

# **Sørlandet sykehus HF**

## **Årlig melding 2017**

til Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand, 21.02.2018

## Innhold

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1. Sørlandet sykehus HF's oppgaver og organisering	4
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	6
1.3. Mål for Sørlandet sykehus i 2017	7
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	7
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	11
<b>2. SAMMENDRAG</b>	<b>13</b>
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	13
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	14
<b>DEL II: RAPPORTERINGER</b>	<b>17</b>
<b>3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2017</b>	<b>17</b>
3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	17
3.2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	26
3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	32
3.4. Personell, utdanning og kompetanse	45
3.5. Forskning og innovasjon	47
3.6. Tildeling av midler og krav til aktivitet	49
3.7. Organisatoriske krav og rammer	52
<b>4. ANDRE RAPPORTERINGER</b>	<b>56</b>
4.1. Oppfølging av andre oppdrag	56
4.2. Andre forhold ved driften	57
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT</b>	<b>58</b>
<b>5. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER</b>	<b>58</b>
5.1. Faglig og demografisk utvikling	58
5.2. Forventet økonomisk utvikling	63
5.3. Personell- og kompetansebehov	64
5.4. Status og utfordringer for investeringsområder	66
<b>6. PLANER FOR UTVIKLINGEN</b>	<b>67</b>

**Forkortelser**

HSØ	Helse Sør-Øst (RHF)
SIK	Sykehusinnkjøp
SSHF	Sørlandet sykehus HF
SSK	Sørlandet sykehus Kristiansand
SSA	Sørlandet sykehus Arendal
SSF	Sørlandet sykehus Flekkefjord
MSK	Medisinsk serviceklinikk
KPH	Klinikk for psykisk helse
ARA	Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
ABUP	Avdeling for barn og unges psykiske helse
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
PSA	Psykiatrisk sykehusavdeling
EVD	Enhet for virksomhetsdat
VoP	Voksenpsykiatri
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk
AAT	Akuttambulanseteam
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
BHT	Berdriftshelsetjenesten SSHF
HAMU	Hovedarbeidsmiljøutvalg SSHF
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 HF's oppgaver og organisering

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

SSHF arbeider for å gi helhetlige og individuelt tilpassede behandlingstilbud av høy kvalitet innen somatikk og psykisk helsevern, herunder prehospitaltjenester, habilitering, rehabilitering og rus- og avhengighetsbehandling.

Ved utgangen av 2017 hadde SSHF 509 somatiske senger (510 i 2016), hvorav 50 (52) senger til pasienter i interne pasienthotell. I tillegg kommer 79 (81) tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser). Klinikk for psykisk helse hadde 271 (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 egendekningsgrad. Innbyggerne på Agder får dekket ca. 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 5 676 brutto årsverk i snitt i 2017 mot 5 614 i 2016.

Ved utgangen av 2017 var det 7 338 ansatte mot 7 272 i 2016.

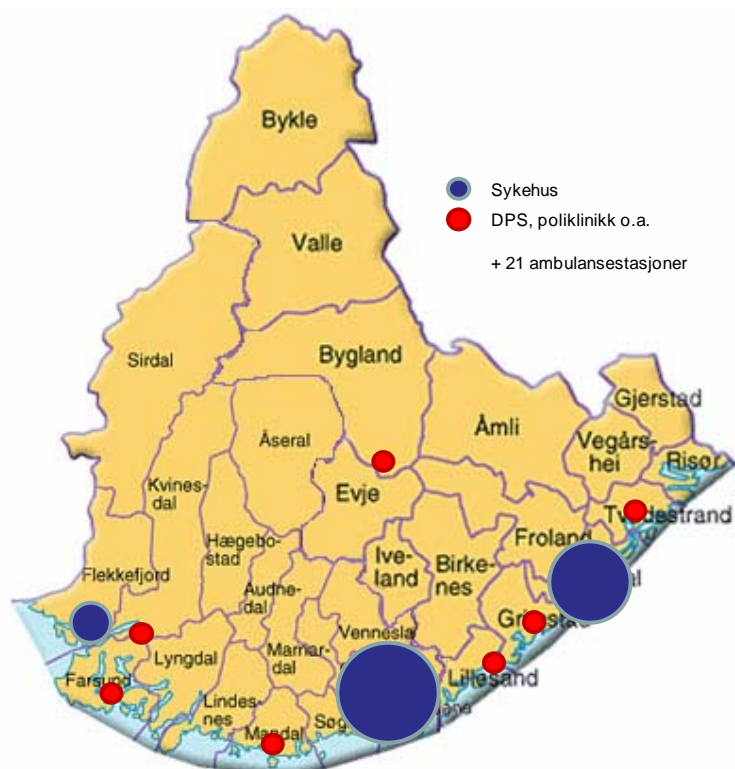
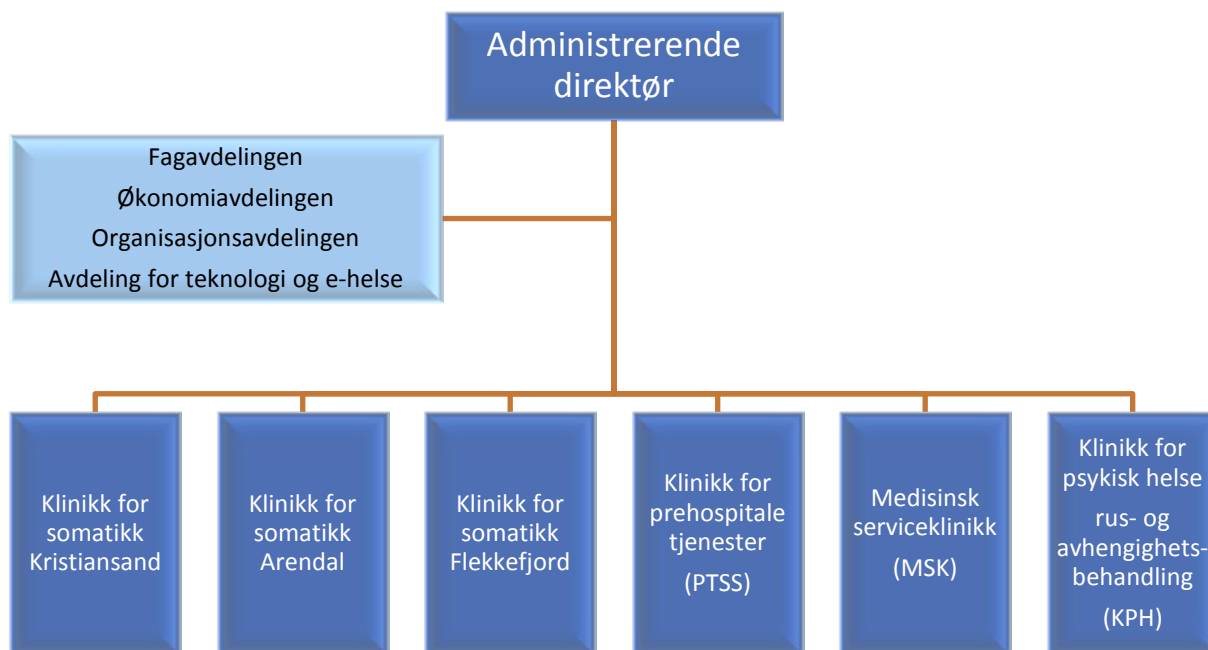
#### Organisering

SSHF hadde tverrgående klinikkstruktur i perioden 2003-2015. I 2016 ble det etablert stedlige klinikker for somatikk i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, samt en egen tverrgående klinikk for prehospitaltjenester. 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 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 flerområdeoppgaver 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.
- Odontologisk senter er et delregionalt kompetansesenter som leier lokaler på sykehuset i Arendal og har etablert et samarbeid med kjevekirurgisk fagmiljø i SSHF.

### Nasjonale funksjoner

- Nasjonal kompetansetjeneste med referansefunksjon 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.

## 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 05.02.2015

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 i 2017

SSHF har lagt Helse Sør-Øst sine mål og krav til grunn for arbeidet i 2017. Det vises til kommentarer i del II av Årlig melding.

Strategiplanen 2015-2017 har seks satsingsområder som gir føringer for prioriteringene i planperioden. Hvert av satsingsområdene er fulgt opp av egne tiltaks- og handlingsplaner, og har vært førende for prioriteringer av ressurser og organisatoriske prosesser.

- *Kvalitet og pasientsikkerhet* – trygghet når du trenger det mest. Sentralt i både drift og organisasjonsutvikling, fokus på forbedringsarbeid med utgangspunkt i eksterne føringer/ veiledere, rapporter fra kvalitetsregistre, meldinger uønskede hendelser.
- *Kultur for helhet.* Fokus på felles prosedyrer, behandlingslinjer og pasientforløp. SSHF har etablert flere nye fagråd på tvers for å sikre felles standard på tvers. Totalt er der 20 fagråd, og av disse er 12 innen kreftbehandling.
- *Samhandling* for høyere kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet. Det er siste året blitt bedre klima i samhandling mellom SSHF og kommunene, bedre dialoger, samhandlingsmelding er ferdigstilt og felles lederutviklingsprogram mellom topplederne er startet.
- *Fremst innen rusbehandling og selvmordsforebygging* – tydelig fokus i klinikk for psykisk helse.
- *Kreftbehandling* – det beste område sykehuset i regionen. Uendret organisering, regelmessige møter i hvert av de 12 diagnosespesifikke fagrådene.
- *Planlagt kirurgi* – bedre utnyttelse av kapasitet, ferdig utredet og igangsatt innen kar, ortopedi og gastro mellom SSA og SSK. Ferdigstilt utredning av tjenestene innen gastro og ortopedi i SSF. Urologi prosess har krevd mer tid, og foreslått modell konsekvensutredes våren 2018.

### 1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

#### Arbeidet med god virksomhetsstyring

God virksomhetsstyring er vesentlig for SSHF og det er arbeidet med å implementere et gjennomgående system på alle ledernivå. Klinikken og sentrale stabsavdelinger arbeider

systematisk for å sikre etterlevelse av lov og forskriftskrav, interne mål og krav, samt krav fra eier. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og veilederen «God virksomhetsstyring – Grunnlag for god pasientbehandling» er rammeverket for virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst. Disse ligger til grunn for arbeidet i SSHF. Temaet virksomhetsstyring har i 2017 vært oppe i flere ledersamlinger slik som den lille lederskolen, kurs for nye ledere og i møter i klinikkene.

Ved mottak av Oppdrag og bestilling 2017 ble ansvar for ulike krav og mål fordelt på klinikken som følger opp med tiltak gjennom året. Ledere på alle nivå skal bidra til at foretaket kan oppfylle mål og krav innen tildelte rammer. Sammenheng mellom foretakets og den enkelte enhets mål, krav og tiltak, er en forutsetning for at SSHF skal innfri mål og krav innenfor gitte rammer. For avdelingsjefer, seksjonsledere og enhetsleder er det de daglige aktivitetene innen drift og pasientbehandling som har betydning for god virksomhetsstyring. Med et tydelig definert ansvar, fullmakt og forventninger til måloppnåelse vil lederne ha grunnlag for å risikovurdere driften samt sette inn tiltak for å nå målene.

SSHF har utarbeidet styrende dokumenter som beskriver virksomhetsstyring og oppfølgingsregimet som skal gjelde på alle nivå i organisasjonen. Maler for driftsavtaler er utarbeidet, og flere ledere inngikk driftsavtale for 2017. Planen er at ledere på alle nivå skal ha driftsavtale for 2018.

Administrerende direktør har månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene der måloppnåelse og status gjennomgås og tiltak drøftes. Årshjulet for administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene skal sikre bred oppfølging. Klinikkdirktørene har regelmessige oppfølgingsmøter med avdelingsjefene, og avdelingsjefene med seksjonslederne/enhetslederne.

Som et ledd i arbeidet med god virksomhetsstyring, er det utviklet flere lederverktøy. I 2016 ble det etablert et eget ledelsesinformasjonssystem (LIS) slik at ledere får oversikt over, og mulighet til oppfølging av kvalitet, økonomi, aktivitet og årsverk. I 2017 ble flere av kvalitetsindikatorene inkludert i systemet. Målet er at alle vesentlige styringsindikatorer skal inkluderes i løsningen, samt andre områder som er viktig for å forstå og følge opp driften. Slik kan ledere enkelt følge med på om de innfrir målene i driftsavtalen og se hvor de må sette inn tiltak.

SSHF skal 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 prosessen 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 møter 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 SSHFs 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 økt interesse for bruk av hendelsesanalyser fordi det gir et viktig bidrag til arbeidet med systemforbedring.

Fokus på bedre koding av komplikasjoner, konsekvent registrering i og rapportering fra nasjonale kvalitetsregistre er også viktige bidrag i arbeid med uønskede hendelser.

Tabellen nedenfor viser utvikling i antall meldinger de siste årene. Antall registrerte meldinger har økt fram til 2014, men har flatet så ut to år. I 2017 er det igjen en økning. Antall meldinger etter § 3-3 (pasientskader/potensielle pasientskader) fortsetter imidlertid å øke. Dette anses som et tegn på riktig utvikling av meldekulturen.

For ansattskader kommer nesten hele økningen fra Psykiatrisk avdeling, antakelig som følge av fokus på registrering av vold og trusler mot ansatte.

Økningen i pasientskadesaker skyldes trolig også økt fokus på pasientsikkerhet, og generelt bedret meldekultur. Hendelser knyttet til «Medikament og infusjon» og «Behandling/pleie/overvåking» representerer de største kategoriene.

År	Totalt meldte uønskede hendelser	Pasientskade (fare for pasientsk.)	Ansattskader (inkl. vold og trusler)
2008	4248	388	359
2009	4801	462	334
2010	4707	462	373
2011	5447	482	384
2012	5807	524	435
2013	6442	652	434
2014	7440	798	401
2015	6576	805	400
2015	6440	938	455
2017	7064	1036	689

I 2017 ble det meldt 55 saker til Statens Helsetilsyn (§ 3-3a-meldinger) mot 46 i 2016. Både i 2015 og 2014 ble det meldt 27 saker.

### Tilsyn

Ulike tilsynsmyndigheter hadde i 2017 tilsyn med utvalgte deler av virksomheten. Fylkesmannen hadde to tilsyn i 2017. 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.

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 tar lenger tid å lukke. Det skyldes hovedsakelig at det kreves investeringsmidler til å oppgradere bygg eller bygge om til dagens standard.

Avvikene fra 2016 etter det nasjonale tilsynet vedrørende sepsis i akuttmottakene er fortsatt åpne. Fylkesmannens journalgjennomgang høsten 2017 viste positiv utvikling, men avvikene ble ikke lukket. Det er varslet nye journalgjennomganger høsten 2018.

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

### **Interne revisjoner**

SSHFs retningslinje for interne revisjoner ble oppdatert i 2017. Alle i foretaket som gjennomfører interne revisjoner skal følge denne retningslinjen. Ansvar for interne revisjoner er desentralisert, der klinikker og avdelinger må iverksette egne revisjoner som en del av internkontrollen. Som hovedregel ledes revisjonene av egne dedikerte ressurser, men ved behov kan ressurser fra andre klinikker og avdelinger lede eller delta på revisjonene.

SSHF har et eget revisjonsprogram for miljøledelse, som en del av det sertifiserte miljøstyringssystemet ISO 14001. Resultat fra disse revisjonene legges frem for ledelsen i forbindelse med ledelsens gjennomgang av miljøstyringssystemet. Siste ledelsens gjennomgang var i november 2017.

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 Konsernrevisjonens 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 Den Danske Kvalitetsmodellen (DDKM).

På foretaksnivå er det også etablert eget revisjonsprogram som omfatter medisinskteknisk utstyr, klinisk IKT, elektro og informasjonssikkerhet. Dette revisjonsprogrammet styres av Avdeling for Teknologi og E-Helse, og er en del av internkontrollen på foretaksnivå.

### **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 gjennomføres årlig obligatorisk HMS-opplæring for AMU-medlemmer, ledere og verneombud.

SSHF arbeider for at HMS-arbeidet skal bli en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det har i den sammenheng blitt opprette en HMS-arbeidsgruppe som skal jobbe med alle deler av HMS, også kvalitet og pasientsikkerhet.

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

Klinikkene oppdaterer sine risikovurderinger og tiltakslistene 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 2017 var det bare «økonomi somatikk» som var rødt.

Økonomi somatikk er rødt siden aktiviteten med tilhørende DRG-poeng var lavere enn budsjett og årsverksforbruket er høyere enn budsjett. Dette resulterte i vesentlige økonomisk underskudd i de somatiske klinikkene i 2017. Konsekvens av dette risikoområdet er at foretaket ikke får tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å gjennomføre nødvendige investeringer. Det er igangsatt flere tiltak for

å øke aktivitet, bedre koding, bedre logistikk og redusere unødvendig årsverksforbruk. Mål med tiltakene er å sikre midler til investeringer i MTU og bygg gjennom god drift i hele foretaket.

For 2018 er budsjettforutsetningene svakere enn i 2017, og også svakere enn signalene fra Helse Sør-Øst RHF til ØLP-arbeidet våren 2017. Det har kommet til flere nye risikoelementer i budsjettet som ikke lå til grunn i ØLP i april 2017, samtidig som driftsutfordringene i foretaket har utviklet seg negativt både med økt ressursforbruk og fallende aktivitet. SSHFs resultatkrav er nedjustert til 75 mill. kr i 2018 for å møte noe av den økte risikoen. Investeringsevnen har i perioden 2013-2017 vært tilfredsstillende til tross for stor kostnadsvekst i de somatiske klinikkene. For 2018 er evnen til å bære nye investeringer fortsatt for dårlig, slik at SSHF har behov for økning av resultatnivået fremover, også utover de omstillingsutfordringer 2018-budsjettet viser.

Det er tydelig behov for tilpasninger i driften og tett kostnads- og ressursbrukskontroll, spesielt innen de somatiske klinikkene. Omorganiseringen til stedlige somatiske klinikker fra 2016 er vesentlige i dette arbeidet. Det vil bli nødvendig å redusere årsverksforbruket i de somatiske klinikkene i 2018 fra dagens nivå.

### **Sentrale saker behandlet i styret**

Styret hadde ti møter i 2017. Styret behandler månedlige virksomhetsrapporter og følger utviklingen for bl.a. økonomi, kvalitet og personell. Det har vært fokus på de økonomiske utfordringene i de somatiske klinikkene, og klinikkdirektørene har presentert utfordringer og arbeidet med tiltak i styremøtene.

Av saker nevnes spesielt:

- Akuttfunksjoner i Flekkefjord
- Utviklingsplan 2035
- Mistillit til administrerende direktør fra tillitsvalgte i Arendal og Flekkefjord

Styret gjennomførte egenevaluering på en samling i november 2017. Med utgangspunkt i svarene fra et spørreskjema, drøftet styret utfordringer og mulige forbedringer. Konklusjonen ble presentert i påfølgende styremøte.

### **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**

SSHF ble fra 01.01.2016 organisert etter ny modell med tre somatiske klinikker, og vi har nå 2 års erfaring med drift i denne organiseringsmodellen. Tillitsvalgte, verneombud og ledelsen har brukt tid på å finne struktur på samarbeid og medvirkning med utgangspunkt i blant annet Lokal samarbeidsavtale. Det er utfordrende å få til god medvirkning og godt samarbeid på alle nivåer i sykehuset, fra administrerende direktør til enhetene. Dette er et kontinuerlig arbeid.

Det ble i slutten av 2017 tatt initiativ til evaluering av omorganiseringen. Dette arbeidet videreføres i 2018.

Som nevnt i årlig melding 2016 opplever fortsatt tillitsvalgte liten involvering på alle nivåer i forbindelse med budsjettprosessen.

I forbindelse med arbeidet med Utviklingsplan 2035 og strategiplan 2018-2020 har det vært en god prosess med bred involvering av tillitsvalgte og verneombud. Det har vært arrangert workshops og

arbeidet har vært tema på flere dialogmøter i løpet av 2017. Dette er opplevd som en reell involvering og et eksempel til etterfølgelse.

Akuttkirurgi og traumemottak ved SSF har vært et stort tema i 2017. Det har vært stort engasjement på alle nivå. Samarbeid, medvirkning og involvering har i denne saken vært en utfordring for arbeidsmiljøet.

Fagmiljøene i hele SSHF uttrykker at de er utslitte av å være i prosesser der fagpersoner som er avhengig av samarbeid til daglig, blir satt opp mot hverandre i langvarige prosesser mellom lokalisasjonene.

Prosessveileder som SSHF bruker, inneholder punkt om evaluering. Dette blir sjelden gjort, og er noe tillitsvalgte har etterspurt over flere år. Det er derfor gledelig at evaluering er satt i fokus i 2018.

Nytt psykiatribygg er vedtatt, og planene er godt i gang. Dette er etterlengtet, og vil gagne pasienter, pårørende, og ansatte.

Sykehuset er en god og viktig lærebedrift på Agder, noe oversikten over kompetanseutvikling og etterutdanning viser. Det er likevel viktig å opprettholde og gjerne øke antall studenter og lærlinger innenfor helsefag, for å kunne møte det økende behovet i samfunnet.

Tillitsvalgte er bekymret for om sykehuset utdanner nok spesialsykepleiere til å dekke behovet de kommende år.

I år har «metoo» kampanje fått mye oppmerksomhet i samfunnet og media generelt, og Sørlandet sykehus har satt fokus på dette gjennom å gå gjennom rutineene for varsling, og understrekning av lederes plikt til å jobbe forebyggende.

SSHF er en av pilotbedriftene på Agder i et prosjekt der en skal etablere en sertifiseringsordning for likestilte virksomheter. Det foregår det mye viktig arbeid og opplæring av ledere og rekrutteringsansvarlige. Tillitsvalgte ser frem til å se hva dette arbeidet betyr i praksis.

