

Sørlandet sykehus HF

Årlig melding 2016

til Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand, 16.02.2016

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	4
1.1. Sørlandet sykehus HFs oppgaver og organisering	4
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	6
1.3. Mål for Sørlandet sykehus HF i 2016	7
1.3.1. Arbeid med mål for 2016	7
1.3.2. Arbeid med strategiplanen 2015-2017	7
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll	13
1.4.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring	13
1.4.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde	16
1.4.3. Sentrale saker behandlet i styret	17
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	17
2. SAMMENDRAG	19
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	19
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	20
DEL II: RAPPORTERINGER	22
3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL	22
3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	22
3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	23
3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet	25
4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016	33
4.1. Organisatoriske krav og rammer	33
4.2. Økonomiske krav og rammer	34
4.3. Aktivitet i 2016	36
5. ANDRE RAPPORTERINGER	37
5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet	37
5.2. Oppfølging av andre oppdrag	38
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	39
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	39
6.1. Faglig og demografisk utvikling	39
6.2. Forventet økonomisk utvikling	47
6.3. Personell- og kompetansebehov	48
6.4. Status og utfordringer for investeringsområder	48
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN	49
7.1. Arbeidet med utviklingsplaner	49
7.2. Strategiplan 2015-2017	50
7.3. Seks strategiske satsingsområder	50
7.4. Gjennomføring av strategiplanen	52

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	Distriktpspsykiatrisk 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
UR	Ungdomsrådet
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. Sørlandet sykehus HFs oppgaver og organisering

Sørlandet sykehus HF (SSHF) er områdesykehus for Agder-fylkene med en befolkning på nesten 300 000. I tillegg har SSHF lokalsykehusfunksjoner for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland med ca. 6 500 innbyggere.

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

Ved utgangen av 2016 hadde SSHF 510 somatiske senger (541 i 2015), hvorav 52 (63) senger til pasienter i interne pasienthotell. I tillegg kommer 81 (81) tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser). Klinikk for psykisk helse hadde 280 (280) 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 egendeckningsgrad. Innbyggerne på Agder får dekket mer enn 90 % av sine spesialisthelsetjenester av SSHF, målt i antall pasientmøter. 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 5 612 brutto årsverk i 2016 mot 5 557 i 2015. Ved utgangen av 2016 var det 7 278 ansatte mot 7 270 i 2015.

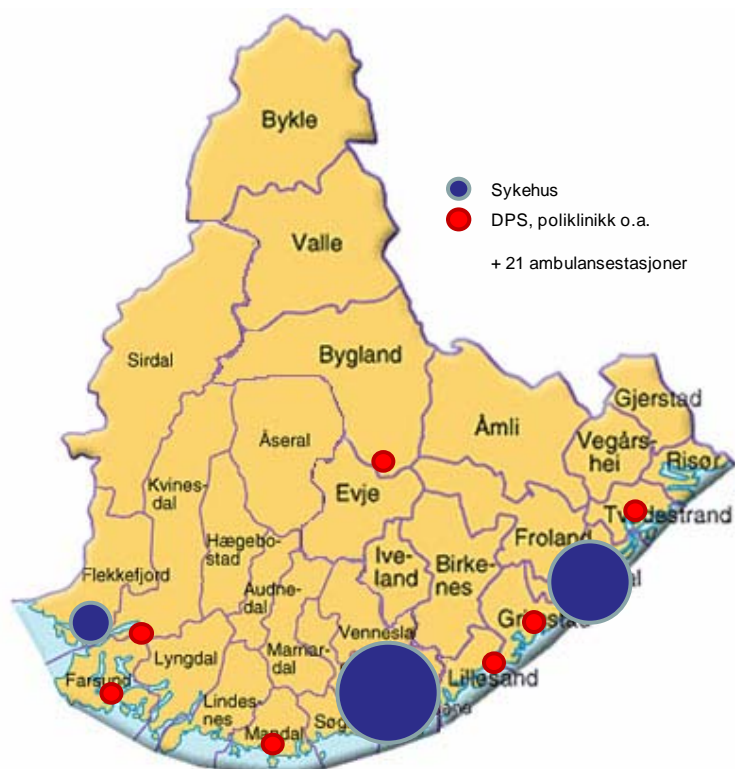
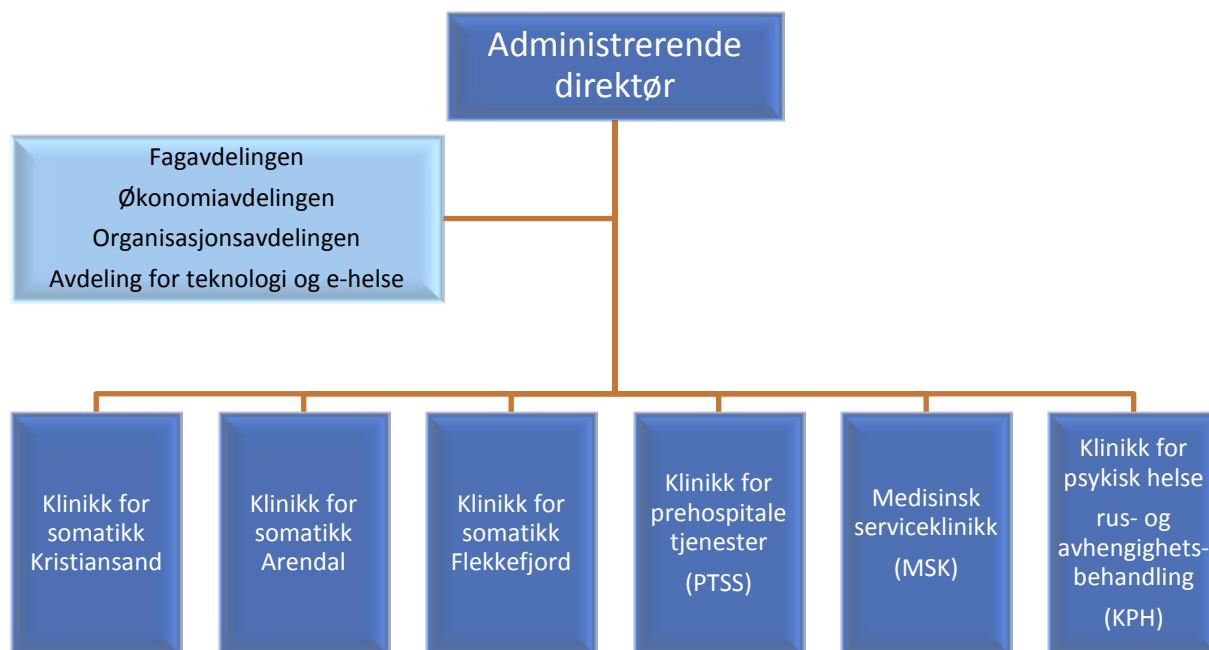
Organisering

SSHF har hatt tverrgående klinikkstruktur i perioden 2003-2015. Fra 01.01.2016 ble det etablert stedlige klinikker for somatikk i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, samt en egen tverrgående klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for Psykisk helse og Medisinsk serviceklinikk ble videreført som tverrgående klinikker. Etter omorganiseringen har SSHF en kombinasjon av stedlig ledelse og tverrgående klinikkstruktur. På avdelingsnivå varierer organisering mellom tverrgående og stedlig ledelse. Direktørens ledergruppe består fra 2016 av seks klinikkdirektører, teknologidirektør, fagdirektør, økonomidirektør og organisasjonsdirektør. Ledergruppen har fem kvinner og seks menn.

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 og Tvedestrand. Det er rus- og avhengighetsenheter i Kristiansand, Arendal og Bygland.

SSHF har ansvaret for 21 ambulansestasjoner. SSHF driver 13 av disse mens 8 er eksterne.

Administrasjonssenteret for Sørlandet sykehus HF ligger i Kristiansand.



Lokalisering av SSHFs virksomhet i 2015

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.

Innen 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.
- Regional Kompetansetjeneste for barn med medfødte ruskader.

Nasjonale funksjoner

- Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer.
- 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

Tiltak innen alle innsatsområdene peker mot formålet som er pasientens helsetjeneste og god pasientbehandling. Dette er overordnede føringer i de sentrale strategiske dokumentene for virksomheten:

- Strategiplan SSHF 2015-2017,
- Avtaler som følger av Samhandlingsreformen
- Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2013-2020
- Foreløpig utviklingsplan, behandlet i Styremøtet 05.02.2016

Videre er alle fagmiljøer i SSHF, kommunene på Agder og Brukerutvalget sentrale, lokale premissleverandører for SSHFs strategiske veivalg.

Visjon og verdier vektlegges i intern og ekstern kommunikasjon, i utredninger, prosjekter og daglige prioriteringer.

SSHFs visjon: *Trygghet når du trenger det mest.*

SSHFs verdier: *Respekt, faglig dyktighet, tilgjengelig, engasjement.*

SSHFs 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 SSHFs 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.

1.3. Mål for Sørlandet sykehus HF i 2016

1.3.1. Arbeid med mål for 2016

I forbindelse med behandling av budsjettet for 2016 vedtok SSHF mål i tråd med Helse Sør-Østs fem hovedmål:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
3. Pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
4. Alle medarbeidere skal være involvert i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak i egen enhet.
5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Det er redegjort for arbeidet med disse målene i del II av Årlig melding.

1.3.2 Arbeid med strategiplanen 2015-2017

Strategiplanen 2015-2017 har seks satsingsområder som gir føringer for prioriteringene i planperioden. Hvert av satsningsområdene følges opp av egne tiltaks- og handlingsplaner.

- Kvalitet og pasientsikkerhet – trygghet når du trenger det mest
- Kultur for helhet
- Samhandling for høyere kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet
- Fremst innen rusbehandling og selvmordsforebygging
- Kreftbehandling – det beste områdesykehuset i regionen
- Planlagt kirurgi – bedre utnyttelse av kapasitet

Det må vurderes om noen satsningsområdene er så godt innarbeidet i sykehuset at de ikke skal prioriteres i neste planperiode.

Fokusområder er faglige området som har hatt spesiell oppmerksomhet.

- Risikopasienter
- Sykehusinfeksjoner, smittevern
- Variasjon, overbehandling/-diagnostikk – riktig forbruk av helsetjenester

- Helsefremming og forebyggende medisin
- Eldre
- Minoritetsmedisin
- Pasienter med psykose
- Barn og unge med utfordringer knyttet til psykisk helse

Fokus på risikopasienter har gitt gode behandlingsresultater for pasientene de siste to år og vil fortsatt få oppmerksomhet i neste strategiperiode, sammen med variasjon, minoritetsmedisin, psykosebehandling samt barn og unge med utfordringer knyttet til psykisk helse.

I det følgende rapporteres kort hvordan SSHF har arbeidet med de strategiske satsingsområdene i 2016.

1. Kvalitet og pasientsikkerhet

SSHF leverer helsetjenester med høy kvalitet og lav risiko. Dette inkluderer brukeropplevd kvalitet. SSHF ønsker å være det sykehus i Norge som har best oversikt over sin kvalitet og kvalitetsmål. SSHF jobber proaktivt med forbedring og læring, preget av åpenhet med lav terskel for å registrere uønskede hendelser.

SSHFs forbedringsarbeid er systematisert slik:

Forberede – kjenne kunnskapsgrunnlaget

- Alle prosedyrer skal samstemmes og 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.
- Det er en utfordring med samstemming av fagprosedyrer på tvers i helseforetaket.

Planlegge – sette mål

- SSHF har etablert system for å kartlegge og følge opp risikopasienter
Eksempel på dette er tidlig identifisering av livstruende tilstander (TILT), som har bidratt til bedring av 30-dagers overlevelse til samme som nasjonalt nivå
- Gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammet har ikke vært prioritert høyt nok.

Utføre – vi gjør det vi har planlagt

- SSHF arbeider aktivt med måloppnåelse i tråd med nasjonale føringer. Mange fagområder leverer behandlingskvalitet på øverste nasjonale nivå.
- Det er variasjon i graden av implementering av nye retningslinjer og prosedyrer.
- Det arbeides med i større grad å involvere pasienter og pårørende i pasientbehandlingen.

Kontrollere - virker tiltakene som vi ønsket? Måling av kvalitet

- SSHF har gode rutiner for tilbakemeldinger og statistikk over meldte uønskede hendelser. Samtidig er det holdepunkter for en underrapportering av uønskede hendelser.
- SSHF har aktive kvalitetsutvalg som kontinuerlig analyserer forbedringsområder. Det kan være behov for bedre samordning mellom klinikkene, til felles læring.
- Det mangler i dag et brukervennlig IKT-system for registrering og rapportering av data om kvalitet og pasientforløp. Mange arbeidstimer brukes på manuell registrering som kunne vært gjort i et egnet journalsystem/elektronisk kurve.
- Sertifisering og akkreditering er gjennomført der dette forventes å skape potensial for kvalitetsforbedring. Det er ønskelig å gjøre dette på flere fagområder.
- Utfordring med å følge opp og evaluere gjennomførte tiltak.

Det er ennå ikke etablert et lett tilgjengelig og brukervennlig IKT-system til å publisere og informere om kvalitetsdata. SSHF formidler og kommuniserer kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende, egne medarbeidere og offentligheten i faste møter, intranett og internett.

SSHF leverer data i > 90 % av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Fagdirektør deltar i operativ referansegruppe, NKI/ HDir. Egne komplikasjonsregistre har vært vanskelig å implementere, dette skyldes hovedsakelig uegnet programvare.

Det finnes få nasjonale kvalitetsregistre for psykiatrien. Indikatorer som rapporteres til Helsedirektoratet er ikke gode nok alene til evaluering av klinisk praksis og systematisk forbedringsarbeid for psykiatri og avhengighetsbehandling. Klinikken har derfor supplert disse indikatorene med egne virksomhetsdata (eksempelvis tall for tvangsbruk, akutte innleggelses, overføringer til DPS, andel avslag osv.). I KPH rapporteres det til LAR-pasientregisteret (SERAF, UiO). Av andre kvalitetsregistre som brukes i klinikken, nevnes Dagbehandlingsnettverket (UiO, selvmordskartlegging (internt) og tvangsrapportering (internt).

SSHF oppdaterer månedlig ventetider for de ulike behandlingstilbudene på nettsiden til Fritt behandlingsvalg.

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

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 og Strategiplan 2015-2017 har vist at vi må ha fokus på bedre samarbeid og samspill på tvers i foretaket. Kultur for helhet videreføres som et satsingsområde frem mot 2017. Foretaket har etablert et godt samarbeid på tvers av lokasjonene innenfor mange områder.

Etablering av stedlig klinikkstruktur i 2016 utfordrer arbeidet med kultur for helhet. Samarbeidet på tvers bør sikres bl.a. ved reetablering av fagråd på tvers, sikring av utdanningsforløpene for leger i spesialisering (LIS), utforming av insentivsystemer slik at de gagnar foretaket som helhet og ikke bare den enkelte resultatenheter. Det er også arbeidet med å tilpasse virksomhetsstyringen til ny organisasjonsstruktur.

Handlingsplanen er revidert i 2016 for å innarbeide sårbarhetsområder knyttet til ny organisasjonsstruktur

Eksempler på områder som er tilrettelagt på tvers av organisasjonen er lederopplæring, lederutvikling og ledersamlinger, økt bruk av fellesundervisning og møter og fagråd ved hjelp av videokonferanse.

Det er gjort et betydelig arbeid knyttet til rydding og samordning av kliniske fagprosedyrer, dette er sentralt i bygging av en felles behandlingkultur. Laboratorieavdelingene er akkreditert og har bidratt til gode samarbeidsforhold og sikre kultur for helhet gjennom utforming av felles prosedyrer og kvalitetsdokumentasjon.

SSHF har tatt i bruk kompetansemoduleen i GAT ressurs- og arbeidsplansystem, og har laget en utrullingsplan for 2016.

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

Samarbeidet mellom SSA og SSK omkring robotkirurgien er positivt. Operasjonsteamene består av kirurger innen urologi og gynekologi fra både SSA og SSK.

Fast ansettelse av leger i spesialisering gjør at det for noen fagområder må lages strukturerte og forutsigbare utdanningsløp på tvers.

Klinikk for psykisk helse har utarbeidet flere felles behandlingsforløp på klinikknivå, for eksempel for psykoselidelser, og e-læringsprogram og undervisning knyttet til blant annet journaldokumentasjon. Videre driver klinikken omfattende undervisning innen både selvmordsrisikovurdering og vedtakskompetanse.

3. Samhandling for høyere kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet

Samhandling er et verktøy for å håndtere et økt behov for helsetjenester, sviktende aldersbæreevne, manglende koordinering og begrensede ressurser. Målene er:

- å dempe veksten i behovet for helsetjenester
- å sikre prioritering og koordinering av helsetjenestene
- å optimalisere arbeidsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten etter LEON-prinsippet

For å imøtekomme fremtidsutfordringene i fellesskap, har SSHF og kommunesammenslutningene på Agder opprettet et felles partssammensatt, strategisk utvalg: *Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg* (OSS). De fem kommunesammenslutningene har også opprettet hvert sitt *Regionale Samarbeidsutvalg* (RS), som er organisert under OSS. Det er opprettet flere fagutvalg i både OSS- og RS-regi, som skal bidra med faglige styringssignaler. SSHF har organisert samhandlingsarbeidet internt ved å opprette kontaktpersoner for hver klinikk som inngår i et samhandlingsnettverk under ledelse av samhandlingssjefen. Målsetningen er at disse organene skal koordinere, understøtte og videreutvikle samhandling og pasientens helsetjeneste. Måloppnåelsen oppleves svak av flere årsaker, herunder:

- Motstridende styringssignaler og rammebetingelser internt og mellom nivåene
- Manglende koordinering av regionovergripende samhandlingstiltak /-saker
- Ulik virkelighetsforståelse og manglende tillit på administrativt/politisk nivå
- Den administrative samhandlingen preges tidvis av at juridiske og økonomiske føringer brukes som motkrefter til dialog
- Manglende forutsigbarhet og involvering ved overføring av oppgaver fra et nivå til et annet
- Manglende koordinering av intern samhandling ved SSHF

Samhandlingsavtaleverket består av en overordnet avtale og 11 obligatoriske delavtaler. Både *Evaluering av samhandlingsreformen* (EVASAM) fra Forskningsrådet (13. juni 2016), *Riksrevisjonens rapport* (Dokument 3:5 (2015-2016)) og *Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen* (Nettverket) (18.12.2015) konstaterer at avtaleverket er for omfattende og ikke har ført til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. SSHF kjenner seg igjen i disse konklusjonene og opplever i tillegg at tolkning og bruk av avtaleverket til tider har motarbeidet selve intensjonen i samhandlingsreformen og utviklingen av pasientens helsetjeneste. De avtalene som har fungert best (f.eks. delavtale 5 - utskrivningsklare pasienter), er understøttet av egen lov / forskrift som i all hovedsak regulerer de samme forhold, samt har et særskilt økonomisk incentiv. Det er således lite trolig at det er selve avtalen som er driveren. SSHF sin erfaring er at jus egner seg dårlig til å regulere arbeidsfordelingen i helsevesenet og at brukere og fagpersoner må finne løsninger sammen. Den medisinske faglige utviklingen har alltid medført en løpende oppgaveoverføring der LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) har vært lagt til grunn. Samhandlingsreformen og avtaleverket har på mange måter satt LEON-prinsippet ut av bruk. På lang sikt kan dette ha svært uønskede virkninger.

