektørgruppen i HSØ.

Det finnes få nasjonale kvalitetsregistre for psykiatrien. I Klinikk for psykisk helse rapporteres til LAR-pasientregisteret (SERAF, UiO). Av andre kvalitetsregistre som brukes i klinikken, nevnes Dagbehandlingsnettverket (UiO), selvmordskartlegging (internt) og tvangsrapportering (internt).

Avdelingene i Medisinsk serviceklinikk deltar i flere nasjonale kvalitetsprogram og ringtester. Laboratoriekonsulenter er tilsatt ved både SSK og SSA, disse har ansvar for rådgivning og oppfølging av laboratoriepraksis på fastlegekontorene

### Nye metoder i spesialisthelsetjenesten

- *Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.*
- *Oslo universitetssykehus er etablert som regionalt kompetansesenter for metodevurdering.*

SSHF forholder seg til nasjonale retningslinjer ved utarbeidelse av nye kliniske prosedyrer. Det er allerede etablert en praksis med å forvente dokumentasjon og metodevurdering ved henvendelse om innkjøp av ny type MTU eller igangsetting av ny behandlingsmetode i klinisk praksis. SSHF har produsert en MiniHTA for mobil PETCTscan som er publisert av Kunnskapscenteret. Denne problematikken er aktuell i vurderingene som gjøres ved anskaffelse av nye typer behandlingshjelpemidler. For å systematisere dette arbeidet, har SSHF etablert en styringsgruppe for metode/ behovsvurdering av behandlingshjelpemidler

SSHF har innmeldt Sonja May Amundsen som representant, med Per Engstrand som stedfortreder til referansegruppen for Regionalt kompetansetjeneste for metodevurdering.

### ”Øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene

- *Det er etablert flere ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner.*

Det ble i 2014 etablert 4 nye KØH-tilbud med 22 senger. I tillegg er kapasiteten trappet opp med 7 nye senger. Totalt er kapasiteten 42 senger pr. desember 2014.

Ytterligere to senger planlegges etablert i 2015 slik at kapasiteten totalt blir 44..

- *Helseforetaket har bidratt til at ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene har god kvalitet, og har vurdert effektene av tilbudene.*



Det er gjort gjennom samarbeidsavtaler/ tilleggssavtaler til delavtale D4 med kommunene, og gjennom anbefalt rapport fra medisinsk fagutvalg. Det er ikke gjort systematisk måling av effekten, men det arbeides med å få det på plass.

- *Helseforetaket samarbeider med kommunene for å unngå uønskede reinnleggelser.*

For å unngå uønskede reinnleggelser må pasienten ha fått god og riktig behandling under sykehusoppholdet, pasienten må være utskrivingsklar, utskrivningen må være godt planlagt, og det må følge med god informasjon til kommunen/fastlegen. Videre må kommunens mottak av pasienten være godt planlagt og pasienten må få god og riktig behandling, pleie og omsorg etter utskrivningen. Både kommune og sykehus har altså et felles ansvar for å påse dette, slik at pasienten unngår unødvendige reinnleggelser. SSHF opplever i hovedsak godt samarbeid med kommunene rundt utskrivningene.

Det er imidlertid et økende problem at kommunene viser til delavtale 1 i samhandlingsreformen og krever formelle avtaler på det som tidligere utviklet seg som naturlig løpende oppgaveglidning, basert på LEON-prinsippet og negativ avgrensning av spesialisthelsetjenesteoppgaver. Kommunene forutsetter for eksempel positiv definering av intravenøs antibiotikabehandling som en kommunal oppgave, noe som har medført at kommuner som tidligere tok i mot pasienter som skulle ha langvarig iv ab-behandling, nå nekter dette. Det er ikke en fordel for en pasient å være innlagt på et sykehotell eller en infeksjonspost i seks uker for å få behandling som kan gis på et sykehjem i hjemkommunen eller i pasientens hjem.

## Psykisk helsevern

- *Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.*

Regnskapstall for 2012, 2013 og 2014 viser at kostnadsveksten innen psykisk helsevern og rusbehandling har vært noe lavere enn for somatikken. Over tid har det bygget seg opp en situasjon i SSHF hvor somatikken i en årrekke har vært underfinansiert samtidig med at kostnadseffektiviteten har vært svært god (kost pr. DRG på under 90 % av landssnitt til tross for tre lokasjoner med akuttfunksjoner). Samtidig har befolkningen et DRG-forbruk rett under landssnittet og betydelige ventelister. Dette, sammen med stor vekst i høykostnadsmedisiner har nødvendiggjort en betydelig ressursvekst i somatikken. Det er fortsatt utfordringer med lange ventelister og høye ventetider, spesielt innen kirurgiske fag.

Psykiatrien på sin side har hatt en noe mer stabil finansiering samtidig som forbruket i befolkningen både innen psykiatri og TSB har vært betydelig over landssnittet. Tilbudet har vært godt drevet med en kostnadseffektivitet rett under landssnittet i klinikken. Ventelistene er redusert og ventetidene er gode innen klinikken.

Ulikhetene i utfordringene i disse to delene av sykehuset har medført en noe høyere prosentvis vekst i somatikk de senere år.

Nye og satsinger som beskrevet i handlingsplan/ områdeplan/ virksomhetsplaner vedrørende akuttjenester i DPS, ambulante tjenester i DPS har ikke vært mulig å gjennomføre da tildelt ramme til Klinikkk for psykisk helse ikke gir økonomisk rom for dette. Disse satsingene/ årsverkene er skyvet ut i tid.

Det samme gjelder en rekke funksjoner i somatikken, som måtte nedprioriteres på grunna av lav rammevekst, da spesielt etter samhandlingsreformens inntreden.

- *Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Brutto årsverk fra DPSene er økt med 3,6 årsverk fra 411,8 til 415,4 utlønnede årsverk fra 2013 til 2014. For PSA er det en nedgang på -1,2 årsverk fra 435,0 til 433,8 brutto årsverk.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert med 5 % sammenliknet med 2012.*

Det har vært kontinuerlig fokus på reduksjon av tvang ved Klinikk for psykisk helse. Særlige tiltak innen psykiatrisk sykehusavdeling er satt i gang, med mål om reduksjon av både tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler. For 2014 var målsettingen å redusere andel tvangsinnleggelse med 5 % pr. 100 000 innbyggere fra 2013. Resultatet for 2014 viser at det har vært en økning i andel tvangsinnleggelse med 1,75 % (9 flere tvangsinnleggelse i 2014 enn i 2013).

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer.*

Det arbeides med dette i fagråd for anestesi.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) er forespurt av medisinsk klinikk om å drive veiledning i forhold til pasient, og det er igangsatt et prosjekt i Kristiansand i samarbeid mellom ARA og somatiske avdelinger hvor det kartlegges alkoholvaner hos innlagte ved medisinsk avdeling.

- *Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene skal eksplisitt omtale konkret samhandlingsarenaer og samhandlingsrutiner innen TSB herunder samarbeidet i forhold til utskrivningsklare pasienter.*

SSHF, herunder Klinikk for psykisk helse, har i 2014 hatt en prosess for revisjon av avtaleverk. Tilleggsavtale til delavtale nr. 2, eksplisitt for rus og psykisk helsevern, er under utarbeidelse. Dette skjer i tett samarbeid med Fagavdelingen.

- *Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Primo 2014 ble det startet opp en ordning med to brukerstyrte plasser i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, henholdsvis ved Døggenhet Byglandsfjord og Rehabposten i Kristiansand sentrum.

### **Langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar**

- *Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar.*

Tilbud for utredning av ME-pasienter etableres ved Medisinsk avdeling SSK i 2015. Dette gjøres etter en tverrfaglig, multidisiplinær utredning av riktig bruk av diagnostikk, ressurser og organisering av dette tilbudet. Fastlegen har vært involvert i planleggingen av denne tjenesten.

Smertepoliklinikk ble etablert ved SSA i 2013 og kan vise til en rask økende pasientstrøm med totalt 536 legekonsultasjoner. Tilbudet er etablert med en tverrfaglig tilnærning. Planen er å utvide det tverrfaglige behandlingstilbudet.

### **Pasientadministrative rutiner**

- *Helseforetaket har stor oppmerksomhet på betydningen av gode pasientadministrative rutiner som bidrag til trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen og forløpet.*

Arbeidet med oppfølgingen av konsernrevisjonen rapport 5/2013 for det pasientadministrative området har vært sentralt for SSHF i hele 2014. Alle deler av organisasjonen har vært berørt og involvert i dette arbeid, og en lang rekke med tiltak er gjennomført for å sikre trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

To større prosesser er gjennomført:

- Utredning av ny forvaltningsmodell for Dips og øvrige pasientadministrative system. Denne prosessen ble ledet av fagdirektøren. Det gjennomføres organisatoriske og ledelsesmessige

endringer fra februar 2015. Endringene skal sikre mer enhetlig styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet ved SSHF.

- Utarbeiding av handlingsplan for pasientadministrativt arbeid ved SSHF. Endelig versjon av handlingsplanen ble vedtatt i styret i desember 2014. Alle de 36 forbedringsområdene fra revisjonsrapporten er gjennomgått og det er iverksatt/er under implementering en rekke tiltak i hele organisasjonen. Status for arbeidet er rapportert til styret flere ganger i løpet av 2014, og styret har bedt nye rapporteringer i 2015.

### Sykkelig overvekt

- *Sørlandet sykehus viderefører en kapasitet innen fedmekirurgi som sikrer en fortsatt positiv utvikling i ventetider.*

SSHF har overkapasitet i forhold til fedmekirurgi. Pasientskolen danner grunnlaget for hvem som settes opp til operasjon. Det er etablert et regime for oppfølging av pasientene som er operert, parallelt med de pasientene som får konservativt behandling (uten operasjon). Fedmekirurgene opererer nå både Sleeve og Gastric By-Pass. Kapasiteten tilsier i snitt 3 operasjoner pr. dag.

### Nasjonale tjenester

- *Nasjonale tjenester (behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester) skal ivareta krav i forskrift og veileder.*
- *Nasjonale tjenester følger opp evalueringen fra Helsedirektoratet.*

Alle nasjonale tjenester drives i samsvar med forskrifter/veiledere.

Nasjonalt kompetansesenter for flåttbårne sykdommer ble etablert i SSHF i 2014.

BarnsBeste er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom eget oppdrag til Helse Sør-Øst i 2007. Oppdraget om å drifte BarnsBeste er lagt til Helse Sør- Øst RHF og gitt til Sørlandets sykehus HF som skal lede og koordinerer kompetansenettverket på nasjonalt nivå. Nåværende mandat er utformet i samarbeid med alle de regionale helseforetak jf. Helse Sør-Øst sitt oppdragsbrev for 2013.

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring (tidligere Regionalt LMS) har bidratt i tjenesteutviklingen ved å følge opp flere av områdene i *Regional Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016*. Dette omfatter arbeid med fagområdets kunnskapsgrunnlag, helseforetakenes kompetanseutvikling i helsepedagogikk og prosjekter innen eHelse.

Kompetansetjenesten har også en koordinerende funksjon av lokale lærings- og mestringssentre, og gjennom dette nettverket er faglig utviklingsarbeid og samordning stimulert.