Tillitsvalgte er bekymret for ledere av de store personellgruppene i sykehuset. De har enheter med stort kontrollspenn, arbeidsgiveransvar for uhensiktsmessig mange ansatte, og for lite ressurser. Dette gjør det svært utfordrende å være leder.

Tillitsvalgte og verneombud har uttrykt bekymring for høy aktivitet og høyt belegg ved alle tre lokasjoner gjennom hele året, samtidig som at innsparingskravene er høye. Ved SSK ses dette også i sammenheng med lokaliteter som ikke er tilpasset aktiviteten ved akuttmottak, intensiv og intermedier. Tillitsvalgte ser behovet for at det utføres snarlig en grundig analyse av behov for et nytt akuttbygg ved SSK.

Legeforening er bekymret for gjennomførbarhet av den nye spesialitetsordningen. Det kreves mye arbeid, men ingen ressurser er gitt. Dette skaper et stort prioriteringsproblem. Hvilke arbeidsoppgaver skal nedprioriteres for å tilfredsstille kravene til å nå og dokumentere læringsmålene?

Tillitsvalgte er bekymret for en meget presset økonomi, og de konsekvenser det kan få for pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø.

### **Brukermedvirkning**

*Oppgaver:* Brukerutvalget (BU) ved SSHF taler pasientenes sak, og skal gi råd til sykehusledelsen og styret i arbeidet med å utvikle «Pasientens Helsetjeneste». 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:* BU har i 2017 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.

*Planarbeid:* Planer for SSHF skal revideres, Brukerutvalget har vært involvert fra start, og har blitt fortløpende informert om arbeidet. Representanter fra BU har vært med i flere workshops. Leder og nestleder i BU har hatt ansvar for workshop om «Pasientens Helsetjeneste». Arbeidet knyttes opp mot Nasjonal helse- og sykehusplan.

*Andre viktige saksfelt:*

- BU har hatt jevnlige møter med pasientombudet, og ombudets årsrapport er viktig for BU.
- ME og HIV – Brukerstyrte poliklinikker
- Prosjekt kirurgisk Virksomhet SSHF
- Akuttfunksjoner SSF
- Veiledende retningslinjer brukermedvirkning systemnivå
- Styrke og videreutvikle brukermedvirkning
- Selvmordsforebygging
- Ernæring ved SSHF
- Slagbehandling

Fra november 2016 har leder av BU deltatt på ledergruppemøter. SSHF er første sykehus med denne praksisen. Det ble gjennomført evaluering av dette i november 2017. Ordningen videreføres ikke i nåværende BU.

Brukerutvalget skal være et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene. Det har i 2017 vært arrangert dialogkonferanse med alle organisasjonene i oktober. Medlemmer i BU har også vært i ulike fora og undervist om brukermedvirkning.

BU ser tilbake på et aktivt år med mange spennende oppgaver. BU-medlemmer opplever at deres synspunkt blir lagt merke til. De er mer og mer etterspurt i flere råd og utvalg. På denne måten blir BU mer kjent i organisasjonen og brukerstemmen tydeligere i stadig flere sammenhenger. Det gir både en forpliktelse og inspirasjon til det videre arbeidet.

### **Årlig melding 2017**

Tillitsvalgte/verneombud og brukerutvalget ble invitert til å utarbeide hver sitt punkt til Årlig melding 2017. I tillegg har brukerutvalget og tillitsvalgte fått mulighet til å kommentere utkastet som sendes til styrebehandling. Årlig melding 2017 var sammen med øvrige styresaker tema på dialogmøtet til administrerende direktør i forkant av styremøtet 28.02.2018.

## **2. SAMMENDRAG**

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

#### **Resultater**

SSHF vil spesielt trekke fram følgende positive resultater:

- Målet om ventetider under 60 dager er nådd.  
Flere avdelinger har nå betydelig kortere ventetid enn 60 dager.
- Antall langtidsventende er betydelig redusert.
- SSHF har gode resultater for pakkeforløp kreft.
- Lavt sykefravær.
- Klinik 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 rusbehandlingsbygg.

- Arbeidet med nybygg Psykisk helse i Kristiansand går fremover i HSØ-regi.
- Laboratoriene fikk en ny akkreditering iht. ISO 15189 i 2017
- Økonomisk resultat ble 122 mill. kr i 2017, nær 42 mill. kr over budsjett

### Utfordringer

Følgende utfordringer nevnes spesielt:

- Fortsatt fristbrudd innen enkelte fagområder.
- Driftsøkonomien i somatikken.
- Rekrutteringsutfordringer for enkelte spesialistgrupper.
- Store arealutfordringer i Kristiansand.
- Bruk av tvang innen psykiatrien.
- Høy avslagsprosent til poliklinikk i KPH
- Kapasitetsutfordringer på MR. Det er behov for å utvide tilbudet kveld, natt og helg
- Nedetid på røntgenutstyr har gitt utfordringer med kapasitet i 2017

### Utviklingsplan og strategiplan

Etter styrebehandlingen av Utviklingsplan 2030 i februar 2015 ble det en pause i planarbeidet i påvente av Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP). Gjennom 2017 har SSHF oppdatert utviklingsplanen med utgangspunkt i analyser og vurderinger som var grunnlag for styrevedtaket i 2015, ekstern kvalitetssikring utført 2015, NHSP, Veileder for arbeid med utviklingsplaner og føringer fra HSØ RHF. SSHF har også sett behov for å oppdatere beskrivelse av nåsituasjonen, utviklingstrekk, framskrivninger og kapasitetsberegninger. Sykehusbygg HF har oppdatert framskrivningene.

Oppdrag og bestillings 2017 ga pålegg om at utviklingsplanen skal ha en tidshorisont fram mot 2035. SSHF har dermed endret tidsperspektivet for planen fra 2030 til 2035.

På bakgrunn av NHSP ble det besluttet i foretaks møte at fremtidige akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord skulle spesielt utredes. Denne utredningen ble gjennomført før 01.04.2017 og administrerende direktørs forslag ble styrebehandlet. I foretaks møte for HSØ (24.04.2017) og for SSHF (03.05.2017) ble følgende vedtatt:

*Utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.*

SSHF har tidligere hatt treårige strategiplaner, men ønsker å forenkle planverket og planprosessene. Utviklingsplan 2035 og strategiplan 2018-2020 blir derfor satt inn i samme dokument. En oppdatert Utviklingsplan 2035 med strategiplan 2018-2020 peker nå på ønsket utviklingsretning for SSHF med utgangspunkt i nasjonale- og regionale føringer, samt vedtatt sykehusstruktur.

Utviklingsplan 2035 skal behandles av styret i SSHF 12. april 2018.

## 2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 skulle akuttfunksjonene i Flekkefjord avklares. Dette omfattet hovedsakelig funksjonene innen ortopedi, gastrokirurgi og traumefunksjonen. Det pågikk et omfattende arbeid høsten 2016 og våren 2017. I foretaksprotokollen 03.05.2017 fremgår det at dagens akuttfunksjoner i Flekkefjord skal videreføres, og arbeidet med å sikre dette har pågått i hele 2017. Fra april 2017 har det pågått et arbeid, «traumeløftet», under ledelse av traumeleder ved SSHF. I oktober 2017 leverte to arbeidsgrupper sine anbefalinger for fremtidig organisering og drift innen ortopedi og gastrokirurgi. Disse skal konsekvensvurderes våren 2018.

I 2016/2017 har det pågått et prosjekt som omhandler kirurgisk virksomhet ved alle tre lokasjoner. Det var nedsatt fire arbeidsgrupper (gastrokirurgi, karkirurgi, ortopedi og urologi) som leverte rapporter våren 2017. Anbefalingene fra disse er fulgt opp i løpet av 2017. Administrerende direktør besluttet i august/september at SSHF skal konsekvensvurdere flytting av elektiv heldøgnsurologi fra

Kristiansand til Arendal. Mandat ble utarbeidet høsten 2017 og utredningen skal gjennomføres våren 2018.

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

Fra 1. januar 2016 innførte SSHF stedlig klinikkledelse for medisinske og kirurgiske fag i Arendal Kristiansand og Flekkefjord. Prehospitale tjenester ble etablert som egen tverrgående klinikk. Klinikk for psykisk helse og Medisinsk serviceklinikk ble videreført som tverrgående klinikker. Hensikten med endringen var å øke aktiviteten, redusere bemanningen og bedre den medisinske kodingen gjennom mer tilstedeværende og tydelig ledelse.

Det ble i 2016 og 2017 gjort 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. Avdelingsstrukturen er noe forskjellig ved de tre lokasjonene.

Controllerne er organisert 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 skal tydeliggjøre ansvaret for virksomhetsstyringen. Det er etablert en egen enhet for medisinsk koding.

Organisasjonsavdelingen har i 2017 gjennomført en evaluering av avdelingen og gjort noen endringer for å få frigjort tid til strategisk oppgaver og ledelse. Bedriftshelsetjenesten er etablert som egen enhet under HR-seksjonen. Kommunikasjonsenheten har gjort en gjennomgang av oppgaver og fremtidig kompetansebehov og det pågår bemanningsmessige tilpasninger ved enheten.

I alle de tre somatiske klinikkene er det gjennomført betydelige interne organisatoriske endringer i løpet av 2016 og 2017.

I 2017 har merkantil avdeling i Arendal gjennomført en betydelig omorganisering. Alle merkantile årsverk er samlet i én avdeling. Bakgrunnen for dette var behovet for standardisering, hensiktsmessig bruk av elektroniske verktøy og god ressursutnyttelse.

Avdeling for kirurgiske fag i Arendal er avviklet og seksjonene for øye, ortopedi og kirurgi er reetablert som egne avdelinger slik at organiseringen blir lik den i Kristiansand

Organisering av Barne- og ungdomsavdelingen i Arendal er evaluert i 2017 og vedtatt videreført som en avdeling.

I Kristiansand er revmatologisk seksjon overført til Medisinsk avdeling. Det er etablert en medisinsk intermediærenhet, og enheten planlegger å utvide med to senger i 2018. Videre det etablert et ortogeriatrisk tilbud ved å omorganisere sengepostene og redusere senger ved internt pasienthotell.

Sosionomene, fysioterapeutene og ergoterapeutene (SEF) ble i 2017 overført fra Avdeling for forbyggende medisin og rehabilitering (AFR) til Medisinsk serviceklinikk.

I 2015 overførte Driftsavdelingen to avdelinger til Medisinsk serviceklinikk og omgjorde samtidig Driftsavdelingen til Avdeling for teknologi og e-helse. Hensikten var å frigjøre kapasitet hos teknologidirektøren, øke det strategiske teknologifokuset i ledergruppen samt tydeliggjøre ansvar og myndighet for det pasientadministrative arbeidet. Høsten 2017 ble det gjennomført en evaluering av endringen, og denne skal oppsummeres våren 2018.

SSHF har i 2017 gjennomført et lederutviklingsprogram for avdelingssjefer i de tre somatiske klinikkene samt ledere for laboratoriene og de radiologiske avdelingene. Fokus har vært individuell utvikling samt ledergruppeutvikling samt sikre samarbeidet på tvers av lokasjonene.

SSHF og kommunene på Agder ønsker å bedre dialogen og samarbeidet bl.a. ved å være pilot i et nasjonalt utviklingsprogram. Planleggingen ble gjennomført i 2017 med oppstart i 2018.

Oppfatningen så langt er at endret klinikkstruktur har gitt økt tilstedeværelse av ledere, bedre oppfølging av avdelingene og bedre dialog med tillitsvalgte og kommunene, men samarbeidet mellom lokasjonene er blitt mer utfordrende. Endring av klinikkstruktur skal evalueres i 2018 og dette er under planlegging.

Det er administrerende direktørs oppfatning at organiseringen understøtter vedtatte mål for å oppnå de nødvendige økonomiske forbedringer som ligger til grunn i budsjettet for 2018.

### **Styrets oppsummering**

SSHF har god måloppnåelse på mange områder i 2017. Bl.a. er målet for ventetider nådd, med under 60 dager i somatikken og under 45 dager samlet for psykisk helse og TSB.

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 bl.a. reduksjon i antall fristbrudd i 2018.

Arbeidet med å revidere Utviklingsplan 2035 har pågått gjennom 2017 og er på høring. Oppdatert utviklingsplan skal styrebehandles i april 2018.

SSHF har oppnådd et resultat på 122 mill. kr, 42 mill. kr over budsjettet. Styret er tilfreds med at det økonomiske resultatet til tross for store utfordringer i de somatiske klinikkene. Styret gir honnør til alle medarbeidere og ledere for innsatsen gjennom 2017.

På grunnlag av den samtlende rapportering for 2017, 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 2017.



## DEL II: RAPPORTERINGER

Del II ble oversendt Helse Sør-Øst RHF 20. januar.

Tallene i tabellene er hentet fra første rapportering av desembertall og er ikke nødvendigvis endelige resultat for hele 2017.

### 3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2017

#### 3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### Ventetid og fristbrudd

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet		
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	59,0	56,7
Sørlandet sykehus	57,7	56,6
• Somatikk		57,9
• Psykisk helsevern og TSB		39,8

##### ***Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2016.***

Ventetider for avviklede pasienter var gjennomsnittlig for 2017 58 dager (HSØ tall 56) for somatikk, 46 dager for psykisk helsevern voksne (HSØ: 47), 36 dager for psykisk helsevern barn (HSØ:38) og 30 dager tverrfaglig spesialisert rusbehandling (HSØ:29). Ventetider er, med unntak fra fagområdet psykisk helsevern voksne, innenfor målene satt av Helse Sør-Øst. Gjennomsnitt ventedager 2017 i somatikken er redusert med 1 dag sammenlignet med 2016. For KPH er endringene fra 2016 til 2017 henholdsvis 4 dager økning for psykisk helsevern voksne, 1 dags økning for tverrfaglig rusbehandling og 2 dagers reduksjon for psykisk helsevern barn/unge.

Det har vært økt antall henvisninger siste halvdel av 2017, dette kan forklare at utgangen av 2017 ikke er vesentlig bedre enn tilsvarende 2016.

I somatikken er det variasjon mellom fagfeltene, og innen enkelte fagfelt er det utfordringer med ventetid. Tiltak som er iverksatt med å øke kapasitet på poliklinikk med ansettelse, arbeidstidplanlegging, logistikk m.m., har ikke fått det ønskede resultat bl.a. på grunn av vakanser og sykdom.

Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling har lavere ventetid enn 45 dager, og har samlet for klinikken tilsvarende ventetid avviklet for 2017 41 dager, mot 38 dager i 2016.

Flere avdelinger har imidlertid nådd måloppnåelsen om reduksjon av ventetid i 2017 sammenlignet med 2016, andre avdelinger har tilnærmet lik ventetid som i 2016.

I de avdelingene som har en økning av ventetid sammenliknet med 2016 er det initiert avdelingsvise tiltak. Deriblant rapporteres det om følgende tiltak:

- Pasienter håndteres på tvers av geografisk lokasjoner – tilbud gis etter kapasitet og kompetanse på pasientens sykdomsbilde og avhenger ikke av pasientens geografiske bosted der det er geografiske team.
- Ambulante tjenester bistår i oppstart av behandling for enkelte pasienter. Dette avhenger av symptombildet og estimert ventetid.
- Bruk av avtalespesialister på de lengst ventende pasientene.
- Økt fokus på behandlingsforløpets lengde og planlagte avslutninger
- Reduksjon av tid på fellesmøter, som igjen gir flere behandlingstimer.
- Løpende kontroll med ventelister og ledig kapasitet med daglig inntaksteam og ukentlige fagmøter.
- Førstegangssamtale tilbys innen 30 dager fra mottatt dato. Der frist er kortere, skal time tilbys innen denne tiden (ABUP).

***Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og under 60 dager for somatikk.***

Ventetid i somatikken har i hovedsak vært under 60 dager i 2017, både for ventetid ventende og ventetid avviklet. Det har gjennom 2017 vært utfordringer knyttet til urologi, som har resultert i flere iverksatte tiltak. Fagområder hvor ventetiden er høyere er i hovedsak knyttet til manglende legekapasitet. Tiltak er iverksatt med bl.a. tilsetting og frivillig poliklinikk. Det har vært økt antall henvisninger siste halvdel av 2017, noe som kan forklare at utgangen av 2017 ikke er vesentlig bedre enn tilsvarende 2016.

2016: VOP 42, BUP 38, TSB 29

2017: VOP 46, BUP 36, TSB 30

KPH samlet har måloppnåelse på 41 dager gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017. Fagområdet for barn og unge har redusert gjennomsnittlig ventetid og TSB ligger på samme nivå som i 2016. VOP har en økning gjennomsnittlige ventetid. I de avdelingene hvor det er identifisert at ventetiden har økt fra måned til måned, er det innført tiltak som direkte innkalling ved henvisning for å sikre redusert ventetid. Det pågår løpende kontroll av ventelister og ledig kapasitet for å sikre at pasienter ikke venter unødige. Som en videreføring av arbeidet med å redusere ventetid er det også vurdert ved enkelte avdelinger å innføre daglig inntaksteam og ukentlige fagmøter for å sikre raskere inntak for pasientene.

Ved ABUP er det implementert at alle enheter skal ha tidspunkt for 1. gangssamtale innen 30 dager, så sant ikke frist er kortere. TSB er stabil fra forrige år og har ingen særskilte tiltak implementert da noe ventetid må påregnes som et resultat av forvern og/eller forberedelse til utredning/behandling i TSB.

Habiliteringstjenesten for voksne er en somatisk spesialisthelsetjeneste som overført til KPH ved årsskiftet 2017. Gjennomsnittlig ventetid for denne tjenesten i 2017 er på 60 dager, og er på måloppnåelse for somatikken.

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Antall fristbrudd		
Sørlandet sykehus	1 523	1 618

### ***Ingen fristbrudd.***

Gjennom året har andel fristbrudd avviklede vært svingende med lave tall våren og økende i løpet av høsten. Ved utgangen av 2017 er det ingen fristbrudd i SSF og KPH. SSA og SSK har gjort en betydelig forbedring med andel fristbrudd avviklede på 1.9 %.

Somatikken har hatt utfordringer med mange fristbrudd i 2017, etter vesentlig reduksjon fram til sommeren ble det på nytt en økning i fristbrudd siste halvår. Det er mange fristbrudd innen fagområdene øye, urologi, kar/thorax og fysikalsk rehabilitering og det er ulike årsaker til de høye fristbruddene. Innen Urologisk seksjon er forklaringen manglende kapasitet første halvdel av 2017 samt at enkelte av pasientene er registrert med for kort frist. Tiltak er iverksatt med å øke antall polikliniske konsultasjoner, høsten 2017 valgte avdelingen å prioritere etterslep og planlagte kontakter, som er effektivt redusert med ca. 20 %. Øvrige tiltak er gjennomgang av prioriteringsveileder for å unngå urealistiske frister. Innen Fysikalsk rehabilitering er årsaken sykefravær blant leger, og det er iverksatt tiltak med kveldspoliklinikk. Innen Øyeavdelingen er årsaken manglende kapasitet, i denne avdelingen er langtidsventende betydelig redusert det siste året og ved avvikling av de langtidsventende kan det oppstå fristbrudd. Det pågår forbedringsprosjekt på ØYE som vil redusere fristbrudd på sikt, men langt etterslep medfører avvikling av del pasienter som har ventet lenge. For Kar/thorax er årsaken manglende legekapasitet pga. sykefravær, og fristbrudd er oppstått på behandling av varicer og sår. Ny karkirurg starter i desember og sykefraværet er nå redusert.

Foretaksledelsen vil ha tett oppfølging mot klinikkene på fristbrudd fremover for å måle effekt av igangsatte tiltak samt etterspørre nye tiltak dersom nødvendig. Et viktig overordnet tiltak for reduksjon av fristbrudd er lengre planleggingshorisont for leger. Det er et mål at leger innen alle fagområder skal innføre 6 måneders planleggingshorisont. Pr. november 2017 har SSHF en gjennomsnittlig planleggingshorisont på ca. 4 måneder for leger, men det er stor variasjon mellom avdelingene. Integrasjon Dips, GAT og Outlook er viktig å få på plass som et verktøy i dette arbeidet. Integrasjon GAT og Outlook for vakter og oppgaver er i bruk. Integrasjon GAT og DIPS er under pilotering i Helse Sør-Øst og SSHF kan muligens implementer integrasjonen fra høsten 2018.

Psykisk helsevern og rus rapporterte 14 rapporterte fristbrudd i 2017. Ingen av disse var reelle, men har sin årsak i feilregistreringer. Det pågår i klinikken et kontinuerlig kvalitetsarbeid, med forbedring av rutiner ved registrering samt proaktivt arbeid for å unngå feilregistreringer. Avdelingene jobber med jevnlig gjennomgang av rapporter for å sikre riktig registrering. Det gis i tillegg opplæring og tilbakemelding på individnivå via teamledere for merkantil enhet/sekretærer. Merkantil kontroll av direktebooking av 1.samtale er et tiltak

som er initiert i barne- og ungdomspsykiatrien. Der kjøres det ukentlig kontroll på «nærmer seg fristbrudd» for å dobbeltsjekke dette. Tiltakene i avdeling for barn- og unges psykiske helse har hatt god effekt, og det forekommer ingen rapporterte fristbrudd ved denne avdelingen.

- **Annen oppgave 2017**

***Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistreringen som er ventet publisert 1. februar 2017. Sørlandet sykehus HF skal følge opp gjennomgangen og iverksette tiltak for å bedre kvaliteten der det er nødvendig.***

Somatikken i Arendal jobber med forbedringsprosjekt på ØYE for å bedre ventelisteregistreringen og redusere etterslep og fristbrudd.