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KØH) er en LEON-oppgave som skal redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Alle de 30 kommunene på Agder har KØH-tilbud, de fleste i form av interkommunale samarbeid, selv om flere kommuner har varslet at de vil opprette egne tilbud på bakgrunn av driftserfaringer og innføring av rammefinansiering fra 1.1.2016. Det er store lokale variasjoner på kapasitet, kompetanse, innhold og innleggelsesrutiner mellom de forskjellige KØH-tilbudene på Agder. Tilsvarende er det stor variasjon i bruk, med beleggspersent mellom 15-80 %. Tilbakemeldinger fra fastleger og akuttmottak indikerer at det enkelte steder er vanskelig å finne kontaktinformasjon til aktuell KØH, samt at enkelte tilbud har innleggelsesprosedyrer som vanskeliggjør bruk. Nasjonale evalueringer konkluderer med at effekten av KØH er svak, men det er indikasjoner på at man ser en effekt på innleggelsesraten på Agder. SSHF oppfatter at KØH har et utviklingspotensial. Riksrevisjonen, EVASAM og Nettverket har i sin evaluering presisert følgende som særskilte suksesskriterier for KØH:

- Kontinuerlig informasjon (god kjennskap til tilbudet er avgjørende for bruken)
- Tillit til kompetansen (spesifikt knyttet opp mot legeberedskap)
- Tydelige innleggelsesrutiner (inkl. inklusjons- og eksklusjonskriterier)

Riksrevisjonen konstaterer at KØH-tilbud med lav legeberedskap ikke har vist noen effekt på akutte innleggelser på indremedisinske avdelinger. SSHF forventer at denne kunnskapen nyttiggjøres i videreutviklingen av disse tilbudene.

Mottak av utskrivningsklare pasienter er en LEON-oppgave som de aller fleste kommunene på Agder løser på en svært god måte. Det er generelt et lavt antall «overliggere» ved SSHF. Det er et fåtall kommuner som har utpreget seg i negativ retning. Det er tett dialog med disse kommunene for å finne gode løsninger på dette. Manglende evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter har, etter det SSHF erfarer, ofte sammenheng med dårlig kapasitet på kommunale korttidsplasser. Samtidig opplever SSHF unntaksvis en holdning om at det er ok å «kjøpe plass på sykehuset» i helger og ferieavvikling i kommunen.

SSHF samarbeider med kommunene om hospitering og felles opplæringstiltak. Egen nettside for kompetansedeling er etablert i 2016. Det er laget en felles kurskalender mellom SSHF, Universitet og kommuner i Agder. Forutsigbare hospiteringsløp for et utvalg profesjoner er etablert og tilbudene, søknadsskjema og informasjon om ordningen fremkommer av nettsiden.

Arbeid med pasientforløp og brukerinvolvering står sentralt i utviklingen av pasientens helsetjeneste. SSHF har derfor engasjert seg i *Læringsnettverket for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke*, et læringsnettverk i regi av kommunenes sentralforbund og Kunnskapssenteret hvor SSHFs 3 somatiske klinikker og alle 30 kommuner på Agder er med. Læringsnettverket er ikke et prosjekt, men en organisert støtte til kvalitetsforbedring innen pasientforløp og brukerinvolvering i daglig drift. Læringsnettverket inngår således som en del av SSHF sitt helhetlige kvalitetsarbeid.

SSHF deltar også i arbeidet med *Regional samhandlingsmelding innen psykisk helse og rusfeltet*. Et OSS-prosjekt som skal kartlegge og forankre en felles forståelse av utfordringsbildet innen psykisk helse og rus på Agder som utgangspunkt for videre strategisk utviklingsarbeid innen dette feltet. Arbeidet ledes av en tilsatt prosjektleder og gjennomføres i samarbeid med brukere og fagpersoner fra SSHF og kommunene.

Det er også behov for å styrke lege-lege-samhandlingen mellom fastlegene og sykehuslegene. Det er igangsatt et eget prosjekt for å utrede mulige arenaer for slik samhandling i OSS-regi.

I løpet av 2016 ble det gjennomført en ROS-analyse av utskrivningsprosessen ved SSHF. På bakgrunn av denne har SSHF iverksatt flere tiltak som skal bedre pasientsikkerheten i overgangen mellom nivåene. Kvaliteten på samhandlingen evalueres også gjennom systematisk gjennomgang av alle mottatte samhandlingsavvik fra kommunene. I tillegg inviteres i økende grad involverte kommuner med i SSHF sine hendelsesgjennomganger der samhandling er et tema. SSHF har særlig et

forbedringspotensial i forhold til å sikre rask utsendelse av epikriser og journalnotater, spesielt etter polikliniske konsultasjoner, samt samstemming av legemidler og bruk av reseptformidleren.

4. Fremst innen rusbehandling og selvmordsforebygging

Rusbehandling

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) har utformet en virksomhetsplan som er knyttet tett opp til strategiplan og sentrale politiske føringer på feltet. Virksomhetsplanen inngår i klinikkens overordnede plan for videre utvikling av tjenestetilbudet i strategiplanperioden. Blant annet er det fokus på en videre utvikling av de ambulante tjenestene i TSB etter modell av FACT i voksenpsykiatri. Avdelingen har oppnådd gode tall for poliklinisk aktivitet i 2016, med om lag 1 500 polikliniske konsultasjoner over budsjett for TSB. Fra og med september 2015 har klinikken hatt et internt krav om 50 dagers gjennomsnittlig ventetid for TSB. Gjennom hele 2016 har ventetiden vært godt innenfor målsetningen for 2016 med gjennomsnittlig ventetid på ca. 29 dager. Sammenliknet med fjoråret så er dette en reduksjon i ventetid på 12 %. Tiltakene fra 2015 for å redusere og unngå fristbrudd har vært videreført, og det har fra klinikken vært rapportert 29 fristbrudd i 2016, en reduksjon på om lag 9 % fra 2015. I den grad det har vært reelle fristbrudd har disse vært knyttet hovedsakelig til fagområdet TSB. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har derfor gjennom året arbeidet med konkrete problemstillinger knyttet til reelle fristbrudd for pasienter som søkes inn på ekstern institusjon, hvor det oppleves fristbrudd pga. kapasitet. Det antas at risikoen for slike typer fristbrudd vil være redusert for 2017.

Klinikk for psykisk helse har i 2016 arbeidet med implementering av krise- og mestringsplan for reduksjon av overdosedødsfall og forebygging av selvmord, både gjennom e-læring og undervisning. Dette inngår nå regelmessig i undervisningstilbudet til pasientene i TSB. E-læringskurs for behandlere i utforming og bruk av krise- og mestringsplan tilbys også behandlere i TSB.

Selvmordsforebygging

Kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale områder som det jobbes omfattende med i hele Klinikk for psykisk helse. Klinikken analyserer systematisk behandlingsrelaterte selvmordshendelser og selvmordsforsøk i klinikkens kvalitetsutvalg, og foretar en kontinuerlig registrering av selvmord etter samme mal som vil bli gjeldende for nasjonal rapportering i løpet av 2017. Klinikken har til sammen ett årsverk særskilt viet selvmordsforebyggende arbeid i tillegg til ressursene som brukes i de enkelte kliniske enheter.

De enkelte pasientansvarlige behandlere er pålagt ansvaret for å bringe pasienters og pårørendes kunnskap aktivt inn i behandlingen av enkeltindivider med forhøyet selvmordsrisiko. CAMS-kurs er innført som kompetansehevende tiltak for behandlere, og er knyttet til behandling av pasienter med forhøyet selvmordsrisiko.

Det er utarbeidet flere prosedyrer på feltet som oppdateres jevnlig, og det jobbes systematisk for å sikre kunnskap når det gjelder innsatspunktene i pasientsikkerhetskampanjen 24-7. Det gis regelmessig undervisning i temaet selvmordsforebygging, og klinikkens dagskurs om kartlegging og forebygging av selvmord er obligatorisk kjernekompetanse. Videre avholdes det jevnlig Vivat-kurs ved SSHF i samarbeid med RVTs-Sør.

Det ble høsten 2016 gjennomført en journalaudit med henblikk på innsatspunktene innen psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Auditen avdekket et behov for videre arbeid, med det resultat at man utformet et e-læringsprogram for krise- og mestringsplan for behandlere. Krise- og mestringsplan inngår også i flere av pasientforløpene som er blitt utformet av KPH. Systematisk og jevnlig opplæring i selvmordsrisikovurdering og e-læring for krise- og mestringsplan vil etter klinikkens vurdering bidra til å redusere sannsynlighet for selvmord.

Klinikk for psykisk helse har også inngått et samarbeid med NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging) når det kommer til European Alliance Against Depression. Her forsøker man å etablere et samarbeid med førstelinjen for konkret å forebygge og behandle depresjon.

5. Kreftbehandling – det beste områdesykehuset i regionen

SSHF vedtok i 2013 en ambisiøs handlingsplan for kreftbehandling. Handlingsplanen består av en overordnet handlingsplan, samt delplaner utarbeidet av 13 delutvalg.

MDT-møter for alle aktuelle kreftformer, standardisering av utredning og behandling internt i SSHF, kunnskap og åpenhet om kvalitet i behandlingstilbudet - definert gjennom overlevelse, komplikasjoner, symptomkontroll og pasienttilfredshet - er sentrale målsettinger. Det samme er innføring av elektroniske program for rekvirering av cytostatika og overvåking av kompliserte pasientforløp, bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten og OUS, økt kapasitet innen radiologi og patologi mm.

Gjennomføring av forbedringstiltakene er krevende. Utredning og behandling av kreftpasienter omfatter p.t. 17 avdelinger i SSHF, organisert i fire klinikker. For de fleste kreftformene er det også utstrakt samarbeid med Oslo Universitetssykehus.

Tiltakene i handlingsplanen krever systematisk og langsiktig forbedringsarbeid som må være godt forankret i linjeledelsen. Fagmiljøene i SSHF har så langt gjennomført vesentlige tiltak forankret i planen.

Arbeidet med implementering av de nasjonale pakkeforløpene for kreft har fra høsten 2014 vært samordnet med gjennomføring av handlingsplanen. Delutvalgene har fått ansvar for implementering av ett eller flere pakkeforløp.

Samlet for 2016 har over 70 % av pasientene som fikk diagnostisert kreft blitt inkludert i et pakkeforløp. Dette er lik den nasjonale målsettingen. Det er variasjoner fra pakkeforløp til pakkeforløp. Samlet for alle pakkeforløp, der andre helseforetak har ansvar for deler av behandlingen, fikk 67 % av pasientene oppstart behandling innenfor angitt forløpstid. Resultatet er 73 % for de pasientforløp hvor SSHF har ansvar for hele pakkeforløpet. Den nasjonale målsettingen var 70 %.

Det er variasjoner fra pakkeforløp til pakkeforløp. Urologi har, som for resten av landet, en utfordring med å starte behandling innen normert tid. Sørlandet sykehus har dårligere resultat enn resten av landet på pakkeforløp brystkreft, men noe bedre på pakkeforløp nyrekreft og lungekreft.

6. Planlagt kirurgi – bedre utnyttelse av kapasiteten

Sommer/høst 2015 innledet Kirurgisk klinikk et samarbeid med eksterne prosjektmedarbeidere med tanke på å forbedre logistikken omkring operasjonspasienten. En valgte i første omgang å se på logistikken for kirurgi og ortopedi ved SSA hovedoperasjon. Innledningsvis ble alle arbeidsprosesser kartlagt, fra henvisning til operasjon var utført.

Deretter ble et nytt redesignprosjekt iverksatt for å bedre styringsstruktur, retningslinjer, prosesser og driftskompetanse. Ved overgangen til nytt år hadde prosjektet fokus på ortopedi. Prosjektet var initiert av klinikkledelsen.

Samtidig hadde anesthesi- og operasjonssykepleierne, i samarbeid med ortopedene og andre medarbeidere, fått prosjektmidler fra NSF til sitt eget logistikkprosjekt («fast track») knyttet til protesekirurgi. Rutiner fra begge disse prosjektene, som gikk parallelt, er videreført og tilpasset i ordinær drift.

Prosjektene har hatt gjensidig nytte av hverandre. Resultatet er at aktiviteten har økt i forhold til ressursbruk sammenlignet med samme periode foregående år. Mye av metodikken og tilnærmingen er tatt inn i den samlede operasjonsevne i klinikk somatikk Arendal.

1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

1.4.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring

God virksomhetsstyring er vesentlig for SSHF, og sentrale stabsavdelinger 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.

Det er arbeidet med å følge opp Konsernrevisjonens rapporter fra januar 2015 på områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskriving av pasienter gjennom hele 2016. I 2016 leverte Konsernrevisjonen en ny rapport på hvordan SSHF har fulgt opp anbefalinger og tiltak fra tidligere revisjoner. Den avdekket at gjennomføring av planlagte tiltak ble forsinket i forhold til opprinnelige planer. En av årsakene er at arbeidet med å implementere ny organisasjonsmodell tok mye ressurser. Det viste seg også at det var nyttig at arbeidet med virksomhetsstyring ble tilpasset ny klinikkstruktur.

SSHF har utarbeidet styrende dokumenter som beskriver virksomhetsstyring og oppfølgingsregimet som skal gjelde på alle nivå i organisasjonen. Maler for driftsavtaler ble utarbeidet, og klinikkdirektørene og avdelingssjefene inngikk slike avtaler for 2016. Planen er at ledere på alle nivå skal ha slike avtaler for 2017.

Ved mottak av *Oppdrag og bestilling 2016* ble ansvar for ulike krav og mål fordelt på klinikken som følger opp med tiltak 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. Klinikkdirektørene har regelmessige oppfølgingsmøter med avdelingssjefene.

SSHF har etablert et eget ledelsesinformasjonssystem (LIS) slik at ledere får oversikt over, og mulighet til oppfølging av kvalitet, økonomi, aktivitet og HR. LIS ble rullet ut i april 2016, og for 2017 er det planlagt løpende utvidelse med forskjellige kvalitetsindikatorer. Målet er at alle vesentlige styringsindikatorer samt andre områder som er viktig for å forstå og følge opp driften skal inkluderes i systemet. Slik kan ledere enkelt følge med på om de innfrir mål i driftsavtalen og hvor de eventuelt må sette inn tiltak. Det er en stor fordel og et fremskritt at ledere på alle nivå får styringsinformasjon på en standardisert måte.

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 klinikkledelsen.

Risikovurderinger oppdateres tertialvis, både på klinikk- og SSHF-nivå. Økonomisk risiko oppdateres og rapporteres til styret månedlig

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, brukerrepresentant 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 kvalitetssystemet, en integrert del av sykehusledelsens styringssystem, og en naturlig del av ordinær drift. 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.

SSHF har i flere år hatt en offensiv meldekultur, samtidig er det ikke konsekvent og helhetlig meldepraksis i hele helseforetaket. Fokus på bedre koding av komplikasjoner, konsekvent registrering i og rapportering fra nasjonale kvalitetsregistre samt innføring av mer brukervennlig IT-program (Computas) i forbedringsarbeidet, vil gjøre arbeidet med å sikre god meldekultur enklere.

Tabellen under viser antall meldinger de siste årene. Antall registrerte meldinger har økt fram til 2014, men har flatet ut de to siste årene. Antall meldinger etter § 3-3 (pasientskader/potensielle pasientskader) fortsetter imidlertid å øke. Dette anses for et tegn på riktig utvikling av meldekulturen.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt meldte uønskede hendelser	4248	4801	4707	5447	5807	6442	7440	6576	6440
Pasientskade (fare for pasientsk.)	388	462	462	482	524	652	798	805	938
Ansattskader (inkl. vold og trusler)	359	334	373	384	435	434	401	400	455

I 2016 er det meldt 46 saker til Statens Helsetilsyn (§ 3-3a-meldinger).

Både i 2015 og 2014 ble det meldt 27 saker.

Tilsyn

Ulike tilsynsmyndigheter hadde i 2016 tilsyn med utvalgte deler av virksomheten. Fylkesmannen hadde fem tilsyn i 2016. 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. Det arbeides med ordninger som kan bidra til mer læring på tvers av klinikker etter tilsyn.

DNV GL (Veritas) gjennomførte periodisk revisjon² av miljøledelsessystemet i 2016.

Arbeid med tiltak for å lukke avvik starter så snart rapportene fra tilsynsmyndighetene foreligger. De fleste avvik lukkes relativt raskt, men enkelte avvik etter tilsyn fra brannvesenet og mattilsynet tar lenger tid å lukke. Det skyldes at det kreves investeringsmidler til å oppgradere bygg eller bygge om til dagens standard.

Styret og Helse Sør-Øst RHF får tertialvise rapporter med oversikt over eksterne tilsyn, antall avvik og status på disse.

Interne revisjoner

Egne kontroller er viktig supplement til tilsyn som eksterne myndigheter og revisjoner som konsernrevisjonen gjennomfører. Interne revisjoner er et verktøy som brukes i den forbindelse. Som ledd i ny organisering av kvalitetsarbeidet med kvalitetssjef og etablering av kvalitetsnettverk/matrise, vil også internrevisjoner bli brukt mer aktivt i det systematiske kvalitetsarbeidet. Dette vil bli inkludert i et bredere arbeid med sertifisering/akkreditering.