Fullstendig liste over nasjonale og regionale tjenester listes opp i del I av Årlig melding.

### Sykehusapotek

- *Sørlandet sykehus skal samarbeide med Sykehusapotekene i arbeidet med å utvikle gode farmasøytiske tilbud.*

Medisinsk serviceklinikk fungerer som Sykehusapotekenes kontaktpunkt inn mot sykehusets øvrige klinikker og avdelinger. Representanter for Sykehusapotekene inviteres to ganger i året til møter i sykehusledelsen for å informere om legemiddelbruk. Informasjonen omfatter statistikker over legemiddelbruk, samt kvalitetstiltak for å sikre korrekt legemiddelbruk.

I budsjett 2015 er det lagt inn ressurs til egen farmasøyt i 60 % stilling ved sykehuset i Flekkefjord.

Det planlegges å iverksette et prosjekt for å kartlegge effekten av å bruke farmasøytressurser i sengepostene.

Det er tett samarbeid med sykehusapoteket ved oppdatering av prosedyrer for legemiddelhåndtering, inngåelse av LIS – avtaler og drift av legemiddelkomiteen i SSHF

- *Tiltak for å forebygge alvorlige legemiddelfeil/ legemiddelhendelser skal gjennomføres.*
- *Det skal utarbeides gode rutiner for å sikre legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning til pasient og samarbeidende helsepersonell ved utskriving fra sykehus.*

Det rapporteres samlet for disse to punktene.

I 2014 har det vært fokus på samstemming av legemiddellister og omfordeling av farmasøytressurser til rådgivning og undervisning på postene, "farmasøyt på post". Det er svært gode tilbakemeldinger fra klinikkene på disse tiltakene.

Avvik registreres i TQM og sakene behandles i linjen.

Program for elektronisk rekvirering av medikamentell kreftbehandling (Cytodose eller tilsvarende) har lenge vært etterlyst, og fagmiljøene venter på at dette skal komme på plass.

Klinikk for psykisk helse har innført strukturert legemiddelgjennomgang for risikopasienter. Det er innført en sjekkliste i DIPS for legemiddelgjennomgang slik at det er mulig å hente ut status på legemiddelgjennomgang for denne pasientgruppen.

Samstemming av legemidler gjennomføres ved innleggelse på døgnerheter og dokumenteres i eget felt på medisinarlene. Videre samstemmes legemidler rutinemessig ved utskrivning / avslutning av behandling. Denne informasjonen får pasientene med seg ved utskrivelse, og blir samtidig oversendt kommunehelsetjenesten (for pasienter med kommunale tjenester) og til fastlegen i epikrisen.

Det er videre innført dobbeltkontroll på administrasjon av narkotika og parenterale legemidler. Tiltaket skal bidra til å hindre alvorlige legemiddelfeil. Dette er vurdert som særlige risikoområde innen legemiddeladministrasjon.

Medikasjonsmodulen i DIPS er innført i alle poliklinikkene, og det er vedtatt å innføre denne ved døgnerheten i klinikken. Dette sikrer en bedre oversikt over medikamenthendelsene, og gir en mer konsistent dokumentasjon både i journal og ved overføring av informasjon til samarbeidene instanser.

Det er ryddet i alle gamle prosedyrer for legemiddelbehandling. Med utgangspunkt i den regionale veilederen er det laget 22 nye prosedyrer for SSHF. Det regionale opplæringsprogrammet for legemiddelbehandling tar utgangspunkt i prosedyrene og er gjennomført for personalet på alle døgnerhetene. Ca. 1 000 helsearbeidere i klinikken har gjennomført E-læringskurset. Hensikten med opplæringen har vært å øke kompetansen rundt medisinbruk slik at ansatte kan avdekke og rapportere effekt og bivirkninger.

- *Som en del av oppfølgingen av pasientsikkerhetsprogrammet skal metode for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger for prioriterte pasientgrupper implementeres.*

Dette følges opp som del av implementeringsplanen for pasientsikkerhetsprogrammet. Flere avdelinger har implementert dette i 2014, og det planlegges rullet ut til alle avdelinger i 2015.

Jf. punktene over.

- *Sørlandet sykehus skal samarbeide med Sykehusapotekene i relevante forskings- og utviklingsprosjekter.*

Har ikke vært aktuelle prosjekter i 2014.

### **3.2.4. Personell, utdanning og kompetanse**

- *Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.*

SSHF har utarbeidet grundige og omfattende analyser over fremtidig kompetansebehov for alle yrkesgrupper frem mot 2030.

Det særlig er behov for å øke intensivkapasiteten fremover. Utdanningskapasiteten for intensivsykepleierne og jordmødrene må økes, og det må også legges til rette for å beholde legespesialister og psykologspesialister etter fullført utdanning. Rekrutteringen av sykepleiere og andre yrkesgrupper er tilfredsstillende. Usikkerheten er knyttet til kommunenes

kompetansebehov som ikke konkretisert. Det ser ut som at Agder har tilstrekkelig utdanningskapasitet for andre yrkesgrupper. Den eneste yrkesgruppen som reduseres ved SSHF er helsefagarbeidere. Det skyldes økt kompetansebehov i klinikkene slik at disse erstattes med annen kompetanse ved ledighet.

Det er etablert et samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å øke utdanningskapasiteten for ABIO samt etablere en ny utdanning for akuttsykepleie. Det pågår en diskusjon om fremtidig kompetansebehov i akuttmottakene samt ambulansetjenesten.

SSHF har opprettet en egen arbeidsgruppe som skal se på rekruttering av helsepersonell fra utlandet med tanke på hvordan vi kan støtte og tilrettelegge for linjen i dette arbeidet. SSHF deltar i et forskningsprosjekt sammen med UIA og universitetet i Malmø som skal finne hvilke faktorer som gjør at SSH beholder utenlandske helsearbeidere med høyt utdanningsnivå.

Avdelingene utarbeider kompetanseplaner som danner grunnlag for bemanningsplaner og omfang av videreutdanning. Planene oppdateres årlig. Disse danner grunnlag for individuelle kompetanseplaner. Avdelingene definerer hva som er ønskelig og hva som er absolutt nødvendig kompetanse for å levere tjenester av høy kvalitet.

SSHF har definert behov for medarbeidere med videreutdanning og gir lønn under utdanning i tråd med lønnsoppjøret 2014. Det gjelder for sykepleiere. Det gis stipender til videreutdanning av stråleterapeuter som sikrer rekruttering av nødvendig kompetanse.

Det er etablert et samarbeid med videregående skole slik at sekretærene som ønsker det får autorisasjon som helsesekretærer.

SSHF har klart å finne løsninger i 2014 som sannsynligvis vil ivareta behovet for veiledningsressurser i årene fremover.

*Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014.*

SSHF tilstreber å opprette flere LiS-stillinger, og områder hvor det er vanskelig å rekruttere spesialister blir prioritert. Eks. er laboratoriefagene og radiologi.

Somatikken har i hovedsak tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for å ivareta det fremtidige behov for spesialister. Avdelingene har de siste årene stort sett fått kvalifiserte søkere til utlyste stillinger.

Det er usikkert hvordan de nye reglene om fast ansettelse av LiS vil slå ut for små fag med få LiS-stillinger. Det må også drøftes i tiden fremover hvordan økte krav til legekompentanse/erfaringsgrunnlag i akuttmottak skal ivaretas.

Klinikk for psykisk helse har et akseptabelt antall utdanningsstillinger for legespesialister innenfor psykisk helsevern. Ut fra den generelle budsjettssituasjonen og interne prioriteringer kan en ikke imøtekomme ønsket om to ekstra utdanningsstillinger innenfor rusfeltet. Dette kan medføre forsinkelser når det gjelder hvor raskt en kan komme opp i et tilstrekkelig antall spesialister i rusmedisin.

- *Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene.*

SSHF har iverksatt flere tiltak for å redusere midlertidige stillinger bl.a. ved å etablere en tverrgående bemanningsenhet og traineordning for nyutdannede sykepleiere. Traineeene ansettes i 100 % fast stilling og arbeider i vikariater i Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og Klinikk for psykisk helse med en varighet på 8 måned i hver. Etter to år innplasseres de i faste stillinger.

Det ble høsten 2014 og ansatt 11 traineer i 100 % fast stilling. Det planlegges å ansette ytterligere 6 i 2015.

Ved å etablere bemanningsenhet tilsettes det flere i 100 % faste stillinger, noe som gir færre midlertidige stillinger.

Noen enheter har etablert studentstillinger i helger som et tiltak for å sikre rekruttering og redusere midlertidige stillinger.

- *Det er gjennomført oppgavedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.*

SSHF jobber kontinuerlig for å sikre riktig oppgavefordeling, og det er gjennomført på flere avdelinger. Det planlegges også flere tiltak, men for enkelte områder kreves det kompetanseheving for at oppgaver kan overføres til andre yrkesgrupper.

SSHF har gjennomført bl.a. gjennomført disse oppgaveglidning mellom flere yrkesgrupper og avdelinger:

- Fra patolog til bioingeniører (celleprøver)
- Fra ortoped til fysioterapeuter (etterkontroller protesekirurgi SSK)
- Fra gynekolog til jordmødre (UL)
- Fra lege/sykepleier til merkantil: timeavtaler i poliklinikker
- Fra lege/sykepleier til merkantil: donorutredning/kartlegging
- Fra lege til sykepleier - sykepleiere i skadepoliklinikken håndterer gipsing
- Fra sykepleier til renhold/kjøkkenassistenter – sengeposter og pasienthotell
- Sykepleiedrevne poliklinikker bl.a.:
  - Søvnregistrering ved ØNH-avd
  - Allergivaksinasjonsspoliklinikk ved ØNH-avdeling
  - Urologi ved Kir.avd.
  - Medisin (diabetes, lunge, infeksjon, hjerte )
  - Nevrologi (infusjoner)

En vesentlig del av arbeidet med oppfølgingen av konsernrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet, har vært å tydeliggjøre ansvar, myndighet og oppgaver mellom merkantile ressurser og helsearbeidere. Arbeidet har synliggjort et behov for økning av merkantile ressurser slik at klinikkene kan sikre det nivået som er opparbeidet. SSHF prioriterer flere nye årsverk til dette arbeidet i 2015.

- *Det bygges opp lokale utdanningsløp for å sikre tilstrekkelig rekruttering til den nye spesialiteten innen rusmedisin.*

Klinikk for psykisk helse, herunder Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, har hatt dette høyt på dagsorden i 2014, og vil være blant de første i landet til å få godkjent spesialister etter overgangsordningen. Det er søkt om godkjenning som utdanningsinstitusjon for den nye legespesialiteten fra 01.01.2015, og det vil da bli startet opp utdanning av nye spesialister ved ARA. Dette vil legge et godt grunnlag for videre rekruttering til den nye spesialiteten innen rusmedisin. Avdelingen har fulgt utviklingen tett, og har også hatt en representant med i forarbeidet.

### 3.2.5. *Forskning og innovasjon*

#### **Forskning**

- *Sørlandet sykehus skal øke omfanget av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.*

Det er en økning i klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet i SSHF. Det reflekteres i økningen i antall artikler publisert i internasjonale tidsskrifter, flere av dem i absolutt topp internasjonale tidsskrifter.