Somatikken i Kristiansand har gode oversikter over ventetider i styringssystemet. Dette følges opp i månedlige oppfølgingsmøter med avdelingene.

KPH har som resten av SSHF fått oppdatert DIPS Classic-versjon hvor feltet Henvisningstype er flyttet over til vurderingsdelen (legefeltet). KPH har gjennomgått og oppdatert rutiner i veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern med de omfattende endringene som ble publisert desember 2016. KPH benytter seg av kodeverk i SSHF når det gjelder avviste, i den grad kodeverket er oppdatert.

## **Kreftbehandling**

- **Mål 2017**

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
<b>Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp</b>	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	73,1 %
Sørlandet sykehus	69,2 %

***Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp skal være minst 70 prosent.***

SSHF

2016: 73 %, 2017: 70 %

Brystdiagnostisk senter

2016: 83 %, 2017: 82 %

Arbeidet med pakkeforløp er organisert gjennom SSHFs kreftprogram. Kreftprogrammet har vært virksomt i mange år, og kvaliteten følges opp gjennom 13 organspesifikke fagråd. Fagrådene har årlige møter med foretaksledelsen, for å diskutere flaskehals og tiltak. I tillegg vil fagrådene møte for gjennomgang av relevante kvalitetsindikatorer. Fagrådslederne vil presentere sine tall for 2017 og det skal diskuteres tiltak til forbedring i 2018.

Det planlegges regelmessige fagrevisjoner/ audits innen hvert fagråd. Det er utarbeidet analytisk verktøy til oppfølging av faser i pakkeforløpene. Disse gjør det lettere å oppdage flaskehals og følge opp disse. Kreftprogrammet ledes av fagdirektør, og ansvaret for daglig

oppfølging av fagrådene er lagt til Senter for kreftbehandling. Pakkeforløpene følges også tett opp fra de aktuelle fagmiljøene i SSHF med ansvar for kreftutredning og behandling. På noen områder er det utfordringer knyttet til lokaler (brystdiagnostikk) og personell. Det jobbes aktivt for å løse disse utfordringene.

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	64,4 %

***Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 prosent.***

69 % til og med november 2017. Landsgjennomsnitt 63.9 %.

Gjennomført innen definert standard inne alle områder i kreft med unntak av prostata og brystkreft. Prostata- og brystkreftområdene følges tett. Analyseverktøy benyttes for å finne flaskehals. Det gjelder både diagnostikk og behandling.

- **Tall for resultatoppnåelse**

***Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

**Urologi:** SSHF innfrir ikke fullstendig 70 % i alle faser av prostatakreft, men totalt 60 % innen frist. Det er ulik måloppnåelse i deler av pakkeforløpet. I urologi er antall legestillinger styrket, samt at kapasiteten på elektiv ikke-kreft urologi omorganiseres.

**Brystdiagnostiske senter (BDS) 2016: 55 %, 2017: 45 %**

Det er igangsatt et arealprosjekt i 2017 som ser på muligheten for å samlokalisere BDS og kirurgisk. Det vil gi et tettere samarbeid mellom BDS og kirurgisk med tanke på pasientforløpet og ressursutnyttelse. Pr. i dag begrenset på trippel diagnostikk. Pasienter som må til Oslo for primær medisinsk behandling har lenger ventetid (kun 42 % innen fristen) enn pasienter som kan behandles lokalt på SSHF. Det er blitt sendt en formell forespørsel om overføring av denne pasientgruppen til SSHF.

**Livmorhalskreft:** Ivaretar oppstart av behandling, men avhengig av samarbeid med OUS.

- **Annen oppgave 2017**

***Siden 2015 har sykehusene regravsket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst som har ansvar for denne pasientgruppen må påse at det er etablert gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver.***

Avdeling for patologi har rutine for regransking av eldre prøver ved nye funn, og melder dette i avvikssystemet. Rekvirenten informeres om endring av diagnose. Arendal følger retningslinjer fra kreftregisteret og Radiumhospitalet.

Kristiansand har ikke etablerte rutiner i 2017 på tilbakemelding til pasienter som har fått en betydelig endret diagnose etter regransking av tidligere celleprøver. Kvinneklinikken vil se nærmere på dette sammen med avdeling for Patologi.

Ved histologiundersøkelser i Flekkefjord får både pas og fastlege alltid skriftlig svar.

***Som en del av arbeidet med pakkeforløp for kreftpasienter skal Oslo universitetssykehus pilotere og etablere 3-strøms multidisiplinære team-møter (MDT-møter) som arbeidsmetodikk i Helse Sør-Øst. I første omgang skal dette etableres for gynekologiske kreftgrupper, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft. MDT-møter skal gjennomføres som videokonferanser i møterom som har mulighet for 3-strøms oppkobling. Sørlandet sykehus HF skal etablere tilstrekkelig antall 3-strøms møterom i løpet av 2017 slik at det tilrettelegges for pilotprosjektet. Sykehuspartner skal medvirke i etableringen av de tekniske løsningene.***

3-strøms video ble etablert i Kristiansand i 2017 og er vedtatt for Arendal i 2018.

Det søkes om finansiering for installasjon i Flekkefjord i 2019.

Det er etablert MDT-møter for gynekologiske kreftgrupper, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft i henhold til planen for 2017.

### **Pakkeforløp hjerneslag**

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.***

Registreringen i pakkeforløp skal skje gjennom registrering i Norsk hjerneslagregister. SSHF har god rutine på dette. All registrering for våre tre lokasjoner gjøres samlet av fast registersykepleier og faste overleger i Kristiansand.

### **Effektivitet og kapasitetsutnyttelse**

- **Mål 2017**

***Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. annen oppgave 2017.***

Som del av SSHF sin strategiplan 2015-2017 har det vært utredning og forbedring av kapasitetsutnyttelsen på tvers av somatiske klinikker innen karkirurgi, ortopedi, ikke- kreft pasienter innen gastrokirurgi og urologi.

Arendal opererer pasienter fra Kristiansand innen urologi, gastro og endokrinologi for å avhjelpe kapasitetsutfordringene i Kristiansand. Arendal avhjelper også Flekkefjord med gastrokopier ved behov.

Karkirurgi er organisert slik at alle karkirurgiske tjenester leveres fra Kristiansand, også til Arendal. Dette betyr at forbruket av varicekirurgi på Agder vil bli ytterligere redusert, jf. helseatlas.no. Forbrukstall følges opp av klinikken.

Utredningsarbeid gjennomført for sykehus i team, og for samarbeid mellom Flekkefjord og Kristiansand innen gastrokirurgi og ortopedi.

Godt samarbeid i medisinske avdelinger i SSHF. Lege fra SSA har bistått i SSF ved behov, og pasienter har også vært flyttet til Arendal ved lange ventetider innen gastro.

#### Medisinsk serviceklinikk

- Innen internservice har klinikken startet å se på ulike kostnadsbilder for å kartlegge utnyttelse av ressursene i avdelingen.
- Innen radiologi har klinikken startet med å se på utnyttelsen av MR kapasiteten på tvers i SSHF.
- Innen radiologien er det startet et prosjekt for å se på de ulike fag prosedyrene på tvers for å øke effektiviteten og kapasiteten ved billedbehandling. Det er i første runde innført felles prosedyre på angioprosedyrene på tvers.

I KPH pågår systematisk arbeid for å redusere utilsiktet variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse fra klinikknivå. Blant annet kan nevnes standardisering i arbeid knyttet til inntak jf. prioriteringsveilederen (2015). Fagråd KPH har jobbet med å strukturere standard utredning for voksne i KPH, samt utforme et læringsprogram for utredning og diagnostikk samt dokumentasjon. Dette inngår i avdelingenes årshjul og er obligatorisk for alle ansatte. En enhetlig forståelse og tilnærming til utredning og diagnostikk er antatt å bidra til å redusere utilsiktet variasjon. Gjennom oppfølging av Fylkesmannens tilsyn vedr. pasienter i DPS med mulig ROP-lidelse gjennomført våren 2017, er det jobbet systematisk med standardisering og felles forståelse av utredning og diagnostikk.

Klinikken har jobbet med å forberede pakkeforløpene som vil komme i løpet av 2018. En god implementering av pakkeforløpene er også antatt å redusere utilsiktet variasjon i effektiviteten. Fra klinikknivå jobbes det med utforming av pasientforløp for klinikken. Det er allerede utformet følgende pasientforløp; ADHD, Tourette syndrom, spiseforstyrrelser (venter på publisering), emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, OCD og traumerelaterte lidelser.

Det er et tett og nært samarbeid mellom de ulike DPS-ene i KPH. Det er godt samarbeid mellom DPS-ene som jobber i samme nedslagsfelt for å sikre god kapasitetsutnyttelse i opptaksområdene. Det avholdes halvårlige kalibreringskonferanser mellom DPS-ene og ARA hvor fokus er på inntak, anvendelse av prioriteringsveiledere og forberedelse av pakkeforløpene.

I ABUP har man også økt oppmerksomhet på betydningen av dokumentmal og standardisering/strukturering av tilnærming til utredning. Caseload-skjema som støtter klinikere i forhold til struktur og progresjon i pasientbehandling, samt caseload samtale med teamleder og ansatte hver 6.mnd. Interessen er på kvalitet og gjennomstrømning i pasientforløpene. Det er også opprettet felles møtepunkter på tvers av lokasjoner, i form av nevroforum for ADHD utredning. Videre er pasientforløp for ADHD, Tourette syndrom,

spiseforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse enten ferdigstilt eller under arbeid. Videre er det etablert felles forum for fagpersoner som jobber med spiseforstyrrelser både innen barn, unge og voksne, samt felles samling for inntaksteam ved alle lokasjoner for samkjøring av inntaksvurderinger.

- **Annen oppgave 2017**

***Helse Sør-Øst RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:***

- ***Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet***
- ***Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.***
- ***Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet***
- ***Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.***
- ***Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.***

***De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikatorers relevans for ulike fagområder.***

***Sørlandet sykehus HF skal følge opp prioriteringene innen sine fagområder og påse at fortløpende rapporteringer gir tilstrekkelig grunnlag for det regionale helseforetakets rapporteringsplikt.***

Det har vært noe økning i antall henvisninger innen somatikk høsten 2017.

**ORTOPEDI:** Arendal har utvidet ø-hjelpsgrensene for å avhjelpe press på kapasiteten i SSK. God kapasitet. Det er gjort en gjennomgang av forbruksmønster i Kristiansand, og den viser ikke store utslag fra gjennomsnittsforgbruk for hele landet.

**HJERTE:** PCI regionalt senter er funksjonsfordelt til Arendal, mens elektrofysiologi er funksjonsfordelt til Kristiansand og avdelingene sikrer likt forbruk på Agder av disse tjenestene.

**PLASTIKK:** Kristiansand har ansvar for plastikkirurgi knyttet til brystkreft. Brystkreftkirurgi er samlet i Kristiansand. Fra 2018 etableres en felles plastikkirurgisk seksjon for hele SSHF i Arendal. Det er en utfordring å rekruttere til dette faget.

**ØYE:** Funksjonsfordelt til SSA. Trenden er at ventetider er i ferd med å bli kortere.

**ØNH:** Organisert som en avdeling for SSHF. Lokalisert i Kristiansand, men med stor virksomhet i Arendal. Avdelingen sikrer likt forbruk på Agder.



**KPH** følger det som blir rapportert igjennom NPR-meldingen av Enhet for virksomhetsdata og rapporterer ikke særskilt på dette.

Gjennomgang i avdelingene viser at andelen nyhenviste er relativt stabil fra 2016 til 2017. Noe økning innen ABUP, men her ser man også en svak aktivitetsvekst. Det er i større grad økt oppmerksomhet på ambulerende virksomhet. Dette ser man blant annet ved opprettelse av FACT og OR team ved flere av DPS-ene. Dette er team som jobber med oppsøkende virksomhet. Det jobbes med å bistå behandlere som ikke gir/koder riktig informasjon når det gjøres ambulerende aktivitet for å sikre riktig rapportering. Ved ARA har man opprettet et ambulerende team som vil bygges opp i løpet av 2018.

Når det gjelder avslagsprosenten har KPH en økt oppmerksomhet på avslag og følger dette opp i dialog med avdelingssjefene. De ulike avdelingene har jobbet systematisk med å avdekke årsak til avslagsprosentene. Ulike tiltak er initiert:

- Opplæring av ansatte i prioriteringsveileder og inntak
- Kalibreringskonferanse mellom DPS Strømme, DPS Lister, DPS Solvang, DPS Aust Agder og ARA.
- Tilbud om hospitering/praksis for fastleger noe avdelingene har svært god erfaring med.
- Dialogmøter med fastleger og kommuner.
- Tettere samarbeid med praksiskonsulent.
- Det vurderes fortløpende tiltak mot enkelte legekantor som har høy avslagsprosent.
- Større bruk av forvern for å avdekke mulig psykiske vansker.
- Større grad av individuelle avslagsbrev med veiledning for videre utredning/behandling/habilitering o.l.

I 2017 ble det foretatt en undersøkelse ved et legekantor av et DPS. Dette viste at 70 % av fastlegene som ble spurt syntes de fikk råd i avslagsbrevene som var nyttig eller delvis nyttig. Dette indikerer viktigheten av videre tett samarbeid og dialog med fastlegene og bruk av avslagsbrev for å informere og gi bistand til hvordan hjelpe den enkelte pasienter. Dette medfører mindre bruk av standardiserte fraser og større grad av individuelle vurderinger i svarbrevene som sendes ut fra DPS-et.

***Det foreligger data som viser betydelig variasjon i forbruksmønster samt innhold i tjeneste, blant annet fordeling døgn vs. dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid for samme tilstand. Sørlandet sykehus HF skal evaluere egen praksis mot nasjonalt gjennomsnitt og iverksette tiltak som bidrar til å redusere uberettiget variasjon.***

Somatikken i Arendal har redusert andel inneliggende, og økt antall dagkirurgi, både på grunn omlegging av behandlingspraksis, men også på grunn av funksjonsfordelinger. Liggetider og behandlingsforløp er under stadig revidering for å sikre optimalt behandlingsforløp. Befolkningen i Østre Agder bruker sykehuset omtrent i samme grad enn andre steder i Norge.

Somatikken i Kristiansand har pga. arealknapphet jobbet aktivt for å gå fra døgn til dag/poliklinikk, både innen medisin og kirurgi. Dette arbeidet fortsetter. Kristiansand har fortsatt de laveste liggetidene i landet. I 2017 har mindre ortopediske operasjoner og karkirurgi (varicer) blitt utført i poliklinikk.

Somatikken i Flekkefjord har høy kapasitetsutnyttelse og et høyt forbruk av tjenester innen medisinske fag, samt innen ortopedi. Det arbeides i samarbeid med kommunene rundt forståelsen og mulige tiltak rundt dette.

KPH følger det som blir rapportert igjennom NPR-meldingen av EVD og rapporterer ikke særskilt på dette.

Det er imidlertid en stor bevissthet knyttet til ulikheter i bruk av helsetjenester på nasjonalt nivå. Dette er adressert blant annet i arbeidet med Samhandlingsmeldingen på Agder og Utviklingsplan 2035. Her fremkommer det at på Agder er forbruket av spesialisthelsetjenester innen psykiatri og rusbehandling er høyere enn i Norge for øvrig. Dette har medført økt kunnskap og anvendelse i bruk av prioriteringsveileder ved inntak i form av dokumentasjon av vurderinger som gjøres samt økt samhandling med primærhelsetjenesten. Variasjon i forbruk, varighet av utredning og behandling er også adressert i konsernrevisjonens gjennomgang våren 2017. Dette har generert flere prosjekter i KPH med hovedformål på reduksjon av utilsiktet variasjon. Dette, kombinert med standardisering jf. pakkeforløpene som vil bli implementert, er forventet å redusere den utilsiktede variasjonen. Det vil i tillegg arbeides ut flere pasientforløp som igjen vil medvirke til å redusere variasjonene mellom sykehus da disse vil bygge på nasjonale retningslinjer der dette foreligger, eller internasjonale guidelines.

### 3.2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### Vekst psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- **Mål 2017**

<i>Basert på tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i gjennomsnittlig ventetid fra 2016 til 2017				
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	-4,2 %	2,5 %	0,5 %	0,5 %
Sørlandet sykehus	-2,0 %	8,8 %	-6,0 %	-0,6 %

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i kostnader fra 2016 til 2017				
Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0,2 %	1,8 %	1,4 %	-1,3 %
Sørlandet sykehus	-0,3 %	2,1 %	2,0 %	-1,4 %

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i brutto månedsverk (utbetalt tid) fra 2016 til 2017				
Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0,5 %	-1,0 %	-1,6 %	-0,2 %
Sørlandet sykehus	1,0 %	-0,4 %	3,9 %	1,6 %

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember 1)</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i antall polikliniske konsultasjoner fra 2016 til 2017				
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2,6 %	-3,9 %	-9,8 %	-0,8 %
Sørlandet sykehus	2,8 %	2,4 %	-3,0 %	8,8 %

***Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).***

Satsingen på utvikling og omstilling av tjenestene innen psykisk helsevern er prioritert i 2017. Det har i 2017 vært forutsatt større vekst i regionen innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) og psykisk helsevern (BUP og VOP) enn somatisk sektor. Dette gjelder både aktivitet og kostnadsvekst, samtidig som nedgang ventetider er forutsatt større relativt sett innen disse områdene enn i somatikken.

Selv om det har vært lagt opp til en sterkere vekst innen TSB og psykisk helsevern, har utfordringene knyttet til ventetider og fristbrudd vært størst innen somatisk sektor. Som tidligere år har SSHF i 2017 lagt til grunn at både inntektsrammer, kostnadsutvikling, årsverksutvikling og ventetider skal ha et fokus hvor disse områdene styrkes relativt til de somatiske klinikkene.

- **Tall for resultatoppnåelse**

***Gjennomsnittlig ventetid skal ha prosentvis større reduksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra Helsedirektoratet.***

Endring i ventedager somatikk 2016-2017: fra 59 til 58 – reduksjon på 1,7 %

Endring i ventedager Vop/Bup sammenslått 2016-2017: fra 41 til 42 – økning på 2,4 %

Endring i ventedager TSB 2016-2017: fra 29 til 30 – økning på 3,4 %

Endring i ventedager KPH sammenslått 2016-2017: fra 38 til 41 – økning på 7,9 %

KPH fører en løpende kontroll med ventelister og ledig kapasitet. Avdelingene har inntaksteam med hyppigere møtrefrekvens og ukentlig fagmøte for å sikre gjennomstrømningen. Det jobbes med fordeling av pasienter i henhold til faktisk kapasitet hos behandlere og flytting av pasienter på tvers av team for å redusere ulikheter i kapasitetsutnyttelse. Det stilles spørsmål ved hvor mye større reduksjon i ventetid det vil være realistisk å oppnå på sikt. Innen TSB kommenteres det at 29 dagers ventetid er også nyttig med tanke på forvern og forberedelse til utredning/behandlingstilbud.

***Kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) skal ha prosentvis større økning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra de regionale helseforetakenes regnskap.***

Tekst

Kostnader eksklusive avskrivninger, legemidler og pensjon er fra regnskap 2016 til Regnskap 2017 redusert med 0,3 % for Somatikk. Psykisk helsevern voksne og barn og unge er økt med henholdsvis 2,1 % og 2,0 %.

TSB er redusert med 1,4 % fra 2016, mens Annet viser en nedgang på 1,2 %.

Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har en høyere andel lønnskostnader i forhold til andre kostnader enn Somatikk og Annet. Når andre kostnader i Regnskap 2017 er redusert pga. mva-kompensasjonsordningen gjør dette at sammenligning med Regnskap 2016 er vanskelig.

***Årsverk skal ha prosentvis større økning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private.***

Brutto årsverk i somatikken er i rapporteringen økt med 1 % fra 2016 til 2017. Samlet økning for psykisk helsevern og rus er 0,6 % fordelt på økning psykisk helsevern på 0,4 % og rusbehandling på 1,6 %. Det er mellom tjenesteområdene psykisk helsevern og rusbehandling fordelt legeårsverk i 2017 iht. mer reelt forbruk. I 2016 var disse legeårsverkene fordelt til psykisk helsevern voksne.

I 2016 ble årsverk innen administrasjonen fordelt med en annen nøkkel enn i 2017. I 2017 er årsverk fordelt mer reelt, og dette utgjør en forskjell på 6 årsverk som skulle vært fordelt til somatikk i 2016 istedenfor til psykisk helsevern og rus. Korrigert for forbedret fordelingsnøkkel så er økningen i psykisk helsevern og rus på 1 % i 2017 mot 2016, mens økningen i somatikken er 0,9 % i 2017 mot 2016.

***Aktivitet (polikliniske konsultasjoner) skal ha prosentvis større økning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra Helsedirektoratet (Helfo).***

Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner i somatikken er økt med 2,8 % fra 2016 til 2017. Økning innen psykisk helsevern og rus er 2 % fordelt på 2,4 % økning psykisk helsevern voksne, 8,8 % økning rusbehandling, men nedgang på 3 % innen psykisk helsevern barn og unge. Endret tellemåte av aktivitet innen psykisk helsevern barn og unge har resultert i nedgang i innrapporterte polikliniske konsultasjoner sammenlignet med i fjor. Rapportert aktivitet i 2017 er iht. Helsedirektoratets retningslinjer. Interne tall med telling av aktivitet tilsvarende 2016 viser en økning på ca. 1400 konsultasjoner i 2017, noe som utgjør en økning på 2,9 %. For TSB og psykisk helsevern voksne har det vært en økning i aktivitet pga. endret tellemåte. Med sammenlignbare tellemåter vil det være en økning i inntektsgivende konsultasjoner på mellom 2 - 3 % for psykisk helsevern og rus basert på egne lokale beregninger.