SSHF deltar på Konsernrevisjonen sine kontaktmøter i HSØ og ser dette som en verdifull arena for samarbeid og kompetanseheving knyttet til revisjonsaktiviteter.

I tillegg til foretaksovergripende revisjoner skal klinikkene vurdere behovet for interne revisjoner. Laboratorieavdelingene gjennomfører en rekke interne revisjoner med bakgrunn i krav til akkreditering og blodforskriften, og i KPH er dette en del av DDKM.

Det er utført ni internrevisjoner innen miljøledelsessystemet (ISO 14001) i 2016. Disse planlegges ut ifra vurdering om vesentlig miljøpåvirkning. Trender fra internrevisjonene legges frem for sykehusledelsen i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet.

Det er gjort et systematisk forbedringsarbeid i klinikkene, for å sikre riktig medisinsk koding. Ved ØNH-avdelingen ble det gjennomført en større intern revisjon med gjennomgang av medisinsk koding av både døgnopphold og polikliniske opphold. Funnene la grunnlag for et større forbedringsprosjekt høsten 2016. Det gjennomføres også en del kontrollhandlinger innen økonomifeltet ut over årsoppgjørsrevisjonen.

HMS-systemet

HMS-systemet består av årshjul, HMS- håndbok og vernerunde. Dette skal sikre et dokumentert, planmessig og systematisk HMS-arbeid med obligatoriske aktiviteter. HMS-mål og -områder samt ansvar fremgår av Håndbok for daglig HMS-arbeid og tilpasses den enkelte avdelings behov og risikobilde.

Ansvar for HMS-arbeidet ligger 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 arbeides med å revidere obligatorisk HMS-opplæring for ledere og verneombud.

SSFH arbeider for at HMS-arbeidet blir mer integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

SSHF deltar hvert år i den regionale medarbeiderundersøkelsen.

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 2016 var følgende punkter røde:

- **Økonomi somatikk** er rød siden aktiviteten med tilhørende DRG poeng var lavere enn budsjett og det var vesentlig økonomisk underskudd i 2016. Konsekvens av dette risikoområdet er at foretaket ikke får tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å gjennomføre nødvendige investeringer. Budsjettet for 2017 har tiltak for å tilpasse aktiviteten ressurser og pasienttilgang innen hvert enkelt fagområde. Årsverk innen pleie og merkantilt vil bli redusert som et resultat av konkrete tiltak og prosjekter. Mål er å få en økonomi i balanse med et realistisk aktivitetskrav, tilpasning av ressurser, forbedret koding og reduksjon i driftskostnader.
- **Ventetid og fristbrudd** er rød da det innen fagområdene urologi, lunge og mamma er høy risiko for fristbrudd. Tiltak igangsatt er rekruttering av ressurser innen lege og merkantilt, prioritering av anskaffelse av utstyr og ombygging samt bedret samarbeid mellom seksjonene på tvers av de somatiske klinikkene. Ventetid og fristbrudd for disse tre fagområdene har de siste månedene vist en forbedring, slik at igangsatte tiltak ser ut til å ha positiv effekt.
- **Utskrivning av pasienter** er satt på rødt da det er fare for at kommunen ikke får nødvendig informasjon og at pasientene derfor ikke får tilstrekkelig og korrekt oppfølging etter utskrivning. Det er utarbeidet en rekke tiltak knyttet til utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten med formål å sikre nødvendig informasjon om pasienten. Det er utarbeidet et e-læringskurs som er obligatorisk for leger som skriver ut pasienter.

På alle risikoområdene som er røde og oransje er det utarbeidet en liste med tiltak for å redusere risikoen. Den viser ansvar og frister for tiltakene.

De neste årene vil bli krevende driftsår for SSHF med tanke på å oppfylle resultatkravene i budsjett og ØLP.

Somatikken må i 2017 forbedre driften med om lag 125 mill. kr i form av økt aktivitet og lavere ressursbruk, for å nå budsjettmål på 80 mill. kr i resultat i 2017. 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 i 2020 om å opprettholde et årlig resultatkrav på 120 mill. kr. Dette for å opprettholde akseptabel investeringsevne kommende år. Fra tidligere å ha vært blant de beste i landet har driften i somatikk nå betydelige produktivitetsutfordringer fremover.

Det er et investeringsetterslep på 2,5 mrd. kr, hvorav godt over 300 mill. kr på MTU, og 2,1 mrd. kr på bygningssiden. Store prosjekter må gjennomføres i de neste 10 årene 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.

Administrerende direktør innførte stedlig klinikkstruktur for de kirurgiske og medisinske fagområdene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord fra januar 2016. Målet var å gi økt ledelseskraft og bedre oppfølging i organisasjonen. Oppfølgingsrutiner og innføring av bedre styringsinformasjon for ledere på alle nivåer i organisasjonen skal samlet sett gi bedre forutsetninger for å oppnå resultatkravet og legge til rette for en god drift fremover ved SSHF. Det er i 2017 budsjettet med en produktivitetsvekst på omlag 6 % fra 2016 i somatikk, dette tilsier en forbedring på om lag 125 mill. kr fordelt på alle tre lokasjonene.

1.4.3. Sentrale saker behandlet i styret

Styret hadde ni møter i 2016. Styret behandler månedlige virksomhetsrapporter og følger utviklingen for bl.a. økonomi, kvalitet og personell. Høsten 2016 ble det fokusert på de økonomiske utfordringene i de somatiske klinikkene, og klinikkdirektørene har presentert utfordringer og arbeidet med tiltak for styret.

Styret er fornøyd med at SSHF har nådd målet for ventetider i 2016, men ser at det er fortsatt utfordringer for å unngå fristbrudd og få driften i økonomisk balanse.

Av saker nevnes spesielt:

- Konsernrevisjonens rapporter for 2016
- Konseptrapport for nytt psykiatribygg i Kristiansand
- Orienteringer om implementering av ny klinikkstruktur og organiseringen av klinikkene.

Styret gjennomførte egenevaluering på en samling i november 2016. Med utgangspunkt i svarene fra et spørreskjema, drøftet styret hvordan utfordringer med styrearbeidet og mulige forbedringer. Bl.a. ønsker styret å bli involvert i strategiske drøftinger på rett tidspunkt, og vil invitere fylkeslegen til et årlig møte på samme måte som med pasient- og brukerombudet.

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.

Fra 2017 er status på oppfølging av tiltak etter konsernrevisjoner inkludert i tertialrapporteringen.

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

De påfølgende avsnitt er utformet av tillitsvalgte og brukerutvalget.

Tillitsvalgte og verneombud

Høsten 2015 besluttet direktøren å omorganisere SSHF etter Vestre Viken modellen. Dette er en stor og komplisert endring av struktur. I denne prosessen har tillitsvalgte vært representert med en person fra hvert av sykehusene helt fra starten. Dette har blitt opplevd som reell involvering og et eksempel til etterfølgelse. Omorganiseringen har preget 2016 hvor tillitsvalgte har blitt involvert på alle nivåer i arbeidet med å implementere denne omorganiseringen.

Det ble i kjølvannet av omorganisering av SSHF i 2015 og 2016 inngått en lokal samarbeidsavtale mellom tillitsvalgte og SSHF. Avtalens formål er tydelig beskrevet, og tillitsvalgte opplever dette som

en forbedring knyttet til å sette samarbeidet mellom partene på dagsorden og i system. På klinikknivå oppleves samarbeidet som etablert og hensiktsmessig, men på øvrige nivå er det en vei å gå for å omsette avtalen i praksis for å sikre tilfredsstillende informasjon, samarbeid og medbestemmelse.

Det er etablert faste jevnlige samarbeidsmøter/drøftingsmøter mellom administrerende direktør og foretakstillitsvalgte. Det er en utfordring å sikre at informasjon fra disse møtene når alle, og tillitsvalgte har bedt om en bedre organisering av dette. Klinikktillitsvalgte deltar på drøftingsmøter med administrerende direktør før hvert styremøte ved SSHF.

Det bemerkes i tillegg som et viktig moment at tillitsvalgte på alle nivå opplever liten reel involvering i budsjettprosessen.

Et av målene i forbindelse med omorganisering av de somatiske klinikkene var å lage lik struktur på klinikkene for lettere å kunne sammenligne disse. Målet er foreløpig ikke nådd, og tillitsvalgte opplever tross dette større grad av konkurranse mellom klinikkene. Tillitsvalgte og verneombud er bekymret for at konkurranseelementet er til hinder for samarbeid på tvers og en hensiktsmessig funksjonsfordeling og pasientforløp.

Det er ved flere anledninger videreformidlet bekymring fra tillitsvalgte og vernetjenesten knyttet til meget presset økonomi og konsekvenser for pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø.

På SSF har det vært stort engasjement for å bevare akuttkirurgi og traumefunksjoner. Tillitsvalgte har deltatt i prosjektet «De samlede akuttfunksjoner ved Sørlandet sykehus Flekkefjord». Det har vært et stort arbeid, men det har vært preget av tidsnød og knappe frister. Tillitsvalgte frykter at økonomi kan spille hovedrollen i denne prosessen på bekostning av fag, kvalitet og pasientsikkerhet. Tillitsvalgte har deltatt på møter og hatt kontakt med politikere lokalt og sentralt.

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. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Organisering

I 2016 har BU bestått av 10 medlemmer som representerer de store brukerorganisasjonene; FFO (5), SAFO (2), Eldrerådet (2), Kreftforeningen (1). Disse er fordelt mellom Aust- og Vest-Agder. Organisasjonsdirektør Nina Føreland ved SSHF møter fast i BU.

Brukerkoordinator/direktørens sekretær er sekretær i utvalget. Administrerende direktør orienterer om siste nytt i «Direktørens informasjon».

Brukerutvalgets kontaktperson i HSØs Brukerutvalg er Nina Roland, FFO Aust-Agder.

Det har vært full drift i Ungdomsrådet (UR) i 2016. Dette rådet ble etablert i Sørlandet sykehus i 2014. 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 interessen til ungdom og unge voksne når disse aldersgruppene er pasienter ved SSHF. Ungdomsrådet har bl.a. vært opptatt av organisering av Barneavdelingen i SSA, samt organisering av HABU. UR sitt ønske har vært at HABU skulle få beholde sin organisering til somatikk. Ungdomsrådet trekkes inn i arbeidet med revisjon av de store planene for SSHF i 2017.

Planarbeid

Planer for SSHF skal revideres, Brukerutvalget involveres fra start, og har blitt informert om arbeidet. Utvalget skal være deltakere på de 3 workshopene som planlegges våren 2017. Leder og nestleder i BU skal ha ansvar for sesjon om «Pasientens Helsetjeneste». Arbeidet knyttes opp mot Nasjonal helse- og sykehusplan.

Andre viktige saksfelt

Året 2016 startet med opplæring over 2 kvelder (Modul 2 i brukeropplæringen), her deltok også Ungdomsrådet, og Brukerrådet for psykisk helse. BU har jevnlig møter med pasientombudet, og ombudets årsrapport er viktig for BU. Utvalget hadde en gjennomgang av viktige lover for spesialisthelsetjenesten, smittevern, ME-brukerstyrt poliklinikk, de samlede akuttfunksjoner i SSF ble en viktig sak på slutten av året, og saken fortsetter inn i 2017. Videre hadde BU orientering om Klinisk etikkomité, arbeidet med samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune, det var omvisninger både på sykehuset i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. BU har også vært involvert i Optimaliseringsprosjektet og prosjekt Kirurgisk virksomhet ved SSHF. Utvalget har gitt uttalelser til veiledende retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå til HSØ. Brukerutvalget involveres i alle viktige prosjekter og utvalg. Fra høsten 2016 deltar leder av BU i direktørens ledermøter.

BU er opptatt av pasientsikkerhet, og følger nøye Pasient- og brukerombudets årsmelding. Utvalget er bl.a. opptatt av kommunikasjonen mellom pasient og behandler, det at pasienten vises respekt og imøtekommenhet, samt å se pasienten, ikke bare diagnosen.

Utvalget er spent på fremtidens sykehusstruktur, og vil følge oppfølging av arbeidet med rapporten fra Kvinnslandsutvalget og Nasjonal helse- og sykehusplan med interesse.

Årlig melding 2016

Tillitsvalgte/verneombud og brukerutvalget ble invitert til å utarbeide hver sitt punkt til Årlig melding 2016. I tillegg har brukerutvalget og tillitsvalgte fått utkast til kommentar. Årlig melding 2016 var sammen med øvrige styresaker tema på dialogmøtet til administrerende direktør i forkant av styremøtet 24.02.2017.

2. SAMMENDRAG

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Resultater

SSHF vil spesielt trekke fram følgende positive resultater:

- Målet om ventetider under 65 dager er nådd.
Flere avdelinger har nå betydelig kortere ventetid enn 65 dager.
- Antall langtidsventende er betydelig redusert.
- SSHF har gode resultater for pakkeforløp kreft.
- Økt bruk av langtidsplanlegging for legene, med tilsvarende økning i direkte booking.
- Lavt sykefravær.
- Klinikk for somatikk Arendal har lyktes med å etablere en ny organisasjon som evner å jobbe godt og fleksibelt på tvers lokalt.
- KPH har resultatoppnåelse over budsjett som gjør det mulig å finansiere nytt ARA-bygg.
- SSHF har fått Innvilget lån over statsbudsjettet til nybygg Psykisk helse i Kristiansand.
- Klinikk for psykisk helse har fått ny akkreditering gjennom Den danske kvalitetsmodell.

Utfordringer

Følgende utfordringer nevnes spesielt:

- Fortsatt fristbrudd innen enkelte fagområder.
- Driftsøkonomien i somatikken.
- Rekrutteringsutfordringer for enkelte spesialistgrupper.
- Arealutfordringer i Kristiansand.
- Bruk av tvang innen psykiatrien.

Utviklingsplan 2030

SSHF har i 2016 begynt arbeidet med å oppdatere utkastet til Utviklingsplan 2030 som ble styrebehandlet i februar 2015. Nasjonal helse- og sykehusplanen ble behandlet av Stortinget i mars 2016, og SSHF har mottatt krav om å utarbeide en utviklingsplan. En veileder gir føringer for innhold og prosess for utarbeidelse av utviklingsplan.

Strategiplan 2015-2017

Strategiplanen ble styrebehandlet og vedtatt 05.02.2015. Ti handlingsplaner er oppdatert og ferdigstilt på foretaksnivå. Disse omfatter alle satsingsområdene, og følges opp med klinikkvise planer. På grunn av høyt arbeidspress knyttet til omorganiseringen av SSHF i 2016 er gjennomføringen forsinket.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

SSHF har de siste årene hatt store økonomiske utfordringer. Det har vært økende utfordringer når det gjelder behandlingsskapitet, bemanningsutvikling og medisinsk koding. Overskuddet på driftsregnskapet er for lite til å vedlikeholde og fornye bygningsmassen og erstatte medisinskteknisk utstyr.

Høsten 2015 ble det besluttet å innføre ny klinikkstruktur med stedlig ledelse for å gi økt ledelseskraft og bedre oppfølging i organisasjonen. Fra 1. januar 2016 ble Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk erstattet av lokale somatiske klinikker i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Prehospitaltjenester som var i Kirurgisk klinikk ble etablert som egen tverrgående klinikk.

Klinikk for psykisk helse og Medisinsk serviceklinikk fortsatte som tidligere og er organisert på tvers.

Det ble i løpet av 2016 også gjort en del endringer i avdelingsstrukturen i de nye klinikkene, og antall avdelinger ble redusert. Samtidig ble det i enkelte avdelinger innført et nytt seksjonsnivå mellom avdeling og enhet.

Kontrollerne som tidligere var organisert i klinikkene ble samlet i Økonomiavdelingen, og oppfølgingsrutiner og innføring av bedre styringsinformasjon for ledere på alle nivåer skal samlet gi bedre forutsetninger for å oppnå resultatkravet og legge til rette for en god drift fremover. Individuelle driftsavtaler for alle ledere er innført for å tydeliggjøre ansvar for virksomhetsstyringen.

Endring av klinikkstruktur skal evalueres høsten 2017/våren 2018. Foreløpige resultater viser bedre bemanningskontroll, men medisinsk koding er ikke vesentlig endret og det økonomiske utfordringsbilde er uendret.

I alle de tre somatiske klinikkene er det gjennomført betydelige interne organisatoriske endringer i løpet av 2016. Klinikk for somatikk Arendal var fra august 2016 organisert i tråd med vedtatt avdelingsstruktur. Struktur på 4. ledernivå er også etablert i alle avdelinger med unntak av Merkantil avdeling som slutfører prosjekt om intern organisering i februar 2017. Framtidig organisering av Barne- og ungdomsavdelingen i Arendal skal vedtas av administrerende direktør våren 2017.

Endringene har gitt økt tilstedeværelse av ledere, bedre oppfølging av avdelingene og bedre dialog med tillitsvalgte og kommunene. Det er administrerende direktørs oppfatning at organiseringen ligger bedre til rette for å oppnå de økonomiske effektene som ligger til grunn i budsjettet for 2017.

Styrets oppsummering

Det er gledelig at SSHF har bedre måloppnåelse på flere områder i 2016. Bl.a. er målet for ventetider nådd, antall langtidsventende er redusert og flere får time i første brev.

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 reduksjon i antall fristbrudd i 2017.

Stortingets behandlet *Nasjonal helse- og sykehusplan* i 2016. Arbeidet med å revidere utviklingsplanen vil skje i tråd med den nye veilederen for utviklingsplaner og øvrige føringer fra Helse Sør-Øst RHF. Oppdatert utviklingsplan skal styrebehandles høsten 2017.

Styret er tilfreds med at det økonomiske resultatet er på budsjett til tross for store utfordringer i de somatiske klinikkene. Styret gir honnør til alle medarbeidere og ledere for innsatsen gjennom 2016.

På grunnlag av den samlede rapportering for 2016, 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 2016.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL

3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetid

Ventetider for avviklede pasienter var ved utgangen av 2016 58 dager i somatikk, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 33 dager i psykisk helsevern barn og 31 dager innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ventetider er innenfor målene satt av Helse Sør-Øst.