I 2014 var det fire doktorgradsdisputaser ved SSHF, og to av disse var i Klinikk for psykisk helse.

Det pågår for tiden ca. 80 forskningsprosjekter i SSHF.

Forskningsaktiviteten, direkte utlønnet i Klinikk for psykisk helse, var omlag 15 årsverk, en økning fra 2013. Drop-Out prosjekt til ARA er innvilget tilskudd fra Helse Sør-Øst for 2014 og 2015. Klinikk for psykisk helse har fått tilskudd fra Sørlandets Kompetansefond til friluftsterapiprojekt for 2014.

- *Sørlandet sykehus skal øke omfanget av nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid, iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.*

SSHF er med i forskningsnettverk regionalt, nasjonalt og internasjonalt innen flere fagfelt. Her kan nevnes lungesykdommer, kreftsykdommer, gastrologi, urologi, ortopedi, kvinnesykdommer, nevrologi, barnesykdommer, revmatologi, psykisk helse/rus og kardiologi.

I flere av prosjektene sitter brukerrepresentanter i styringsgruppen, f. eks. i det telemedisinske EU prosjektet United4Health.

Klinikk for psykisk helse tok initiativet til å utvikle en norsk utgave av den danske appen "MinPlan". Denne appen er en elektronisk utgave av kriseplan (også kjent som mestringsplan og sikkerhetsplan) for pasienter med selvmordsrisiko. Appen ble utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet, brukerorganisasjoner og danske helsearbeidere og programvareutviklere.

- *Oslo universitetssykehus skal ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner som er finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.*
- *Sørlandet sykehus skal legge til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.*

SSHF har infrastruktur som hjelper forskere med å sette i gang forskningsprosjekter, multisenterstudier eller legemiddelutprøvningsstudier. SSHF har prosedyrer og protokollutvalgsmøter som samler forskningsenheten, økonomiavdelingen og forskere.

SSHF har etablert og deltatt i kliniske intervensjonsstudier innen flere fagområder (lungesykdommer, kreftsykdommer, gastrologi, urologi, ortopedi, kvinnesykdommer, nevrologi, barnesykdommer, revmatologi, psykisk helse/rus og kardiologi) og har etablert forpliktende samarbeid med Invent2 gjennom HSØs avtale.

SSHF har i 2014 deltatt i flere kliniske intervensjonsstudier som er multisenterstudier, for eksempel:

- Barn som pårørende-prosjektet
- Drop out-prosjektet
- Multisenter RCT studie i Stic
- Levekårsundersøkelse blant pårørende RUS
- Atferdsterapeutisk gruppeterapi ved tvangslidelse hos ungdom
- Langtids oppfølgingsstudie av personer som ikke responderte på atferdsterapeutisk gruppeterapi (voksne)

Sørlandet sykehus har i 2014 gjennomført/lagt til rette for flere kliniske intervensjonsstudier, for eksempel:

- Friluftsterapiprojektet
- Marte Meo-prosjektet

- *Sørlandet sykehus skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*

SSHF deltar i flere samhandlingsprosjekter med forskning. Det største er det telemedisinske EU prosjektet United4Health sammen med Universitetet i Agder, Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø og Kristiansand kommune Hvor intensjonen er å utstyre pasienter med KOLS med nettbrett og monitoreringsmuligheter ved utskrivelse fra sykehus. Prosjekteier er SSHF, finansiering er via EU og NFR.

Det pågår også et prosjekt om oppfølging av kvinner med kreft hos fastlegen/primærhelsetjenesten i stedet for ved sykehus og et større forskningsprosjekt om flåttsykdommer i Søgne kommune.

### Innovasjon

- *Sørlandet sykehus skal initiere eller delta i forskningsbaserte eller brukerdrivne innovasjonsprosjekter, og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.*

SSHf har fokus på området og deltar i flere innovasjonsprosjekter bl.a. et samarbeidsprosjekt sammen med Malmø Høgskola og Agderforskning som ser på utenlandske helsearbeidere og hva som skal til for at de blir i stillingene.

SSHf viderefører forskningsprosjektet om sykefravær hos kvinner.

SSHf har etablert en brukerstyrt HIV-poliklinikk som har fått nasjonal interesse.

- *Sørlandet sykehus skal ved behov delta i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.*

SSHf initierer og/eller deltar i slike prosjekter. SSHf har blant innført TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstander) i hele virksomheten i 2014. Videre er det søkt midler til å etablere Agder helseregister i samarbeid med kommunehelsetjensten og UIA. SSHf og kommunene på Agder har også lagd en elektronisk kompetansedelingsmodell.

Det er også inngått en lisensieringsavtale med Merck GmbH om bruk av en patentert oppdagelse gjort av 3 leger ved senter for kreft. Dette dreier seg om smertebehandling ved hjelp av biologiske medikamenter. Det skal gjennomføres kliniske studier støttet av lisenstager. Dette arbeidet er gjort i samarbeid med Inven2.

### 3.3. Styringsparametre 2014

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)		
<i>Tilgjengelighet og brukerorientering</i>			HF	RHF snitt
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</i>	<i>Under 65 dager</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	70,1	71,6
		<i>2013 totalt:</i>	71,8	75,9
		<i>2. tert. 2014:</i>	69,6	70,5
<i>Kommentarer:</i>				
Resultat 2014 totalt: 69,3. SSHf har redusert ventetiden gjennom 2014 og antall ventende er også redusert både i somatikk, psykiatri og TSB. Det gjenstår fortsatt noe før enkelte avdelinger, spesielt innen kirurgisk klinikk er nede på målnivået under 65 dager. Se for øvrig kommentarer i rapporteringen foran.				
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk</i>	<i>0</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	4,9	8,1
		<i>2013 totalt:</i>	4,4	7,7
		<i>2. tert. 2014:</i>	7,2	7,1
<i>Kommentarer:</i>				
Resultat 2014 totalt: 5,6 %. Dette er en bedring fra 2. tertial 2014. Antall fristbrudd er i siste periode av 2014 redusert betydelig innen alle pasientgrupper. Spesielt innen psykiatri og TSB er fristbrudd så godt som fjernet de siste 3 måneder (4 stk). Kirurgi har fortsatt noen utfordringer som det arbeides nitidig med å løse. Se for øvrig kommentarer i rapporteringen foran.				



<i>Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	48,6	54,8
		2013 totalt:	47,2	54,3
		2. tert. 2014:	53,3	53,3
<b>Kommentarer:</b>				
DIPS tillater ikke registrering av denne indikatoren. Jf. kommentar under pkt 3.2.2				
<i>Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	63,6	33,6
		2013 totalt:	50,0	32,8
		2. tert. 2014:	50,0	34,5
<b>Kommentarer:</b>				
DIPS tillater ikke registrering av denne indikatoren. Jf. kommentar under pkt 3.2.2. Medisinsk klinikk har hatt en gjennomgang av 121 pasienter ved SSK og SSF som fikk diagnosen lungekreft i 2014.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nesten alle henvisninger er vurdert samme eller påfølgende dag etter at den var mottatt.</li> <li>85 % fikk startet utredning innen 7 kalenderdager.</li> <li>Median tid til diagnose var 12 dager for alle pasienter. Dette er tid fra pasienten henvises fra fastlege til vevsprøve er besvart.</li> <li>80 % av alle pasienter som får cellegiftbehandling, får denne innen 35 dager. Behandlingen gis på SSHF.</li> <li>Kirurgisk behandling: 46 % innen anbefalte 42 dager. Kirurgisk behandling utføres på Rikshospitalet.</li> <li>Strålebehandling: 44 % innen 42 dager. Strålebehandling gis på SSK og på OUS. Det er i hovedsak pasienter som får strålebehandling på OUS som ikke får behandling innen 42 dager.</li> <li>Median tid til behandling for alle lungekreftpasienter ved SSK og SSF var 42 dager i 2012, 36 dager i 2013 og 28 dager i 2014.</li> </ul>				
<i>Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	38,2	60,0
		2013 totalt:	59,9	63,0
		2. tert. 2014:	27,1	48,1
<b>Kommentarer:</b>				
DIPS tillater ikke registrering av denne indikatoren. Jf. kommentar under pkt 3.2.2				
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
SSHF har gjennomgående gode resultater i rapporten <i>Pasienterfaringer med norske sykehus 2013</i> . Resultatene ble presentert for styret i november 2014.				
<b>Kvalitet og pasientsikkerhet</b>			<b>HF</b>	<b>RHF snitt</b>
<i>30 dagers totaloverlevelse</i>		2013 totalt:	94,5	94,7
<b>Kommentarer:</b>				
<i>Sykehusinfeksjoner</i>		Mai 2013:	6,1	4,2
		Nov. 2013:	6,4	4,7
		Mai 2014:	5,6	4,9
<b>Kommentarer:</b>				
Kommentert under pkt. 3.1.1.				

<i>Andel tvangsinnleggelseser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)</i>	<i>Redusert med 5 % sammenlignet med i fjor</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	<i>Tall fra NPR for 2013/2014 foreligger ikke.</i>	
		<i>2013 totalt:</i>		
		<i>2. tert. 2014:</i>		
<b>Kommentarer:</b>				
Kommentert under pkt. 3.2.3				
<i>Andel reinnleggelseser innen 30 dager av eldre pasienter</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
SSHf har ikke mottatt tall på dette.				
<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	20 %	<i>2. tert. 2013:</i>	27,0	16,6
		<i>2013 totalt:</i>	24,4	16,4
		<i>2. tert. 2014:</i>	24,7	12,2
<b>Kommentarer:</b>				
SSHf er over målet på 20 % og noe over snittet for HSØ.				
<i>Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
Vedrørende metoder besluttet i beslutningsforum, gjelder dette kun legemidlet Ipulumab.				
<i>Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
SSHf har i 2014 utført miniHTA (metodeutredning) av mobilt PTCTscan.				
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på benholdsvis DPS og sykehus</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
Brutto årsverk fra DPSene er økt med 3,6 årsverk fra 411,8 til 415,4 utlønnede årsverk fra 2013 til 2014. For PSA er det en nedgang på -1,2 årsverk fra 435,0 til 433,8 brutto årsverk.				
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
SSHf var med på undersøkelsen. Rapportene kom i november 2014, og er sendt til avdelingslederne for DPS-ene, men er ikke behandlet i klinikken ennå.				
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
SSHf deltok, og rapporten var klar i desember 2014. Den er foreløpig ikke fulgt opp.				