Både ventelistesituasjonen og et historisk svært høyt forbruksnivå på tjenester både innen voksenpsykiatri og rusbehandling, tilsier at det ikke skal være en høy vekst innen disse feltene på Sørlandet, jf. Samdatatall for 2015. Rammestyrkingen innen psykiatri og rusbehandling går i stor grad til å styrke aktiviteter som gir lite målbar aktivitetsvekst i dagens måleformer. Gjelder bl.a. samarbeid med kommuner, samt dekning av økte IKT-kostnader.

## **Tvang**

- **Mål 2017**

**NB: Tall foreligger ikke for 2017. Tall offentliggjort for 2016 gjelder per 10 000 innbyggere, ikke per 1 000 slik det er tatt inn i formuleringen i kravet**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Per 10 000 innbyggere	
Sørlandet sykehus	5,1	Foreligger ikke

***I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelses innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.***

Tettere samarbeid med kommunene gjennom opprettelse av FACT/ACT og Oppsøkende rehabiliterings (OR) team har vært tiltak som er initiert for å forsøke å redusere antall tvangsinnleggelses innen psykisk helsevern for voksne. Størstedelen av pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) er i løpet av året samlet i en enhet ved de ulike DPS-avdelingene. Dette har sikret en tettere oppfølging.

Implementering av lovendringen knyttet til lov om psykisk helsevern som trådte i kraft 1.september 2017 har blitt gjennomført. I forbindelse med denne lovendringen ble det avholdt kurs for ansatte. KPH har også stilt med ressurser til undervisning for fastleger. Det avholdes regelmessige felles TUD- forum for Aust- og Vest-Agder, her er også fylkeslegen til stede. Det er videre anerkjennelse av at etikk og god opplæring i lovverk for øvrig er nødvendig. Det er også utviklet tett samarbeid med døgnenhet der man har FACT/ACT team hvor man kan sikre en tidlig innleggelse, ofte frivillig, forut for en innsykning. Dette er også et tiltak som er antatt å kunne redusere tvang. Bruk av AAT er med på å sikre lettere tilgang til bistand når en krise utvikler seg.

Det er opprettet TANDEM team i samarbeid med Kristiansand kommune. Dette er et prosjekt som sikrer et sammenhengende og integrert behandlingstilbud til alvorlig syke pasienter som ikke tilfredsstiller kravene til inklusjon i FACT/ACT.

***Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.***

Opprettelse av FACT/ACT og OR team, samt AAT og Enhet for førstegangs psykose, øker muligheten for tidlig intervensjon og reduserer risiko for innsykning før behandling blir

tilbudt, særlig for kjente pasienter. Dette antas å kunne bidra til redusert bruk av tvangsmidler under innleggelsen.

PSA har som sykehusavdeling hatt fokus på TMA (terapeutisk mestring av aggresjon). Samtlige ansatte i avdelingen har i løpet av 2016 og 2017 gjennom en 2 dagers opplæring med TMA som hovedfokus (både teori og praktiske øvelser). Dette virker preventivt og kan redusere behovet for tvangsmiddelvedtak i døgnenhetene, samtidig som det gjør den enkelt ansatte bedre forberedt til å håndtere utfordrende situasjoner på en god måte når de oppstår.

På grunn av ressurser knyttet opp til Regional EPJ prosjekt (Digital fornying), har klinikken ikke kunnet intensivere arbeidet med å utvikle elektroniske tvangsprotokoller m.m.

- **Tall for resultatoppnåelse**

***Antall tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere skal være redusert sammenlignet med 2016. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

Tiltak initiert er blant annet opplæring i lov om psykisk helsevern, med fokus på samtykkekompetansevurderinger og viktigheten av samtykkekompetanse når tvang vurderes. Tettere samarbeid med kommunene gjennom team som FACT, ACT, OR og AAT (Ambulant akutteam) sikrer tidlig intervensjon.

Samlet viser tallene til og med november 2017 en nedgang i antall tvangsinnleggelse i Psykiatrisk sykehusavdeling i 2017 i forhold til i 2016.

***Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere registreres med mål om å redusere. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

Opplæring av samtlige ansatte i PSA i TMA (terapeutisk mestring av aggresjon) for å for å gjøre den enkelte bedre rustet til å håndtere utfordrende situasjoner på en bedre måte, noe som i neste omgang kan medvirke til redusert bruk av tvang i den enkelte enhet. Flere av enhetene har i tillegg hatt egne prosjekter med fokus på reduksjon i bruk av tvang. Dette har gitt positive resultater i aktuelle enheter i avdelingen. Dette arbeidet vil kunne ha overføringsverdi til andre enheter i avdelingen.

Avdelingen har gjennom hele 2017 månedlig fulgt med på utviklingen i bruk av tvangsmidler. Det gjelder både holding, medikamentelle og mekaniske tvangsmidler. Samlet sett viser disse tallene en nedgang i forhold til tallene for 2016. Disse tallen har blitt presentert for lederteamene i enheten månedlig.

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal levere komplette og kvalitetssikrede data om tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 til NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2016, datert august 2016.***

Komplette og kvalitetssikrede data og tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 er rapportert til NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt.

### **Tilbud til barn og unge**

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet>. Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.***

ABUP har opprettet barnevernansvarlig ved hver lokasjon. Pr dags dato poliklinikkleder ABUP Lister, Enhetsleder ved UK og enhetsleder AAE.

Barnevernansvarlig kan delegerer flere oppgaver til annen navngitt ansatt der det er hensiktsmessig, men hovedansvaret er lagt på ledere av aktuelle enheter.

Det er gjennomført møter mellom barnevernansvarlige i ABUP og helseansvarlige i BUF etat institusjonene.

Slik «Agder kartet» ser ut, tydeliggjør det den utfordringen som foreligger når det ikke tilføres noen ressurser til en slik funksjon ut fra hva som er tillagt av oppgaver i dekningsområdet ABUP SSHF.

### **Avbrudd i behandling**

- **Mål 2017**

**NB: Det er ikke offentliggjort tall på helseforetaksnivå for avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2017
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	40

***Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling registreres og det sikres færrest mulig avbrudd. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

ARA jobber med å sikre sårbare overganger. Det er identifisert at overganger i omsorgsnivå i behandlingen kan gi avbrudd. Det er gjennomført et prosjekt «Droppet ut prosjektet». Dette prosjektet har generert enkelte anbefalinger for å sikre overgangene. Det jobbes med å implementere disse. Det er også fokus på tettere samarbeid internt og eksternt med kommunene og andre instanser, for slik å sørge for mindre «drop out» fra behandling.

## LAR

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.***

Det vil bli utarbeidet prosedyre for prevensjonsveiledning og samarbeid med somatikken/gyn. Arbeider med pakkeløp / gravide – rus.

## Finansieringsordning

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal forebygge evt. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017. Omleggingen skal brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.***

KPH startet implementeringsarbeidet med ISF allerede i oktober 2016 hvor omleggingen for finansieringsordningen for poliklinikk og psykiske helsevern og rusbehandling i 2017 ble forankret i KPHs ledergruppe. Klinikkestab har fra denne periode og i hele 2017 vært i tett dialog med både Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse for å avklare spørsmålsstilling knyttet til forståelse av regelverk og koding. Behandlerkorps og merkantile i polikliniske tjenester har vært på opplæring og NIMES benyttes til sekundær kodekontroll. Særskilte retningslinjer for ensartet forståelse av Strukturert poliklinisk dagtilbud er utarbeidet samt spesifikke kodingsregler på multiaksiale akser innen BUP.

Det er kjørt rapporter og sammenlikninger registrert aktivitet 2016 for å undersøke at uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen ikke har skjedd.

### **3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

#### Timeavtale

- **Mål 2017**

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

«Pasienten får time i 1. brev» har ligget rundt 80 % i 2017. Langtidsplanlegging for legene, kontortjeneste med tilstrekkelig kapasitet, eierskap og god logistisk kompetanse, samt godt samarbeid mellom kontortjenesten og legetjenesten, er avgjørende for å oppnå god måloppnåelse på denne indikatoren.

Somatikken i Arendal har en måloppnåelse på 86 % for 2017. Gyn/obst avd., medisinsk avdeling og øyeavdelingen har over 90 %, mens BUA, Kirurgisk og smertepoliklinikken har utfordringer som bidrar til å trekke ned gjennomsnittet. Klinikken jobber med bedre planleggingshorisont/bruk av GAT som vil bedre direktebookingen i 2018.

Smertepoliklinikken har i desember 2017 flyttet inn i hovedbygningen, noe som vil bedre administrasjonen av dette tilbudet.



80 % av pasientene henvist til somatikken i Kristiansand fikk direkte time. Det er fortsatt variasjon mellom avdelingene, men bunn-nivået er ikke så lavt som tidligere, og flere avdelinger har stabilisert seg på et høyt nivå. Det jobbes bl.a. med planlegging av legenes arbeidstid og merkantile rutiner.

KPH har en gjennomsnittlig direktebooking på 91 %. KPH har hatt høy gjennomsnittlig direktebooking igjennom flere år, og avdelingssjefer følges opp på denne kvalitetsindikatoren i de månedlige oppfølgingsmøtene.

### **Korridorpasienter**

- **Mål 2017**

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
Andel korridorpasienter - somatikk	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	1,1 %
Sørlandet sykehus	1,1 %

### ***Ingen korridorpasienter***

Somatikken i Arendal har hatt i gjennomsnitt 45 pasienter på korridor pr. måned. Tiltakene er å endre sammensetning av fagområder for å lette de postene med mest belegg. I tillegg pågår prosjekt «Gode pasientforløp» hvor klinikken jobber med å standardisere enkelte forløp, og flytte pasienter som har mulighet til pasienthotellet.

Somatikken i Flekkefjord har korridorpasienter. Få på kirurgisk avdeling, men 433 døgn er registrert på korridor for medisinske pasienter. Gjennomgår forbruksdata og arbeider med å få ned forbruket av spesialisthelsetjenester. Belegget i sengepostene er i dag for høyt. Går inn i et samarbeid med kommunene om pasientforløp.

Akuttmottaket i Kristiansand har jevnlig betydelig overbelegg i forhold til kapasitet på areal og personell. En økning på 1 000 pasienter pr. år har medført at det nå mottas dobbelt så mange pasienter pr år som det er planlagt for. Mange pasienter må ligge i korridorene, med utfordring på overvåking og personvern. Disse korridorpasientene blir ikke registret i ordinære rapporteringer. Enkelte dager balanseres det mot forsvarlighetskravet.

- **Tall for resultatoppnåelse**

***Andel korridorpasienter på sykehus skal være 0 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

Somatikken i Kristiansand har i praksis ikke utfordringer knyttet til korridorpasienter med 0,2 % for 2016 og 0,9 % for 2017, med unntak av akuttmottaket nevnt over.

KPH har ikke korridorpasienter.

## **Infeksjoner**

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Folkehelseinstituttet</i>	2016		2017
Andel sykehusinfeksjoner	2. tert.	4. tert.	2. tert.
Helse Sør-Øst	4,2	4,2	3,1
Sørlandet sykehus HF	6,5	4,1	3,1

### ***Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.***

Infeksjoner oppstått i eget sykehus i Arendal har variert fra 1,2 % til 3,0 % i 2017. Dette er innenfor måltallene. Tiltak er kontinuerlig fokus på håndhygiene og logistikk i operasjonssalen, inkludert engangsdekke for operasjon.

- **Tall for resultatoppnåelse**

- SSHF gjennomfører 4 årlige prevalensregistreringer.

### ***Andel sykehusinfeksjoner skal være redusert sammenlignet med 2016. Tall hentes fra Folkehelseinstituttet (publiseres 2 ganger årlig).***

Prevalensregistreringer er øyeblikksmålinger med få observasjoner. Tallene vil derfor variere fra måling til måling tabellen viser, men de viser trender over tid.

Det har vært en positiv utvikling med nedgang i antall HAI oppstått i eget sykehus de senere årene, med flere prevalensregistreringer innenfor målsettingen (<3 %). Fra Smittevernenhetens side har man kontinuerlig fokus på, og har deltatt i, pasientsikkerhetskampanjene om forebygging av urinveisinfeksjoner og SVK relaterte infeksjoner. Deltatt i tverrfaglig prosjekt i alle tre sykehus med fokus på reduksjon av postoperative sårinfeksjoner. Kontinuerlig undervisning om smittevern til ulike faggrupper.

I 2016 var prevalens mellom 1,1 % og 4,5 %. I Arendal har vi dermed sett en forbedring i 2017. I 2016 og 2017, er det kun i ett kvartal at prevalens er 3,0 % eller høyere.

Prosenttallene representerer helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) oppstått i eget sykehus. Målingene 8. februar og 6. september ikke pålagt, men tallene er rapportert inn til FHI. Kvalitetssikring av tallene er nødvendig og utføres av smittevernenhetens personell før tallene rapporteres til FHI.

Fokus på håndhygiene og basale smittevern rutiner er viktigste tiltak for å hindre infeksjoner. Avdelingene og smittevernsykepleier samarbeider tett. E-læringskurs og undervisning foregår enkeltvis og i grupper.

## **Resistens og antibiotika**

- **Mål 2017**

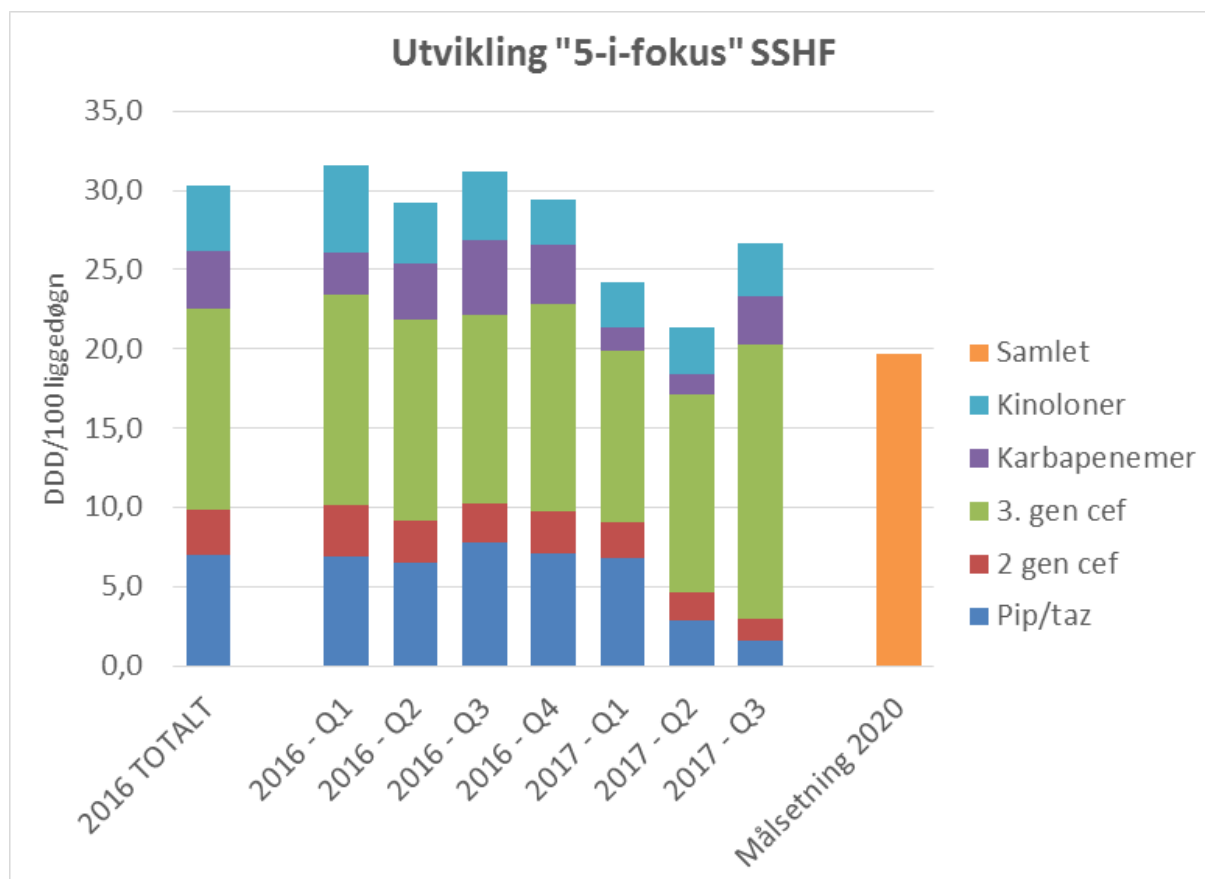
***30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede***

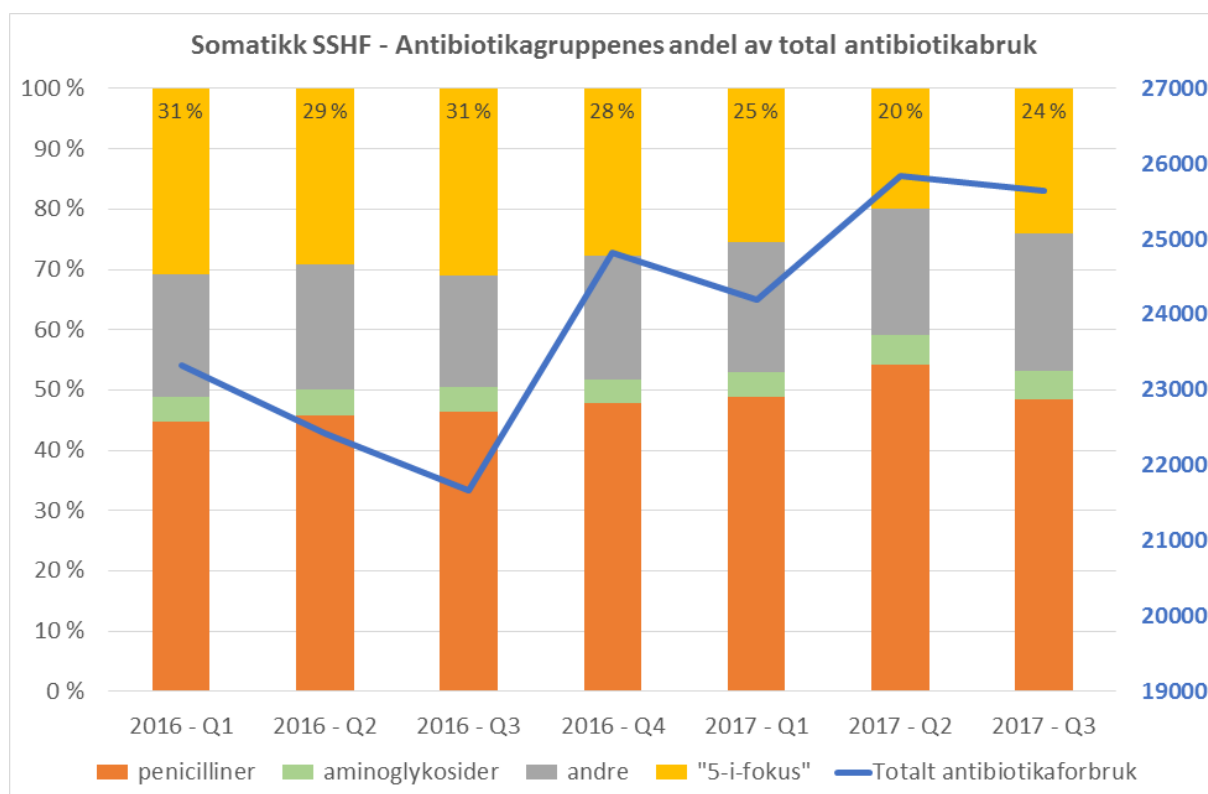
**midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).**

SSHF har egen antibiotikakomite i regi av legemiddelkomiteen. Antibiotika styringsprogram ble startet opp januar 2017. Fra 1. juni har SSHF ikke besatt smittelegestillingen, men funksjonen deles mellom tre overleger som en foreløpig løsning inntil stillingen er besatt. Strategisk laget verktøykasse for gjennomføring av antibiotikaprogrammet. Oppfølging hovedsakelig gjennom undervisning deltakelse i fagmøter.

• **Tall for resultatoppnåelse**

**Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner) skal vise 30 prosent reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012. Tall hentes fra Sykehusenes legemiddelstatistikk (publiseres tertialvis).**





Det absolute forbruket av «5-i-fokus» ser ut til å ha gått litt ned (fra ca. 7 000 til ca. 6 000).

Alle somatisk klinikker benytter elementer fra verktøykassa:

- Tavlemøter med fokus på antibiotikabruk
- Velg riktig – endringsagenter
- Velg smalt
- Antibiotika prevalens
- Audits

Farmasøyt har undervisning og gjennomgang av antibiotikabruk med legene.  
Revurdering av antibiotika daglig (eget utarbeidet skjema gjennomgås).

### **Trombolysebehandling**

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2014	2015	2016
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse			
Helse Sør-Øst	59,8	59,3	61,8
Sørlandet sykehus HF	74,2	60,3	67,9

***Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse skal være minst 50 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

SSHF har nådd målet med god margin. Det er noen variasjoner mellom de tre sykehusene.

## **Samvalg**

- **Annen oppgave 2017**

***Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandling skal styrkes. Det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling.***

SSHF har i 2017 arbeidet videre med utvikling av samvalgsverktøy innen HIV og tidlig brystkreft. Arbeidene gjøres i nært samarbeid mellom RHF-ets «samvalgs-team», fagpersoner i SSHF og andre helseforetak, samt brukerrepresentanter. HIV-verktøyet er snart ferdig for pilotering, noe som vil oss viktig erfaring til videre arbeidet med utbredelse og kompetanseutvikling.

Arbeidet med brystkreftverktøyet har av ulike grunner hatt mindre fremdrift, men målet er ferdigstilling våren 2018.