Klinikk for psykisk helse (KPH) har en mer differensiert og mer ambisiøs målsetting med gjennomsnittlig ventetid under 50 dager for VOP og TSB og under 35 dager for BUP. På tross av at flere avdelinger har vansker med å rekruttere lege- og psykologspesialister, medfører ikke dette utfordringer som tilsier at det skal være fristbrudd, langtidsventende eller ventetider over de fastsatte målsettingene.

Gjennomsnittstall for ventetider for nyhenviste gir ikke et fullstendig bilde av om avdelingen har tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Bildet må kompletteres med kapasitet for kontroller, tilsyn, øyeblikkelig-hjelp-opphold, operasjoner mm. Det er avdelingsleders ansvar å påse at avdelingens behandlingsskapasitet til enhver tid er forsvarlig. Gjennomsnittstall kan skjule uønsket lang ventetid på noen fagområder. Ved SSK gjelder dette innenfor urologi. Gjennomsnittlig ventetid ved urologisk seksjon SSK viser forbedring mot slutten av 2016, og ventetid på avviklede pasienter var 70 dager i desember. Dette er en reduksjon fra 76 dager i september og oktober. Avdelingen har flere tiltak under implementering. Den største utfordringen er å rekruttere spesialister.

Sammenlignet med 2015 er gjennomsnittlig ventetider på avviklede pasienter for somatikken ved utgangen av 2016 gått ned fra 60 dager i 2015 til 58 dager i 2016.

Totalt for hele SSHF var ventetiden 59 i 2015 til 57 ved utgangen av 2016.

Langtidsventende

Det er et mål at ingen pasienter skal vente mer enn ett år. Antall langtidsventende er redusert i løpet av året, og ved utgangen av året var det 47 pasienter som hadde ventet mer enn et år, 27 av disse var innen øyefaget. Langtidsventende finnes i hovedsak innen fagområdene øye og kar/thorax i SSA. Målet for 2017 er å fjerne langtidsventende helt.

Fristbrudd

Antall fristbrudd i 2016 ble 1 603 med 1 025 i Kristiansand, 532 i Arendal, 8 i Flekkefjord og 29 i Klinikk for psykisk helse. I 2015 var det 1 500 fristbrudd i foretaket hvorav 1 468 i somatikken. Fristbrudd innen ortopedi er redusert vesentlig fra 2015 til 2016, men det har vært en økning i fristbrudd innen øyefaget. Årsak til dette er at det har vært en vesentlig reduksjon i antall langtidsventende til øyebehandling, og at pasienten har gått i fristbrudd når pasientbehandlingen er avviklet.

De somatiske bruddene utgjør om lag 2,6 % på foretaksnivå. Spesielt har somatikken en utfordring med å unngå fristbrudd, særlig fagområdene urologi og øye, og i perioder lunge. Innenfor urologi og øye har det vært en utfordring å rekruttere leger. Dette kombinert med korte frister og kort planleggingshorisont på poliklinikk fører til at det kan oppstå fristbrudd. Det er igangsatt rekrutteringstiltak og avdelingene har samarbeid med Helfo og andre private aktører for å unngå fristbrudd. I tillegg arbeides det med lengre planleggingshorisont for legene innen alle fagområder. Det er et mål at leger innen alle fagområder skal innføre 6 måneders planleggingshorisont. Integrasjon Dips, GAT og Outlook er viktige å få på plass som et verktøy i dette arbeidet.

Venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- **Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse**

Det er ulik kirurgisk kapasitet i de tre lokasjoner i SSHF. Det er vedtatt felles ventelister for utredning av nyhenviste. Det er i gang en utredning («Kirurgisk virksomhet») i klinikkene med mandat å optimalisere de samlede ressurser for å redusere variasjoner i pasientenes ventetid.

- **Variasjonen i andel dagbehandlinger innen utvalgte fagområder**

Dette inngår i mandatet for utredningen «Kirurgisk virksomhet» som pågår.

Registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten (journalgjennomgang)

Det antas at dette refererer til debatten om uønsket ventetid internt i sykehuset etter start helsehjelp. Det rapporteres nå på forfalte kontakter. Ventetid internt i sykehuset vil alltid forekomme, men dette er underlagt forsvarlighetskravet. Det forutsetter oversikt over pasientens ventetid fra ferdig utredning til start behandling, slik vi nå har det i pakkeforløpene.

Prioriterte fagområder (ortopedi og psykisk helsevern)

Gjennomsnittlig ventetid innen ortopedi var relativ lav og relativ stabil i Kristiansand de to første tertial i 2016. I siste tertial økte ventetiden noe pga. uventet høyt sykefravær i legestaben.

Det har vært flere prosjekter i Arendal knyttet til ortopedi i 2016 som har bidratt til bedre pasientflyt og bedre ressursutnyttelse. Kapasitet er justert i tråd med pasienttilgang, slik at det fra høsten 2016 er tatt ned en stue for henholdsvis dagkirurgi og døgnspasienter.

Reduksjon av uønsket variasjon er en del av mandatet for prosjektet «Kirurgisk virksomhet». Arbeidsgrupper gjennomgår ressursutnyttelse innen ortopedi, karkirurgi, gastrokirurgi og urologi. Det etableres rapporter som belyser ventetid mellom ferdig utredning og behandlingsstart.

Forhold omtalt i Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014
Det er innført flere tiltak ved kirurgiske fag for å øke aktiviteten innen dagkirurgisk behandling. Innen karkirurgi er det etablert poliklinisk behandling av varicer i sentralpoliklinikken.

Medio januar 2017 vil det innen ortopedi etableres poliklinisk og dagkirurgisk behandling. Utover det har Øre Nese Hals faget utviklet seg videre i retning av dagkirurgisk behandling.

3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

SSHF forholder seg til den gyldne regel for rammetilførsel til psykiatri og rusbehandling. Det gis en betydelig høyere rammevekst i prosent til disse områdene hensyntatt de nye elementer som er kommet inn i somatikken vedrørende høykostnadsmedisiner og nedjustering av ISF-priser.

For aktivitet er det slik at både ventelistesituasjonen og et historisk svært høyt forbruksnivå på tjenester både innen voksenpsykiatri og rusbehandling, ikke tilsier en høy vekst innenfor disse feltene på Sørlandet, ref. Samdata 2015. Rammestyrkingen innen psykiatri og rusbehandling går i stor grad til å styrke aktiviteter som ikke gir målbar aktivitetsvekst med dagens måleformer; herunder samarbeid med kommuner etc., samt til dekning av økte IKT-kostnader.

Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og rus har økt med 6,5 % fra 2015, og er samlet 3,7 % over budsjettet nivå. Antall utskrevne pasienter psykisk helsevern/rus samlet er i 2016 1,7 % over budsjett og 4,6 % over fjoråret.

For VOP, BUP og TSB er det satt målsettinger om ventetider på henholdsvis 50, 35 og 50 dager mens somatikken har 65 dager som målsetting i foretaket. Ventende pasienter innen psykiatri og TSB er i sum ca. 750 mens somatikken har om lag 11.500 ventende pr. dato.

Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge

Andel brutto årsverk i DPS er økt fra 49,1 % til 50,7 %. Brutto årsverk i DPS har økt med 19,9 årsverk fra 416,3 til 436,2 årsverk. Brutto årsverk i PSA er redusert med -6,5 årsverk fra 431,3 til 424,8 årsverk.

Brutto årsverk i ABUP har økt med 6,4 årsverk fra 207,6 til 216,2 årsverk fra 2015 til 2016

Desentralisert behandlingstilbud

Det er etablert FACT tilbud i Listerregionen. Videre har man arbeidet for å etablere et OR team for Østre Agder. Flere av poliklinikkene tilbyr ambulante tjenester der dette vurderes som hensiktsmessig og til det beste for pasienten. ABUP har Akutt ambulerende enhet, og i tillegg er det ambulerende akutteam innen voksenpsykiatrien både i Aust- og Vest-Agder.

Klinikk for psykisk helse har også inngått et samarbeid med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging (NSSF) når det kommer til European Alliance Against Depression. Her forsøker man å etablere et samarbeid med førstelinjen for konkret å forebygge og behandle depresjon.

Tvangsinnleggelseser

KPH har hatt en nedgang i antall tvangsinnleggelseser i 2016 sammenliknet med 2015. Endringen er imidlertid marginal, og KPH vil derfor fortsatt prioritere videre arbeid med dette temaet. SSHF ligger over snittet for HSØ. Færre gjentakende pasienter nå. De med 10 % høyest frekvens er det ikke så mye å hente på. Alle avdelingene i KPH skal gjøre en vurdering av om oppfølgingen av de med høyest frekvens er god nok. KPH ser at vi sammenliknet med landsgjennomsnittet har et stort antall tvangsinnleggelseser, men at innleggelsesene i gjennomsnitt er kortere. Dette medfører at vi også relativt sett har et lavt antall døgn underlagt tvang pr. 100 000. Noe av årsaken til dette ligger for eksempel i at pasienter under oppfølging av FACT-teamene har flere, men kortere innleggelseser. KPH vil i 2017 analysere om det er noe måten å drive på som skaper denne skjevheten sammenliknet med andre foretak, og om dette alt i alt er en ønsket drift. Spørsmålet er om det i tillegg til antallet tvangsinnleggelseser på nasjonalt nivå også må være en målsetning å redusere antall døgn underlagt tvang.

Det jobbes videre med å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbud. Gjennom økt fokus på utarbeidelse av pasientforløp både for psykoselidelser og ROP pasienter, samt andre tilstander, forsøker man å sikre en tidlig oppdagelse og tidlig innsats med kunnskapsbaserte tiltak. Pasientforløpene ligger tilgjengelig på internett og omfatter også psykoedukasjon for pasienter og pårørende. Forebyggende helsearbeid og tidlig oppdagelse vil kunne redusere tvang, jf. «Bedre kvalitet – økt frivillighet», Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsevern 2012-2015.

Rapportering for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR

SSHF har rapportert korrekte og komplette data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR.

OCD-team

OCD teamene er godt organisert og forankret i KPH. Det er i dag et OCD team for voksne, samt et innen barne- og ungdomspsykiatrien. I tråd med nasjonal implementeringsplan for kvalitetssikring av OCD- utredning og behandling, ble det i oktober 2015 opprettet et kvalitetsregister for utredning og behandling av OCD. Videre er det utformet et pasientforløp for utredning og behandling av OCD.

Tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler

E-læring for å implementere krise- og mestringsplan for reduksjon av overdosedødsfall og forebygging av selvmord ble ferdigstilt i 2016. Tilbudet til innsatte i fengslet innlemmes i arbeidet som gjøres i telepsykiatri. Arbeidet blir ferdigstilt på nyåret 2017. Alle pasienter fra fengslet skal henvises og rettighetsvurderes på lik linje med andre I tråd med prioriteringsveilederen.

Avvisningsrate ved poliklinikker

Det foretas gjennomgang av avslag som gjøres på de ulike avdelingene for å kvalitetssikre avslagene og sørge for at vurderingene er i samsvar med prioriteringsveilederen innen gjeldende fagområdet.

Der det fremkommer systematiske avvik vil det bli tilbudt og gjennomført tilleggsopplæring og gjennomgang med de aktuelle inntaksteamene med særlig fokus på det som fremkommer ved gjennomgangen av avslagene. Avslagsraten for 2016 ligger på omtrent samme nivå som for 2015.

Kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus
Månedssrapportene for KPH har tabell som viser liggedøgn pr. måned pr. avdeling. Oversikten er basert på rapport D 8170 i DIPS. KPH har registrert 1 801 utskrivningsklare liggedøgn pr 30/11-2016 hvorav PSA utgjør 1 309, DPS Strømme 315, DPS Solvang 156.

Valg mellom ulike behandlingstiltak

Det jobbes med holdningsendring og et helhetlig fokus på behandlingstilnærminger blant ansatte i KPH. Medikamentfritt behandlingstilbud skal inngå som et naturlig valg i behandlingstilbudet ved til pasientene i KPH. Fokus skal være på faglig forsvarlig og god behandling, og samvalg med pasientene. KPH arbeider systematisk med implementering av et medisinfritt behandlingstilbud i den daglige driften. For å sikre medisinfri behandlingstilbud til samtlige pasientgrupper er følgende tiltak initiert:

- Forskningsprosjektet «Samvalg ved medikamentbruk og annen behandling i psykisk helsevern»
- Frivillighet og fokus på reduksjon av tvangsmedisinering
- Økt fokus på dokumentasjon
- Utforming av pasientforløp
- Deltakelse i forskningsprosjekt med sikte på implementering av ikke-medikamentell behandling ADHD
- Gjennomføring av kompetansehevingsprogram og kurs
- Det opprettes to senger ved Enhet for førstegangpsykose hvor behandlingen primært er medikamentuavhengig.

3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientbehandling

- **Timeavtale**
«Pasienten får time i 1. brev» har ligget rundt 77 % de siste månedene. Arendal oppnådde 81 %, Kristiansand 72 %, Flekkefjord 81 % og KPH 96 % tildeling i 1. brev i oktober. I Arendal er det stor variasjon mellom avdelingene, fra 62 % til 95 %. Korte ventetider forenkler direktebooking og avspeiles også i indikatoren.
I Somatikk Arendal er det etablert direktebooking av polikliniske pasienter til operasjon for Kirurgisk- og Ortopedisk avd. Dette er et tilbud med mange positive tilbakemeldinger fra pasienter
- **Korridorpasienter**
Klinikk for somatikk Kristiansand har i praksis ikke utfordringer knyttet til korridorpasienter. Høyt belegg på medisinske senger i Arendal har ført til at måltall ikke nådd.
- **Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7"**
Innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet er delvis implementert i SSHF, men det gjenstår noen av innsatsområdene ved enkelte avdelinger. Det er fokus på full implementering i løpet av 2017. Status rapporteres til Helse Sør-Øst RHF hvert tertial, i tillegg til at dette regelmessig er sak i Overordnet kvalitetsutvalg. Alle relevante prosedyrer er lett tilgjengelige for det kliniske miljøet i EK, og det er utarbeidet tiltakskort for innsatsområdene.
Av enkelttiltak nevnes:
 - Regelmessig undervisning i KPH i Selvmordsrisikovurdering.

- Journalaudit høsten 2016 med henblikk på innsatspunktene innen PHV og PHU. Det viste seg behov for videre arbeid. Som følge av dette har man utformet et e-læringsprogram for krise og mestringsplan for behandlere.
- Klinikken for psykisk helse har i 2016 arbeidet med implementering av krise- og mestringsplan for reduksjon av overdosedødsfall og forebygging av selvmord, både gjennom e-læring og undervisning. Dette inngår nå regelmessig i undervisningstilbudet til pasientene i TSB. E-læringskurs for behandlere i utforming og bruk av krise- og mestringsplan tilbys også behandlere i TSB

- **Sykehusinfeksjoner**

SSHF har ikke nådd målet for sykehusinfeksjoner på under 3 % i 2016. Ved siste måling i november 2016 var resultatet 4,1 %, hvorav 1,9 % oppstått i egen institusjon. Smitteverneheteren er jevnlig til stede i klinikkens kvalitetsråd, for presentasjon av data og drøfting av tiltak.

Prevalenstall for sykehusinfeksjoner har ved SSHF av egne infeksjoner variert mellom 1,9 % og 3,6 %. Utviklingen går i positiv retning. Det er spesielt fokus på andel postoperative infeksjoner etter hemiprotese og keisersnitt som i Kristiansand har ligget over landsgjennomsnittet.

Tiltak i 2016:

- Øke kunnskap innen smittevern for alle yrkesgrupper gjennom undervisning og bruk av e-læring.
- Øke tilgjengelighet av aktuelle data for å gi ledere et styringsverktøy
- Det er laget en egen handlingsplan i smittevern i 2016, som gjelder for årene fremover.

- **Antibiotikastyringsprogram**

Antibiotikastyringsprogram er utarbeidet og er på høring.

3 hovedsatsninger for 2017:

- Tavlemøter med revurdering av oppstart
- Begrense bruk av karbapenemer
- Redusere bruk av piperacillin-tazobactam til fordel for smalspektra midler og kombinasjoner av disse.

- **Fire prevalensmålinger per år av sykehusinfeksjoner**

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.

- **Pakkeforløp for kreftpasienter**

For 2016 var 72 prosent av pasientene som fikk diagnostisert kreft inkludert i et pakkeforløp, dvs. i tråd med målsettingen.

Landsgjennomsnittet for samme periode var på 74 prosent.

For 2016 ligger SSHF på 67 prosent for igangsatt behandling (kirurgi, onkologisk behandling eller stråler) innen standard forløpstid. Landsgjennomsnittet i samme periode var på 69 prosent.

Lungekreft

Andel registrerte i et pakkeforløp 82 prosent. Andel behandlet innen standard forløpstid 72 prosent.

Brystkreft

Andel registrerte i et pakkeforløp 83 prosent.

Andel behandlet innen standard forløpstid 55 prosent, under de krav som er satt på 70 prosent. Tiltak er igangsatt for å forbedre dette resultatet og utviklingen følges fortløpende.

Prostatakreft

Andel registrerte i et pakkeforløp 80 prosent.

Andel behandlet innen standard forløpstid 44 prosent. Under de krav som er satt til 70 prosent. Landsgjennomsnittet i samme periode var på 52 prosent

Dette følges opp ved å se på flaskehalsen i pasientforløpet, ressurser til forløpskoordinator, avsette ressurser for å analysere resultatene som ikke er slik vi ønsker det. Følger utviklingen fortløpende

Tykk - og endetarmskreft

Andel registrerte i et pakkeforløp 84 prosent.

Andel behandlet innen standard forløpstid 92 prosent.

- **Sosialpediatere i barneavdelinger og tilbud om medisinsk undersøkelse til alle barn som avhøres ved Statens barnehus**

SSHF har ikke ansatt sosialpediater i 2016. Det kommer avklaring fra Helse Sør-Øst hvordan dette skal finansieres da dette er et satsningsområde. SSHF yter tjenester for Barnehuset i Kristiansand. SSHF mener at Barnehuset tidligere har prioritert for lav stillingsbrøk for lege.