## 3.4. Organisatoriske krav og rammebetingelser

### 3.4.1. *Krav og rammer for 2014*

- *Resultatkrav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*
  - *Det forutsettes at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet slik at virksomheten drives innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak. Nedleggelse av akutt- og fødetilbud som ikke er begrunnet i kvalitet og pasientsikkerhet, skal ikke ske for regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget.*
  - *Foretakene skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 13 (2010-2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi). Foretakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtida og forsikre seg om at ansatte hos leverandører - også i andre land - har forsvarlige vilkår.*
  - *Foretaksmøtet viste til og la til grunn videreføring av tidligere krav om intern kontroll og risikostyring, berunder krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet. Foretaksmøtet understreket at god ledelse som kan representere foretaket utad i offentligheten og overfor andre interessenter, er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene.*
  - *Regjeringen har til hensikt å innføre nøytral moms for helseforetakene i løpet av stortingsperioden. Foretakene må ta hensyn til dette når de planlegger og beslutter investeringer og innkjøp.*

### Videreutvikling av nasjonalt samarbeid - bedre samordning på tvers av regionene

- *I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 7. januar 2014 ble det vist til protokoll fra foretaksmøtet i januar 2013 og omtale i Prop. 1 S (2013-2014) vedrørende utredning av muligheter for å ta ut gevinster av bedre samordning på tvers av regionene for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp. Videre ble det vist til at de regionale helseforetakene skal etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT-området. Det ble også vist til at de regionale helseforetakene har igangsatt et prosjekt for mer nasjonalt samarbeid om innkjøp.*
  - *Sørlandet sykehus må merke seg oppdragene de regionale helseforetakene er gitt innen videreutvikling av nasjonalt samarbeid.*

SSHF følger opp nasjonale og regionale føringer og deltar i aktuelle møter og samarbeidsfora.

### 3.4.2. *Øvrige styringskrav 2014*

- *Øvrige styringskrav legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*

### Beredskap og sikkerhet

- *Sørlandet sykehus skal i 2014 ha:*
  - *etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemidler*
  - *etablert sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, bl.a. objektsikkerhetsforskriften*
  - *ferdigstilt oppfølgingsstiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014.*

#### Beredskap

- SSHF har planverk for beredskap knyttet til kritisk infrastruktur som strøm, vann og IKT. Dette er revidert og ytterligere videreutviklet etter flomhendelse i november 2014.
- For IKT er alle helseforetak i Helse Sør-Øst underlagt føringer i Regional IKT beredskapsplan (1). Denne angir hvilken rolle tjenesteleverandør (Sykehuspartner) har i forhold til HFene, samt stiller krav til egen IKT-beredskap. SSHF har etablert (og reviderer jevnlig) varslings- og beredskapsrutiner, og arbeider med å ferdigstille nødjournal og rutiner for manuell drift i løpet av 1. kvartal 2015.
- Det er planlagt en ny gjennomgang av legemiddelberedskap iht. revidert veileder fra HSØ primo 2015. Ansatt ved Sykehusapotekene er representant for SSHF i arbeidet.

#### Status oppfølgingsstiltak etter 22. juli (ref. brev fra HSØ til HFene 28. januar 2014)

- *Oppfølgingspunkt 2 og 10 vedr. varsling av akuttmedisinske ressurser og andre kompetansemiljøer*

- Nødnett er ikke tatt i bruk i SSHF, og varsling av HDO er derfor foreløpig ikke relevant.
- AMK har rutiner varsling av aktuelle akuttmedisinske ressurser og for AMK-legens rolle.
- SSHF oppdaterer kontinuerlig sine beredskapsplaner, og det har i 2014 vært særlig fokus på interne hendelser. Det er også etablert gode rutiner for samarbeid med eksterne etater som politi, brann og Sivilforsvaret. Planverk for CBRNE er oppdatert og tilpasset lokale forhold.
- *Oppfølgingsområde 3 vedr. helsetjenestens holdninger og kultur til risikoerkjennelse*
  - Sikkerhetssjefen ved SSHF er prosjektleder og beredskapsrådgiver medlem i prosjektgruppen. SSHF gjennomførte dessuten et større sikkerhetsprosjekt i 2013.
- *Oppfølgingsområde 7 vedr. bedret utnyttelse av nødnett*
  - Nødnett er ikke tatt i bruk i SSHF på grunn av kritiske feil. GoLive var planlagt, og rutiner/prosedyrer utarbeidet og opplæring gjennomført da beslutningen om utsettelse ble tatt.
- *Oppfølgingsområde 15 vedr. veileder for masseskade triagering*
  - Veilederen er tatt i bruk i kompetansebyggingen i SSHF.
- *Oppfølgingsområde 18 vedr. driftssikkerhet og funksjonalitet ved AMK-sentralene*

SSHF deltar i styringsgruppe og arbeidsgrupper i prosjektet Videreutvikling av prehospitale tjenester.

### Sikkerhet

SSHF har ikke vært underlagt sikkerhetsloven i 2014, men har gjennom strategiplanarbeidet 2015-2017 gjennomført overordnet risikovurdering i forhold til de alvorligste tilskitete hendelsene mot personer som oppholder seg i sykehuset. De risikoreducerende sikringstiltakene som er foreslått tas med videre inn i planperioden.

### Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

- *I forbindelse med lovendringen er de regionale helseforetakene bedt om å gjennomføre et felles arbeid for å utvikle og implementere nødvendige endringer i sykehusenes pasientadministrative systemer (EPJ/PAS) for best mulig etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. De skal også bidra i arbeidet med å utvikle bedre systemstøtte for pasientrettigheter på tvers av virksomheter og IKT-systemer og bidra i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standard for elektronisk henvisning mellom helseforetak: Videre skal de gjennomføre implementering og utrulling av elektronisk henvisning mellom helseforetak i samarbeid med leverandørene.*
  - *Sørlandet sykehus skal i 2014 delta i dette arbeidet etter nærmere vurdering fra Helse Sør-Øst RHF.*

Det er etablert rutiner for elektronisk henvisning mellom legekantorene og SSHF. Det er ingen standardisering av IKT-programvare på legekantorene. Det har vært utfordringer med å etablere en sikker løsning av kvitteringsrutiner når henvisningene er oversendt.

### Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet mot visjonen om én innbygger - én journal. Samtidig skal det legges vekt på å fullføre igangsatte tiltak.*
- *Digital fornying er Helse Sør-Østs program for fornying og standardisering av teknologiske løsninger og arbeidsprosesser og er realiseringen av Helse Sør-Øst sin vedtatte IKT-strategi (styresak 066-2012). Programmet er en satsing som skal gi felles løsninger bygget på standardiserte arbeidsprosesser for hele regionen. Sørlandet sykehus Helseforetaket skal understøtte digital fornying ved å innføre løsninger i henhold til vedtatt gjennomføringsplan fra fornyingsstyret og bidra med nødvendig kompetanse og kapasitet, samt realisere tilknyttede gevinster og kvalitetsforbedringer i tråd med regionalt planverk. Dette forutsetter god endringsledelse og virksomhetsutvikling i innføringsprosjektene. Sørlandet sykehus skal i 2014:*
  - *oppdatere områdeplan slik at den er i henhold til regional gjennomføringsplan.*
  - *forberede, starte og gjennomføre prosjekter som i gjennomføringsplan er del av digital fornying sin portefølje i 2014.*

- *ansette fagressurser til de regionale programmene slik at utvikling av regionale standarder, inkludert standardisering av prosesser og løsninger som understøtter digital fornying, skjer på bakgrunn av helseforetakenes behov.*
- *delta i regionale styrever, fora, råd og nettverk der det etterspørres.*
- *bidra til forvaltning av regional løsning ved å bemanne rollene helseforetakene har i regional forvaltningsmodell.*

Utkast til Områdeplan ble i 2014 revidert flere ganger for å gjenspeile endringer i regional gjennomføringsplan. Områdeplanen er ikke styrebehandlet i SSHF.

Endringer og forsinkelse i regional gjennomføringsplan gjorde at svært få av de opprinnelige prosjektene traff SSHF i 2014, men kjernenett og DIPS BUP-modul ble levert.

SSHF bidrar i regionale fora, råd og nettverk.

### Teknologiskifte i Telenor

- *Telenor skal gjennomføre et teknologiskifte med overgang fra analog teknologi (PSTN/ISDN) til digital teknologi (IP) og/eller mobile løsninger. Teknologiskiftet blir gjennomført gradvis med oppstart 2013/14 og antas å være sluttført innen utgangen av 2017. De regionale helseforetakene er bedt om å gjennomføre en felles risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til det forestående teknologiskiftet i Telenor. Sørlandet sykehus vil være omfattet av denne risikovurderingen.*

### Utvikling av nødmeldetjenesten

- *Foretaksrådet viste til tidligere krav om utvikling av nødmeldetjenesten og innføring av Nødnett. I 2014 vil den nasjonale utbyggingen fortsette for det nye digitale nødsambandet. De regionale helseforetakene er bedt om å bidra til videre utbyggingen av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013. Sørlandet sykehus vil være omfattet av dette arbeidet.*

I 2014 ble teknisk utstyr levert ved AMK og akuttmottakene. Utstyret vil pga. teknisk feil etter revidert plan tas i bruk våren 2015.

### Kostnader på pasientnivå (KPP)

- *Bedre og mer presis informasjon om KPP vil et være et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenligning mellom ulike organisatoriske enheter. Målsettingen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Strategien skal legges fram for departementet innen utgangen av første halvår 2014. Helsedirektoratet skal trekkes med i dette arbeidet. De regionale helseforetakene er bedt om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er nødvendig for å sikre implementering av KPP i alle helseforetak i tråd med tidsplanen. Sørlandet sykehus vil omfattes av endringen når den er implementert.*

SSHF vil delta i det regionale arbeidet når dette starter. SSHF har i dag ingen løsninger som understøtter KPP regnskap, og dette vil bli et betydelig arbeid å etablere i de kommende årene.

### Laboratoriekodeverk

- *Helsedirektoratet skal etablere og gjennomføre et nasjonalt program for kodeverk og terminologi for å øke kvaliteten på styringsdata samt innføre nasjonalt laboratoriekodeverk innen 1. oktober 2014. De regionale helseforetakene er bedt om å bistå Helsedirektoratet i arbeidet. Sørlandet sykehus vil omfattes av dette arbeidet.*

SSHF har deltatt i dette arbeidet siden 2012. Dette som en forberedelse til overgang til felles, regionalt laboratoriedatasystem. Avdelingsleder ved Avdeling for patologi har deltatt i standardiseringsarbeidet som vil ligge til grunn for oppstart av felles laboratoriedatasystem. SSHF har også hatt representanter i referansegruppen for dette arbeidet.

Videre fremdrift i arbeidet avventes til det økonomiske grunnlaget for videreføring av labdata-prosjektet er klart.

### Etikk og miljø

- *Sørlandet sykehus skal i 2014 ha:*
  - *utført årlig klimaregnskap for å vise sine CO<sub>2</sub>-utslipp på skjema utviklet av Difi og Helse Sør-Østs regionale faggruppe for miljø.*

- *innført miljøledelse etter ISO 14001-standard og er blitt sertifisert av Det norske Veritas innen 31.12.14.*

SSHF oversendte klimaregnskapet for 2013 til HSØ i mars 2014. Dette viste vårt samlede CO<sub>2</sub>-utslipp etter nevnte skjema. Totalen ble 15 573 tonn, hvor den absolutt største posten er "Elektrisitetsforbruk, fast elkraft", som stod for over 65 % av samlet utslipp. Det er ingen vesentlige endringer fra 2012 til 2013, men et totalbilde som viser en økning på ca. 2 % (319 tonn CO<sub>2</sub>). Samlet sett reises det noe mer i antall kilometer, det er en dreining i innkjøpt drivstoff på egne biler fra bensin til diesel, og en liten reduksjon på 3 % i elektrisitetsforbruket (i sum 320 tonn CO<sub>2</sub>).

