

# ***Risiko- og mulighetsstudie*** SSHF

## Revidert utviklingsplan 2035

*Rapport til SSHF*

*22. mars 2018*



# Innhold

Innhold	2
Sammendrag	4
1 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn og problemstilling	6
2 Prosess og metode	7
2.1 Analysemodell	8
2.2 Analyseområder	9
2.3 Gjennomføring	10
2.3.1 Organisering av prosjektet	10
2.3.2 Aktiviteter i prosjektet	10
3 Analyse av risiko og muligheter	12
3.1 Innledning	12
3.2 Faglig kvalitet	14
3.2.1 Beskrivelse av risikoområdet	14
3.2.2 Risiko og sårbarhet gitt valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier	14
3.2.3 Mulighetsområder gitt valgt sykehusstruktur	16
3.2.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet faglig kvalitet	17
3.2.5 Oppsummering faglig kvalitet	17
3.3 Helhetlige pasientforløp	18
3.3.1 Beskrivelse av risikoområdet	18
3.3.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier	18
3.3.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur	20
3.3.4 PwCs vurderinger av risikoområdet helhetlige pasientforløp	20
3.3.5 Oppsummering helhetlige pasientforløp	20
3.4 Tilgjengelighet	22
3.4.1 Beskrivelse av risikoområdet	22
3.4.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur	22
3.4.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur	23
3.4.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet tilgjengelighet	23
3.4.5 Oppsummert tilgjengelighet	23
3.5 Samfunn	25
3.5.1 Beskrivelse av risikoområdet	25
3.5.2 Risiko og sårbarhet gitt valgt sykehusstruktur	25
3.5.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur	27
3.5.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet samfunn	28
3.5.5 Oppsummering samfunn	28
3.6 Økonomi	30
3.6.1 Beskrivelse av risikoområdet	30
3.6.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur	30
3.6.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur	31
3.6.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet økonomi	32
3.6.5 Oppsummering økonomi	33
4 Oppsummering og samlet risikovurdering	34

# Forord

PricewaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra Sørlandet sykehus HF utført en risiko- og mulighetsstudie av revidert Utviklingsplan 2035. Oppdraget ble gjennomført i perioden januar - mars 2018.

Arbeidet har vært utført av et kjerneteam bestående av André Arntsen Fjelltveit, Mats Ruge Holte og Eystein J. Hauge med sistnevnte som prosjektleder. Ansvarlig partner for oppdraget har vært Reidar Henriksen.

Underveis i prosjektet har vi hatt god og hyppig kontakt med oppdragsgiver ved Per W. Torgersen og Birgitte Langedrag samt sparring og innspill fra den overordnede ROS-gruppen bestående av sykehusledelsen, foretakstillitsvalgt og verneombud samt fagdirektør ved Helse Fonna HF, tidligere fagdirektør i Helse Møre og Romsdal HF samt økonomidirektør ved Haraldsplass Diakonale Sykehus AS. Vi vil takke oppdragsgiverne og den overordnede ROS-gruppens medlemmer for et spennende oppdrag og god samhandling underveis i prosjektet.

Til slutt vil vi også rette en takk til alle involverte som på tross av korte tidsfrister og en travel hverdag velvillig har stilt opp i arbeidsgrupper og bidratt med input.

*PwC 22. mars 2018*



*Reidar Henriksen  
Ansvarlig partner*



*Eystein J. Hauge  
Prosjektleder*

# Sammendrag

Formålet med denne risiko- og mulighetsstudien er å gi en representativ fremstilling av risiko og mulighetene knyttet til valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier slik de er beskrevet i Utviklingsplan 2035.

Denne risiko- og mulighetsstudien har tatt utgangspunkt i risikoområdene som ble definert i Utviklingsplan 2030, dvs. faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, tilgjengelighet, samfunn og økonomi. Risikoområdene har blitt gjennomgått og validert i en rekke faggrupper bestående av helsefaglige ressurspersoner. De samme gruppene har deretter gitt innspill knyttet til hvilke muligheter SSHF har til å redusere den iboende risikoen i Utviklingsplan 2035.