- **Tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep**

Det er etablert felles overgrepsmottak for voksne for hele Agder. Det er en vesentlig økning i bruken av overgrepsmottaket etter at sykehuset overtok. Dette tolkes som at etableringen har vært en suksess.

Barn og unge mottas som tidligere av Barne- og ungdomsavdelingen.

- **Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for symptomer på hjerneslag**

Nevrologisk avdeling deltar aktivt i dette arbeidet.

- **Samarbeid med kommunene om helsetilbud til asylsøkere og flyktninger**

ABUP har kompetanse på traumatiserte flyktningbarn og det er flere pågående prosjekter i regionen. Det er et samarbeid med RVTS på forskjellige tiltak innen dette feltet.

ABUP er til stede på alle Familiens hus og tverrfaglige samarbeidsfora i alle kommuner. Der kan enkeltsaker og tema knyttet til flyktninger tas opp. Ved behov for ytterligere info/drøfting tas det inn til diskusjon i Flerkulturelt team.

Alle mottak med enslige mindreårige kan ringe for råd, veiledning og bistand til akutt telefonen ved ABUP.

Ved Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPST) er det kompetanse innen traumatiserte voksne flyktninger, diagnostikk og behandling av torturoverlevende i tillegg til interkulturell kompetanse og generelle migrasjonsmedisinske utfordringer.

SPST har som mandat å følge opp Handlingsplan for migrasjonshelse ved sykehuset som ble revidert 2016.

Det er et pågående veiledningstilbud for ansatte i KPH knyttet til behandling av traumatiserte flyktninger og det har vært avholdt kurs i flere år innen dette feltet fra SPST, både internt i SSHF og i kommunene. Veiledning på enkeltsaker har eksistert som et tilbud i mange år da dette er en del av den veiledningsplikt spesialisthelsetjenesten har for pasienter både fra SPST og ABUP.

- **Samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten**
SSHF har inngått samarbeidsavtale med NAV for perioden 2016-2020. DPS Solvang har inngått rammeavtale med NAV om Jobbmestrende oppfølging. Systematisk samarbeid mellom NAV Aust-Agder, DPS Aust-Agder og ARA poliklinikk Arendal. Det er også etablert Drop-in tilbud i DPS Aust-Agder hvor NAV-ansatte kan diskutere saker med spesialisthelsetjenesten.

Støttefunksjoner

- **Nasjonal nødmeldingstjeneste**
SSHF har representant i en undergruppe av det nasjonale IKT-prosjektet i regi av Nasjonal IKT (NIKT).
- **Vedlikeholdstiltak i helseforetaket, ekstraordinære midler**
Sørlandet sykehus mottok 42,5 mill. kr i budsjett 2016 til vedlikeholdstiltak samt en ekstraordinær bevilgning på 7,5 mill. kr i revidert nasjonalbudsjett i mai 2016.

Alt av bevilgning er prioritert og tildelt konkrete prosjekter som er under gjennomføring. Midlene benyttes til utbedring og utskiftning av bygningsmessig karakter hvorav personellkostnader har største del av investeringsrammen. Av større prioriterte tiltak kan det nevnes arealtilpasning og forbedringer av intensiv/postoperativ som ble igangsatt i 2016 og sluttføres i 2017. Vinduer skiftes ut i hovedbygget til en ramme på 7 mill. kr hvorav personellkostnader utgjør over 70 % av prosjektmidlene. Det er i alle prosjektene i all hovedsak benyttet lokale leverandører med Kruse Smith og Kaspar Strømme som største aktører.

Ledelse, bemanning, arbeidsmiljø og HMS

- **Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene**
SSHF gjennomførtes 2016 «Optimaliseringsprosjektet» som bestod av tre arbeidsgrupper. Den ene sammenlignet bruken av pleieressurser i 21 sengeposter i somatikken med utgangspunkt i metoden til Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Arbeidsgruppen la fram analyser og forslag til optimalisering av driften.

Arbeidsgruppene la fram en rekke forslag til tiltak som det ble arbeidet videre med:

1. Generelle tiltak innføres på alle enheter (ca. 15 tiltak)
2. SSF: etablere en kombinasjonspost mellom medisin og kirurgi 5+7 døgn
3. SSA: omrokking og endring av sammensetting av enheter i medisin og kirurgi, redusere med en sengepost enhet (gjennomført november 2016)
4. SSA: vurdere å etablere et personellsamarbeid mellom barn og voksen somatikk i 6 etg. på kveld, natt og helg
5. SSK: Medisinsk avdeling redusere senger og årsverk
6. SSK: BUA redusere senger og årsverk
7. SSK: SFK øke beleggsprosent og reduksjon av årsverk
8. AFR: personellressurs gjennomgang

- **Ledelse og lederutvikling**

Arbeidet med å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten er videreført i 2016. SSHF har gjennomført et internt lederutviklingsprogram for 28 førstelinjeledere. Programmet består av tre to-dagers samlinger.

SSHF har også et program for avdelingsledere, men det var ikke tilstrekkelig antall nye avdelingsledere til å gjennomføre dette i 2016.

Både vår og høst er det gjennomført tre dagers introduksjonskurs for nyansatte ledere fra alle ledernivå. «Den lille lederskolen» tilbyr opplæring i aktuelle tema, spesielt innen HR-området, for alle ledere i 1 time ca. hver 14. dag.

Temaene kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon inngår i lederutviklingsprogram og opplæringstilbud.

I tillegg til de strukturerte programmene kommer opplæring og veiledning av ledere i forbindelse med gjennomføring av omstillingsprosesser, oppfølging av medarbeiderundersøkelsen mv. og utstrakt veiledning av ledere i enkeltsaker.

Samtlige laboratorieavdelinger i SSHF er akkreditert. For særlig fokus på kvalitet er det egen kvalitetskoordinator på de radiologiske avdelingene og laboratorieavdelingene.

- **Faste stillinger, heltid og vikarer**

SSHF har en heltidspolicy og jobber planmessig med å øke andelen hele stillinger. Sykepleiere arbeider i kombinasjon mellom døgn- og dagenhet.

Budsjett for variabel lønn er omgjort til fast lønn. Disse midlene er benyttet til å etablere en traineeordning for nyutdannede sykepleiere ved alle tre lokasjonene. Traineeordningen innebærer at nyutdannede sykepleierne får fast ansettelse i hel stilling. De to første årene får de erfaring innen medisin, kirurgi og psykiatri/rus før de innplasseres permanent i ulike avdelinger.

SSHF har en tverrgående bemanningsenhet i Arendal og Kristiansand for pleiere til sengepostene og poliklinikk. Arbeidet med å integrere intensiv i Arendal pågår. Prehospitale tjenester og merkantil avdelingen i Arendal vurderer å bli med i ordningen.

Ved ledighet i stillinger vurderes det om deltidsansatte kan få utvidet sin stillingsbrøk.

Rådgiver i personal har en kontrollfunksjon ved utlysinger for å bidra til at SSHF kan øke andelen hele stillinger.

- **Bemanning tilpasset til aktiviteten**

SSHF har retningslinjer for aktivitets- og bemanningsplanlegging knyttet til bruk av GAT.

Flere steder er det etablert samarbeids- og koordineringsarenaer for å sikre bemanning opp mot aktivitet. Budsjett for 2017 er bygd opp slik at aktivitet til enhver tid skal være tilpasset bemanning.

- **Nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov**

Tre medarbeidere i SSHF var på opplæring i NBM i desember 2016. Det planlegges å ta i bruk modellen i arbeidet med Utviklingsplanarbeidet våren 2017.

- **Bemanningsplanlegging og kompetanseplaner**

Alle enheter i SSHF bruker GAT til bemanningsplanlegging for alle yrkesgrupper.

Kompetansemoduleen i GAT skal benyttes for å registrere obligatorisk opplæring.

Stadig flere avdelinger tar modulen i bruk til registrering av ulike kompetanser. Arbeidet med å registrere overordnede obligatoriske kompetanser, medisinsk utstyr, fagspesifikke koder etc. er godt i gang.

I arbeidet med utviklingsplaner pågår arbeidet i avdelingene med å kartlegge kompetansebehovet på kort og lang sikt.

- **Pasientsikkerheten og helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid**

Det er opprettet et nettverk for kvalitet og pasientsikkerhet med representanter fra klinikkene og sentrale staver. Hensikten er å koordinere arbeidet med SSHF sitt

kvalitetssystem, sikre forankring i linjen og være et rådgivende organ til ledelsen vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet.

Ledelsen i SSHF har startet en prosess med å skape en felles forståelse i sykehuset for kontinuerlig forbedring og hvordan en bedre flyt i tjenesten kan gjøre tjenesten mer effektiv og bedre for pasienten. Det er også vurdert at bedre flyt i tjenesten vil kunne gi en jevnere belastning på de ansatte, og at involvering i forbedringsarbeid øker medarbeidertilfredsheten. Neste steg i denne prosessen vil bli bestemt 1 tertial 2017.

Ny akkreditering gjennom Den danske kvalitetsmodell viser at KPH har kommet langt når det gjelder systematisk forbedringsarbeid, kulturbygging og sammenheng mellom pasientsikkerhet og ledelse. Systematisk og jevnlig opplæring i selvmordsrisikovurdering og e-læring for krise og mestringsplan vil redusere sannsynlighet for selvmord som vi vet er belastende for personalet. Videre satses det på TMA (terapeutisk mestring av aggresjon) som er av betydning både for pasient- og personalsikkerhet.

- **Rekruttering av kvinnelige ledere**

SSHF har en god balanse mellom menn og kvinner i lederstillingene. Ledergruppen har seks menn og fem kvinner. Ca. 60 % av avdelingssjefene er kvinner.

SSHF har sendt flere kvinner på topplederprogrammet og sender LIS-leger på «Frist meg inn i ledelse» som er et program for å motivere kvinner til å gå inn i lederstillinger.

- **Medarbeiderundersøkelsen**

Medarbeiderundersøkelsen er en kartlegging av ulike forhold innenfor psykososialt arbeidsmiljø. I medarbeiderundersøkelsen 2016 var det 83 % deltagelse.

Hovedtrekkene er at medarbeiderne ved SSHF svarer lik eller bedre enn referansen i HSØ, med unntak av området egenkontroll, hvor scoren i SSHF er 43 og referansen er 46. På indikatoren jobbtilfredshet (samlescore for områdene; motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet) scorer SSHF over referansen til HSØ.

Undersøkelsen inneholder også spørsmål som kartlegger opplevd lederadferd. SSHF har en score på 77 på spørsmål som tar opp i seg lederadferd, dette er samme som referansen i HSØ.

I tillegg kartlegges leders oppfølging av medarbeidere ved hjelp av 3 andre temaer; Andel involvert i oppfølging etter forrige undersøkelse, gjennomføring av medarbeidersamtaler og individuelle kompetanseutviklingsplaner. Her scorer SSHF over referansen på andel involvert, mens på de 2 andre områdene er scoren lavere en referanse.

Forskning, innovasjon og utdanning

- **Synliggjøring av utdanningsaktivitet**

Utdanning er en av sykehusets hovedoppgaver, og SSHF har et utstrakt samarbeid med Universitetet i Agder (UiA). SSHF har studenter i praksis fra mer enn 20 ulike utdanningsløp (bachelor, etterutdanning og videreutdanning eller mastergrad). Hovedtyngden er sykepleier- og bioingeniørstudenter.

SSHF har læringer i innenfor flere områder.

SSHF samarbeider med kommunene i Agder og har ordning for hospitering. I 2016 var 28 medarbeider fra SSHF hospitanter i kommunene, og 114 fra kommunene hospiterte ved SSHF.

Radiografer og helsesekretærer under utdanning får praksis på de radiologiske avdelingene. Tilsvarende for bioingeniørstudenter og enkelte lærlinger på laboratorieavdelingene. Laboratoriene bidrar med undervisning i egne fag ute på avdelingene og har ansvar for

opplæring i prøvetaking, bruk og kontroll av pasientnært analyseutstyr (sertifiserer brukere) ved kliniske avdelinger.

Faglig rådgiver i KPH inngår i arbeidet med å forbedre praksis for psykologistudenter som organiseres på RHF-nivå. Det jobbes med forbedring av turnustjenestetilbudet til leger i KPH.

- **Leger i spesialisering**

Det er inngått overordnede samarbeidsavtaler med andre foretak i HSØ for at leger i spesialisering (LIS) ved SSHF skal få gjennomført den delen av spesialiseringen som vi ikke kan gjennomføres ved SSHF.

SSHF deltar i koordinatorknettverk i HSØ for samarbeid, standardisering av kontrakter og retningslinjer og utveksling av erfaring ved ansettelse av LIS.

Det er gjennomført et stort arbeid for å sikre gode utdanningsløp for legene i den nye ordningen. Det gjøres bl.a. ved å lage helhetlige utdanningsløp for LIS gjennom forpliktende samarbeidsavtaler mellom de somatiske klinikkene i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand.

Klinikk for psykisk helse utdanner egne spesialister, og disse kan gjennomføre hele løpet i SSHF.

- **Ny spesialitetsstruktur for leger i 2017**

Ny spesialiststruktur for leger innføres fra høsten 2017, og arbeidet med implementering vil pågå frem til 2021. Planleggingsarbeidet pågår og del 1 starter i september 2017.

Det er etablert regionale utdanningssentre i hver av de fire helseregionene (jf. Oppdrag og bestilling 2016 for SSHF). SSHF har en representant i Det regionale utdanningssenteret i Helse Sør-Øst. Inntil de regionale utdanningssentrene er i full drift og ordningen kan følges opp i ordinær styringslinje, samarbeider utdanningssentrene med hovedprosjektet «Ny modell for spesialistutdanning for leger (LIS-prosjektet)».

Så snart læringsmålene blir kjent, starter SSHF arbeidet med å kartlegge hvilke aktiviteter som tilbys i dag og som faller innenfor læringsmålene, hva som må endre (for eksempel i Introduksjonsprogrammet for turnusleger) og hva som må tilføres av nye tiltak for at LIS1 skal nå sine læringsmål. SSHF er i tett dialog med HSØ og har representant i det regionale utdanningsutvalget. Stillingen som prosjektleder for implementering av ny struktur for LIS er lyst ut med søknadsfrist januar 2017 og prosjektgruppe vil bli etablert.

Avtaler samt bruk av mini-invasivt senter i Arendal vil være viktige virkemidler framover for å gjennomføre læringsmål i ny utdanningsstruktur.

- **Kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning**

SSHF vektlegger nettverksbygging, økt samarbeid og samspill på tvers av lokasjonene og avdelinger for å kunne beholde spesialistene. Det er utarbeidet samarbeidsavtaler der det er nødvendig blant annet innenfor videreutdanning i operasjonssykepleier og utdanning av leger i spesialisering innenfor barn, kirurgi og medisinske fagområder.

SSHF har god kompetanse på utvikling av e-læringsprogram, samt har kompetanse for mobile løsninger for disse. Fagrådet KPH har utarbeidet flere e- læringsprogram for klinikere.

SSHF har etablert «SIM-Sørlandet» hvor medarbeidere trener på medisinsk simulering i Kristiansand og kirurgisk ferdighetstrening (MIS) i Arendal. Det planlegges å øke antall instruktører i 2017 både fordi etterspørselen øker men også fordi det skal brukes til ny spesialiststruktur for leger.

Av videre- og etterutdannings nevnes:

- Ca. 50 sekretærer har deltatt på Kompetansehevingsprogram for å bli autoriserte helsesekretærer. De og avlegger eksamen i 2017.
- 29 sykepleiere har startet på masterstudie (Anestesi, Intensiv, Operasjon og jordmor).
- 10 sykepleiere i akuttmottakene har gjennomført undervisning for å bli CEN-sertifisert (2015/2016).
- Fag- og prosedyredager og simuleringsdager for sykepleiere arrangert i samarbeid med kommunene.
- Veiledningskurs for praksisveiledere (sykepleiere + et par bioingeniører) trinn 1 (60 medarbeidere) i samarbeid med kommune, og trinn 2 (20 medarbeidere).

Tall for studenter i praksis og lærlinger i 2016:

Sykepleie	465
Bioingeniør	40
Ergoterapi	8
Fysioterapi	5
Vernepleie	8
Sosionom	1
Totalt	527

Helsefag	15
Ambulansefag	24
Portørfag	2
Laboratoriefag	1
Renholdsoperatør	2
Institusjonskokk	6
Totalt	50

• **Forskning**

Forskningsenheten er godt kjent med regional forskningsstrategi. Forskningssjefen er bl.a. representert i Samarbeidsorganet HSØ-OUS og sitter i Programstyret IKT i HSØ og i arbeidsgruppen for Lettvekts-IKT i HSØ. Administrativ rådgiver ved Forskningsenheten sitter i Administrativt forskningsnettverk i HSØ og Prof. Åse Mygland er SSHFs representant i HSØs forskningsutvalg. SSHF har en forsvarlig lokal infrastruktur for egen forskning med egen forskningsserver, gode rutiner før oppstart av interne og eksterne forskningsprosjekter og rutiner for årlige prosjektgjennomganger og oversiktlig økonomistyring. Vi informeres jevnlig om tilbud om regionale forskningsstøttefunksjoner og har flere forskere som nå lagrer sine data i TSD og gjeldende avtaler om kurs ved SSHF med bidrag fra Regional forskningsstøtte i HSØ.

En rekke av våre forskere er deltagere i studier i samarbeid med andre helseforetak og på flere områder er våre forskere nasjonale ledere for slike prosjekter. Det foregår for eksempel store prosjekter innen flåttforskning, colonkreftscreening, hjerteforskning og revmatologi med basis i SSHF. Innen oppdragsforskning er vi også aktive gjennom gjeldende avtaler med Invent2.

SSHF samarbeider med UiA om forskning bl.a. på flått og flåttbårne sykdommer og e-helse. Det er også etablert gode forskningssamarbeid med Universitet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Trondheim (UiT). Dette samarbeidet vil fortsatt utvikles.

• **Brukermedvirkning i forskning**

Det er informert bredt om viktigheten av brukermedvirkning i forskning til alle forskere. Årlig tilbakemeldingsskjema for forskere kartlegger brukermedvirkning i forskning og temaet nevnes på de årlige prosjektsamtalene. Brukermedvirkning har vært tema på forskningssamlinger. Forskningsutvalget er supplert med brukerrepresentant og det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal se nærmere på brukerrepresentantens mandat.