Sørlandet sykehus ble miljøsertifisert etter ISO14001 i september 2014, som sykehus nummer tre i Helse Sør-Øst, etter Vestfold og Sunnaas.

## Innkjøp og logistikk

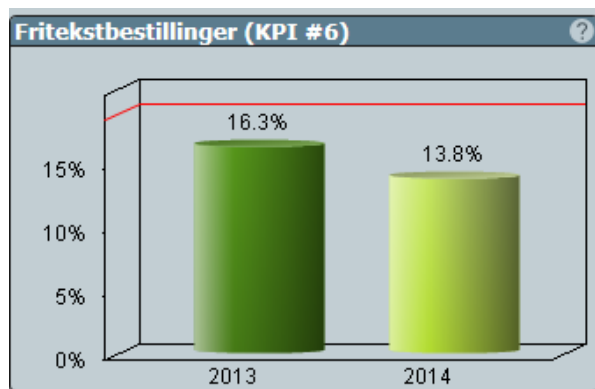
- *Sørlandet sykehus skal i 2014 ha:*
  - *oppnådd 80 % bruk av avtaler.*
  - *oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem.*
  - *oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

Innenfor definerte kostnadsarter har SSHF 73 % kjøp på avtaler.

Det arbeides kontinuerlig med å kode varelinjer/produktnr i innkjøpssystemet med avtalenummer for å unngå underrapportering.

Innenfor definerte kostnadsarter har SSHF 51,3 % kjøp ved bruk av innkjøpssystem. Innkjøpssystemet benyttes dog til en rekke kjøp av varer og tjenester utenfor definerte kostnadsarter.

For 2014 ble resultatet 86,2 % bruk av elektronisk produktkatalog.



- *brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 51 millioner kroner.*

SSHF har brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 50,5 mill kr.

- *gjennomført en vurdering av hvordan forsyningskjeden fungerer lokalt og tilrettelegge for endring av forsyningsstruktur til større andel leveranser fra regionalt forsyningscenter og begrensning i lokalt lagerhold. Det må tilstrebtes en reduksjon i kapitalbinding og svinn.*

SSHF har etablert elektronisk handel med Forsyningscenteret og sender ordre og mottar ordresvar elektronisk. Det jobbes fortløpende med sortimentsbredden og å legge over varelinjer til Forsyningscenteret. Det er ikke gjennomført en ny analyse av avdelingspakker i 2014 da sortimentet på Forsyningscenteret må økes først.

Behandlingshjelpemidler (BHM) gjennomfører avrop på rammeavtaler, der hvor dette finnes. Der det ikke finnes slike avtaler, er dette kommunisert til innkjøpsavdelingen for innspill til HSØ som forbedring.

Medisinsk teknisk avdeling (MTA) gjennomfører investeringer etter gjeldende retningslinjer med konkurranseutsetting, enten som anbud (over kr. 500.000,-) eller at vi ber om tilbud fra ulike leverandører.

Innkjøp av utstyr (under kr. 100.000,-) gjøres enklere, og bestemmes ofte av eksisterende utstyrsark.

Avdelingen Internservice, som blant annet inneholder forsyningsenhetene deltar i et arbeid med gjennomgang av forsyningskjeden og deltar i logistikknettverket til HSØ.

## HR

- *Sørlandet sykehus skal i 2014:*
  - *bidra til standardisering av arbeidsprosesser rundt HR i eget foretak og hos Sykehuspartner.*
  - *gjennomføre konkrete tiltak for å styrke særlig førstelinjeledernes kompetanse.*

SSHF tar initiativ til og/eller deltar sammen med Sykehuspartner for å standardisere arbeidsprosesser innen HR-området.

SSHF deltar i fellesarenaer og fora for ulike systemer knyttet til HR-tjenestene.

SSHF har bl.a. vært pilot for integrasjonen mellom Personalportalen og legestillingsregisteret.

SSHF har fullført implementering av GAT i hele organisasjonen i 2014. Enhet for ressursstyring arrangerer jevnlig kurs i Lov og avtaleverk knyttet til arbeidstidsplanlegging samt opplæring i bruk av GAT og MinGAT. Det er utarbeidet en felles prosedyre som er implementert i virksomheten. Det er gjennomført en intern revisjon knyttet til legers arbeidstid og lønn som omfattet 60 overleger og 40 LIS-leger.

SSHF vil ta i bruk kompetansemodulet i GAT og det pågår et arbeid med å lage felles kodeverk.

SSHF har hatt fokus på å involvere nivå 4 ledernes kompetanse ved bl.a. å innføre den lille lederskole og starte innføring av lederavtaler. Dette vil bli implementert i sin helhet 2015. Nivå 4 lederne inviteres på ledersamlinger, lokal pasientsikkerhetskonferanse og klinikkvise ledersamlinger. Mange ledere har videreutdanning i ledelse og er pådrivere i forbedringsarbeid. Erfarne ledere benyttes som forelesere i lederutviklingsprogrammene.

## 4. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014

### Foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014

- *Videreføring av utviklingsarbeidet som er i gang i spesialisthelsetjenesten*
- *Styrets arbeid med å gjennomføre regjeringens politikk i spesialisthelsetjenesten.*
- *Helseforetakets konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.*
- *Helseforetakets prioriteringer og oppmerksomhet mot det som er viktigst for pasientene for å gi gode tilbud til alle pasientgrupper etter at detaljstyring og rapporteringskrav er fjernet.*
- *Eiers overordnede styringsbudskap legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*

SSHF følger opp nasjonale og regionale føringer.

SSHF sørger for en gjennomgang av oppdragsdokumentet der klinikkene får ansvar for de ulike kravene og målene. Dette følges opp i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkene, og klinikkene følger videre opp i sine avdelinger.

### Foretaksmøte 12. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14

- *Opplegget for styrets samlede gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.*
- *Resultater av styrets samlede gjennomgang i 2014 av virksomheten*

I styremøtet 06.11.2014 gikk styret gjennom indikatorene knyttet til kvalitetsbasert finansiering samt utvalgte Samdatatall for 2014 (benchmarking mot andre foretak). Dette ble gjort i tillegg til den månedelige virksomhetsrapporteringen som inneholder rapportering på alle mål med tilhørende styringsparametere. Det er også gjort gjennomganger av medisinske parametere som bl.a. 30 dagers overlevelse, trygg kirurgi, handlingsplaner for kreft m.m. i styremøter gjennom 2014.

- *Arbeidet med meldingsutveksling og bruk av det nasjonale adresseregisteret (NHN adresseregister), henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene.*

SSHF følger samhandlingsprosjekter i tråd med de regionale planene.

- *Arbeid med utviklingen av en heltidskultur der flest mulig ansatte i faste hele stillinger er viktig for å lykkes med å utvikle "pasientens helsetjeneste".*

Det pågår et arbeid med å utvikle en heltidskultur i foretaket med flere hele fast stillinger, og arbeidet med heltidskultur bygger på følgende prinsipper:

- Alle stillinger i helseforetakene skal i utgangspunktet lyses ut som heltidsstillinger, med oppgaver på en eller flere enheter i tråd med virksomhetens behov. Unntak må begrunnes.
- Fast ansatte kan av ulike grunner ha rett til eller behov for å redusere sin arbeidstid. Slike ordninger må likevel evalueres i forhold til behov og såfremt mulig tidsbegrens.
- Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger, herunder ekstra vakter på kveld og helg.
- Ved nyrekruttering må det sikres en rimelig fordeling av oppgaver og en mest mulig jevn fordeling av belastende vakter på kveld og helg.
- Arbeidet med heltidskultur tilpasses foretakenes situasjon og muligheter, men det forutsettes at det iverksettes tiltak på flere plan:
  - strukturelle og individuelle tiltak
  - rekrutteringstiltak og kompetansefremmende tiltak
  - holdningsarbeid og kulturfremmende tiltak.
- *Det forutsettes at driften innrettes slik at alle styringskrav for 2014 etterkommes.*

SSHF følger samhandlingsprosjekter i henhold til regionale planer.

#### **Foretaksmøte 12. juni 2014 sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6**

- *Foretaksmøtet påpekte at alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Dette innebærer at helseforetaket minst har et resultat i balanse det enkelte år. I økonomisk langtidspan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. I 2013 har Sørlandet sykehus HF et årsresultat på 133,2 millioner kroner. Foretaksmøtet merket seg at dette viser en forbedring siden forrige år og dermed et økt bidrag til helseforetakets handlingsrom. Foretaksmøtet forutsatte at det gode arbeidet med å oppnå økonomisk handlingsrom videreføres på et nivå som legger til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Foretaksmøtet understreket viktigheten av at styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.*



## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

### 6. Utviklingstrender og rammebetingelser

#### 6.1. Faglig og demografisk utvikling

##### Demografi, sykdomsforekomst og pasientstrømmer

Befolkningsøkningen på Sørlandet er høyere enn gjennomsnittet for landet, og det forventes tilbakegang i kun én kommune. Den relative økningen er sterkest for menn i de eldste aldersgruppene. Alle aldersgruppene fra 60 år og oppover har en sterkere økning enn gjennomsnittet for hele befolkningen.

Det forventes en befolkningsøkning i SSHF opptaksområde på 7,3 % fra 2015 til 2020.

Befolkningsutvikling oppsummert opptaksområdet til SSHF 2012 - 2040									
Kommune	2012	2015	2020	2025	2030	% endring 2012-2030	2035	2040	% endring 2012-2040
<b>Kommuner i Agder</b>									
Risør	6899	7068	7402	7733	8039	16,5	8284	8488	23,0
Grimstad	21301	22608	24725	26725	28535	34,0	30138	31612	48,4
Arendal	42801	44805	47961	50822	53242	24,4	55247	56906	33,0
Gjerstad	2478	2512	2599	2689	2762	11,5	2823	2861	15,5
Vegårshei	1933	1995	2063	2148	2219	14,8	2279	2337	20,9
Tvedestrand	6019	6197	6494	6770	6985	16,0	7148	7268	20,8
Froland	5257	5552	6055	6542	6989	32,9	7361	7702	46,5
Lillesand	9878	10445	11398	12262	12989	31,5	13550	14026	42,0
Birkenes	4828	5174	5822	6437	6976	44,5	7451	7891	63,4
Åmli	1825	1870	1949	2019	2069	13,4	2111	2150	17,8
Iveland	1298	1371	1521	1665	1803	38,9	1908	2024	55,9
Evje og Horne	3496	3579	3877	4168	4403	25,9	4617	4801	37,3
Bygland	1219	1188	1192	1208	1208	-0,9	1200	1185	-2,8
Valle	1293	1280	1305	1331	1361	5,3	1369	1375	6,3
Bykle	970	1027	1138	1245	1338	37,9	1429	1493	53,9
Kristiansand	83243	86556	92911	98872	104052	25,0	108579	112625	35,3
Mandal	15149	15746	16836	17858	18739	23,7	19457	20071	32,5
Farsund	9433	9573	9850	10137	10346	9,7	10505	10603	12,4
Flekkefjord	9046	9207	9506	9832	10065	11,3	10271	10426	15,3
Vennesla	13583	14456	15898	17278	18495	36,2	19540	20449	50,5
Songdalen	6165	6547	7140	7702	8199	33,0	8619	8988	45,8
Søgne	10855	11601	12831	14012	15054	38,7	15943	16705	53,9
Marnardal	2286	2399	2611	2835	3043	33,1	3239	3419	49,6
Åseral	912	921	961	1011	1042	14,3	1080	1109	21,6
Audnedal	1689	1757	1875	2008	2127	25,9	2242	2329	37,9
Lindesnes	4753	4878	5135	5382	5602	17,9	5769	5907	24,3
Lyngdal	7895	8253	8882	9466	9991	26,5	10443	10823	37,1
Hægebostad	1665	1725	1852	1970	2077	24,7	2144	2222	33,5
Kvinesdal	5834	5984	6295	6567	6821	16,9	7016	7192	23,3
Sirdal	1816	1892	2012	2135	2251	24,0	2351	2444	34,6
<b>Kommuner i Rogaland</b>									
Lund	3183	3258	3441	3626	3807	19,6	3963	4101	28,8
Sokndal	3257	3259	3318	3369	3428	5,3	3462	3499	7,4
<b>Totalt</b>	<b>292259</b>	<b>304683</b>	<b>326855</b>	<b>347824</b>	<b>366057</b>	<b>25,5</b>	<b>381538</b>	<b>395031</b>	<b>35,6</b>

Tabell: Befolkningsprognose for kommunene i opptaksområdet til SSHF for 2015, 2020 2025 og 2030 samt 2035 og 2040. Basisår 2012, utvikling midlere verdier (MMMM).