Samvalg blir også fokusert i *SSHF Utviklingsplan 2035* med klare mål og tiltak. Dette innebærer at SSHF vil operasjonalisere hvordan helseforetaket vil jobbe for å øke kompetansen i samvalg. Sykehuset vil ta i bruk «klar for samvalg» så snart dette rammeverket er klart.

Somatikken i Arendal tilstreber å gi pasienten informasjon om behandlingstilbud og behandlingssted. I 2018 ønsker visittstoll innført for å bedre kommunikasjon mellom pasient og behandler for innlagte pasienter på den daglige visitten.

Medisinsk avdeling i Kristiansand har brukerstyrte poliklinikker for HIV og ME. Medisinsk avdeling har i 2017 innført hjemmebehandling med langtids antibiotika ved hjelp av infusjonspumper. Kirurgisk avdeling deltar i samvalgsprosjekt i HSØ.

Somatikken i Flekkefjord har fokus på samvalg og spør om «Hva er viktig for deg?». For 2018 tas temaet samvalg inn i undervisningen for leger og sykepleiere og implementeres i læringsmål for LIS-leger.

Samvalg i tjenesten for å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandlingen foregår gjennom flere prosjekter i KPH. Klinikken er med i multisenter forskningsstudien *Bedre PsykoseBehandling* der samvalg er et eget tema ved beslutninger om medikamentell behandling. Dette prosjektet omfatter den delen av tjenesten som behandler og følger opp pasienter med psykoselidelser.

I begynnelsen av 2017 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle KPHs pasienter der de blant annet ble spurt om de opplevde samvalg forrige gang det ble tatt en beslutning

om behandlingen deres. Resultatene fra denne tverrsnittstudien er under bearbeiding og vil publiseres ila vinteren 2018.

Videre etableres samvalg gjennom bruk av utrednings- og behandlingsplan hvor pasienten er involvert i drøfting av tiltak som initieres. Fokus på Recovery og implementering av metoden IMR (livsmestringsgruppe) i behandling av alvorlig syke pasienter er også med på å støtte opp om større grad av samvalg.

## **Prioritering**

### **• Annen oppgave 2017**

***Det vises til Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge prinsippene for prioritering til grunn for innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene og Statens legemiddelverk skal etablere en felles tilnærming til hvordan prinsippene for prioritering skal operasjonaliseres i tråd med forslagene i meldingen og tilpasset endringene i legemiddelforskriften som vil bli sendt på høring i 2017. Sørlandet sykehus HF skal følge opp dette arbeidet innenfor sitt ansvarsområde og om nødvendig delta i prosessen etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.***

- SSHF har i høringen uttrykt bekymring for konsekvensene av endringene i legemiddelforskriften, dette bør også diskuteres i Regionalt Legemiddelforum, det gjelder mangelfull finansiering av H-resepter, behov for flere kontroller og belastning på spesialisttjenesten som skal ordinere H-reseptene, mer byråkrati, fravær av IKT verktøy ved innføring av ordningen
- Foretakene er i ferd med å bygge opp *egne kontrollrutiner* for å sikre at ordningen etterlevs. Slik det nå legges opp til, må hvert foretak kontrollere at forskrivningen er i tråd med regelverket. Dette er en ny tjeneste innen foretakene, og man har i dag verken avsatt ressurser eller kompetanse til den type virksomhet. Dessuten blir kontrollene kun utført i ettertid, etter at pasienten sannsynligvis har brukt opp legemidlet. Dermed fins det ingen reell mulighet til å stoppe utgifter som er feil i forhold til regelverket.
- Der nødvendig med *sentral regulering av forskrivningspraksis*. Det er ikke hensiktsmessig, og for seint, at foretakene kontrollerer opp mot tilsendte fakturaer fra apotekene.
- *Samhandlingsreformens* hensikt er å legge til rette for et helhetlig behandlingsforløp. Når det gjelder blåreseptordningen har legemidlenes pris og refusjon vært den samme uavhengig av om behandlingen er gitt i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegen. Dersom foretakene skal betale for legemidler som i hovedsak brukes i spesialisthelsetjenesten eller følges opp derfra, vil det bli et kunstig skille i finansieringen. Det vil heller ikke understøtte helhetlige pasientforløp dersom pasienter må betale egenandeler for legemidler forskrevet av fastleger, men ikke av sykehusleger.
- Høringsnotatet foreslår at flere legemidler skal finansieres av foretakene. Dette vil føre til økt belastning for foretakets poliklinikker og spesialister, fordi spesialisthelsetjenesten da vil måtte overta den oppfølgingen fastlegene og

kommunehelsetjenesten gir i dag. Dette gir ikke mulighet for individuell vurdering for å finne lavest mulige gode omsorgsnivå for den enkelte pasient.

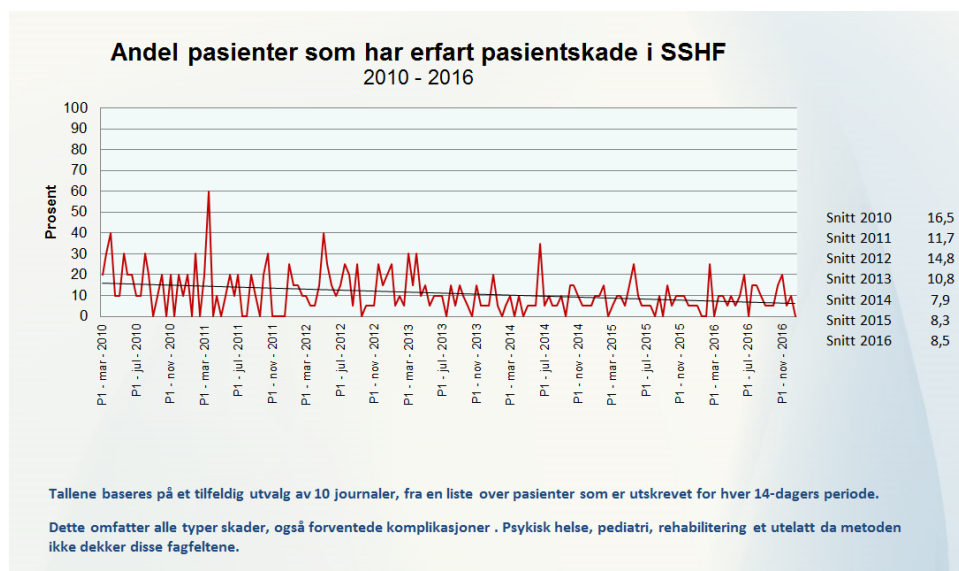
***Sørlandet sykehus HF skal legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.***

Prinsipper for prioritering er en del av opplæringen av nye ledere i SSHF.

### **GTT-undersøkelse**

- **Tall for resultatoppnåelse**

***Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene skal reduseres med 25 prosent innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.***



Grafen viser utvikling i pasientskadetall basert på undersøkelser med GTT-metodikk. Tallene viser en gunstig utvikling i tråd med de mål som foreligger.

Det er fortsatt små utvalg. Man ser fram til digital høsting av data fra EPJ-systemet. Prinsippet med kunstig intelligens kan være en slik løsning. Dette benyttes nå som forsøksordning ved preoperativ vurdering av pasienter. Det søkes digitalt i pasientens EPJ etter definerte risikofaktorer knyttet til anestesi.

## Overlevelse

- **Tall for resultatoppnåelse**

<i>Tall hentet fra Folkehelseinstituttet</i>	2016
<b>30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016:</b>	
uansett årsak til innleggelse	
• Helse Sør-Øst	95,1
• Sørlandet sykehus HF	94,7
innleggelse for hjerneslag	
• Helse Sør-Øst	87,1
• Sørlandet sykehus HF	87,4
innleggelse for hoftebrudd	
• Helse Sør-Øst	91,2
• Sørlandet sykehus HF	90,3
innleggelse for hjerteinfarkt	
• Helse Sør-Øst	92,5
• Sørlandet sykehus HF	92,2

**30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse).  
Datakilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet):  
Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig).**

SSHF har noe lavere overlevelse sammenlignet med nasjonale gjennomsnittstall på HF-nivå. Det er også utfordringer når pasienten dør i 30 dagers forløpet. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra kommuner/ SSHF skal følge opp dette.

SSHF har tidligere innført TILT, et verktøy for å oppdage risikopasienter og gi disse rask behandling ved behov. Dette bidro sannsynligvis til «normaliserte» overlevelses tall for alle tre sykehus 2014 og 2015.

SSHF har bedt FHI om nye rapporter for hvert sykehus (SSA, SSK og SSF). Dette er nødvendig for å gjøre nødvendige analyser og igangsette forbedringer. Saken vil bli fulgt opp når relevante data foreligger fra FHI.

Somatikken i Flekkefjord har fokus på infeksjonsforebygging, deltagelse i pasientsikkerhetsprogrammet samt tidligst mulig operasjon ved hoftebrudd.

**30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016. Datakilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet): Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig).**

SSHF har ingen avvik fra nasjonale gjennomsnittstall.

**30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016. Datakilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet): Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig).**



SSHF har ingen avvik fra nasjonale gjennomsnittstall.

***30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016. Datakilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet): Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig).***

SSHF har ingen avvik fra nasjonale gjennomsnittstall.

## **Vold og trusler**

### **• Annen oppgave 2017**

***Helse Sør-Øst RHF skal bidra i Helsedirektoratets kartlegging av omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og av hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon hvis det er aktuelt med videre oppfølging fra Sørlandet sykehus HF.***

SSHF har startet opp et eget prosjekt som ledes av sikkerhetsavdelingen. HR og Bedriftshelsetjenesten er involvert.

Det er gjennomført temadager hvor tiltak og løsninger med utagerende voldelige pasienter har vært tema. Det er diskutert muligheter knyttet til

- fysiske romfasiliteter og skjermingsmuligheter
- hjelp fra vektere og politi i slike situasjoner
- hjelp fra psykiatri for både voksne og barn/ungdom
- kompetansetiltak

***Sørlandet sykehus HF skal samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.***

SSHF har en retningslinje på området. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) har fokus på temaet, og vil fortsatt ha det i 2018. Det er et prosjekt som ledes av sikkerhetssjefen hvor dette er et tema.

## **Pasientforløp**

### **• Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i opptaksområdet deltar.***

SSHF deltar i Læringsnettverket for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke på Agder sammen med alle de 30 kommuner i Agderfylkene. Form og forankring internt i klinikkene er fortsatt under utvikling og det er behov for koordinering med annet kontinuerlig forbedringsarbeid, samt tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet. Arbeidet har for øvrig allerede gitt målbare forbedringer i samhandlingen om pasientforløp, herunder gjennom ny

MAL for PLO-meldinger og revidert sjekklister for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.

## **Fødetilbud**

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.***

SSHF følger anbefalingen at jordmor skal være hos den fødende så tidlig som mulig i aktiv fase og til fødselen er over.

Dersom det oppstår samtidighetskonflikter og dette ikke blir fulgt, registreres det i avvikssystemet TQM. SSHF bruker avvikssystemet aktivt til kvalitetsforbedring.

I Kristiansand var det 11 registrerte avviksmeldinger i 2017 hvor dette ikke ble innfridd. Situasjoner med samtidighetskonflikter hvor ledere og fagjordmødre er satt inn i pleien for å forhindre dette er ikke registrert i TQM.

Det er ikke registrert avvikssaker i Arendal.

I Flekkefjord er det et baktvaktsystem på kveld og natt slik at ekstra jordmor kan tilkalles på kort varsel.

## **Habilitering og rehabilitering**

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.***

### Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR)

AFR har et tverrfaglig sammensatt ambulerende team bestående av 4 årsverk, 1 årsverk teamleder/ fysioterapeut, 2 årsverk ergoterapeut og 1 årsverk sykepleier. Lege er knyttet til teamet. Andre faggrupper blir benyttet ved behov, eksempelvis logoped og nevropsykolog. Teamet har 25 års erfaring. Teamet skal hovedsakelig følge opp ATBI pasienter, men benyttes også i overføringer og oppfølging av moderate og lettere hodeskader og slagpasienter med store kognitive utfordringer.

Teamet bidrar med nyttig kompetanse om spesialisert rehabilitering til behandlende instans i spesialisthelsetjenesten, både forventningsavklaring og betydningen av igangsetting av rehabilitering i tidlig fase.

Ambulant rehabiliteringstjeneste sørger videre for en «rød tråd» i pasientforløp, både for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere og bidrar dermed til sømløse overføringer. Pasienter, pårørende og samarbeidspartnere trygges i de sårbare overføringene i behandlingsskjeden.

Ambulant rehabiliteringstjeneste bidrar til kompetanseoverføring/kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjeneste og andre samarbeidsinstanser; kommune, arbeid, skole/utdanning og nav m. fl. i tråd med veiledningsplikten.

### HABU

HABU, SSK, har i mange hatt en omfattende ambulant virksomhet ut i kommunene. Vi monitorerer og evaluerer den ambulante virksomhet årlig. Dette skjer ved at vi innhenter statistikk over hvor mange ambulante konsultasjoner vi har og hvor stor andelen de ambulante konsultasjonene utgjør av vårt totalt antall polikliniske konsultasjoner. Statistikk for 2017 foreligger først litt ute i januar, men for 2015 og 2016, viser årsstatistikken at vi i 2015 hadde totalt 1290 ambulante poliklinisk konsultasjoner. Tallene for 2016 var 1281 og det utgjorde 40 % av den totale polikliniske virksomheten. Vi regner med at tallene for 2017 vil ligge på noenlunde tilsvarende nivå som tidligere år.

Habiliteringstjenesten for voksne har ambulante tjenester både i Aust og Vest Agder. Dette gjelder ofte pasientsaker der det vurderes hensiktsmessig å gi tilbakemelding/oppfølging/veiledning i kommunen.

I andre tilfelle er det saker/forespørslers fra kommuner/andre om generell veiledning om for eksempel lov om tvang og makt overfor utviklingshemmede hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

De sakene blir det fattet vedtak om i kommunene, og sendes til Habiliteringstjenesten v/PSA for uttalelse før fylkesmannens vurdering og godkjenning.

### Hjemmedialyse

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016			2017	
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.
Helse Sør-Øst	18,0	17,9	19,2	20,4	22,0
Sørlandet sykehus HF	13,4	13,9	16,5	17,3	15,6

### ***Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).***

Antallet pasienter som får hjemmedialyse har vært forholdsvis stabilt på 3 – 4 pasienter de siste årene i Kristiansand. I grunnlaget for Kristiansand ser man på pasientene som blir behandlet her ved SSK, samt satellittene i Flekkefjord (4 pasienter) og i Bykle (2 pasienter). Men i løpet av 2. og 3. tertial har en større andel av pasientene gått over til å få hjemmedialyse. Pr. desember 2017, er det 10 pasienter som får hjemmedialyse av totalt 51 pasienter. Ved utgangen av 3. tertial, vil dermed 19,6 % av pasientene få hjemmedialyse.

I Arendal fikk 27 % hjemmedialyse i desember 2017.

## Akuttfunksjoner

### • **Annen oppgave 2017**

***I foretaks møte 3. mai 2017 ble det fattet vedtak om at utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.***

SSHF har utarbeidet en plan for oppfølging av arbeidet i Flekkefjord som innarbeides i Utviklingsplan 2035.

1. Sørlandet sykehus (SSHF) ved adm. direktør besluttet den 27.11 at vi vil etablere den nye spesialiteten for akutt og mottaksmedisin (AMM). SSHF skal etablere en tverrgående arbeidsgruppe (hvor både Arendal, Kristiansand og Flekkefjord inngår) som skal planlegge og tilrettelegge for oppnåelse av læringsmål for LIS 2 og 3 til AMM med oppstart fra 2019. Arbeidsgruppen skal ledes av seksjonsleder Akuttmottak Kristiansand og det er planlagt oppstart i begynnelsen av 2018.
2. Sykehus i nettverk – faglig samarbeid mellom Kristiansand og Flekkefjord. Det har vært nedsatt to arbeidsgrupper som presenterte sitt arbeid og anbefalinger høsten 2017. Det skal innen 31.12 utarbeides en beskrivelse (konkretisering) av modell (konkretiseres) som skal konsekvensvurderes våren 2018 og vurderes for implementering.
3. Nye tiltak – tilbakeføring av kontrollpasienter fra Listerområde fra Kristiansand og Arendal til Flekkefjord. Innen ØNH så skal det vurderes å etablere en hørselsentral i SSF. Det er ønskelig å få til at øyepasienter fra Listerområder får gjennomført kontroller i Flekkefjord. Arendal har rekrutteringsutfordringer slik at ambulering er ikke gjennomførbart pr. d.d. Det er ønskelig at Listerområde får en avtalespesialist innen øyefaget men det ligger antatt litt frem i tid.

Det gjennomføres i tillegg kortsiktige tiltak som:

- Styrke legekompentanse i akuttmottak innenfor Med. avd.,
- Forbedret radiologitjeneste med fokus på tilgjengelighet på kveld, natt og helg
- Rekrutteringstiltak
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- «Traumeløftet. Det har siden våren 2017 har det pågått et arbeid ved SSF, for å sikre kvalitet i behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Tiltak for å øke og beholde motivasjon og engasjement er prioritert. Dette gjøres gjennom faglig påfyll, internt og eksternt, samt kontinuerlig kulturarbeid. De ansatte opplever også god lokal lederstøtte. Det er for tiden få kirurger å dele arbeidsmengden på, og faren for slitasje vurderes som høy. Hyppige simuleringsøvinger i mottaksteamet (traumeteam) er iverksatt, og beslutningstrening med pasienthistorier (for kirurger og anestesileger) er avholdt. Rotasjoner og hospitering for kirurger ved andre sykehus har vist seg vanskelig å gjennomføre, bl.a. pga. lav bemanning for tiden. Det pågår et betydelig systemarbeid, gjennom en lokal arbeidsgruppe, felles prosedyrer i hele SSHF og iverksettelse av tekniske løsninger for varsling av personell som ikke er på sykehuset. Det er i samarbeid med OUS' Avdeling for traumatologi planlagt systematisk gjennomgang av pasientjournaler. Dette er tenkt gjennomført ved alle tre lokasjoner.

## Utskrivning

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018.***

Gjennom tett samarbeid med kommunene ser man få pasienter som i dag er utskrivningsklare ved psykisk helsevern og TSB hvor utskrivelse forsinkes på grunn av kommunene. Det er i dag regelmessige samarbeidsmøter med kommunene om enkeltpasienter, og jevnlig møte med ledelsen i enkelte opptaksområder. KPH registrerer i dag utskrivningsklare pasienter, men det er enkelte utfordringer knyttet til DIPS der hvor det avdekkes feilregistreringer og mulighetene for enkelt selv kunne rette opp disse feilregistreringene.

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

#### Heltidskultur

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal arbeide for å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 prosent stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.***

- Heltidspolicydokumentet er korrigert og understreker lederes ansvar for å motivere til større stillingsbrøker.
- Påminnelse om heltidspolicy i samlinger for enhetsledere
- Organisasjonsavdelingen bidrar aktivt med påminnelser og innspill om heltidsarbeidet når ledere vil utlyse stillinger under 100 %
- Bidratt i prosjekt SSA der man ansetter 8 personer fast i 100 % stilling inkludert 20 % fleksible timer
- Ansetter i 100 % fast traineestillinger for nyutdannede sykepleiere.
- Deltar i forum i samarbeid på fylkesnivå
- Lederutviklingsprogrammene har fokus på dette, samt arbeidsgiverpolitikkgruppa i SSHF.
- Bemanningenhet i SSHF som kombinerer stillinger med poster slik at ansatte får full stilling.
- SSHF deltar i prosjekt for et likestilt arbeidsliv og det tas ut statistikk for å følge med på deltidsutfordringer med tanke på forskjeller i kjønn.

***Sørlandet sykehus HF skal sikre at nyutdannet helsepersonell i større grad enn nå tilbys hele faste stillinger.***

SSHF har 100 % faste traineestillinger for nyutdannede sykepleiere.

SSHF arbeider også for at det skal bli flere heltidsstillinger i avdelingene.

## Utdanning

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal, med særskilt oppmerksomhet på yrkesgrupper hvor rekruttering er utfordrende, sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakets fremtidige behov.***

Klinikk for prehospitale tjenester har i 2017 utarbeidet plan for fremtidig kompetansebehov for ambulansemedarbeidere, og har økt antall lærlinger i ambulansesfag fra 13 til 19, for å bedre grunnlaget for fremtidig rekruttering.

I somatikken er rekrutteringsutfordringer knyttet til noen spesialister blant annet gastrokirurgi, revmatologi og mamma/endokrinologi. Det er en særlig utfordring å finne jobb for ektefeller ved legerekuttering internasjonalt.

I KPH er det utfordringer knyttet til å rekruttere psykiatere/overleger. Det arbeides med rekruttering gjennom LIS-forløpet samt at man tilbyr hospitering/praksis til fastleger.

Rekruttering av spesialsykepleiere innen operasjon, intensiv, barn og jordmødre er også svært utfordrende. For å sikre nødvendig etter-rekruttering har SSHF etablert en ordning hvor 32 sykepleiere gis 80 % lønn under utdanning innen disse utdanningsgrenene.

SSHF har inngått en avtale med høyskolen i Sørøst Norge om ekstra studieplasser for jordmødre og har studentene i praksis ved foretaket. Det planlegges også at det etableres kombinasjonsstillinger mellom SSHF og kommunene for jordmødre. Det vil sikre faglig kvalitet, 100 stillinger, og at SSHF beholder jordmødrene i foretaket.

SSHF har innført nytt utdanningsløp for leger i spesialisering (LIS1). Det har vært et omfattende og krevende arbeid som er prosjektorganisert med prosjektleder i 50 % stilling. Det er avholdt veiledningskurs i regi av OUS for 42 leger, et kurs som er obligatorisk for å veilede LIS. Dossier/Kompetanseportalen er innført som dokumentasjonsverktøy for gjennomføring av læringsaktiviteter og oppnåelse av læringsmål for LIS-ene. SSHF er i rute med implementeringen av ny struktur for LIS og har startet arbeidet med LIS 2 og 3.