Alle nye prosjekter i KPH har brukermedvirkning fra planleggingsstadiet. Klinikken for psykisk helse har blant annet utarbeidet en lokal studie om samvalg ved medikamentbruk og annen behandling i psykisk helsevern. I dette prosjektet står brukermedvirkning sentralt. Det samme gjør brukermedvirkning i en landsomfattende studie vedr. implementering av psyko-seveileder som KPH deltar i.

- **Kliniske studier**

KPH deltar i flere multisenter studier. Dette gjelder både OCD, ADHD og studie av psyko-sepasienter og implementering av nasjonal veileder for utredning, diagnostikk og behandling av psykoselidelser.

4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016

4.1. Organisatoriske krav og rammer

Innkjøp og logistikk

- **Analyse av praksis for vareforsyning**

- **Endring i helseforetaket, basert på funnene i analysen**

Analysen ble utført i mai 2016. Det er få funn i analysen som krever tiltak. Oppfølging ubekreftede ordrelinjer er iverksatt. Videre skal rutine for retur og reklamasjon oppdateres. Arbeidet har vært gjort i samarbeid med HSØ.

- **Tap på forsinket avtaleimplementering**

Det er ikke etablert skriftlige rutiner ennå. Høsten 2016 ble funksjonalitet i innkjøpsportalen komplett for å kunne rapportere dette måleparameteret. Innkjøpssjef SSHF har vært delprosjektleder for utviklingen av målingen og kravspesifikasjon knyttet til funksjonalitet.

- **Videreutvikling av felles måleparametre**

Innkjøpssjef SSHF har vært delprosjektleder for utviklingen av øvrige målinger under prosjektet Vinn-Vinn og deltar aktivt i dette arbeidet.

Melding av alvorlige hendelser

Ved alvorlige hendelser i EPJ/PAS blir dette fanget opp og håndtert av Sykehuspartner som drifter alle foretak i HSØ. Sykehuspartner har også direkte kontakt med leverandør og melder saker dit.

SSHF v/Klinisk IKT har direkte kontakt med systemansvarlig/systemeier i HSØ og melder fra om alvorlige hendelser og feil. Systemansvarlig HSØ har kontakt med systemansvarlige for andre RHF og systemleverandør.

SSHF har rutiner vedrørende uønskede hendelser, og håndtering av alvorlige uønskede hendelser med MTU er beskrevet i styrende dokumenter. Slike hendelser blir meldt Direktoratet for Samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) som melder videre til produsent/leverandør og eventuelt andre aktuelle ved behov.

Ved dødsfall meldes hendelser til Politiet.

Alvorlige hendelser skal også vurderes meldt til Kunnskapssenteret.

Avvik og alvorlige hendelser blir behandlet i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Referatene distribueres til øvrige klinikker samt fagdirektør i SSHF.

Oppfølging av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Felles styringssystem for informasjonssikkerhet er etablert i HSØ.

Redningsledelse ved hovedredningsssentralene og i lokale redningsssentraler

SSHF's beredskapsrådgiver deltar.

Sykehusbygg HF

Helseforetakene er pålagt å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med prioritering av tilstandsgrad 2 og 3. Planene skal korrespondere med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering. Disse lages i 2017 med bakgrunn i rapport fra Multimap som blir levert i januar 2017.

SSHF benytter Sykehusbygg som forutsatt. Det gjelder prosjekt nybygg psykisk helse i Kristiansand. SSHF har kartlagt tilstandsgraden for sine bygg i 2016, under veiledning av Sykehusbygg HF. Avventer rapport i januar 2017.

4.2. Økonomiske krav og rammer

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Foreløpig regnskap for 2016 viser et resultat på 88,3 mill. kr, dvs. 1,7 mill. kr under budsjett. Resultatet skal sammen med fri likviditet til investeringer fra Helse Sør-Øst RHF på ca. 71 mill. kr, hvorav om lag 20 mill. kr skal benyttes til egenkapitalinnskudd i KLP, gi et handlingsrom for nye investeringer på ca. 120 mill. kr 2017. Det skal i 2017 skapes et tilsvarende handlingsrom for investeringer i 2018 ved et resultat fra driften på minst 80 mill. kr.

Årsresultat 2016

(Oppdateres før oversendelse til HSØ)

Foreløpig resultat 2016	Resultat	Budsjett	Avvik
Sørlandet sykehus	88 336	90 000	-1 664

Beløp i 1000 kroner	Vederlagstabell i oppdrag og bestilling 2016	Foreløpig regnskap 2016
Basisramme	4 431 084	4 158 631
<i>berav kvalitetsbasert finansiering</i>	27 857	27 857
Forskning	10 405	
Nasjonale kompetansetjenester	2 158	
Statlige tilskudd	11 153	
ISF-refusjoner	1 651 090	
Inntekter i alt 2016	6 105 890	

Beløp i 1000 kroner	Krav i oppdrag og bestilling 2016	Foreløpig regnskap 2016
Årsresultat	Minimum 90 000	

Forutsetninger for driften i 2016

- **Tilgjengelig driftskredittramme**
- **Behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme i 2016**

SSHF har styrt virksomheten godt innenfor den gitte driftskredittrammen.

Store deler av året har foretaket hatt positive likviditetsinnskudd mens driftskredittrammen har vært 270 mill. kr. Ved utgangen av 2016 er utgående likviditet estimert til 370 mill. kr.

- **Fakturaer for ordningen “Fritt behandlingsvalg”**

SSHF har ført kostnader til Fritt Behandlingsvalg etter fakturaer og månedsrapport fra HELFO. Det er foretatt behov for avsetninger i forbindelse med årsoppgjøret for å dekke mulig etterslep av fakturering. Kostnadene er betalt og finansiert over basisramme.

- **“Raskere tilbake”**

SSHF har hatt aktivitet knyttet til Raskere tilbake og fikk for 2016 tildelt midler på 7,7 mill. kr. I tillegg ble det tildelt evalueringsmidler, midler til transportkostnader og koordinatorfunksjon på til sammen 3,9 mill. kr. Raskere tilbake tilbudet i ortopedi (dagkirurgi, kveldsoperasjoner og poliklinikk) er lagt ned og har ikke hatt aktivitet i 2016.

SSHF har i 2016 hatt følgende tiltak knyttet til Raskere tilbake:

- «Mindfulness»- Stressmestring med oppmerksomhetstrening
- Kurs «Å leve bedre med seg selv og andre»
- Mild traumatisk hjerneskade
- Pårørende rus «Gjør deg fri fra andres misbruk»
- Avklaringspoliklinikk nakke/rygg
- Fysikalsk-medisinsk tilbud til ryggpasienter

- **Styring av samlet likviditet**
- **Oppfølging av prinsipper for likviditetsstyring**
- **Etablering av nye investeringsforpliktelser**

SSHF rapporterer månedlig på investeringsprosjekter inklusive fastsettelse av prognosen. Prognosen benyttes for å sikre at totale investeringer for året ikke overskrider finansieringsrammer, og på denne måten ta høyde for resultatrisiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye.

Prinsippene om likviditetsstyring i HSØ følges, slik at de resultater som skapes i driften først blir benyttet i de påfølgende år til investeringer. Siden prinsippet etterleves tas det høyde for resultatrisikoen før nye investeringsprosjekter igangsettes.

I de siste 5 årene har SSHF gradvis bedret sitt handlingsrom for investeringer gjennom positive driftsresultater. Likevel er det betydelige etterslep på investeringssiden, både på MTU og bygningsmasse. SSHF har fortsatt høy risiko knyttet til investeringsevnen, og er avhengige av å få tilført lånekapital i de nærmeste årene for å utbedre bygningssiden, spesielt i Kristiansand. Herunder nybygg psykisk helse som er forventet innflyttingsklart i 2020 og nytt akuttbygg før 2025.

Foretakets Utviklingsplan 2030 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.

4.3. Aktivitet i 2016

(en av tabellene skal ut)

Aktivitet i 2016		Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	Budsjett	77 410			
	Resultat	74 010			
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	47 375	3 073	110	900
	Resultat	46 328	3 172	120	859
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	162 705	54 800	1 600	21 874
	Resultat	155 995	54 678	1 422	21 872
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	33 001	0	0	0
	Resultat	31 514	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	304 116	101 200	47 000	28 900
	Resultat	310 976	105 263	48 035	30 443

Aktivitet i 2016	Somatikk	VOP	BUP	TSB
<i>DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret</i>				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	77 410			
• Oppnådd resultat 2016	74 177			
• Avvik fra krav	-3 233			
<i>Pasientbehandling</i>				
<i>Antall utskrivninger døgnbehandling</i>				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	47 375	3 073	110	900
• Oppnådd resultat 2016	46 328	3 172	120	859
• Avvik fra krav	-1 047	99	10	-41
<i>Antall liggedøgn døgnbehandling</i>				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	162 705	54 800	1 600	21 874
• Oppnådd resultat 2016	155 995	54 678	1 422	21 872
• Avvik fra krav	-6 710	-122	-178	-2
<i>Antall oppholdsdager dagbehandling</i>				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	33 001	0	0	0
• Oppnådd resultat 2016	31 514			
• Avvik fra krav	-1 487			
<i>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner</i>				
• Krav i oppdrag og bestilling 2016	304 116	101 200	47 000	28 900
• Oppnådd resultat 2016	310 976	105 263	48 035	30 443
• Avvik fra krav	6 860	4 063	1 035	1 543

Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og rus har økt med 6,5 % fra 2015, og er samlet 3,7 % over budsjett for 2016. Antall utskrevne pasienter psykisk helsevern/rus samlet er i 2016 1,7 % over budsjett og 4,6 % over fjoråret.

Innen somatikken er polikliniske konsultasjoner økt med hele 5,4 % fra 2015 og endte på 2,3 % over budsjett. Døgnopphold økte 2,2 % fra 2015, men rapporterte 2,2 % bak budsjett.

Dagbehandling gikk ned med 1,3 % fra fjorår og endte på 4,5 % bak budsjett. Det er spesielt klinikk for somatikk Arendal som har hatt størst utfordring med å oppnå budsjettert aktivitetsnivå og alle omsorgsnivå har vesentlige negative budsjettavvik. Klinikken oppnådde likevel en økt aktivitet sammenlignet med 2015 for pasientgruppene innlagte heldøgns pasienter og polikliniske konsultasjoner. Antall dagbehandlinger var lavere enn i 2015.

Ved alle de tre somatiske klinikkene i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord er det for 2017 budsjettert med en høyere aktivitet enn estimat 2016. Det er noe ulikt mellom sykehusene, hva gjelder type pasient, hvor den forventede økte aktiviteten vil finne sted. I Kristiansand og Flekkefjord planlegges det med økt aktivitet særlig innen dagbehandling og poliklinikk mens økningen i aktivitet på innlagte pasienter er relativt liten. I Arendal er bildet motsatt da det budsjetteres med størst prosentvis økning på innlagte og mindre relativt prosentvis endring på dagbehandling og poliklinikk.

Flere avdelinger har som effektiviseringstiltak foreslått vekst i poliklinisk aktivitet utover 2016-nivå. Blant annet har Klinikk for somatikk i Kristiansand lansert et større effektiviseringstiltak for de kirurgiske fagene. Klinikk for somatikk i Arendal har utarbeidet ukebudsjett på aktivitet i samarbeid med avdelingen og vil følge dette tett opp gjennom 2017. Flekkefjord har inngått avtale med Stavanger Universitetssykehus knyttet til kirurgiske og gynekologiske pasienter som har ført til økt aktivitetsbudsjett i 2017.

Klinikk for psykisk helse vil aktivt søke å øke produktiviteten i den polikliniske behandlingen med økt antall konsultasjoner pr. behandler.

Aktivitetsmessig er det i sum lagt opp til en vekst i psykiatri og TSB på 6,4 % fra budsjett 2016 til budsjett 2017, omtrent det dobbelte av somatikken. Målt mot estimat 2016 tilsier budsjettet +2, 7 % for psykiatri og TSB, og +1,6 % for somatikken.

Ventetider KPH er godt under kravene og langt lavere enn i somatikken, som derimot har ventelisteutfordringer og jobber med produktivetsforbedringer som bør gi høy vekst i somatikk også i 2017 innen en rekke fag.

5. ANDRE RAPPORTERINGER

5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

Status for beredskapsplaner

SSHF har etablert beredskapsplaner for å varsle om hendelser som kan oppstå. Varslingen er i stor grad automatisert, men det er back-up-planer dersom teknikken ikke fungerer. Forebygging og oppdaging av hendelser er et punkt som inngår i den regelmessige driften – når det kommer til tekniske og interne hendelser. Ved eksterne hendelser skal dette oppdages og identifiseres som beredskapshendelser av AMK/akuttmottakene i foretaket. Systemer for dette er etablert og kjent. Koordinert ressursdisponering ved kriser er beskrevet i planverk, men SSHF planlegger å beskrive dette enda bedre i 2017.

SSHF er representert i LRS, LRS-øvingsutvalg, fylkesmannens beredskapsutvalg og andre beredskapsfora. SSHF har i 2016 tatt initiativ til et møte mellom helse, politi, brann og sivilforsvar samt og de store industribedriftene i sykehusområdet som er underlagt storulykkesforskriftens § 9.

Øvingsaktiviteter

- Internt øves det månedlig på beredskapsvarsling og etablering av beredskap. Alle de tre hovedlokasjonene (Arendal, Kristiansand og Flekkefjord) gjennomfører øvelser hver for seg og rapporterer dette til beredskapsrådgiver. Hvert kvartal øves stedlige og overordnede beredskapsledere (staber), de møter opp etter varsling og gjennomfører enkle øvelser.
- Eksternt deltar SSHF i en årlig storøvelse arrangert av LRS. Prehospitale tjenester deltar på større og mindre øvelser med samarbeidspartnere i sine nærområder. Det er etablert lokale øvingsutvalg der ambulansetjenesten deltar.

- Tekniske avdelinger gjennomfører systematisk og regelmessig strømstans-øvelser. Dette er en del av det systematiske vedlikeholdsarbeidet, men inkluderer dialog med energileverandør og start og drift av nødstrømsanlegg. IKT driver ingen øvingsaktivitet lokalt.
- SSHF driver ikke med annen observatørvirksomhet enn at vi evaluerer og veileder i og på de øvelser som vi deltar i.

Oppfølging av sikkerhetsloven

Sikkerhetsorganisasjonen er etablert. SSHF venter på sikkerhetsklareringen.

Oppfølging av Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)

SSHF ved ambulansetjenesten (PTSS) har i 2016 øvd på PLIVO. Alt personell har deltatt i og på øvelser/kurs i PLIVO. Prosedyrene er implementert. Det er planlagt at PTSS skal delta i mindre øvelser sammen med politi og brann. Politiet har mottatt en instruks fra POD over hva deres mannskaper skal øve, og de trenger støtte fra helsevesenet for å gjennomføre. Ambulansetjenesten har ikke mottatt noe krav fra HOD på hva eller hvor mye det skal øves på PLIVO i 2017.

Reserveløsning for AMK-sentral

SSHF har inngått avtale med Telemark/Vestfold AMK. Avtalen går ut på at Telemark/Vestfold AMK ivaretar og håndterer nødmeldingene, inntil AMK Sørlandet er evakuert. Her får vi tildelt 3 operatørplasser som kan bemannes opp når personellet er overflyttet.

Oppfølging av rapport om nasjonal legemiddelberedskap

SSHF har ikke et felles system for legemiddelberedskap for hele helseforetaket. Det er i lengre tid vært forespeilt en regional mal for hvordan legemiddelberedskapen skal organiseres. Pr. i dag har hver avdeling en beredskap basert på historisk forbruk og sannsynlighet for fremtidig behov.

Ansvaret for legemiddelberedskap ligger hos SSHFs legemiddelkomite der fagdirektør er leder. I tillegg har KPH har egen legemiddelkomite som møtes jevnlig. Leder av denne legemiddelkomiteen er KPHs representant i SSHFs legemiddelkomite.

Risikoanalyser og sikring av god beredskap for kritisk infrastruktur

Det er gjort risikoanalyse for strømutfall i Kristiansand. Dette ble gjort i forbindelse med et planlagt arbeid. ROS-analyser er gjennomført tidligere, men ikke i 2016. IKT har hatt systemtilsyn av PWC som har vært til stede og gjort et tredjepartstilsyn i 2016.

Oppfølging av rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst

SSHF har i 2016 gjennomført sikringsrisikoanalyser for seks alvorlige scenarier som kan ramme mennesker i sykehuset. Analysene har vært presentert i Overordnet kvalitetsutvalg og ledergruppen. Identifisert risiko og handlingsplan skal behandles i ledergruppen i 2017.

HMS-systemet i SSHF har blitt vurdert opp mot rammeverket til HSØ. Vurderingen er at rammeverket i stor grad er ivarettatt i eksisterende HMS-system i SSHF. Tiltak for å ivareta rammeverket fullt er blitt lagt frem for Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) og skal arbeides videre med i 2017. Grunnkurs HMS er vedtatt lagt om i 2017.

5.2. Oppfølging av andre oppdrag

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Fagavdelingen har startet arbeid med en systematisk gjennomgang av eksisterende nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er planlagt at de ulike fagområder sammen med fagavdelingen går gjennom eksisterende registre og vurderer om de er obligatoriske, i hvilken grad de følges opp og i hvilken grad de oppfattes som klinisk relevante. Et mål er utveksling av erfaring med praktiske rutiner for registrering, slik at gode fungerende rutiner i en avdeling kan tas opp av andre. Et eksempel er de praktiske erfaringer som er gjort i nevrologisk avdeling med Norsk Hjerneslagregister.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

6.1. Faglig og demografisk utvikling

Arbeidet med utviklingsplanen krever analyser over forventet utvikling på flere områder. Det foreligger en del analyser fra arbeidet med første versjon av Utviklingsplan 2030. Disse blir oppdatert og supplert i utviklingsplanen som skal behandles av styret høsten 2017. I det følgende gjengis følgende tema fra arbeidet med Utviklingsplanen:

- Demografi og sykdomsutvikling
- Endringsfaktorer
- Kapasitetsberegning

Demografi og sykdomsutvikling

a) Befolkningsutvikling

Statistisk sentralbyrå anslår at folketallet i Norge frem til 2030 øker til 5,9 millioner. Det forventes en befolkningsøkning i SSHF opptaksområde på 7,3 % fra 2015 til 2020, gitt SSBs demografiske framskrivning med middels vekst. Tabellene nedenfor er oppdatert med tall fra 2016.