Levekår i Agder har langsiktig betydning for helsetilstanden. De fleste kommuner på Agder kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet. Blant annet gjelder dette andel uføre, psykisk helse, utdanningsnivå og yrkesdeltakelse blant kvinner. Levekårsutfordringene er noe større i Aust-Agder enn i Vest-Agder, og da særlig helt øst i Aust-Agder. Det forventes ingen vesentlige endringer i treårsperioden. Det er spesielt viktig å påpeke utfordringer knyttet til psykisk helse og sosial ulikhet i helse. Det er behov for å se psykisk og somatisk helse i større sammenheng.

Vekst i antall pasientkonsultasjoner med 8 % over fire år i somatikken er førende, basert på en forventet folketallsvekst i Agder på 5,8 % over de samme årene. Fremskrivning av befolkningsutviklingen i Agder-fylkene viser en sterk økning av alderskullene over 65 år i planperioden. De eldre har noe bedre helse nå enn før, og behovet for sykehusinnleggelse vil dermed ikke stige i samme takt som antall eldre de neste 10 årene. Alder er den faktor som har størst betydning for utviklingen av sykkelighet. Den store veksten kommer først nærmere 2020. Forbruket av spesialisthelsetjenester vil være størst for eldre over 75 år.

De tidligere aldersbølgene (bortfall av tidlig død og økende levealder) kom gradvis og lot seg kompensere ved effektivisering av pasientforløpene. Mye av den effekten allerede tatt ut, og endringen fra 2015 blir mye større og utvikler seg raskere. Alle fagområder som behandler de store folksykdommene vil bli berørt, men enkelte mer enn andre som, f.eks. indremedisin, kreftbehandling, ortopedi, øyesykdommer og akuttmedisin.

Effektiv medisinsk behandling er i dag en hovedårsak til økt levealder, og eldres helse og funksjon bedres. Særlig er det en merkbar nedgang i hjerte-/ karsykdommer. Høyere levealder gir samtidig økt forekomst av sykdommer som skyldes alderssvækkelse og slitasje, blant annet beinskjørhet, demens, samt svekket syn og hørsel.

Omtrent hver syvende pasient er minoritetsspråklig, og over 10 % av befolkningen på Sørlandet har minoritetsbakgrunn. Dette forutsetter økt bevissthet og ny kompetanse hos medarbeiderne. Særskilte utfordringer er posttraumatiske følgetilstander i kombinasjon med språkbarrierer.

Kreftforekomst øker som følge av at flere får kreft og at levealder øker. Medisinske framskritt kombinert med økt satsning innenfor kreftbehandling har gitt økt levetid med god livskvalitet ved mange kreftformer. Flere trenger oppfølging med god lindrende behandling (palliasjon).

Det er et økende antall pasienter med livsstilsrelaterte sykdommer, eksempelvis enkelte former for kreft, lungelidelser, allergier, diabetes, sykkelig overvekt, rus og depresjoner.

Befolkningens bruk av rusmidler er økende, og forekomsten av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser øker. Dette fordrer systematisk utredning og integrert behandling av rus, psykisk og somatisk lidelse på tvers av organisatoriske skillelinjer.

Selv mordstallene i Norge er urovekkende høye og har endret seg lite de siste år. Det er nødvendig med et skjerpet fokus i arbeidet med rusbehandling og selvmordsforebygging.

Det ønskes en dreining fra døgnbasert virksomhet til dagbehandling og poliklinisk tilbud innen psykisk helse.

Innleggelsespraksis for samme diagnose er ulik ved SSHFs lokasjoner. Bruk av undersøkelser, prøvetakning og behandling kan variere for samme sykdom/plage. Dette kan bety at noen pasienter blir unødvendig innlagt eller behandlet.

### **Pasientrollen i endring**

Pasienten skal være i sentrum og det er fokus på å skape pasientens helsetjeneste. Godt behandlingsresultat vil i mange tilfeller forde en aktiv og kompetent pasient og pårørende, og dette må tjenestene legge til rette for. Medvirkning krever kunnskaper og ferdigheter.

### **Medisinsk og teknologisk utvikling**

Utviklingen de siste årene tilsier at nasjonale og internasjonale retningslinjer i økende grad vil bli styrende for organisering og funksjonsfordeling av diagnostikk og behandling av alle pasientgrupper. Denne utviklingen påvirker også måten SSHF organiserer tjenestene. Behandlingsforløpene i somatikk vil bli kortere og mer behandlingsintensive. Avansert behandling trenger å samles av hensyn til behov for større pasientantall, tverrfaglige team og økonomi. Nytt utstyr og nye medisinsk metoder utvikles løpende. For å få kunnskaper om kost-, nytte- og risikoeffekt er det nødvendig med systematisk metodevurdering før innføring av ny teknologi.

### **Samhandling**

Samhandlingsreformen, nødvendigheten av å dempe veksten i helsetjenester, ny teknologi, innbyggernes forventninger og fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, stiller økte krav til samhandling mellom kommunene og SSHF.

Det er behov for å utvikle gode løsninger innen telemedisin og velferdsteknologi, samt effektive systemer for kunnskaps- og kompetansedeling. Dette forventes å utfordre sykehusets organisatoriske og ressursmessige prioriteringer.

Fastlegene er sentrale samhandlingsaktører, men er i dag ikke parter i samarbeidsavtalene. Det er derfor viktig å videreutvikle ulike former for samarbeid med primærhelsetjenesten.

Felles prosedyrer og behandlingslinjer mellom kommuner og helseforetak savnes. Samstemming av tjenester med utgangspunkt i behandlingslinjer vil bedre kvaliteten og løfte pasientsikkerheten.

Det er behov for å se hvordan spesialistkompetanse på SSHF kan gjøres tilgjengelig for å tilby mer av behandlings- og oppfølgingstilbudene ute i kommunene i form av ambulante og desentraliserte tjenester. Geografiske utfordringer krever et særskilt fokus på et likeverdig tilbud til befolkningen selv om tjenestene får ulik utforming.

### **Rekruttering til bærekraftige fagmiljø**

SSHF har små, fragmenterte og sårbare fagmiljø, spesielt legegrupper. Rekruttering av leger ved SFF er en utfordring. Det er bekymring knyttet til om SSHF kan opprettholde tilstrekkelig antall spesialsykepleiere de nærmeste årene.

### **Overbehandling**

Dette er en økende utfordring. Det er dokumentert at det er ulik terskel for kirurgi ved samme diagnoser ved norske sykehus. Bruken av samme medikamenter varierer også betydelig mellom sykehusene. Unødvendige innleggelser, undersøkelser, kontroller og prøvetakning presser kapasiteten for tjenestene. Intensivbehandling av pasienter med høy risiko og dårlig prognose er et annet område.

## **6.2. Forventet økonomisk utvikling**

I 2014 oppnådde SSHF et driftsresultat på 101,7 mill. kr, eksklusive reduserte pensjonskostnader. I 2013 var resultatet 133 mill. kr. De siste år har foretaket skapt positive driftsresultat, mye grunnet økte inntekter fra inntektsmodellarbeidet som pågikk fra 2008 til 2014. Økonomisk langtidsplan i SSHF understøtter å prioritere midler til investeringer ved å legge opp til et resultat i størrelsesorden 100 mill kr årlig. Situasjonen er, etter en årrekke med underinvesteringer, spesielt i Kristiansand, nærmest prekær for MTU og bygningsvedlikehold.

2015 og 2016 vil bli krevende driftsår for SSHF med tanke på å oppfylle resultatkravene i budsjett og ØLP. Veksten i årsverk og kostnader i somatikken har de siste årene vært større enn budsjett og rammer, det er derfor nødvendig med en tilpasning av driften for å kunne nå foretakets mål om økonomisk overskudd kommende år. Likevel har driften ved sykehuset overordnet vært stabilt god, og sykehuset hevder seg blant de beste i landet målt i produktivitet og kostnadseffektivitet innen både somatikk og psykiatri.

Det er et investeringsetterslep på vel 2 mrd. kr, hvorav over 300 mill. kr på MTU, og nær 1,8 mrd. på bygningsiden. Store prosjekter må gjennomføres i perioden 2015-2020 både av kapasitets- og vedlikeholdsårsaker. På MTU-siden er ytterligere utskiftninger innen radiologi og laboratorieutstyr påkrevd, samt overvåkingsutstyr ved alle tre lokasjoner. I tillegg kommer en rekke mindre løpende utskiftninger. Utviklingsplanarbeid ble i februar 2015 styrebehandlet av foretakets styre, og planen skal legge grunnlag for videre utvikling av sykehusene på Sørlandet. Endelig vedtak av utviklingsplanen vil ikke bli gjort før i 2016 etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er lagt frem høsten 2015.

Det vil med utgangspunkt i utviklingsplanen bli utarbeidet lånesøknader for både somatikk- og psykiatribygg i 2015, da det er påkrevet med betydelige bygningsoppgraderinger i Kristiansand de nærmeste årene. SSHF har i de senere år forbedret den økonomiske bæreevnen for å håndtere en betydelig låneportefølje. Dette krever imidlertid en prioritering av midler hos Helse Sør-Øst RHF, hvor SSHF har om lag 860 mill i tilbakeholdt likviditet til store investeringer pr. 01.01.2015.

### 6.3. Personell- og kompetansebehov

SSHF har i arbeidet med Utviklingsplan 2030 vurdert og gjort analyser for fremtidig kompetansebehov. I strategiplanarbeidet 2015-2017 er også kompetansebehovet kartlagt, og det er utarbeidet prognose for fremtidig profesjonsbehov frem mot 2020 samt identifisert risikosvake områder/utfordringsområder. Det pågår et arbeid med å oppdatere avdelingsvise kompetanseplaner samt definere målkompetanse og ønsket kompetanse.