SSHF samarbeider godt med kommunene om ansettelser av turnusleger/LIS 1. De ansettes i SSHF med rettighet til kommunal tjeneste i en av våre samarbeidende kommuner.

SSHF ønsker å bidra til at ungdom får læreplasser i regionen. Foretaket har et godt samarbeid med opplæringskontorene i Agderfylkene og arbeider kontinuerlig for å øke antall lærlingeplasser for de yrkesfaglige utdanningene. Nytt i 2017 er lærlingeplass i logistikk.

Det er behov for å styrke veiledningskompetansen innen sykepleie, og i samarbeid med UIA pågår det et arbeid med å se på nye måter å organisere veiledning av sykepleiestudenter på. Det er avholdt veiledningsseminar trinn 1 for 60 sykepleiere og trinn 2 for 15 sykepleiere.

## **Medarbeiderundersøkelsen**

- **Mål 2017**

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

Handlingsplan til IA-avtalen som gjelder fram til 31.12.2018 har klare mål. Arbeidsmiljøet har betydning for både effektive helsetjenester og for høy pasientsikkerhet. I 2018 skal ny spørreundersøkelse implementeres. Med 38 spørsmål kartlegger «ForBedring» ulike sider av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen. Resultatene fra kartleggingen skal brukes til dialog og forbedringsarbeid i den enkelte enhet. Undersøkelsen skal pågå i februar, og handlingsplaner med tiltak for bedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhet skal utarbeides innen utgangen av mai 2018.

Medarbeiderundersøkelse er ikke blitt gjennomført i 2017 påvente av ny undersøkelse. Kravet til systematisk oppfølging av arbeidsmiljøet har ligget fast selv om det ikke har vært gjennomført en undersøkelse. Enkelte avdelinger i somatikken opplever at oppfølgings av medarbeiderundersøkelsen er tidkrevende og at det kan være vanskelig å prioritere. I KPH følges medarbeiderundersøkelsen opp både med den enkelte ansatte i medarbeidersamtaler og i grupper. Dette er også tema i personalmøtene

Det er etablert et samarbeid mellom Fagavdelingen og HR-seksjonen for arbeidet ForBedring. Det har vært gjennomført undervisning i klinikkene samt på den lille lederskolen i SSHF. Ny forskrift har vært eget tema på lederutviklingsprogrammene i SSHF. SSHF er pilot i prosjektet et Likestilt arbeidsliv og deler av dette omfattes også av arbeid i prosjektet.

### **3.5. Forskning og innovasjon**

#### **Forskning**

- **Mål 2017**

***Fem prosent av pasientene skal være inkludert i klinisk forskning.***

Fem prosent oppfattes inntil videre som retningsgivende. Dette styringsparametret fra Oppdrag og bestilling er under avklaring siden det blant HF-ene er signalisert usikkerhet vedrørende hva slags type forskning som inkluderes i begrepet klinisk forskning (teller) og hvordan beregne pasientgrunnlag (nevner). Som en konsekvens av dette har HOD nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe som skal arbeide frem en rapport som vil gi en nærmere beskrivelse av hvordan aktivitet i kliniske studier skal måles i helseforetakene. En nærmere beskrivelse av aktivitet på dette styringsparametret avventes derfor inntil det foreligger nærmere føringer for korrekt registrering.

SSHF har etablert seg som det mest forskningsaktive sykehuset utenfor universitetsmiljøene i Norge. Fra 2010 til 2016 leverte forskere ved SSHF omlag seks doktorgrader årlig. I samme tidsrom økte SSHF antall publiserte artikler årlig i referee-baserte tidsskrifter fra 59 til 106 (økning på 80 %), hvorav omlag 30 % i nivå 2-tidsskrifter. Antall vitenskapelige poeng (NIFU-step) er økt fra 40 til 98. I nasjonal og internasjonal sammenheng har SSHF spesielt sterke

forskningsmiljøer innen nevrologi/flåttbårne sykdommer, revmatologi, gastroenterologi, kardiologi, onkologi, kvinnesykdommer, rus og psykiatri, og tematisk innen epidemiologi, livsstilsintervensjon, livskvalitet og helseøkonomi.

MSK er en bidragsyter i ulike forskningsprosjekter som leverandør av lab- og radiologiske tjenester, bla til SSHF sin satsning på flåttforskningen.

KPH inviterte i januar 2017 alle pasienter over 16 år som hadde personlig kontakt med tjenesten i en spesifikk uke til å delta i forskningsprosjekt der samvalg og bruk av legemidler skulle kartlegges. Av 2600 aktuelle pasienter valgte nærmere 1000 pasienter å delta. Pasientene ble rekruttert fra alle deler av tjenesten i KPH, alle behandlingsnivå og alle enheter.

I forskningsprosjektet *Bedre PsykoseBehandling* er 88 pasienter fra KPH med psykoselidelse inkludert. Disse pasientene rapporterer ulike elementer omkring sin egen funksjon og tilfredshet med tjenesten fire ganger; ved inklusjon og etter 6, 12 og 18 måneder.

Gjennomgang med de ulike avdelingene viser at man ikke har konkret oversikt over faktisk prosentvis involvering, men at man antar at en andel tilnærmet denne prosenten er involvert i ulike studier ved de ulike avdelingene. Blant studier kan følgende nevnes:

- OCD-forskning.
- «Brystsmerteprojektet»

- **Annen oppgave 2017**

***De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier. / Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst skal ta del i dette arbeidet gjennom å påse at opplysninger om alle pågående og planlagte kliniske studier innenfor sine ansvarsområder til en hver tid er oppdatert og komplett på helsenorge.no.***

Registreringene som er anbefalt i HelseNorge har til nå hatt så dårlig brukergrensesnitt hvilket resulterer i altfor stort tidsbruk ved registrering. Det har derfor vært stor motstand mot registrering blant våre forskere/utprøvere. Brukergrensesnittet er på vei til å bli rettet og mulighetene for bedre registrering neste år hvis «teller» og «nevner» også avklares i tide (se ovenfor).

Kliniske studier i KPH er organisert gjennom forskningsenheten ved SSHF. I tillegg er det samarbeid med andre aktører, slik som DPS Solvang som har forskningsprosjekt organisert gjennom forskningsenheten ved Helse Bergen (OCD) – multisenterstudiet. ABUP har forespurt FOU avdeling sykehus om deres forskningsprosjekter er/skal registreres ved Helsenorge.no. FOU-avdelingen ved SSHF var usikker på dette, og vil komme tilbake til avdelingen etter at dette er sjekket ut.



Forskningsenheten understreker viktigheten av brukermedvirkning i alle forsknings- og innovasjonsprosjekter. Brukere er også i økende grad med i styringsgrupper og prosjektgrupper. Det er også økende fokus på helseøkonomiske analyser og da særlig cost-effectiveness-analyser og gevinstrealisering.

### 3.6. Tildeling av midler og krav til aktivitet

#### Drift og investering

- **Mål 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sørlandet sykehus HF skal i 2017 basere sin virksomhet på de tildelte midler.***

SSHF har hatt aktivitet knyttet til Raskere tilbake og fikk for 2017 tildelt midler på 6,8 mill. kr. I tillegg ble det tildelt evalueringsmidler, midler til transportkostnader og koordinatorfunksjon på tilsammen 4 mill. kr.

SSHF har i 2017 hatt følgende tiltak knyttet til Raskere tilbake:

- «Mindfulness»- Stressmestring med oppmerksomhetstrening
- Pårørende rus «Gjør deg fri fra andres misbruk»
- Fysikalsk-medisinsk tilbud til ryggpasienter

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus forutsettes å legge til rette for bruk av i alt 15 millioner kroner som en del av regjeringens tiltakspakke knyttet til vedlikeholdsinvesteringer.***

Sørlandet sykehus mottok i budsjett 2017 15 mill. kr i 2017 til vedlikeholdstiltak i helseforetaket. Alt av bevilgning er prioritert og tildelt til konkrete prosjekter som er igangsatt eller under planlegging. Midlene benyttes til utbedring og utskiftning av bygningsmessig karakter hvorav personellkostnader har største del av investeringsrammen. Av større prioriterte tiltak kan det nevnes bedret ventilasjon i Kristiansand og utbedret ventilasjon og lys i Flekkefjord. I Kristiansand er det også prioritert midler til ombygging av intermediearenhet. Det er i alle prosjekter i all hovedsak benyttet lokale leverandører som bl.a. Kruse Smith, Sønnico og Oneco.

#### Resultat

- **Mål 2017**

***I oppdrag og bestilling er det stilt inntekter til disposisjon i 2017 fra Helse Sør-Øst RHF. Det er også stilt krav til helseforetakets årsresultat:***

- ***Årsresultat 2017 for Sørlandet sykehus skal være på minst 80 millioner kroner. Foreløpige regnskapstall for 2017 viser et årsresultat på 122 mill.kr***

Gjennom en resultatprognose på 80 mill. kr i 2017 skal det skapes handlingsrom som sikrer midler til nødvendige investeringer. Resultatet skal sammen med fri likviditet til investeringer fra Helse Sør-Øst RHF på ca. 88 mill. kr, hvorav om lag 24 mill. kr skal benyttes

til egenkapitalinnskudd i KLP, gi et handlingsrom for nye investeringer på minst 130 mill. kr 2018. Det skal i 2018 skapes et handlingsrom for investeringer i 2019 med et resultat fra driften på minst 75 mill. kr.

Foreløpig resultat for 2017 på 122 mill. kr, 42 mill. kr bedre enn budsjett

Resultat hittil i år (desember I)	Faktisk	Budsjettavvik
Sørlandet sykehus	121 800	41 800

### **Likviditet og investeringer**

- **Annen oppgave 2017**

***Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.***

Punktet kommenteres nedenfor.

***Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2017 skal ikke benyttes til investeringer i 2017 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.***

Punktet kommenteres nedenfor.

***Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.***

Samlet kommentar til de tre punkten over:

SSHF gjennomfører månedlig rapportering 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 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 bygningsiden, spesielt i Kristiansand.

### **Overføring av likviditet - driftskreditt**

- **Mål 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.***

Punktet kommenteres nedenfor.

**Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.**

Punktet kommenteres nedenfor.

- **Annen oppgave 2017**

**Sørlandet sykehus HF skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som er stilt til disposisjon, slik at det bidrar til at Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.**

Samlet kommentar til de tre punkten over:

Sørlandet sykehus HF har i 2017 styrt virksomheten godt innenfor den gitte driftskreditrammen.

Store deler av året har foretaket hatt positive likviditetsinnskudd mens driftskreditrammen er lik 0 ved utgangen av året grunnet likvideffekter av pensjon med mer. Ved utgangen av er utgående likviditet estimert til 799 mill kr.

### **Krav til aktivitet**

- **Tall for resultatoppnåelse**

**I oppdrag og bestilling 2017 stilte Helse Sør-Øst RHF krav til aktivitet i 2017:**

**Innrapportert aktivitet (desember I) for 2017 er:**

Aktivitet i 2017		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til «sørge for»-ansvaret	Budsjett	79 641	14 684	14 579	4 431
	Resultat	76 553	15 345	14 361	4 990
<b>Pasientbehandling</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	47 750	3 130	110	880
	Resultat	46 294	3 225	146	866
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	159 006	54 800	1 600	21 874
	Resultat	153 190	52 988	1 695	20 842
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	32 644	0	0	0
	Resultat	32 582	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	314 349	108 000	50 000	30 850
	Resultat	319 557	107 757	46 576	33 112

Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og rus har økt med 2 % fra 2016, og er samlet 0,7 % under budsjett for 2017. Aktivitet innen psykisk helsevern barn og unge er 6,8 % bak budsjett. Hovedårsak til budsjettavvik innen psykisk helsevern barn og unge er at klinikken i 2017 har annen tellemåte av aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Rapportert aktivitet i 2017 er ihht retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Innen somatikken er polikliniske konsultasjoner økt med 2,8 % fra 2016 og endte på 1,7 % over budsjett. Døgnopphold er 0,1 % under 2016 og 3 % bak budsjett. Det har spesielt for

Somatikk Arendal vært en utfordring med å oppnå budsjettet aktivitet, og klinikkens aktivitet på heldøgn i 2017 er 1,4 % lavere enn fjoråret. Ressursmangel på leger er en av årsakene til negativt aktivitetsavvik.

Dagbehandling økte med 3,5 % fra 2016, men endte på 0,2 % under budsjett. Det er spesielt klinikk for somatikk Flekkefjord som har hatt utfordring med å oppnå budsjettet aktivitetsnivå på dagbehandling. Klinikken hadde i 2017 forutsatt samarbeid med Stavanger Universitetssykehus for behandling av kirurgiske pasienter. Samarbeidet har resultert i vekst i aktivitet mot fjoråret, men viser et ustabil volum og har ikke vært så omfattende som forutsatt i budsjettet. Mangel på legerressurser i 2017 har også resultert i at aktivitet innen dagbehandling har vært lavere enn i fjor.

### 3.7. Organisatoriske krav og rammer

#### Helseberedskap

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.***

Veilederen for helsetjenestens organisering på skadested er implementert i SSHF innhospitale planverk for håndtering av hendelser der det etableres en skadestedsorganisering ved en av våre lokasjoner. Nye definisjoner er også tatt med i internundervisning og øvelser for lokal og overordnet kriseledelse i foretaket.

#### IKT-løsninger

- **Annen oppgave 2017**

***Helseforetakene skal i 2017 delta i Helse Sør-Øst RHF's arbeid med å videreutvikle og forbedre prosess for etablering av IKT-områdeplaner. Helseforetakenes IKT-områdeplaner skal være grunnlag for planlegging av aktivitet i 2018 og ligge til grunn for prioritering av tjenesteendringer. Områdeplaner i versjon 1.0 skal foreligge innen 1. november 2017 og godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før styrebehandling i eget helseforetak.***

SSHF har utarbeidet områdeplan for de kommende år, med hovedfokus på 2018. Dette arbeidet er koordinert med strategiprosess for SSHF og investeringsprioriteringer for 2018. Dette har vært utfordrende siden disse prosesser for en stor del har foregått parallelt. Områdeplan ble levert RHF i en 0,9 versjon 1. november.

***Helseforetakene skal sammen med Sykehuspartner etablere plan for sanering og konsolidering av applikasjonsporteføljen og innføring av infrastrukturmodernisering innen 1. mai 2016. Planen skal være godkjent av Helse Sør-Øst RHF.***

SSHF ved seksjon for e-Helse, jobber sammen med Sykehuspartner for å innfri intensjonen om sanering og konsolidering av applikasjoner. Til tross for stort prosjekttrykk gjennom

vinteren, er det god fremdrift i prosessene. Det er likevel usikkert om vi greier å holde den ønskede fremdrift for prosjektet.

### **Innkjøp og logistikk**

- **Annen oppgave 2017**

***Helseforetaket skal etablere rutiner og rapportere på nye måleparametere fra første tertial 2017. De nye rapporteringene skal inngå i den ordinære rapporteringen fra helseforetaket til det regionale helseforetaket, og innebærer at helseforetaket etter-registrerer lokale avtaler inngått i 2016 i Innkjøpsportalen. Helseforetaket skal fortsette arbeidet med etablering av rutiner for utarbeidelse av lokale målsettinger og forbedringsarbeid knyttet til nye og etablerte målinger.***

Løpende og fremtidige anskaffelser er registrert i innkjøpsportalen i 2017. Anskaffelser som er i prosess holdes jevnlig oppdatert. Lokale avtaler som har, eller snart vil utløpe, er også registrert. Det er også registrert inn mange ressurspersoner i innkjøpsportalen slik at prosjektgruppene blir fullstendige. I 2017-anskaffelsene har vi manglet mange «planlagt oppstart»-datoer, og derfor ofte kun operert med «faktisk gjennomført»-datoer. Fremover vil vi bruke «planlagt gjennomført»-datoer. Anskaffelsesplanen for 2018 ble sendt Sykehusinnkjøp i desember.

***Helseforetaket skal i samarbeid med det regionale helseforetaket etablere en god bestillerfunksjon opp mot Sykehusinnkjøp. Helseforetaket skal tilrettelegge for at rollen kan videreutvikles og bidra til at Sykehusinnkjøp utvikler seg og understøtter driften i helseforetaket. I dette ligger blant annet å bidra til at det settes utviklende krav til Sykehusinnkjøp, og at helseforetaket skal sørge for å tilrettelegge for brukerinvolvering i alle anskaffelsesprosjekter for å sikre forankring og bruk av inngåtte avtaler i helseforetaket.***

SSHF har deltatt på workshop med resten av HSØ for å komme frem til felles prosess på å melde anskaffelsesbehov til Sykehusinnkjøp. Ellers er det gjort et arbeid på å registrere egne ressurser i nasjonale produktråd i Innkjøpsportalen.

Det er etablert prosess for hvordan vi melder ut i HF-et at det er behov for prosjektdeltakere/referansepersoner til nye nasjonale og regionale anskaffelser fra HSØ og Sykehusinnkjøp. Viktig at forespørselen når ut til riktig vedkommende i organisasjonen, og hele prosessen dokumenteres i arkivsystemet.

***Det forventes at det påbegynte endringsarbeidet i helseforetaket med hensyn til målbildet for vareflyt videreføres i 2017. Helseforetaket bes særskilt om å sette av ressurser i forbindelse med implementering av nytt forsyningscenter. Helseforetaket skal bidra med ressurser/kompetanse inn i implementeringsprosjektet for etablering av nytt forsyningscenter for å sikre at helseforetakets behov blir ivaretatt i ny forsyningsløsning og sikre implementering mot eget helseforetak både under testing og oppstart i 2017.***

Det ble etablert nytt forsyningscenter for SSHF fra uke 47 2017. Ressurser fra SSHF har før overgangen vært aktive i flere faggrupper. SSHF har bidratt med løsningsforslag og har

tilgang til, og jobbet aktivt i testbasen. Responsen er at man pga. dette på forhånd har løst opp i flere floker som kunne vært tidkrevende i ettertid. Nytt forsyningscenter fungerer per i dag bra. Har hatt enkelte tilbakemeldinger på forbedringsområder som blir tatt tak i.

***Helseforetaket skal bidra med relevante ressurser i felles forum for bedre utnyttelse og utvidet bruk av regionalt ERP-system. I dette ligger blant annet forberedelsesaktiviteter for helseforetak som ikke har tatt i bruk løsningen og optimalisering av bruk av systemet for de helseforetak som benytter systemet. Dette arbeidet skal bidra til at regional ERP-løsning best mulig dekker alle helseforetakenes behov.***

Lokal ressurs fra SSHF deltar på ERP-faggruppe innkjøp og logistikk. Ellers er det fokus på oppdatering av SSHFs grunndata. Det er viktig å sørge for at datagrunnlaget er korrekt, dette vil gjøre overgangen til nytt ERP 2020 lettere. Dette vil jobbes med aktivt inntil overgang frem mot 2020.

### **Lojalitet til avtaler**

- **Annen oppgave 2017**

***Helseforetaket skal sikre at alle som foretar innkjøp på vegne av helseforetaket følger de avtaler som er inngått for kjøp av varer eller tjenester.***

Avtaler implementeres ved å involvere aktuelle fagavdelinger ved innføring av nytt materiell. Det skal sikre nødvendig opplæring og informasjon om eventuelle endringer. Viktig med aktiv bruk av Innkjøpsportalen der det er enkelt å finne produkter som er på avtale (ev. prioritert). Innkjøp fortsetter med å informere ut til brukerne hvilke avtaler som er gjeldende. I tillegg gjøres det kjent hva som kan bli konsekvens om man ikke er lojale mot eksisterende avtaler.

### **Informasjonssikkerhet**

- **Annen oppgave 2017**

***Sørlandet sykehus HF skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet samt oppfølging gjennom internkontroll.***

I samarbeid med de andre helseforetak i Helse Sør-Øst er det iverksatt tiltak for å forberede oss på innføringen av EUs personvernforordning. Det viktigste tiltaket er å komplettere en registeroversikt over persondata, hvordan disse dataene er lagret og blir behandlet mv. I tillegg utarbeides det for 2017 et årshjul for å sikre systematisk oppfølging av informasjonssikkerhets-aktiviteter basert på ISO27001 og Norm for informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren (Normen).

***Helseforetakene skal innen utgangen av første kvartal 2017 sørge for at felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet er innført i eget dokumentstyringssystem.***

SSHF medvirker aktivt i utarbeidelsen og videreutviklingen av felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet med å innføre styringssystemet i egen kvalitetshåndbok har dessverre blitt forsinket pga. ressursituasjonen. I den grad dagens eget system ikke dekker dette, vises det midlertidig til OUS sin elektroniske kvalitetshåndbok som er offentlig tilgjengelig. Implementering i egen kvalitetshåndbok søkes gjennomført i løpet av 2. kvartal 2018.

### **KPP-data (kostnader på pasientnivå)**

- **Annen oppgave 2017**

***Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at det legges til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetak og private ideelle sykehus.***

Se kommentar nedenfor.