Befolkningsøkningen på Sørlandet er høyere enn gjennomsnittet for landet. Den eldre del av befolkningen øker relativt sett mer enn den yngre og denne utviklingen forsterkes etter 2030. 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 faktoren 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.

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 språkbarriere.

Kommune	2016	2030	endring	%-endring
Risør	6 920	7 616	696	10,1 %
Grimstad	22 550	27 472	4 922	21,8 %
Arendal	44 313	49 911	5 598	12,6 %
Gjerstad	2 473	2 629	156	6,3 %
Vegårshei	2 036	2 304	268	13,2 %
Tvedestrand	6 014	6 284	270	4,5 %
Froland	5 618	6 677	1 059	18,9 %
Lillesand	10 577	12 880	2 303	21,8 %
Birkenes	5 147	6 622	1 475	28,7 %
Åmli	1 847	2 011	164	8,9 %
Iveland	1 317	1 594	277	21,0 %
Evje og Hornnes	3 582	4 216	634	17,7 %
Bygland	1 204	1 243	39	3,2 %
Valle	1 242	1 277	35	2,8 %
Bykle	945	1 159	214	22,6 %
Kristiansand	88 447	103 849	15 402	17,4 %
Mandal	15 529	17 426	1 897	12,2 %
Farsund	9 705	10 358	653	6,7 %
Flekkefjord	9 096	9 540	444	4,9 %
Vennesla	14 308	17 581	3 273	22,9 %
Songdalen	6 419	7 731	1 312	20,4 %
Søgne	11 260	13 856	2 596	23,1 %
Marnardal	2 290	2 585	295	12,9 %
Åseral	942	1 051	109	11,6 %
Audnedal	1 750	2 053	303	17,3 %
Lindesnes	4 943	5 557	614	12,4 %
Lyngdal	8 497	10 313	1 816	21,4 %
Hægebostad	1 702	1 903	201	11,8 %
Kvinesdal	5 981	6 621	640	10,7 %
Sirdal	1 832	2 009	177	9,7 %
Sokndal	3 313	3 432	119	3,6 %
Lund	3 243	3 491	248	7,6 %
Total	305 042	353 251	48 209	15,8 %

Tabell: Framskrevet befolkningsvekst i SSHF opptaksområde

Aldersgruppe	antall innbyggere		Endring fra 2016-2030		Andel i aldersgruppen	
	2016	2030	antall	prosent	2016	2030
0-17 år	69 542	76 326	6 784	9,8 %	22,8 %	21,6 %
18-49 år	129 393	142 088	12 695	9,8 %	42,4 %	40,2 %
50-66 år	62 531	72 506	9 975	16,0 %	20,5 %	20,5 %
67-79 år	31 005	41 681	10 676	34,4 %	10,2 %	11,8 %
80-89 år	10 068	17 465	7 397	73,5 %	3,3 %	4,9 %
90 år og eldre	2 503	3 185	682	27,2 %	0,8 %	0,9 %
Totalsum	305 042	353 251	48 209	15,8 %	100,0 %	100,0 %

Tabell: Framskrevet befolkningsvekst med aldersfordeling

b) Sykdomsutvikling

Levekårene i Agder har betydning for helsetilstanden på lang sikt. De fleste kommuner i Agder kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet. Blant annet gjelder dette andel uføre, psykisk helse, utdanningsnivå og yrkesdeltakelse blant kvinner. Det er spesielt viktig å påpeke utfordringer knyttet til psykisk helse og sosial ulikhet i helse.

Det vil bli en økning av antall eldre og geriatriske pasienter. Alle fagområdene som behandler de store folkesykdommene vil bli berørt, men noen mer enn andre (indremedisin, kreftbehandling, ortopedi, øyesykdommer og akuttmedisin).

Effektiv medisinsk behandling er i dag en viktig årsak 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.

Kreftforekomst øker, også som følge økt levealder. Medisinske framskritt kombinert med økt satsning innenfor kreftbehandling har gitt økt levetid med god livskvalitet ved mange kreftformer. Flere trenger også 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, depresjoner mv. Integrert med medisinsk behandling vil god pasientinformasjon og opplæring være sentralt for at disse pasientene skal kunne håndtere det å leve godt med sykdom og/eller for å kunne gjøre valg som fremmer deres helse.

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

Selvordstallene i Norge er urovekkende høye og har endret seg lite de siste år. Klinikk for psykisk helse vil fortsette satsingen på kompetansehevende tiltak når det gjelder selvmordsrisikovurdering og forebygging av overdosedødsfall.

Endringsfaktorer**a) Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler og nye screeningprogram mm**

Nytt utstyr og nye medisinske metoder utvikles løpende. Behandlingsforløpene i somatikk vil bli kortere og mer behandlingsintensive. Avansert behandling trenger å samles av hensyn til behov for større pasienttall, tverrfaglige team og økonomi.

Det vil bli et økende behov for å samle høy kompetanse i sykehusene mens mengden pasienter som kommer til sykehusene blir relativt sett mindre. Spesialistene vil møte pasienter og kolleger over nettet eller ved ambulerende, tverrfaglige team.

Også i forbindelse med den kliniske virksomheten i sykehuset vil det være behov for å endre organiseringen av arbeidsplassene. Fokus på stor gjennomstrømning i akuttmottaket øker kravet til kompetanse i front ved at den erfarne legen er til stede. En økende andel pasienter med sammensatt sykdomsbilde forsterker behovet for tverrfaglige møteplasser for personale nær pasienten.

b) Samhandlingsreformen har tydeliggjort rolleforståelse

Samhandlingsreformen og utvikling av ny teknologi endrer avhengighetene mellom pasienten, tilgang til kompetanse og lokalisering av de ressursene som er nødvendige for behandlingen. Hvor behandling kan skje er avhengig av krav til kompetanse og utstyr. Hvis avhengighet til utstyret oppheves eller utstyret flyttes til pasienten, kan behandlingen skje i hjemmet eller i

andre institusjoner nært hjemmet. Tilgang til kompetanse kan i økende grad oppnås over nett, økt kompetanse og supervisjon i kommunene eller at noen kommer hjem til pasienten.

c) Endring i oppgavefordeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlig og private sykehus/avtalespesialister og mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste)

Det vises til Nasjonal helse- og sykehusplan og føringer i foretaksmøte i HSØ RHF 08.06.2016.

Oppgavefordeling mellom sykehus

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan skal det bli bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus. Det skal fortsatt være desentraliserte og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akutt sykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp. Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester, vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akutt sykehus. Dette betyr at over tid vil færre sykehus enn i dag ha akuttkirurgi. anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi er på 60-80 000 innbyggere, men faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforbehold skal også tillegges stor vekt.

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud fra 2011*, ligger fast. Ved endringer i tjenestetilbudet skal det sikres at fødeavdelingenes behov for faglig støttefunksjoner er dekket.

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse. Sykehusene skal jobbe mer i nettverk og team enn tidligere, slik at det blir en hensiktsmessig oppgavedeling som er til det beste for pasienten. Det skal være samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Store sykehus skal dele spesialistkompetanse med mindre sykehus og distriktmedisinske sentre.

Oppgavefordeling mellom helseforetak

SSHF tilbyr de fleste tjenestene innenfor eget foretak med unntak av noen få (nevrokirurgi, hjertekirurgi og behandling av noen kreftformer). Dette vil kunne endre seg ved at flere pasienter overføres til sykehus for høyspesialisert behandlingen i takt med medisinsk utvikling. De fleste av disse pasientene vil bli tilbakeført til SSHF for sluttbehandling.

Oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner

Hvilke tiltak som er realisert i 2030 og hvilke effekter de vil ha for spesialisthelsetjenesten er usikkert. Det forutsettes at i dette tidsperspektivet er etablert gode samhandlingsarenaer og samarbeid i oppgavefordeling som har effekt både for pasienter, sykehus og kommuner.

Fastlegen er sentral samhandlingsaktør, men er i dag ikke part i samarbeidsavtalene. Samhandlingen om pasienter skjer der alle aktører er involvert i omforente prosedyrer og behandlinglinjer rundt pasienten. Dette må etableres for å løfte kvaliteten og pasientsikkerheten. Det er derfor viktig å videreutvikle ulike former for samarbeid med primærhelsetjenesten.

Geografiske utfordringer krever et særskilt fokus på et likeverdig tilbud til befolkningen selv om tjenestene får ulik utforming. Det er behov for å se hvordan spesialistkompetanse i SSHF kan

gjøres tilgjengelig ved å tilby mer av behandlings- og oppfølgingstilbudene ute i kommunene i form av ambulante og desentraliserte tjenester.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. En forutsetning for at slike avtaler fungerer er enighet om faglige rutiner i pasientbehandling og beredskapsarbeid.

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan skal desentraliserte spesialisthelsetjeneste, gjerne samlokalisert med kommunal helse- og omsorgstjenester, videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

Omstilling og endret samhandling mellom DPS og kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen og de nye lovene er tydelige på at psykiske lidelser og rusavhengighet er likestilt med somatiske lidelser. Det betyr også at den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp og kravet til avtaler mellom kommuner og helseforetak kan bli gjeldende også for området psykisk helsevern. Tilskuddsordningen for oppbygging av kommunal akutt døgnenhet (KØH) gjelder nå både somatisk og psykisk helse. Denne organisering av ø-hjelp setter krav til kvalitet i tjenesten for å sikre tillit hos fastlegen som henviser pasienten. Etter tre års erfaringer med somatiske pasienter har dette ikke imøtekommet forventningen.

Det er et mål nasjonalt og for SSHF å redusere behovet for døgninnleggelse gjennom å tilby alternativer. Arbeidsgruppen «Pasientforløp psykisk helsevern og rus» foreslår at døgntilbudet i DPS på sikt bør trappes ned og planmessig utvikles, og den spesialiserte døgnbehandlingen samles i PSA. Dette vil gjøre det mulig å styrke og øke ressurstilgangen til den polikliniske og ambulante kompetansen ytterligere i DPS.

Konseptrapport for etablering av et nytt bygg for døgnplasser til PSA og ABUP, Nybygg psykisk helse SSK, omtaler dette mer inngående.

Erfaringer med såkalt ACT (aktivt oppsøkende rehabiliteringsteam) i et strukturert opplegg som har vist seg svært lovende. Her må forpliktende samhandling skje der spesialisthelsetjenesten står ansvarlig for behandlingstiltakene i tett dialog med kommunen om bo- og omsorgstiltak. Det har vært svært gode erfaringer med dette i Agder allerede. Det er ønskelig at ordningen bygges videre ut med de erfaringene som er opparbeidet.

d) Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, etc.)

I følge Samdata utføres i underkant av 60 % av den elektive kirurgien ved SSHF som dagkirurgi. Bruk av preoperative poliklinikker samordner tiden som brukes til utredning (kirurgi, indremedisin og anestesi) og andelen dagkirurgi vil kunne øke ytterligere.

Det er størst potensial for endring fra døgn- til dagopphold innenfor de kirurgiske pasientforløpene som gjelder muskel-skjelett (ortopedi; protese, leddoperasjoner), operasjoner i urinveier og innenfor gynekologi.

Som for medisinsk behandling ønskes det en dreining fra døgnbasert virksomhet til dagbehandling og poliklinisk tilbud også innen psykisk helsevern og rus. Innen psykisk helse er pasientnær og utadrettet behandling uten innleggelse et kvalitetstegn for det totale tilbudet til pasientgruppen. I følge Nasjonal helse- og sykehusplan og føringer fra HSØ skal tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling prioriteres, og utviklingen av døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved DPS-ene skal videreutvikles. Oppgaveglidningen mellom små og store DPS-er og barne- og ungdomssentre må vurderes å bedres. Pasientgruppen med alderspsykiatriske tilstander er aktuell for mer poliklinisk behandling.

Spesialistkompetansen i SSHF kan gjøres mer tilgjengelig i form av ambulante og desentraliserte tjenester.

Behovet for intensiv og tung overvåking for mange pasientkategorier vil øke.

Det kan og tenkes at pasienthotell benyttes i større grad for pasienter knyttet til føde/barsel og pasienter med kreft som har størst antall liggedager. Det bør imidlertid etableres fleksible modeller hvor det er plass for pårørende. Pasienter som har behov for litt hjelp kan bruke pasienthotellet hvis pårørende kan oppholde seg sammen med dem. Pasienthotell øker mulighetene for økt bruk av dagbehandling, spesielt for pasienter med lang reiseavstand.

e) Generell effektivisering, reduksjon i interne ventetider

Det vil bli mer fokus på intern effektivisering av arbeidsprosesser og pasientforløp. Arbeidet med å optimalisere pasientforløp/behandlingslinjer vil fortsette for å oppnå reduksjon i ventetider i løpet av oppholdstiden. Det vil omfatte input (akuttmottak og prehospitaltjenester med tidlig diagnostikk og behandling, herunder diagnostikk i ambulanser), throughput (fast track for enkelte kirurgiske forløp, god kommunikasjon, fokus på kvalitet og rask tilgang på diagnostikk og beslutningskompetanse) og output (rask tilgang til diagnostikk og beslutningskompetanse, nye arbeidsprosesser/utskrivingsprosedyrer ol.).

Det er krav om pakkeforløp for flere grupper. Pasienter med hjerneslag, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal også få pakkeforløp.

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan skal ledig kapasitet utnyttes enda bedre. Oppgavedelingen mellom helsepersonell kan bidra til å fjerne flaskehals og skape bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

f) Befolkningens etterspørsel og atferd

Pasientens rolle er 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. Pasienter trekkes tettere med i beslutninger (samvalg) og forventer innsyn i hvordan tjenesten leveres. Det vil i større grad bli reell brukermedvirkning. I følge nasjonal helse- og sykehusplan skal pasienten delta aktivt i beslutning om egen behandling og utvikling av helsetjenesten. I tillegg skal erfaringskonsulenter benyttes mer i helsetjenesten.

Pasientens medbestemmelse skal styrkes gjennom fritt behandlingsvalg. Det antas at økningen i aktivitet som skyldes forventninger hos publikum i første rekke treffer polikliniske konsultasjoner, dagopphold, radiologi og laboratorier. Pasienter vil i økende grad opptre som «kunder» og velge det sykehus som best tilfredsstillende deres forventninger.

Det er derfor stor usikkerhet mht. prognoser for den økonomiske utviklingen og fordeling av kostnader innenfor helsetjenesten. Med signaler fra myndighetene om en økt satsing på kommunale helsetjenester vil man kunne se endringer i fordeling av økonomiske rammer. Samtidig vil det være et etterspørselspress på spesialisthelsetjenesten for å tilby tidlig og avansert diagnostikk og behandling som kan være vanskelig å styre politisk.

g) Organisasjon og nye arbeidsformer - kompetanse som endringsdriver

Med krav og forventning til en spisset spesialisthelsetjeneste og etablering og opprettholdelse av robuste fagmiljø vil det frem mot 2030 være behov for å sentralisere spesialiserte tjenester. Krav til robuste fagmiljø som blant annet gir et godt grunnlag for rekruttering og faglig utvikling er et viktig kriterium for vurdering av alternative løsningsmodeller. Dette kravet, i tillegg til behov for spesialistkompetanse 24/7, trekker i retning av at fagområdene samles ett sted for å få tilstrekkelig pasientvolum til å utvikle og opprettholde kompetanse og effektiv ressursbruk/god driftsøkonomi.

Det er utarbeidet ny modell for utdanning av legespesialister, i tillegg til en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene i sykehus. Det skal også vurderes nytt videreutdanningstilbud i

avansert klinisk sykepleie i sykehus. Dette sikrer bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestenes behov. Den nye nasjonale bemanningsmodellen for planlegging av behovet for helsepersonell regionalt og lokalt gjør det enklere å forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste. E-læring og simulatoretrening skal brukes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter.

Ved å sertifisere sykehusene skal det skapes bedre kvalitet og trygge tjenester i følge nasjonal helse- og sykehusplan.

Nasjonale helse- og sykehusplan legger opp til en styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset. Prehospitaltjenester må ha nødvendig kapasitet og kompetanse, og med det en nødvendig styrking av ambulansetjenesten.

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan skal det gjennomføres ordning hvor alvorlige syke pasienter får kontaktlege.

h) Teknologisk utvikling

Teknologi er en sterk endringsdriver for utvikling av helsetjenester. Helsedirektoratet har vurdert effekter av teknologisk utvikling for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov i forbindelse med utvikling av en ny framskrivningsmodell for aktivitet i sykehus. Konklusjonen er at det er så stor usikkerhet knyttet til mulige gjennombrudd innenfor medisinsk teknologi og konsekvensene av teknologiske endringer, at dette ikke kan legges til grunn for prognoser for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

Det synes likevel å være noen globale teknologiske trender som vil få store konsekvenser for hvordan folk i fremtiden vil forholde seg til egen helse og til helsevesenet, og derved hvordan helsevesenet må innrette seg. Utviklingen av sensorteknologi, «Big Data» og «Internet of Things» gjør det mulig for pasienter i stor grad å overvåke sin egen helse og kommunisere direkte med internasjonale helsedatabaser, kompetansesentre og tilbydere av helsetjenester. Det går i retning av et mer virtuelt helsevesen; helsevesenet kommer i større grad hjem til folk. Det vil fortsatt være behov for sykehus i overskuelig fremtid, men nye organisasjons- og driftsmodeller må utvikles.

Den generelle utviklingen innenfor IKT antas å gi en effektiviseringsgevinst knyttet til gjennomføringen av pasientforløpene som det bør tas hensyn til. Dette gjelder både intern effektivisering og elektronisk samhandling mellom sykehusene og eksterne parter.