Rekrutteringssituasjonen og utdanningskapasitet er generelt god på Sørlandet. For enkelte grupper er imidlertid rekruttering krevende. Eksempler er mammakirurger, hematologer og endokrinologer, samt ØNH, øye, og gynekologi hvor det er stor andel privatpraksis. Det er også utfordrende å rekruttere spesialister til Flekkefjord.

Det vil være en betydelig utfordring å sikre nok spesialsykepleiere innenfor intensiv, anestesi og operasjon samt jordmødre og stråleterapeuter i tiden fremover. SSHF har 29 medarbeidere som får lønn under utdanning i perioden 2014-2016, og vil vurdere å øke omfanget fra 2016 spesielt innenfor intensiv, hvor kapasiteten utfordrende. SSHF vil også legge til rette for å rekruttere/utdanne akuttsykepleiere.

Merkantilt personell har de senere år fått flere oppgaver innenfor pasientadministrativ arbeid, og det planlegges et kompetansehevingsprogram for sekretærer som skal gi autorisasjon som helsesekretær.

SSHF er avhengig av å utdanne sine egne spesialister innen flere fagområder. Det må legges til rette for at foretaket beholder disse etter fullført spesialisering. Arbeidsgiverpolitikken må være koordinert med og understøtte helseforetakenes behov for kompetanse. SSHF vil vektlegge fokus på nettverksbygging, og økt samarbeid og samspill på tvers av lokasjonene og avdelinger for å kunne beholde spesialister i foretaket.

Det er viktig å vurdere om oppgavedelingen mellom yrkesgruppene er hensiktsmessig, både internt og mellom SSHF og kommunehelsetjenesten.

SSHF har tatt i bruk kompetansemodulen i GAT. Denne er et nyttig verktøy for å registrere og ha oversikt over kompetansen i avdelingene.

### 6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

*Utviklingsplan 2030* beskriver fremtidig virksomhet og kapasitetsbehov, og legger derved grunnlag for utvikling av bygningsmassen. Den bygningsmessige hovedstrukturen antas å ligge fast, men det er behov for omfattende oppgradering og utvikling av bygningsmassen de nærmeste årene. Det er gjennom mange år opparbeidet et stort etterslep på vedlikeholdsinvesteringer, både for bygg og

MTU. For bygg er behov for vedlikeholdsinvesteringer de neste 10 årene beregnet til ca. 1,8 mrd. kroner. Behovet for både oppgraderinger og arealutvidelser er størst i Kristiansand.

SSHF budsjetterer med overskudd hvert år. I flere år har psykiatrien oppspart midler til fornying av bygningsmassen. Målet er at positive resultat fra driften totalt skal frigjøre nødvendige investeringsmidler og skape nødvendig økonomisk handlingsrom for tiltak i bygningsmassen også til somatikken i årene fremover.

SSHF har gjennomført konseptutredning av nytt bygg til Psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand. Dette inkluderer også en døgnenhet for barn og unge. Planarbeidet ønskes videreført med sikte på lånefinansiering og byggestart i 2016, og med innflytting i 2019.

Det pågår en grundig gjennomgang av bygningsmassen for somatikk ved alle de tre sykehusene med sikte på arealoptimalisering. Det er allerede funnet mange muligheter for mindre ombygginger og rokkeringer som kan gi bedre driftsforhold for klinikkene, selv om alle pr. i dag opplever arealmangel. De første konkrete tiltak vil bli gjennomført i 2015.

Gjennom arbeidet med *Utviklingsplan 2030* er det dokumentert behov for betydelig utvidelse av behandlingsskapet innen intensiv/intermediær i Kristiansand i løpet av de nærmeste årene. Det er også underdekning på isolater og observasjonsplasser. Oppgradering av operasjons- og anestesivdelingen i Kristiansand er stanset etter at fem operasjonsstuer og områder for dagkirurgi er ferdigstilt. Oppgradering av åtte operasjonsstuer gjenstår, men dette må ses i sammenheng med oppgradering/utvidelse intensivfunksjoner. SSHF ønsker derfor i 2015 å starte planlegging av utbygging/ombygging for disse funksjoner samt akuttmottak, nyfødttmedisin og medisinske servicefunksjoner i Kristiansand.

Andre planarbeider og prosjekter som er i gang vil bli fullført forutsatt at de kan innpasses i den langsiktige utviklingsplanen.

Flekkefjord kommune og SSHF har inngått samarbeidsavtale om døgnplasser for kommunal øyeblikkelig hjelp inne i sykehuset. I Arendal utredes nå en tilsvarende løsning. I Flekkefjord samarbeider SSHF og kommunen også om utvidelse av kommunal legevakt, enten inne i sykehusbygget eller som et nytt tilbygg.

SSHF har valgt å være aktive i regionalt utredningsarbeid, bl.a. gjennom deltagelse i FUBE. Arbeidet i FUBE har stor betydning for å finne effektive måter å arbeide med optimalisering av arealbruken på.

SSHF har prioritert arbeidet med miljø- og klimatiltak i tråd med føringer fra eier, og ble i 2014 sertifisert etter ISO 14001. Arbeidet med innføring av miljøledelse fortsetter. Det er arbeidet målrettet med en rekke tiltak, bl.a. for klimavennlige løsninger til oppvarming og kjøling. Det meste av oppvarmingen i Arendal og Kristiansand skjer nå med fjernvarme, og det inngås langsiktige avtaler for dette.

## 7. Helseforetakets planer for utviklingen

SSHF ruller strategiplanen hvert tredje år, og strategiplan for perioden 2015-2017 ble vedtatt i februar 2015. Strategiplanen gir føringer for prioriteringer og innsats i treårsperioden. I dette kapitlet vises det til de sentrale elementene i *Strategiplan 2015-2017*. For detaljer vises det til selve planen.

I *Oppdrag og bestilling* tildeler eier hvert år rammer for virksomheten og gir konkrete mål og krav som SSHF skal oppfylle. Økonomisk langtidsplan, budsjett og mål vedtatt av styret gir også rammer og føringer for virksomheten.

SSHF planer er forankret i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling fram mot 2020. Planen har angitt 6 innsatsområder for perioden:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

## 7.1. Strategiplan 2015-2017

### Eksterne forutsetninger

- Demografi
- Opptaksområde
- Organisatoriske og økonomiske rammer
- Infrastruktur, bygningsmessig kvalitet
- Etterlevelse av lover og forskrifter
- Bestilling fra eier
- Oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

### Interne forutsetninger (definert i forkant av strategiprosessen 2015-2017)

- Fødetilbud videreføres ved alle tre lokasjoner
- Akuttmottak videreføres ved alle tre lokasjoner
- Barnetilbud videreføres ved SSK og SSA
- Trombolytisk slagbehandling ved alle tre lokasjoner

**Forutsetninger** (definert i arbeid med Utviklingsplan 2030) - forhold som legges til grunn for alle analyser uavhengig av valgte strategiske løsninger:

- Opptaksområde
- Demografi
- Økonomiske rammer
- Bygningsmessig kvalitet
- Infrastruktur

### Kriterier for strategiske satsingsområder

Kriterier definert i arbeid med Utviklingsplan 2030 legges også til grunn for strategiske satsingsområder som skal gi grunnlag for å sortere og prioritere alternative løsninger innbyrdes:

- Faglig kvalitet
- Tilgjengelighet
- Samfunn
- Økonomi
- Sømløse pasientforløp

Strategiplan 2015-2017 skal kjennetegnes av at det er fokus på kvalitet og pasientsikkerhet på alle strategiske områder.

## 7.2. Seks strategiske satsingsområder

Med bakgrunn i utfordringsbildet, SSHFs visjon og verdier beskriver strategiplanen 2015-2017 sentrale tjenesteområder i aktuell planperiode. Seks av områdene prioriteres som strategiske satsingsområder. De øvrige beskrives som fokusområder (pkt. 7.3).

SSHFs strategiplan 2015-2017 definerer følgende seks strategiske satsingsområder:

## 1. Kvalitet og pasientsikkerhet – trygghet når du trenger det mest

SSHF skal levere helsetjenester med høy kvalitet og lav risiko. Et viktig element er også brukeropplevd kvalitet. Dette forutsetter kontinuerlig kvalitetsforbedring og en gjennomgripende pasientsikkerhetskultur. SSHF vil være det sykehus i Norge som har best oversikt over egen kvalitet og kvalitetsmål. SSHF skal være en lærende organisasjon, preget av åpenhet med lav terskel for å registrere uønskede hendelser. SSHF skal arbeide strategisk med kvalitet og pasientsikkerhet gjennom planverk og styring av organisasjonen. Sertifisering og akkreditering gjennomføres der dette forventes å skape potensial for kvalitetsforbedring. Det skal legges til rette for medarbeideres deltakelse i kvalitetsprosjekter.

### *Forberede – kjenne kunnskapsgrunnlaget*

- Alle prosedyrer skal samstemmes og ryddes i tråd med interne prosedyrer.
- Kliniske fagprosedyrer skal gjelde på foretaksnivå og følge kravene til kunnskapsbasert praksis (utarbeidet forskningsbasert, erfaringsbasert og med brukermedvirkning).
- Prosedyrer skal følge prinsippene for kunnskapsbasert praksis uttrykt i nasjonale/regionale og internasjonale veiledere og retningslinjer. Avklaring av gjeldende føringer gjøres i kliniske fagråd på foretaksnivå eller høyere.

### *Planlegge – sette mål*

- SSHF skal ha system for å kartlegge og følge opp risikopasienter.
- Bedring av 30-dagers overlevelse.
- Redusere ventetid og fjerne fristbrudd.
- Redusere andel reinnleggelser.
- Helhetlige behandlingslinjer "hjem til hjem" (hjem/kommune/sykehus), bør utarbeides slik at de dekker minst 50 % av pasientantallet.

### *Utføre – vi gjør det vi har planlagt*

- Involvere pasienter og pårørende i større grad i pasientbehandlingen.
- Følge kliniske fagprosedyrer.
- Bedre logistikk og ressursbruk – øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektiv) kirurgi.
- Kartlegge og følge opp risikopasienter, f.eks. ved:
  - å gjennomføre det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.
  - benytte tidlig identifisering av livstruende tilstander (TILT).

### *Kontrollere - virker tiltakene som vi ønsket?*

- Gode rutiner for tilbakemeldinger og statistikk over meldte uønskede hendelser.
- Etablere et brukervennlig IKT-system for registrering og rapportering av data om kvalitet og pasientforløp.
- Aktiv bruk av lokale kliniske kvalitetsregistre/ komplikasjonsregistre, samt regionale, nasjonale og internasjonale kvalitetsregistre.
- Etablere gode system for å dokumentere, publisere og informere om kvalitetsdata.
- Alle ledere skal prioritere å ha kunnskap om risiko og egne resultater.
- Identifisere og analysere forbedringsområder ved hjelp av risikovurderinger, revisjoner, analyse av uønskede hendelser, bruk av andre relevante analyseverktøy.
- Analysere svake områder: gjennom risikovurderinger, analyse av uønskede hendelser, bruk av andre relevante analyseverktøy som for eksempel Global Trigger Tools (GTT)/ journalaudit.