***De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene. Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst skal gi nødvendige opplysninger om dette etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.***

Samlet kommentar til de to punktene over:

SSHF har så vidt påbegynt arbeidet med å bruke mulighetene i KPP til lokalt forbedrings- og planarbeid. Det er to typer analyser utført til nå:

1. Beregning av lønnsomhet per DRG hvor det er beregnet lønnsomhet med å bruke en tenkt «fullfinansiert» ISF-inntekt utledet fra DRG-vekten og på kostnader fra KPP-modellen.
  - a. Det er store forskjeller i lønnsomhet per DRG noe som vi mener kan skyldes at DRG-vektene er dårlig kalibrert. Blant annet er DRG-vektene innen poliklinikk og dagkirurgi lavt finansiert. Det er således umulig å vite om det er SSHF som driver bra/dårlig eller om det er DRG-vekten som er misvisende. På sikt når DRG-vektene er bedre kalibrert vil slike analyser ha en verdi i foretakets forbedringsarbeid.
2. Interne forskjeller: Det er utført overordnet analyse hvor det er sett på kostnader per liggetime for sengeposter, kost per konsultasjon for poliklinikker, legekost per minutt knivtid per lokasjon, operasjonskost per minutt stuetid per lokasjon, anestesikost per anestesiminutt per lokasjon etc.
  - a. Det er en del ulikheter i kostnadsnivåer som indikerer potensielle områder for forbedringsarbeid i klinikkene.
  - b. Det er ulikheter i organisering på de ulike lokasjonene som medfører at kostnadsallokeringen blir ulik av natur. Det blir i praksis vanskelig å sammenligne enhetene mot hverandre. For eksempel vil sengeposter og

poliklinikker være felles på tvers av fag og i tillegg kan noen lokasjoner ha større andel av tyngre pasienter innen enkelte fag pga. spesialistkompetanse. Det å bruke tall på tvers av enheter fordrer god forståelse av kontekst for ikke å komme fram til feil slutninger. Det vil bli arbeidet mer med kvalitetssikring av systemet før resultat av denne type analyser tas i bruk i forbedringsarbeid i foretaket.

Økonomiavdelingen vil i tiden fremover jobbe tett opp mot klinikkene med å forbedre datakvalitet og forfine registreringspraksis. Dette vil skape et enda bedre fundament for å se på interne forskjeller og øke bevisstheten til kostnadsnivåer for de ulike tjenestene. Det er lite muligheter for benchmarking på tvers av helseforetak per i dag. SSHF har ikke fokusert på dette til nå og det avventes initiativ fra Helsedirektoratet om å skape sentrale databaser for dette formålet.

***Det vises til brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 4. oktober 2017 Oppdragsdokument 2017 - styringsbudskap om bruk av avvikssystem og klassifikasjonssystem som omtaler bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. I e-post av 20. oktober 2017 er det angitt at tilbakemelding på styringsbuskap kan gis som en del av årlig melding fra helseforetak/sykehus.***

Avvikssystemet brukes i systematisk forbedringsarbeid ved at enkelthendelser følges opp med risikoreducerende tiltak for å hindre gjentakelser. Klassifisering av hendelsene bidrar til å avdekke problemområder som krever spesielt fokus.

Med innføring av nytt forbedringssystem i 2018 vil det nasjonale klassifikasjonssystemet for pasienthendelser implementeres. Med riktig bruk vil dette gi en god oversikt over type hendelser i HF-et. Det nye systemet gir også bedre funksjonalitet for risikovurderinger. Dette vil ha betydning for prioritering av tiltak. Systemet vil også gi betydelig bedre støtte til oppfølging av tiltaksplaner.

## **4. ANDRE RAPPORTERINGER**

### **4.1. Oppfølging av andre oppdrag**

#### ***Kvalitet i rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre***

SSHF har en aktiv holdning til analyse og involvering i relevante fagmiljøer før publisering av rapportene. Rapportene presenteres til styret, OKU og delvis til klinikkens kvalitetsutvalg. De er nå tilgjengelig i egen portal på intranett. Det startes nå gjennomgang av kvalitetsrapporter i relevante fagråd i SSHF.



## 4.2. Andre forhold ved driften

- **HMS og kvalitetsarbeid**

SSHF har i regi av kvalitetssjefen etablert et nettverk med representanter fra klinikkene. Nettverket skal bidra til en forbedringskultur basert på LEAN-prinsipper. Nettverket vil bl.a. støtte avdelingene i arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet. Klinikken definerer selv hvilke tiltak som er aktuelle og ansvaret for gjennomføring ligger i linjen.

SSHF opprette et eget HMS-forum i 2018. Forumet skal samordne det overordnede HMS arbeidet i sykehuset. Kvalitetssjef er deltaker i HMS Forumet, og skal bidra til at HMS blir ivaretatt i det overordnede arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Fra 2018 er medarbeiderundersøkelsen slått sammen med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Gjennomføringen er et samarbeid mellom Enhet for kvalitet og pasientsikkerhet og Bedriftshelsetjenesten. Dette har resultert i at plan for gjennomføring har vært gjennomgått i Overordnet Kvalitetsutvalg, og presentasjon av resultater i etterkant av undersøkelsen skal også gjøres i Overordnet Kvalitetsutvalg.

- **Innovasjon**

SSHF bidrar i utviklingen av innovasjonssamarbeidet I4Helse (Ide, Involvering, Innovasjon og Implementering). Dette er en fire parts samarbeidskonstellasjon med brukere/pas, akademia, offentlige og private aktører der utvikling av ny e/m-Helse teknologi står i fokus. UIA (Universitetet i Agder) står for selve etableringen i Campus Grimstad. I4Helse bygger blant annet på kompetansemiljøene i Mekatronikk lab (MIL). og Senter for kunstig intelligens og maskinlæring (CAIR). Deler av fokuset for I4H blir pleie og omsorg. SSHF kommer til å utnytte I4H til å bidra inn i utvikling av teknologiske løsninger som bedre samhandling mellom de forskjellige nivåer i helsevesenet og pasienten. Spesielt med fokus på hjemmemonitorering /oppfølging, og andre samhandlingsløsninger. SSHF kommer også til å benytte I4H til å videreutvikle samarbeidet med UIA om kunstig intelligens og maskinlæring, som allerede har vist særdeles gode resultater. SSHF kommer til å trekke inn Sykehuspartner tett i dette arbeidet, som også er prioritert i vår Områdeplanen.

- **Samfunnsansvar**

Sykehusinnkjøp har fra mai 2017 ansvar for anskaffelser til SSHF. Miljøkrav og øvrig samfunnsansvar blir ivaretatt gjennom konkurranser i regi Sykehusinnkjøp etter gjeldende avtaler mellom SSHF og Sykehusinnkjøp.

SSHF er sertifisert etter ISO 14001. Miljøpolitikken har som mål at virksomhetene skal gi minst mulig negativ påvirkning på ytre miljø. SSFH arbeider bl.a. for å redusere CO2-utslippet. Det er gjennomført seks internrevisjoner innen miljø i 2017. I løpet av året har vi oppnådd en sorteringsgrad avfall på 50 prosent, noe som er en økning på 10 prosent siden 2013. Vi har også oppnådd en reduksjon i flyreiser innenlands og har en kantine fri for palmeolje.

HSØs antikorrupsjonsprogram er gjort tilgjengelig i EK-web, og er gjort kjent for relevante miljøer innad i SSHF. Det samme gjelder «Verktøykasse HSØ».

## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

### 5. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

#### 5.1. Faglig og demografisk utvikling

I dette punktet gjengis analyser og vurderinger som er gjort i forbindelse med oppdateringen av utviklingsplan 2035. Demografi og sykdomsutvikling trekkes frem, og en av de viktigste endringsdriverne som teknologi belyses.

#### Demografi og sykdomsutvikling

Befolkningen i SSHFs opptaksområde forventes å øke med 66 500 personer (+22 %) i perioden fra 2016 til 2035, etter SSBs demografiske framskrivning med middels vekst (alternativ MMMM). Den eldre del av befolkningen øker relativt sett mer enn den yngre (aldersgruppene over 67 øker alle med mer enn 50 %). Andelen over 67 år forventes å utgjøre 19 % mot i dag 14 % av befolkningen.

De store kommuneregionene i Agder blir større. Regionvis ser vi at Region Kristiansand i sum vokser mest med 35 000 personer (+25 %), Østre Agder med 27 000 personer (+19 %), Lindesnes med 5 000 personer (+17 %), mens Lister vokser med 5 100 personer (+14 %). Lund og Sokndal vokser med 600 personer (+9 %). Omregnet i behov for helsetjenester tilsier befolkningsveksten en forventet behovsvekst på 30 % fra 2015 til 2035.

Befolkningsutviklingen betyr flere eldre, flere med mange diagnoser, ofte kombinert med komplekse og sammensatte sosialmedisinske problemstillinger, og flere med minoritetsbakgrunn. Det er økende forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer i befolkningen på grunn av inaktivitet og overvekt. Pasientgruppen som vil øke mest de nærmeste årene er pasienter med akutte indremedisinske tilstander. Sykdomsbildet vil fremover være preget av livsstilsrelaterte sykdommer som hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, overvekt, KOLS og kreft.

Forekomsten av multimorbiditet og medikamentbruk stiger ved økende alder. Multimorbide eldre som legges inn på sykehus har høy risiko for reinnleggelser og u hensiktsmessige forløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den diagnosesentrerte helsetjenesten som tradisjonelt er tilpasset behandlingsforløp for akutte sykdommer er ikke tilpasset fremtidens store utfordring med hensyn til økt antall eldre som har flere sykdommer samtidig. Økt kompleksitet vil utfordre eksisterende faglige tilnærminger på mange områder, samt øke behovet for tilpassede behandlingsforløp internt i sykehuset og eksternt i samhandling med kommunen. Denne tilpassingen av helsetjenesten for multimorbide eldre, må skje innad i hver enkelt fagdisiplin i tillegg til økt samarbeid med spesialister i geriatri og alderspsykiatri.

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.

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.

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

Det er behov for å se somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling mer i sammenheng, og feltet psykosomatikk vil vokse i årene fremover. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har mål om å

bedre samarbeidet med de somatiske avdelingene, og håper å sikre bedre rusbehandling for pasientene med somatisk sykdom. For traumerelaterte lidelser er det nødvendig med kompetanseheving både i somatikk og psykiatri, og spesielt på området tortur. Selv om somatikk, psykisk helse og rus ikke er samlokalisert, er det korte avstander og en må se på muligheter for ambulant virksomhet mellom fagområdene og lokalisasjonene. Det må jobbes for at det blir bedre mulighet for å henvise til behandling på tvers av somatikk, psykisk helse og rus.

På sikt ønskes en omlegging «fra døgn til dag», og utviklingen av døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved DPSene skal videreutvikles. Tjenesten skal fortsatt være sterkt desentralisert med ambulante team og polikliniske tilbud sammen med et robust, spesialisert sykehustilbud. Recoveryorientert tilnærming er grunnleggende for arbeidet. Større endringer i tilbudet innen psykiatri og TSB skal skje i god samhandling med kommunene. Dette ivaretas i første omgang ved den felles meldingen som er forankret i det overordnede strategiske samarbeidsutvalget (OSS) for kommunene og SSHF. Erfaringene fra dette arbeidet vil bli retningsgivende for utviklingen i planperioden ved at hovedpunktene blir innarbeidet i den endelige planen etter høringen.

Under beskrives utviklingen av behandlings- og pasienttilbudet innen utvalgte fagområdene hvor HSØ har gitt spesielle føringer til utviklingsplanarbeidet. Dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har særlig potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Fagområdene; Psykisk helse, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitale tjenester, er viktig at utredes i samarbeid med kommunene de kommende årene. Utviklingsplanen beskriver derfor ikke detaljert om føringene som er gitt fra HSØ, men det er valgt at dette skal utarbeides de(t) neste året/ene. Temaene må belyses og samarbeid med kommunene må utvikles for å gi det beste behandlingstilbudet til befolkningen i Agder.

## Teknologi

Teknologi er en sterk endringsdriver for utvikling av helsetjenester.

Det er noen globale teknologiske trender som vil få store konsekvenser for hvordan folk i fremtiden vil forholde seg til egen helse og til helsetjenestene, og derved hvordan helsetjenestene 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. Rimelig forbrukselektronikk vil gi folk flest enkel tilgang til en rekke helsetjenester. Kunstig intelligens og maskinlæring vil gi sterke verktøy for beslutningsstøtte og for robotisering av diagnostikk og behandling. Det går i retning av mer virtuelle helsetjenester: Tjenestene 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 innen IKT gir mulighet for effektivisering av pasientforløpene. Dette bør utnyttes til både intern effektivisering, mer aktiv deltakelse fra pasientene og elektronisk samhandling mellom sykehusene og eksterne parter. Utvikling av ny teknologi endrer avhengighetene mellom pasienten, personell 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 nær hjemmet. Enhet for Behandlingshjelpemidler forventer en kraftig teknologisk utvikling i tiden fremover. Tilgang til kompetanse kan i økende grad oppnås over nett, supervisjon i kommunene eller ved at noen kommer hjem til pasienten. Det forventes at denne typen tjenester videreutvikles i planperioden.

HSØs program for digital fornying skal gjennom standardisering og fornying av IKT-systemer gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Sykehusene skal bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk av IKT

og muligheter for selvbetjening. SSHF prioriterer innføring av regional løsning for elektronisk kurve og medikasjon, men det er usikkerhet om fremdriften i dette og andre regionale IKT-prosjekter.

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

- felles tilgang til medisinske data og «én innbygger - én journal»
- fjernmonitorering av pasienter, for eksempel i eget hjem
- økt hjemmebehandling av pasienter og til dels egenbehandling
- oppgaveglidning i henhold til samhandlingsreformens intensjon
- klinisk beslutningsstøtte
- mini-invasive operasjonsteknikker

Det er behov for å utvikle gode løsninger innen telemedisin og velferdsteknologi, samt effektive systemer for kunnskaps- og kompetansedeling. Ifølge NHSP 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. Gjennom digital samhandling og fagnettverk må spesialisthelsetjenesten i større grad ut av sykehuset, både fysisk og virtuelt. Sykehuset må overføre kompetanse til kommunehelsetjenesten og pasientene. Diagnostikk og behandling som fysisk må gjøres på sykehuset, forventes å kreve mer avansert og mer kostbart utstyr. Dette vil utfordre sykehusets organisatoriske og ressursmessige prioriteringer.

Der hvor spesialisthelsetjeneste og kommuner samarbeider, og ved desentrale tjenestetilbud, forutsettes det at gode IKT-systemer er tatt i bruk. Da kan pasientdata hentes frem uavhengig av hvor tjenesten ytes. Dette gjelder både pasientens kjernejournal og data til og fra bildediagnostikk- 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.

SSHF deltar i flere forsknings- og utviklingsprosjekter innen IKT/telemedisin/e-helse som åpner for nye arbeidsformer innen diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter (se kap 2.6). Dette engasjementet bør utvides, og SSHF ønsker et nært samarbeid med primærhelsetjenesten om teknologiske løsninger som kan gi bedre og mer helhetlige pasientforløp.

### **Kapasitetsberegning aktivitet og kapasitetsbehov**

Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for SSHF 2015–2035 er utført av Sykehusbygg HF, basert på de regionale forutsetningene HSØ har lagt til grunn for alle helseforetak sine framskrivninger (tilknyttet utbyggingsplaner, jf. 090-2014). Framskrivningen gir en overordnet retning for utviklingen av helseforetaket.

#### ***Somatikk***

Det forventes en vekst i somatiske pasientmøter på dagbehandling og poliklinikk med 13 700 dagopphold (+64 %) og 181 300 polikliniske konsultasjoner (+55 %). Det forventes vekst i samme størrelsesorden ved alle de tre lokalisasjonene, men dette vil avhenge av fremtidige funksjonsfordelinger og spesialiseringer innen de ulike fag, samt utvikling i pasientmobilitet ved forbedringer av veier med mer.

Denne veksten vil kreve langt flere poliklinikkrom, men usikkerheten knyttet til endring i behandlingsformer, bruk av ny teknologi og samhandling med fastleger og kommuner, fremtidig ambulering med mer, gjør at behovet for rom må analyseres nærmere med tanke på fremtidige utbyggingsprosjekter ved sykehusene. Framskrivningene viser et vekstbehov på 70–100 rom i SSHF basert på en 10 timers og 8 timers utnyttelsesgrad. Dette er betydelig over dagens utnyttelsesgrader ved de fleste poliklinikker, og vil i stor grad avhenge av tilgjengelig legekapasitet i de ulike fag og pasientgrunnlag ved de tre lokalisasjonene. Lavere utnyttelse vil kreve flere rom. I

tillegg til behov for kapasitetsutvidelse, er det behov for oppgradering av eksisterende poliklinikker fordi mange rom er uhensiktsmessig utformet og plassert.

Det fremkommer en vekst i liggedøgn i størrelsesorden 22 000 (+15 %). Vekst i antall innlagte pasienter forventes å bli nærmere 20 % i samme periode. Mer enn halve veksten synes å komme i Kristiansand, med 12 300 liggedager, mens Arendal og Flekkefjord antydes å få en vekst på henholdsvis 7 700 og 2 100 liggedager. Dette inneholder både pasienthotellsenger (innlagt i sykehus) og observasjonssenger, samt intensivopphold. Trekker en fra disse vil veksten i liggedøgn i normalsenger utgjøre 15 000 liggedøgn. Realismen i dette avhenger av investeringer i observasjonsplasser og egnede lokaler for pasienthotell (innlagt i sykehus) ved alle tre lokasjoner. Da føde/barsel antas å være største bruker må pasienthotell lokaliseres i fysisk tilknytning til disse avdelingene. Hvis forutsetningene ikke innfris, vil behovet for normalsenger nødvendigvis øke.

Kapasitetsmessig forventes veksten i somatiske senger å utgjøre i området fra 70 til 110 senger, avhengig av hvor stor omstilling en lykkes med fra døgn til dag og samhandling med andre, samt utnyttelsesgrad. I disse tallene er det allerede gjort betydelige omstillinger fra døgn til dagbehandling/poliklinikk, samt forutsatt redusert behov på ca. 23 000 liggedøgn, tilsvarende 75 senger, på grunn av medisinsk og teknologisk utvikling eller endret oppgavefordeling frem til 2035. Når det gjelder rombehov vil dette ytterligere forsterkes av en gradvis endring fra flersengsrom til enkeltrom. En vesentlig del av veksten forventes å komme i observasjonssenger i forbindelse med akuttinntak, samt i lett og tung intensivkapasitet.

Kirurgiske opphold forventes å øke fra 22 700 til 32 500 (+43 %) i perioden 2015–2035. Antall operasjoner forventes å øke tilsvarende. Antall operasjonsstuer vil avhenge av fremtidig driftsform/åpningstider og vil variere fra 31 stuer med 10 timers daglig drift i ukedagene, til 49 stuer med 6 timers drift i ukedagene (omtrent som dagens nivå). En balansert antagelse vil ligge i området 40 stuer mot 34 i dag. Det vil i stor grad være legekapasitet, operasjonsteam-kapasitet, pasientgrunnlag samt investeringsevne som vil påvirke driftsform og stueutnyttelse fremover. Utnyttelse vil variere mellom sykehusene ut fra størrelse. Det kan synes som om Kristiansand vil ha behov for økt antall operasjonsstuer ut fra behovsveksten, mens Arendal og Flekkefjord vil ha behov for en kapasitet tilnærmet lik dagens antall stuer. Det er gjort konsekvensberegning av å variere de ulike faktorene i framskrivingene.

### ***Intensiv og intermedicær***

Framskrivingen viser at det er innen intensiv/intermediær overvåkning og behandling at vi får den største kapasitetsutfordringen de nærmeste årene. Når det gjelder intensivkapasitet er det gjort betraktninger ut fra Wales-modellen rundt behov for lette og tunge intensivplasser. Disse tilsier et vekstbehov på 60 % for slike plasser ved SSHF. Behovet er klart størst i Kristiansand, men også til stede i Arendal. Dette må analyseres nærmere, inkludert sammenlikninger med andre foretaks kapasitet, som grunnlag for videre prioritering og fremtidige utbygginger. Flekkefjord har i dag kun lette intensivplasser og synes ut fra framskrivingene å kunne dekke fremtidens behov med dagens plasser.

Allerede i dag oppleves det kapasitetsbegrensninger og vanskelige arbeidsforhold, særlig i Kristiansand. Innen 2025 kan virksomheten bli medisinskfaglig uforsvarlig. Det er behov for omfattende tiltak for å bedre driftsforholdene for klinikkene, styrke kvaliteten og pasientsikkerheten. Kapasitetsøkningen krever arealutvidelse i form av nybygg, enten for akutt- og intensivfunksjoner eller for funksjoner som må flytte ut dersom disse funksjonene skal utvides i eksisterende bygg. I den forbindelse må også den samlede isolatkapasiteten vurderes. Det er nødvendig å etablere en robust modell som sikrer tilstrekkelig kapasitet for å møte det økte behovet for intensiv-/intermediærdøgn totalt sett for SSHF.

### ***Bilddiagnostikk***

Veksten ut fra framskrivingene tilsier en betydelig økning (+30 %), uttrykt i antall tyngre medisinsk-tekniske utstyrskomponenter i årene frem mot 2035. To CT, fire røntgenlaborer, to ultralydapparat og en intervensjonslab synliggjøres i framskrivingene. Valg av åpningstider vil også bli vesentlig for å tilrettelegge for høy utnyttelse av utstyr, og for å gi en tidlig diagnostisk avklaring om pasienten skal videre behandles i spesialisthelsetjenesten.

Behov for PET-scanner for Agders befolkning kommer i tillegg, noe som i seg selv vil kreve en betydelig investering. Dette tilbudet gis i dag ved OUS for Agders befolkning, men forventes å bli etablert på Sørlandet innen ti år. Det er planlagt oppstart av tilbud ved SSHF i 2018 ved at foretaket deltar i PET-CT buss i HSØ. Dette gir tilbud om PET undersøkelser en dag pr uke fra andre halvår 2018.

Det er i tillegg behov for utvidelse av strålekapasitet. Dagens to strålemaskiner bør minimum økes til tre i perioden, og vil da antagelig ikke ha kapasitet til å betjene mer enn Agders befolkning. I dag betjenes deler av Telemarks behov ved stråleenheten i Kristiansand.