I SSHFs egen vurdering av fremtidens sykehusteknologi, pekes spesielt på følgende forhold som vil få stor betydning for pasientbehandlingen i sykehusene i nær fremtid:

- Felles tilgang til medisinske data
- Fjernmonitorering av pasienter i eget hjem
- Økt hjemmebehandling av pasienter (spesialisthelsetjenesten)
- Samhandlingsreformens intensjon
- Klinisk beslutningsstøtte
- Mini-invasive teknikker

Det er behov for å utvikle gode løsninger innen telemedisin og velferdsteknologi, samt effektive systemer for kunnskaps- og kompetansedeling. I følge nasjonal helse- og sykehusplan skal det utvikles flere gode verktøy for samvalg mellom pasienter og helsepersonell. Helsenorge.no skal utvikles med mer informasjon og bedre digitale kommunikasjonsløsninger for pasientene. Moderne IKT-løsninger skal brukes mer i alle deler av helsetjenesten. Dette forventes å utfordre sykehusets organisatoriske og ressursmessige prioriteringer.

Ved en overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjeneste til kommuner, og ved desentrale tjenestetilbud, forutsettes det at gode IKT-system er tatt i bruk slik at pasientdata kan hentes

frem uavhengig av hvor tjenesten ytes. Dette gjelder både pasientens kjernejournal og data fra radiologi og laboratorietjenester. Det er et stort behov for å utvikle nye nasjonale løsninger på dette området, hvor SSHF og kommunene på Sørlandet kan være pådrivere.

Kapasitetsberegning

Disse beregningene er fra 2013 og blir oppdatert i løpet av våren 2017.

a) Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i 2030 somatikk

Analyse og beregning av konsekvenser av endringsfaktorer er gjennomført i arbeidsgruppene for pasientforløpsanalysene i 2013. Det er betydelig usikkerhet i prognosene for fremtidig kapasitetsbehov og virksomhet, men beregningene gir klare signaler om utviklingsretningen og er foreløpig ikke beregnet på nytt til oppdateringen av utviklingsplanen.

Den demografiske framskrivingen i SSHF gir en økning i aktivitet i alle funksjonsområder og sterkest for antall liggedager. Gjennom faglige drøftinger og avklaringer i arbeidsgruppene for pasientforløpsanalysene er det kommet fram til at endringsfaktorene som er vurdert samlet gir redusert vekst for liggedager og polikliniske konsultasjoner, mens det for dagbehandling skjer en økning ut over den demografiske effekten.

Samlet vurdering av demografi og omstilling tilsier et økt kapasitetsbehov i 2030 i forhold til 2011 i somatikken på ca. 30 %. Aktivitetsøkningen ventes å bli forskjellig på ulike funksjonsområder:

Liggedager totalt:	+ 26 %
Dagbehandling:	+ 68 %
Polikliniske undersøkelser:	+ 23 %
Intensiv og tung overvåking:	+124 %
Operasjoner:	+ 28 %
Bildedagnostikk, anslag:	+ 23-40 %

Behovet for kapasitetsøkning i 2030 varierer betydelig mellom dagens tre sykehus. Det anslås et behov for ca. 100 flere døgnplasser i Kristiansand, og nesten halvparten av disse for intensivbehandling og tung overvåking. Intensiv- og overvåkningskapasiteten må utvides lenge før 2030. SSA ser ut til å kunne ha noe overkapasitet.

På grunn av den forventede, sterke økningen i dagbehandling er det også en underkapasitet på dagplasser. Det er en beregnet overkapasitet på poliklinikkrom i 2030.

Operasjonsvirksomheten er fremskrevet demografisk og det er kun tatt hensyn til en begrenset sentralisering av aktiviteten ut av helseforetaket. Resultater er kapasitetsbalanse for denne virksomheten.

Det understrekes at det her er snakk om teoretisk bygningsmessig kapasitet.

Produksjonskapasiteten påvirkes av arealenes utforming og beliggenhet og organisatoriske forhold. Aktivitetsvekst vil sannsynligvis kreve økt bemanning og mer utstyr.

b) Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030, psykiatri og avhengighetsbehandling

Det er ikke forutsatt økning i antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten som følge av endringer i psykiatrisk epidemiologi utover befolkningsøkningen. Kapasitetsbehov i 2030 blir omregnet ca. 100 døgnplasser gitt et gjennomsnittlig belegg på 85 %.

Innen psykisk helse foreslås det derimot en betydelig omlegging av ressursbruken fra døgndrift til poliklinikk, dagbehandling og ambulant virksomhet. SSHF vil redusere behovet for døgninnleggelse for psykisk helse gjennom å styrke andre behandlingstilbud. Døgnplasser i DPS-ene foreslås avvirket over tid, men ressursene skal beholdes innen fagområdet og vil frigjøre betydelige ressurser til økt behandlingsskapasitet. Omleggingen er faglig begrunnet og ikke påkrevd for å gjennomføre andre endringer eller utvidelser i SSHFs virksomhet. Hensikten er å gi

pasientene et mest mulig virkningsfullt tilbud, og omleggingen må forberedes grundig i samarbeid med kommunene.

Hvis døgntilbudet avvikles helt i DPS, men styrkes noe i sykehusavdelingene, beregnes kapasitetsbehovet i 2030 slik innen psykiatri og avhengighetsbehandling:

Oppholdsdøgn totalt:	- 39 %
for psykiatrisk sykehusavdeling (voksne):	- 21 %
for barne- og ungdomspsykiatri:	+ 63 %
for rusbehandling:	+ 8 %
Polikliniske undersøkelser totalt:	+ 65 %

Nytt bygg for psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand er under planlegging og det er trolig ikke behov for vesentlige utbygginger innen psykisk helse utover det.

Denne utviklingsplanen er primært en skisse for hvilken retning en ønsker for utviklingen tjenestetilbudene og tallmaterialet må leses med det for øye.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

For 2016 har SSHF et foreløpig resultat på 88,3 mill. kr. I 2015 ble resultatet 109,9 mill. kr og i 2014 ble resultatet 101 mill. kr før pensjonskorreksjoner.

De siste årene har SSHF 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 120 mill. kr årlig.

I budsjettet for 2017 er resultatnivået lagt på 80 mill. kr grunnet store omstillingsutfordringer i somatikken. Selv om situasjonen på investeringssiden er, etter en årrekke med underinvesteringer spesielt i Kristiansand, nærmest prekær både for MTU-utskiftninger og bygningsvedlikehold, er det vurdert at utfordringene i somatikken er så store at et resultat på 80 mill. kr er det som er realistisk å oppnå.

2017 og 2018 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. Fra tidligere å ha vært blant de beste i landet har driften i somatikk nå betydelige produktivitetsutfordringer fremover.

Kostnad pr. DRG har utviklet seg negativt over flere år. SSHF har utviklet seg negativt fra 2010 til 2015, hvor nivået har gått fra 0,85 til 0,95 sett mot landsnittet i denne perioden. Dette skyldes primært liten aktivitetsvekst målt i DRG og høy vekst i samme periode innen somatikk.

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. Dette vil gi seg utslag i nytt ARA-bygg på Kongsgård i 2018 og nytt bygg for døgntilbud innen psykisk helse (PSA og ABUP) i 2020.

SSHF har et vesentlig investeringsetterslep på vel 2,5 mrd. kr, hvorav over 300 mill. kr på MTU, og nær 2,1 mrd. på bygningssiden. Store prosjekter må gjennomføres de neste 10 årene 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.

Dagens driftsmodell viser seg ikke økonomisk bærekraftig og gir også økende utfordringer når det gjelder behandlingsskapitet, faglig kvalitet og rekruttering av spesialister. Styrevedtaket 05.02.2015 vedrørende Utviklingsplan 2030, som konkluderte med drift ved tre sykehus fremover, var utredet som ikke bærekraftig i et 2030 perspektiv, og viser seg allerede i 2016 som svært utfordrende.

6.3. Personell- og kompetansebehov

SSHF har i arbeidet med Utviklingsplan 2030 vurdert og gjort analyser for fremtidig kompetansebehov.

Analysene i RHF-et indikerer et langsiktig behov for styrking av kompetansebeholdningen i foretakene, og at det er økt behov for sykepleiere med grunnutdanning, bioingeniører, spesialsykepleiere, legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, endokrinkirurgi, lunge- og gastroenterologi.

Det kan også bli en økt etterspørsel etter legespesialister som følge av ny modell for utdanning av legespesialister.

SSHF vil bruke disse analysene til å vurdere kompetansebeholdningen på nytt. Tre medarbeidere i SSHF har vært på opplæring i nasjonal bemanningsmodell (NBM) i desember 2016. Det planlegges å ta i bruk modellen i arbeidet med Utviklingsplanarbeidet våren 2017.

SSHF hadde i snitt 5 612 brutto årsverk i 2016. Ved utgangen av 2016 var det 7 278 ansatte. Helsepersonell utgjør ca. 85 % av arbeidsstyrken ved SSHF. Alle avdelinger har kompetanseplaner som er kategorisert i målkompetanse og ønsket kompetanse.

Rekrutteringssituasjonen for SSHF er generelt god, men det er utfordringer knyttet til

- Spesialister innenfor psykiatri og avhengighetsbehandling, urologi, gastro- og karkirurgi, øye samt rekruttering av legespesialister generelt til Flekkefjord. Implementering av nye undersøkelsesmetoder og ny teknologi ventes å øke behovet for radiologer i årene som kommer.
- Jordmødre, stråleterapeuter og spesialsykepleiere. SSHF har 32 medarbeidere som får lønn under utdanning i perioden 2016-2018.

SSHF har ulike vakt- og beredskapsordninger for leger, alt fra 12-delt til 3-delt vakt. Begrenset tilgang på spesialister innen enkelte fagfelt gjør det vanskelig å opprette robuste, bærekraftige vaktordninger som ivaretar behov for beredskap, krav til utdanningsinstitusjoner for LIS og ivaretagelse av vernebestemmelsene, samt ferieavvikling. Utfordringsbildet er knyttet til å fordele kompetansen på ulike lokalisasjoner, og opprettholde egne vaktordninger innen samme fagfelt på flere steder. Det er utfordrende å rekruttere spesialister til fagområder som har 3- og 4-delte vaktordninger.

Det blir viktig å sørge for at de fleste spesialister som har førstelinjekontakt med pasienten har tilstrekkelig breddekompetanse til å vurdere og behandle pasienten riktig, og eventuelt videresende pasienten til rett spesialist. Det er besluttet å innføre ny spesialitet i mottaks- og indremedisin som tilpasses behovene i akuttmottakene. Tilsyn i akuttmottakene i 2016 har vist behovet for bedre systemer i diagnostikk og behandling samt behov for høyere legekompentanse i front i alle akuttmottakene. Det betyr at spesialister eller erfarne LIS-leger (< 3 år) må være til stede i akuttmottakene i den mest belastede delen av døgnet kl. 10– 18. Dette kan skje ved omrokking av legeressurser, men vil sannsynligvis også kreve flere legestillinger.

Mottaksmedisiner/akuttmedisiner er ny spesialitet som kommer, og i en overgangsperiode kan dette være indremedisiner, anestesilege, allmennmedisin med tilleggskompetanse som kan settes inn i løpet av få år.

6.4. Status og utfordringer for investeringsområder

Utviklingsplan 2030 beskriver fremtidig virksomhet og kapasitetsbehov, og legger derved grunnlag for utvikling av bygningsmassen. Den bygningsmessige hovedstrukturen forutsettes å ligge fast. Det er behov for omfattende oppgradering og utvikling av bygningsmassen de nærmeste årene, både pga. vedlikeholdsetterslep og for å kunne utvikle virksomheten. Arealvektet tilstandsgrad i henhold til MultiMap er ved oppdateringen i 2016 beregnet til 1,5. Teknisk tilstand for SSHFs eiendomsportefølje ligger i det nedre sjikt i foretaksgruppen. Behovet for rene

vedlikeholdsinvesteringer er estimert til 2,1 mrd. kroner. Behovet for både oppgraderinger og arealutvidelser er størst i Kristiansand. Gjennomsnittsalderen for medisinsk teknisk utstyr er høy, men stabil.

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.

Konseptutredning for nytt psykiatribygg i Kristiansand ble fullført og godkjent i 2016. Prosjektet omfatter døgntilbudet i psykiatrisk sykehusavdeling for Vest-Agder samt en døgnenhet for barn og unge for både Aust-Agder og Vest-Agder. Prosjektet er finansiert, HSØ RHF har overtatt som byggherre og forprosjekt ventes å starte i første halvår 2017. Bygget er planlagt ferdigstilt til 2020.

En grundig gjennomgang av arealbruken for somatikk er gjort ved alle tre sykehus. Det er funnet mange muligheter for arealoptimalisering ved mindre ombygginger og rokkeringer, og derved bedre driftsforhold for kjernevirksomheten. Konkrete tiltak er gjennomført i 2015-2016, og flere er planlagt for 2017-2018.

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. SSHF har igangsatt forberedende analyser og vurderinger med sikte på oppstart av idéfase for et nytt akuttbygg i Kristiansand i 2018. Oppgradering av operasjons- og anestesivdelingen i Kristiansand er stanset etter at fem operasjonsstuer og områder for dagkirurgi er ferdigstilt. Eventuell videre oppgradering av de siste åtte operasjonsstuene må ses i sammenheng med oppgradering/utvidelse til intensivfunksjoner. For tiden har SSHF samlet sett tilstrekkelig kapasitet for kirurgisk virksomhet.

Flekkefjord, Lyngdal, Kvinesdal og Lund har inngått samarbeidsavtale med SSHF om døgnplasser for kommunal øyeblikkelig hjelp inne i sykehuset. I Arendal har det vært vurdert å etablere KØH-plasser sammen med en utvidet legevakt i sykehuset, men det mest aktuelle ser ut til å være et nytt kommunalt bygg «vegg-i-vegg» ved sykehuset. I Flekkefjord samarbeider SSHF og kommunen også om utvidelse av kommunal legevakt og en felles bygningsmessig løsning for alle nødetatene.

SSHF har valgt å være aktive i regionalt utredningsarbeid, bl.a. ved deltagelse i arbeidsgrupper innen IKT og eiendom. SSHF ble i 2014 sertifisert etter ISO 14001. Det arbeides målrettet med en rekke tiltak, bl.a. for klimavennlige løsninger til oppvarming og kjøling. Det meste av oppvarmingen i Arendal og Kristiansand skjer med fjernvarme.

7. PLANER FOR UTVIKLINGEN

7.1 Arbeidet med utviklingsplaner

SSHF har utarbeidet en foreløpig utviklingsplan som ble styrebehandlet 05.02.2015. Planen skal oppdateres i tråd med vedtatt Nasjonal helse- og sykehusplan. Senere er det også gitt føringer om å følge nasjonal veileder for arbeid med utviklingsplaner.

SSHF har også en godt gjennomarbeidet strategiplan for perioden 2015-2017 som skal oppdateres for en ny treårsperiode, 2018-2020.

Ifølge ekstern kvalitetssikring gjennomført av utviklingsplan i 2014/2015 og nasjonal veileder, må virksomhetsmålene beskrives og klarlegges for SSHF. I henhold til veileder for arbeid med utviklingsplaner skal målene og tiltakene ha en kort og en mellomlang tidshorison, f.eks. 4 og 10-15 år. Dette er tidsperspektivet på henholdsvis strategiplan og utviklingsplan. SSHF vil derfor gjennomføre en samordnet planprosess og ha et samlet plandokument som kombinerer strategiplanperspektivet og utviklingsplanperspektivet.

SSHF har tidligere beskrevet alternative strukturmodeller og kriterier for valg, pasientforløpsanalyser, tilgjengelighetsanalyser, økonomiske analyser, ROS- og konsekvensanalyser. SSHFs styret valgte å videreutvikle en struktur med 3 sykehus på Sørlandet. Det gjenstår å beskrive et tydeligere målbilde med tilhørende tiltak, fylle strukturmodellen med fremtidig innhold, dvs. beskrive organisering, oppgavedeling og samhandling. I tillegg må nåsituasjon, utviklingstrekk/endringsdrivere og framskrivning av kapasitetsbehov oppdateres.

Det skal gjennomføres 3 workshoper med sykehusansatte, brukere, kommuner og andre interessenter i løpet av våren 2017. Dette for å definere mål på mellomlang (2030) og kort sikt (2018-2020), med tilhørende tiltak. Planen skal ut på høring fra juni til september, før styrebehandling i SSHF i oktober 2017.

Utredning om fremtidige akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord og av den samlede kirurgiske virksomhet i SSHF er organisert som separate prosjekter. Resultatene av disse arbeidene skal inkluderes i oppdatert utviklingsplan som skal behandles av styret.

7.2 Strategiplan 2015-2017

Strategiplanen gir føring for prioriteringer og innsats i treårsperioden. I dette kapitlet gjengis de strategiske satsingsområdene i Strategiplan 2015-2017. For detaljer vises det til selve planen.

SSHF rullerer strategiplanen hvert tredje år, og 2017 er siste år av gjeldene strategiplanperiode.

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 som har seks innsatsområder for perioden:

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

7.3 Seks strategiske satsingsområder

Med bakgrunn i utfordringsbildet, SSHFs visjon og verdier, beskriver strategiplanen 2015-2017 sentrale tjenesteområder for planperioden.

SSHF's strategiplan 2015-2017 seks strategiske satsingsområder beskrives kort i det følgende.

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
 - å 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 f.eks. Global Trigger Tools (GTT)/ journalaudits.

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 (multidisiplinære 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.

7.4 Gjennomføring av strategiplanen

Strategiplanen danner grunnlaget for 27 handlingsplaner for planperioden 2015-2017.

For de seks strategiske satsningsområdene skal det utformes og legges fram for styret årlige handlingsplaner som samstemmes med driftsavtalene for lederne. Styret vedtar mål for

satsningsområdene som følges opp regelmessig i oppfølgingsmøtene med administrerende direktør og med styret.

Ti handlingsplaner er oppdatert og ferdigstilt på foretaksnivå. Disse omfatter alle satsningsområdene, og følges opp med klinikkvise planer. På grunn av høyt arbeidspress knyttet til omorganiseringen av SSHF i 2016, vil oppfølgingen først gjennomføres fullt ut i neste strategiperiode med nytt format der strategi- og utviklingsplan er integrert.

Arbeidsgruppe knyttet til akuttmedisinsk kjede, som er en av oppgavene som skal gjennomføres i strategiplanperioden, ferdigstilte sitt arbeid i juni 2016. Utredning av mulig Universitetssykehus på Agder starter august 2017.