### *Standardisere og følge opp*

- Kritiske områder knyttet til pasientsikkerheten skal systematisk avdekkes og gjennomgås for å bedre kvaliteten på prosedyrer og rutiner.
- Det må bygges kunnskap og kompetanse i forbedrings- og implementeringsarbeid.

## **2. Kultur for helhet**

Kultur for helhet handler om at alle medarbeidere og omgivelsene oppfatter og handler ut fra at SSHF er ett helseforetak og ikke en samling av selvstendige sykehus og virksomheter. Dette innebærer forpliktelse til samarbeid mellom lokasjonene, positiv omtale av kollegaer, og gjensidig hjelp og støtte for å bedre virksomheten, der dette er ønskelig og nødvendig. SSHF viderefører fem definerte målsettinger:

- Likeverdige tilbud til alle pasienter på Agder  
Felles adresse for henvisninger, ventelister, medikamentlister og kliniske fagprosedyrer.
- Robuste, støttende fagmiljøer på tvers i SSHF.
- God virksomhetsstyring hvor agderperspektivet ligger til grunn.
- Trygge medarbeidere, godt arbeidsmiljø og respekt for hverandre.
- Godt omdømme - SSHF fremstår som ett sykehus.

## **3. Samhandling for høyere kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet**

Samhandlingsatsingen skal bygge på faglighet, tillit, likeverdighet og partnerskap mellom sykehuset og kommunene. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være førende for etablering, evaluering og videreutvikling av tilbudene. Strategiske valg innen samhandling:

- Fastleger som sentrale samhandlingsaktører.
- Utvikle effektive systemer for kunnskaps- og kompetansedeling.
- Fire satsningsområder for samhandling:
  - Pasientforløp
  - Ambulante og desentraliserte tjenester
  - Digital samhandling
  - Folkehelse – forebygging og helsefremming

## **4. Fremst innen rusbehandling og selvmordsforebygging**

Rusbehandling må ikke sees isolert, men knyttes tett opp mot psykisk helse-feltet. Forekomst av somatisk sykdom er i tillegg sterkt overrepresentert hos eldre rusmisbrukere.

SSHF skal aktivt bidra til å redusere antallet selvmord og selvmordsforsøk og også bidra til økt åpenhet om selvmord i samfunnet. SSHF vil oppfylle sentrale helsepolitiske føringer og ønsker å være ledende innen dette området.

Satsning på økt kapasitet og kunnskapsgrunnlag/forskning på begge områder.

## **5. Kreftbehandling – det beste områdesykehuset i regionen**

Som strategisk satsningsområde for perioden 2015-2017 tydeliggjør man foretakets vedvarende og langsiktige fokus på kreftbehandling. Hovedområder innen denne satsningen er:

- MDT (multidiplinære team).
- Felles praksis i Sørlandet sykehus.
- Overvåking av kvalitet.
- Ventetider.
- Innføring av ny programvare for håndtering av pasientdata.
- Radiologi og patologi.
- Bedre samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Bedre samarbeid med Oslo Universitetssykehus (OUS).
- Stillingsressurser.



## 6. Planlagt kirurgi – bedre utnyttelse av kapasitet

De viktigste områder for forbedring ved poliklinikk og operasjonsenhetene er definert:

- Henvisninger til felles postkasse.
- Standard – indikasjonsstilling prosedyre.
- Riktig behandlingsnivå for poliklinisk oppfølging og kontroller.
- Overføring av pasienter mellom sykehusene ved ledig kapasitet.
- Bedre logistikk på pasientstrømmen i operasjonsenhetene og poliklinikkene.

## 7.3. Fokusområder i strategiplanen

Strategiplanen beskriver 16 fokusområder i tillegg til de seks strategiske satsningsområdene.

Nedenfor gjengis en oppsummering av noen av de som ble presentert for styret under behandlingen av strategiplanen. Det vises til Strategiplan 20115-2017 for en fullstendig oversikt.

### Pasient og pårørendefokus - pasientens helsevesen

- Deltakelse i og eierskap til egen behandling må styrkes
- Deltakelse i og eierskap til journaldata
- Informasjon og opplæring til pasient- og pårørende
- Informasjon om kvalitet for pasient
- Åpenhet vedr individuelle avvik og pasientskader
- Barn som pårørende skal ivaretas
- Helhetlig utredning og behandling

### Forskning

- SSHF er fortsatt det ikke-universitetssykehus i landet med størst forskningsaktivitet.
- Det forventes økende forskningsaktivitet i strategiperioden, avhengig av ekstern finansiering

### Kliniske områder for kvalitetsforbedring

- Risikopasienter
  - Tidlig identifisering av livstruende tilstander (TILT)
  - Selvmordsrisikovurderingen munner ut i en vurdering av hvilke tiltak som skal settes inn for å håndtere risikoen.
  - Pasientsikkerhetsprogrammet.
  - Opprettholde system for hastegradsvurdering (triage)
  - Intensiv overvåkning og oppfølging.
  - Barn og unge med utfordringer knyttet til psykisk helse
- Smittevern
- Overbehandling/-diagnostikk – riktig forbruk av helsetjenester
- Helsefremming og forebyggende medisin

### Det kliniske tjenestetilbudet – funksjonsdeling

- Samling av fagområder for høyspesialiserte tjenester
- Tre traumesykehus opprettholdes gitt god nok kvalitet
- SSF - bærekraftig driftsform utover planperioden
- Slagpasienter – implementere ev. nye føringer fra fagråd i HSØ
- Akuttmottak opprettholdes, fokus på kompetanse
- Kapasitet intensiv- og intermediaersenger, hurtigiltak for bedre kapasitet
- Fra døgn til poliklinikk innen psykisk helse

## 7.4. Gjennomføring av strategiplanen

Strategiplanen danner grunnlaget for ca. 15 handlingsplaner som skal utarbeides og følge opp i strategiperioden 2015-2017.

For de seks strategiske satsningsområdene vil det bli utformet og lagt fram for styret årlige handlingsplaner som samstemmes med lederavtaler. Styret vil vedta mål for satsningsområdene som følges opp regelmessig i oppfølgingsmøtene med administrerende direktør og med styret.

**DEL IV: VEDLEGG**

## Vedlegg 1: Risikovurderinger for SSHF 3. tertial 2014

		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5					
	4		<b>3. Pasientadm. arbeid</b>	<b>5. Kreftbehandling 16. Planlagt kirurgi</b>	<b>2. Behandlingskapasitet 7. Kultur for helhet 12. Støttefunksjoner 14. Driftsøkonomi 15. Investeringer</b>	
	3			<b>1. Behandlingskvalitet 4. Avvik og internkontroll 8. Samhandling primærhelsetjenesten 10. Rekrutt/utd. helsepers. 11. Opplæring pasient/pårørende. 13. HR og HMS</b>		
	2		<b>6. Rusbehandling 9. Forskning og innovasjon</b>			
	1					

**Vedlegg 2: Tilsyn og status for avvik i 2014**

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
Fylkesmannen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientrettighetsloven</li> <li>• Helsepersonelloven</li> <li>• Spesialisthelsetjenesteloven</li> <li>• Lov om psykisk helsevern</li> <li>• Smittevernloven</li> <li>• Lov om helsemessig og sosial beredskap</li> </ul> Øvrige helse- og sosiallover				
	ABUP Lister 08. – 09.04.2014	1	0	0	Ingen avvik En merknad vedr. organisering av utredning og diagnostisering.
	DPS Aust-Agder 12.03 – 04.07.2014 Vurdering henvisninger Samhandling førstelinjetjenesten	1	1	0	Avslår mangelfulle henvisninger uten å innhente tilstrekkelige opplysninger til å foreta forsvarlig vurdering. Avvik lukket.
	DPS Strømme 10.06 - . 06.10.2014 Vurdering henvisninger Samhandling førstelinjetjenesten	1	0	0	Ingen avvik To merknader vedr. dokumentasjon og forståelse av skillet mellom klage og fornyet vurdering.
	SSA og Risør kommune 13. – 14.11.2014 Samhandling om utskriving av pasienter	1	0	0	2 merknader Bruk av avvikssystemet for forbedringsarbeid Utsending av informasjon til kommune/fastlege og pasient
Statens Helsetilsyn					
	Tilsyn med blodbank SSA				
	Håndtering av blod og blodprodukter 25. – 27.11.2014	1	0	0	Merknader vedrørende ulik opplæring på enhetene i SSHF og varierende grad av dokumentasjon på opplæringen

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personopplysningsloven</li> <li>Helseregisterloven</li> </ul>				
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matloven</li> </ul>				
	Postkjøkken SSF 03.09.2014	1	1	0	Sjekkliste føres ikke tilfredsstillende på to enheter Tiltak iverksatt og avvik lukket.
	Hovedkjøkken SSF 03.09.2014	1	0	0	
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brann- og eksplosjonsvernloven,</li> <li>Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr,</li> <li>Produktkontrollloven,</li> <li>Siviltforsvarsloven</li> </ul>				
	SSHF 20. – 29.01.2014	1	3	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Feil i elektrisk anlegg nyttes ikke i forbedringsarbeid.</li> <li>Mangler oversikt over restanser på planlagt vedlikehold av elektriske anlegg</li> <li>Mangler planer for internrevisjoner.</li> </ul> 3 anmerkninger Arbeid med tiltak fullføres januar 2015. SSHF har gitt ytterligere opplysninger om oppfølging av to avvik. Svar fra DSB 12.01.15.
Kommunalt brannvesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brann- og eksplosjonsvernloven</li> </ul>				
	DPS Døgnpost Bjorbekk 04.02.2014	1	6	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>mangler risikoanalyse/vurdering av teknisk/organisatorisk forhold</li> <li>mangler jevnlig kontroll, ettersyn, vedlikehold</li> <li>ikke bygd, utstyrt og vedlikeholdt etter lov og</li> </ul>

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
					forskrift. Rapport utarbeidet. Blir eget investeringsprosjekt. - utstyr og anlegg til farlig avfall har ikke forsvarlig stand og vedlikehold - rømningsveiene er ikke tilfredsstillende - mangler dokumentasjon på brannsikkerhet Tiltak iverksatt og avvikene lukket.
	DPS pliklinikk og ARA Bjorbekk 04.02.2014	1	4	0	- mangler risikoanalyse/vurdering av teknisk/organisatorisk forhold - mangler jevnlig kontroll, ettersyn, vedlikehold - ikke bygd, utstyrt og vedlikeholdt etter lov og forskrift. Rapport utarbeidet. Blir eget investeringsprosjekt. - mangler dokumentasjon på brannsikkerhet Tiltak iverksatt og avvikene lukket.
	Trollhaugen barnehage 09.09.14	1	0	0	
	ARA Kristiansand 05.11.14	1	1	0	Manglende rutiner for ettersyn av branntekniske installasjoner Avvik lukket.
	DPS Solvang 17.12.14	1	1	1	Manglende dokumentasjon av bygningsteknisk brannsikkerhet Tiltak planlegges 1. halvår 2015

**Vedlegg 3: Årsmelding for brukerutvalget SSHF 2014 (separat dokument)**

**Vedlegg 4: Handlingsplan brukerutvalget SSHF 2015 (separat dokument)**