### ***Laboratoriediagnostikk***

Det vil fremover bli nødvendig med ytterligere automatisering innen laboratoriemedisin for å kunne ivareta den økende polikliniske veksten som er framskrevet, i tillegg til forventninger om stadig raskere svartid innen alle laboratoriespesialiteter.

Det vil også være behov for å støtte ytterligere opp om satsningsområdene innen rusbehandling ved at man får flere av disse laboratorieundersøkelsene utført internt i SSHF.

### ***Psykisk helsevern barn og unge***

I forbindelse med nytt bygg i Kristiansand, som forventes ferdigstilt i 2021, er det planlagt 10 døgnplasser. Framskrivningene bekrefter at dette er tilstrekkelig for å dekke behovet i befolkningen i planperioden.

Poliklinisk vekst forventes også for denne gruppen pasienter. Fra 2015-nivå med 41 000 konsultasjoner (utenom ambulerende konsultasjonene), forventes dette økt til 58 000 i 2035 (+42 %). Vekst i tilbud og forventninger gir størstedelen av veksten i framskrivingene, i tillegg kommer en forventet vekst i ambulante tjenester fra 10 000 til 14 500 i perioden. En relativt stor andel av den totale veksten forventes å komme i perioden frem til 2025. Framskrivningene tilsier en vekst på 12 poliklinikkrom.

### ***Psykisk helsevern voksne***

Framskrivningene av liggedøgn viser en fortsatt gradvis reduksjon, fra 52 800 liggedøgn i 2015 til 49 900 i 2035. Den planlagte sengekapasiteten etter nytt bygg i 2021 og i dagens DPS antyder at kapasiteten er om lag tilpasset frem til 2035. I Utviklingsplan 2030 ble det lagt til grunn en betydelig reduksjon av døgnbehandling gjennom spissing av andre tilbud. Dette er i denne framskrivingen kraftig moderert. Det er dog innen dette området i psykiatri en forventer en effekt av overføring til andre tjenesteledd fremover, med 12 000 liggedøgn basert på Sykehusbyggs framskriving. Dette vil stille store krav til samhandling og vekst i ambulerende virksomhet innen voksenpsykiatri. Det er lagt til grunn en effektivisering av dagens pasientforløp som forventes å redusere liggedøgnene med 10 000 liggedøgn. Dersom ingen av disse to elementene skulle slå til vil dette øke sengebehovet med 50 senger fordelt på DPS og sykehuspsykiatri frem til 2035.

Poliklinisk behov forventes å vokse fra 96 600 konsultasjoner til 143 500 konsultasjoner i 2035. Her er det betydelig usikkerhet knyttet til hva andre tjenestetilbud, samhandling, private avtalespesialister og ny teknologi kan medføre av endringer i hva sykehuset skal yte av tjenester.

Det må også forventes at deler av denne veksten må løses med intern effektivisering, da tilgang på kvalifisert behandlingspersonell vil bli utfordrende også fremover.

I sum tilsier framskrivingene en reduksjon på ni senger og en vekst på 32 poliklinikkrom. Det siste avhenger sterkt av åpningstider og innehar stor usikkerhet som nevnt i avsnittet over.

### ***Rus- og avhengighetsbehandling***

Liggedøgn har i de senere årene blitt redusert, mens dagaktivitet og poliklinikk øker. Dette forventes å fortsette fremover, fra 21 600 liggedager i 2015 til 19 600 i 2035. Dette er basert på at det forventes overføring av oppgaver til andre tjenesteled, kombinert med ambulant virksomhet fra sykehuset, samt økt poliklinisk behandlingstilbud. Dette betyr at dagens sengekapasitet forventes å dekke behovet også i 2035.

Poliklinisk behov forventes å øke fra 37 200 konsultasjoner til 55 300 konsultasjoner (+49 %). Størstedelen av økningen skyldes økt forventning/tilbud, og noe demografivekst. Det forventes i mindre grad overføring av polikliniske tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling til andre tjenesteled. Innen ambulering virksomhet forventes en tilsvarende vekst som poliklinikk totalt, men utgjør kun 2 000 konsultasjoner i dag.

I sum tilsier framskrivingene en reduksjon med seks senger og en økning på ni poliklinikkrom frem til 2035.

## **5.2. Forventet økonomisk utvikling**

SSHF har større utfordringer med budsjetter for 2018 sammenlignet med 2017 siden forutsetningene er endret. Forutsetningene fra HSØ RHF er også forverret siden ØLP-leveransen våren 2017. Det har kommet til flere nye risikoelementer i budsjettet som ikke lå til grunn i ØLP i april 2017, samtidig som driftsutfordringene har utviklet seg negativt både med økt ressursforbruk og fallende aktivitet siden dette tidspunktet. Innføring av nytt system for laboratorietakster fra 2018 medfører også økt usikkerhet. Det samme gjør overføring av nye legemiddelgrupper fra Helfo, samt økt ABE-uttrekk.

Sentrale disposisjoner Helse Sør-Øst RHF har gjort for å prioritere IKT-satsing, store byggeprosjekter på Østlandet og nødvendig vedlikehold ved OUS, gjør at rammene til SSHF for investeringer blir langt lavere enn i ØLP, og i forhold til hva innmeldte behov tilsier.

SSHFs resultatkrav er nedjustert til 75 mill. kr for å møte noe av den økte risikoen. Samtidig med at ISF-pris blir nedjustert for effektivisering og generell nedjustering pris med i sum 1,1 % (-18 mill. kr), og merutfordringen knyttet til nye høykostnadsmedisiner øker med 7 mill. kr i 2018, har foretaket fått noe mer rammer enn i ØLP, ca. 9 mill., og noe bedring i vekter, ca. 21 mill. kr. I tillegg til dette har kostnader til insulinbehandling økt betydelig mer enn forutsatt, ca. 11 mill. Samtidig ligger aktiviteten betydelig etter budsjett og ØLP-forutsetningene fra april 2017.

Dette kombinert med kjent kostnadsvekst på IKT, høykostnadsmedisin, gjestepasienter og pasientreiser i sum gir betydelig økt risikobilde for SSHF i 2018.

Utgangspunktet viser en reell vekst i rammer på 0,6 % ut over lønns- og prisveksten på 2,7 % og pensjonsendringene. Dette er godt under folketallsveksten på ca. 1,2 % på Sørlandet, og betyr i realitet en betydelig intern effektivisering også i 2018 innen de somatiske fagene siden psykiatri og rusbehandling skal prioriteres. Det er budsjettert med en reduksjon i brutto årsverksforbruk med om lag 65 innen somatikken, i hovedsak i Arendal. Dette er samme retning som ble skissert som nødvendig i ØLP-leveransen i april.

Investeringsvevnen i SSHF har i perioden 2013-2017 vært tilfredsstillende til tross for stor kostnadsvekst i de somatiske klinikker. Evnen til å bære nye investeringer er fortsatt for lav i 2018, slik det er behov for å øke resultatgraden fremover, også ut over de omstillingsutfordringer 2018 budsjettet viser.

Det kommer tydelig frem et behov for tilpasninger i driften og tett kostnads- og ressursbrukskontroll, spesielt innen de somatiske klinikker. Omorganiseringen til stedlige somatiske klinikker er vesentlige i dette arbeidet. Det vil bli nødvendig å redusere årsverksforbruket i de somatiske klinikkene i 2018 fra dagens nivå. Dette gjør 2018 til et nok et svært krevende driftsår for Sørlandet sykehus HF.

Økonomisk utvikling de neste årene blir svært krevende for SSHF. I tillegg til de store utfordringene i somatikk som sykehuset allerede har, antyder rammeveksten gitt i økonomisk langtidsplan en vekst på ca. 0,5 % årlig. Denne skal dekke både økte kostnader til høykostnadsmedisiner, spesielt innen kreftbehandling, samt planlagt vekst i IKT-kostnader, behandlingshjelpemidler, gjestepasienter og pasientreiser.

Dette betyr i realiteten en gradvis reduksjon av ressurser til behandling på sykehusene. Sykehusbygg HF's framskrivninger indikerer en betydelig omstilling i form av endret behandlingsmåte fra døgn til dag, samt endring i behandlingssted (ambulant virksomhet, hjemmet eller kommune). Det stilles betydelige krav til produktivitetsvekst i alle helseforetak i de kommende årene.

Det er stor usikkerhet til prognoser for den økonomiske utviklingen og fordeling av kostnader innen helsetjenesten. Med signaler fra myndighetene om økt satsing på kommunale helsetjenester vil det kunne skje ytterligere endringer i fordeling av økonomiske rammer. Samtidig vil det være et økt etterspørselspress på spesialisthelsetjenestene for å tilby tidlig og avansert diagnostikk og behandling. Dette kan være vanskelig å styre politisk.

Ny ordning med ansettelser av leger i spesialisering og opplæringsmål for disse vil ytterligere anstrenge økonomien og produktiviteten i sykehusene. Fremtidig løsning for driften av akuttjenestene i Flekkefjord antas å øke utfordringsbildet i økonomien betydelig.

Somatikk må forbedre driften i form av økt aktivitet og lavere ressursbruk. Foreløpige beregninger viser et behov for å forbedre produktiviteten med ca. 200 mill. kr frem til 2021 i somatikk. Økt aktivitet kan utgjøre halvparten av dette, og resterende må løses med effektivisering av ressursbruk internt i driften. Det betyr en produktivets-forbedring på ca. 5 % over en 4-årsperiode. Driftsmarginen må økes fra ca. 3,8 % i 2017 til ca. 6 % i 2025 for å kunne håndtere investeringene i nye bygg mm.

Det er lagt til grunn at sykehuset må fornye og utvide sin akuttkapasitet i Kristiansand i perioden 2018-2025, en investering på anslagsvis 2 mrd. kr. Dette er hensyntatt i de driftsøkonomiske målsettingene nevnt over.

### 5.3. Personell- og kompetansebehov

SSHF hadde i snitt 5 676 brutto årsverk i 2017, og ved utgangen av 2017 var det 7 338 ansatte. Helsepersonell utgjør ca. 85 % av arbeidsstyrken ved SSHF. Alle avdelinger har kompetanseplaner som er kategorisert i mål-kompetanse og ønsket kompetanse.

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

- spesialister innenfor psykiatri og avhengighetsbehandling, 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. Dette videreføres for 2018-2020.

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. I Kristiansand har man innført triageleger på ukedager fra kl.11-19 og i Arendal planlegges det at medisinske tertiærvakt skal arbeide i akuttmottak.

Det er besluttet å innføre ny spesialitet i mottaks- og indremedisin som tilpasses behovene i akuttmottakene. SSHF har vedtatt å ta i bruk denne spesialiteten ved alle tre lokasjonene og et tverrgående prosjekt er under planlegging. I Kristiansand er det meldt inn tre leger som skal inngå i overgangsordningene.

SSHF og UIA har i 2017 samarbeidet om å etablere en PhD for spesialsykepleiere som skal kombinere stipendiat og klinikk. Dette starter opp innen anestesisykepleie i februar 2018.

SSHF har i 2017 gjort analyser på fremtidig kompetansebehov. Tre medarbeidere i SSHF har vært på opplæring i nasjonal bemanningsmodell (NBM), og deltatt i en pilot om behovet for jordmødre i 2017.

SSHF har i arbeidet med Utviklingsplan 2035 vurdert og gjort analyser for fremtidig kompetansebehov. Det er anslått at ca. 70 % av nåværende bemanning har gått av med pensjon frem mot 2035. For å sikre rekruttering og møte behovet for helsepersonell, er det viktig at SSHF gjør gode analyser og forbedrer kunnskapen om fremtidig personell- og kompetansebehov.

Analysene så langt indikerer et langsiktig behov for styrking av kompetansebeholdningen i helseforetakene, og at det er økt behov for sykepleiere med grunnutdanning, bioingeniører, spesialsykepleiere/jordmødre, samt legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, endokrinkirurgi, lunge- og gastroenterologi. På sikt kan det bli en økt etterspørsel etter legespesialister som følge av ny modell for utdanning av legespesialister.

Frem mot 2035 har SSHF som målsetting å utvikle fagmiljøer med høy kompetanse, bruke riktig kompetanse på rett sted og samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner for å sikre riktig kompetanse i regionen.

De neste tre årene vil SSHF arbeide for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere innen høyspesialiserte fagområder, utdanne spesialisert kompetanse i samarbeid med andre sykehus og ta i bruk mer rotasjon og ambulerende. Det skal gjennomføres kompetansekartlegging i alle avdelinger og målsettingen er å stimulere til fagutvikling og at alle medarbeidere skal ha en individuell kompetanseplan.

For å møte bemanningsutfordringen iverksettes et arbeid for oppgaveglidning. SSHF vil vurdere å overføre noen scoper fra leger til sykepleiere, la radiografer beskrive røntgenbilder, la helsesekretærer overta oppgaver fra leger og gi renholdspersonalet oppgaver som pleiepersonalet har i dag. Videre skal det etableres og videreutvikles teambasert og tverrfaglig samarbeid.

Ny spesialiststruktur for leger ble innført høsten 2017, og arbeidet med implementering vil pågå frem til 2021. Planlegging av implementering av LIS 2 og 3 pågår. Implementering av ny spesialiststruktur for leger innebærer også en gjennomgang av alle læringsmål og det legges til rette for at flest mulig læringsmål kan oppnås i SSHF. Det tar minimum 6 år å utdanne en spesialist (LIS2&3). Det må lages samarbeidsavtaler mellom lokalisasjonene internt og med andre helseforetak som sikrer at leger i spesialisering oppnår alle læringsaktivitetene og ferdigstiller utdanningen.

SSHF har god kompetanse på utvikling av e-læringsprogram, samt for mobile løsninger for e-læring. SSHF har etablert SIM-Sørlandet hvor medarbeidere trener på medisinsk simulering i Kristiansand og kirurgisk ferdighetstrening (MIS) i Arendal.

Mange avdelinger har for eksempel behov for mer teknologikompetanse/helseinformatikk fordi pasientinformasjon erstattes av elektronisk kommunikasjon og apper. Det må videre satses på økt bruk av e-helse og telemedisinske løsninger, samt øke medarbeidernes kompetanse på den nye pasientrollen ved hjelp av veilednings- og kommunikasjonskurs. Det er også behov for å styrke kompetansen innen språk- og kulturforståelse slik at SSHF møter minoritetsgrupper på en bedre måte.

Ny spesialiststruktur for leger benytter en egen elektronisk kompetansemødule (Dossier) for å dokumentere oppnådde læringsmål. Dossier benyttes nasjonalt, slik at læringsmålene dokumenteres uavhengig hvor legen arbeider frem til ferdig spesialist. Det er ønskelig at alle yrkesgrupper benytter denne løsningen for dokumentasjon av kompetanse, men det ligger noe frem i tid.

NHSP legger opp til en styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset. Prehospitaltjenester må ha nødvendig kapasitet og kompetanse. Det krever en styrking av kompetansen i ambulansetjenesten. SSHF har utarbeidet en strategisk kompetanseplan innen PTSS for fremtidig kompetansebehov

For at medarbeidere skal ha mulighet for å styrke sin kompetanse, må SSHF tilby en velfungerende bibliotekstjeneste.

Høsten 2017 startet SSHF, i tråd med strategiplan 2015-2017, et utredningsarbeid for å vurdere SSHFs muligheter for å bli et universitetssykehus. Utredningen ferdigstilles i løpet av 2018.

SSHF ønsker å videreføre det gode samarbeidet med UiA. Det bidrar til å sikre god rekruttering av sykepleiere og bioingeniører. SSHF ønsker fortsatt å være en stor utdanningsinstitusjon med et godt samarbeid med universiteter og høyskoler. SSHF ønsker økt samarbeid for å få økt innflytelse på utdanningene og bidra til at disse er innrettet mot sykehusets behov, samt finne en balanse mellom akademisering og klinisk arbeid. Det er behov for å utføre analyser av fremtidig behov angående utdanningskapasitet. SSHF har mange praksisplasser, noe som er en god rekrutteringsmulighet også i fremtiden.

#### **5.4. Status og utfordringer for investeringsområder**

Utviklingsplanen beskriver fremtidig virksomhet og kapasitetsbehov, og legger med det 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. vedlikeholdsettersele og for å kunne utvikle virksomheten. Teknisk tilstand for SSHFs eiendomsportefølje ligger i det nedre sjikt i foretaksgruppen. Behovet for rene vedlikeholdsinvesteringer er estimert til mer enn 2 mrd. kroner. Behovet for både oppgraderinger og arealutvidelser er størst i Kristiansand. Gjennomsnittsalderen for medisinsk teknisk utstyr er høy, men stabil.

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. Store byggeprosjekter må gjennomføres de neste 10 årene, både pga. kapasitets- og vedlikeholdsbehov. På MTU-siden er ytterligere utskiftninger innen bildediagnostikk og laboratorieutstyr påkrevd. I tillegg kommer en rekke mindre løpende utskiftninger. Ny teknologi som PET-scanner forventes også å bli nødvendig i løpet av få år.

SSHF har et mål om årlig overskudd på minimum 80 millioner kroner de nærmeste årene. På lengre sikt må overskuddet økes for å opprettholde en akseptabel investeringsevne. For å oppnå dette, er det nødvendig med tilpasninger av driften.

Gjennom arbeidet med utviklingsplanen er det dokumentert behov for betydelig utvidelse av akuttmottak og behandlingsskapasiteten innen intensiv/intermediær i Kristiansand i løpet av de nærmeste årene. Det er også underdekning på isolater og observasjonsplasser. SSHF har igangsatt en mulighetsstudie for nytt akutt-/intensivbygg på Eg som grunnlag for en søknad til HSØ RHF om

oppstart av tidligfaseplanlegging. Videre oppgradering av operasjons- og anestesivdelingen i Kristiansand bør ses i sammenheng med oppgradering/utvidelse av akutt-/intensivfunksjoner.

SSHF har lagt til grunn at innen 2025 må et nytt akutt-/intensivbygg i Kristiansand stå ferdig, for å sikre tilstrekkelig kapasitet, pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen.

## 6. PLANER FOR UTVIKLINGEN

Ved behandling av utkast til Utviklingsplan 2030 i februar 2015, vedtok styret for SSHF å videreutvikle en driftsmodell med tre somatiske sykehus i foretaket. Etter dette ble det en pause i planarbeidet i påvente av en Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP).

Gjennom hele 2017 har SSHF arbeidet med oppdatering og ferdigstillelse av utviklingsplanen på bakgrunn av Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, veileder for arbeid med utviklingsplaner, føringer fra HSØ og oppdrag og bestilling 2017. Arbeidet har tatt utgangspunkt i de analyser og vurderinger som var grunnlag for styrevedtaket 05.02.2015, samt ekstern kvalitetssikring av den første planen. Beskrivelse av nåsituasjonen, utviklingstrekk, framskrivninger og kapasitetsberegninger er oppdatert.

På bakgrunn av NHSP ble det besluttet i foretaksmøte at fremtidige akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord skulle utredes spesielt. Denne utredningen ble gjennomført før 01.04.2017.

Administrerende direktørs forslag ble styrebehandlet, og i foretaksmøte i HSØ (24.04.2017) og SSHF (03.05.2017) ble følgende vedtatt:

*Utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.*

Det ble jobbet med oppfølging av vedtaket i egne prosesser. Det ble blant annet nedsatt to arbeidsgrupper for henholdsvis ortopedi og gastrokirurgi for å sikre et best mulig tilbud ved sykehuset i Flekkefjord. Det har ikke vært vurdert vesentlige omlegginger av øyeblikkelig hjelp-tilbudet på andre områder.

Planen fra 2015 var lite konkret i beskrivelse av mål og tiltak for virksomheten. Dette har derfor vært et sentralt tema i oppdateringen av utviklingsplanen, og er gjort i henhold til kapittel 6 i Veileder for arbeid med utviklingsplaner. **Feil! Bokmerke er ikke definert..** For å møte framtidens behov og utfordringer for helsetjenesten i Agder, er det utarbeidet mål på mellomlang og kort sikt: Utviklingsmål 2035 og strategiske mål 2018-2020. Tiltak til de strategiske målene vil bli utarbeidet i klinikkvise handlingsplaner av klinikkene og avdelingene hvor målene er aktuelle i den daglige driften. Tiltakene skal henge sammen med økonomisk langtidsplan og årlig budsjett.

Tidligere har SSHF hatt treårige strategiplaner i tillegg til utviklingsplan. SSHF har ønsket å forenkle planverket og planprosessene, og har derfor valgt å kombinere Utviklingsplan 2035 og strategiplan 2018-2020 i samme dokument. En oppdatert Utviklingsplan 2035 med strategiplan 2018-2020 peker nå på ønsket utviklingsretning for helseforetaket med utgangspunkt i nasjonale- og regionale føringer, samt vedtatt sykehusstruktur.

Oppdatering av utviklingsplanen er gjort med bred involvering av ledere, fagpersoner, tillitsvalgte, brukere, kommuner og andre interessenter. Utredning om fremtidig akuttfunksjoner ved sykehuset i Flekkefjord ble organisert som en egen prosess parallelt med det øvrige utviklingsplanarbeidet. SSHF og kommunene i Aust-Agder og Vest-Agder samarbeider om en utarbeidelse av en «samhandlingsmelding» for området psykisk helsevern og rus. Når samhandlingsmeldingen er ferdigstilt, vil konklusjoner og anbefalinger derfra bli innarbeidet i foretakets utviklingsplan.

Ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanen samt en risiko- og mulighetsanalyse gjennomføres i perioden februar-mars 2018. Forslag til Utviklingsplan 2035 er nå på høring, med høringsfrist 1. mars 2018. Utviklingsplanen forventes å bli styrebehandlet i SSHF 12. april, med leveranse til HSØ 15. april 2018.