Helt sentralt i vår tilnærming til dette prosjekt har vært å sikre en bred involvering av aktører som berøres av sykehusets valgte sykehusstruktur. Vi har derfor valgt å bruke forholdsvis mye av ressursene og tiden i dette prosjektet på å lytte til berørte interessenter og få deres syn på sentrale risikoer og muligheter knyttet til Utviklingsplan 2035. Denne prosessen mener vi har verdi, ikke bare for denne rapporten isolert sett, men vel så mye for det videre arbeidet etter at Utviklingsplan 2035 er vedtatt og samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten når utfordringene skal adresseres i årene fremover.

Innen faglig kvalitet avdekket analysen at rekruttering, kvalitet vs. volum og uønsket variasjon knyttet til traumefunksjon oppfattes som de viktigste risikoområdene. Mulighetsstudien påpeker at arbeid med en felles kultur der gamle stridigheter knyttet til faglig baksnakking og valg av modell forlates er det viktigste rekrutteringsmessige tiltaket. Kvalitet og volum inkludert en enhetlig og robust traumefunksjon ved alle tre sykehus er krevende å sikre. Rotasjonsordninger, felles vaktlag og tydeligere faglig styring er momenter som kan bidra til å redusere disse sårbarhetene.

Innenfor området helhetlig pasientforløp ble brudd i pasientforløp ved akutte tilstander, brudd i pasientforløp ved komplekse tilstander samt variasjon i behandling mellom sykehusene vurderes som de mest alvorlige risikofaktorene. Mulighetsstudien påpeker at en generell bedret forståelse for hverandres utfordringer på tvers av kommuner og helseforetak, kommunisert gjennom felles fagmøter og forsterket gjennom hospiteringsordninger, ambulerende spesialisthelsetjenester og kombinasjonsstillinger vil kunne bidra til en redusert risiko for svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner.

Innen området tilgjengelighet etterlyses det også under dette risikoområdet tydeligere faglig styring, felles henvisningsmottak og felles ventelister. Modellen med orto-geriatri fremheves som et meget godt eksempel på hvordan helhetlige pasientforløp kan sikres både internt i sykehuset og ved senere overføring til kommunehelsetjenesten. Mulighetsrommet er primært knyttet til å sikre en kultur ved foretaket som bidrar til at kapasiteten vurderes som en helhet og at pasientene får behandling der denne er raskest tilgjengelig. Nye teknologiske muligheter vil i årene som kommer utfordre måten vi tenker om tilgjengelighet knyttet til spesialisthelsetjenester da disse vil kunne leveres på helt nye måter. Allerede i dag er det imidlertid muligheter for å kunne pilotere virtuelle spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene.

Sykehusene og kommunene trakk frem kriteriet samfunn som mest kritiske i scoring av sannsynlighet og konsekvens. En av grunnene til dette er at kommunene står overfor store utfordringer hva angår økonomi knyttet til helse og omsorgssektoren i tiden fremover. Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten generelt er økende gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform m.m., samtidig som mange kommuner allerede i dag har rekrutteringsutfordringer og kjemper om de samme ressursene som spesialisthelsetjenesten.

Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåinger må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle. Overordnede analyser fra samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030 viste at andelen oppgaver overført fra SSHF til kommunene som en konsekvens av Utviklingsplan 2030 var beskjeden<sup>1</sup>, sammenliknet med følgende av samhandlingsreformen, generell befolkningsvekst og demografisk utvikling.

---

<sup>1</sup> Estimert nye årsverk som en følge av strukturelle valg i Utviklingsplan 2030 utgjorde 100-200 av totalt 3300 nye årsverk for kommunene frem mot 2030. Kilde: Samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030

Økt kjennskapen til hverandres tjenester og kompetanse gjennom økt bruk av kombinasjonsstillinger, samt hospitering mellom sykehus/kommunene vil kunne sikre bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester. Arbeidet med å se på samhandlingsavtalene vil være en god anledning til å sikre et godt fundament for et videre samarbeid og sikre helhetlig pasientforløp og pasientenes helsetjeneste på tvers av primær - og spesialisthelsetjenesten på Agder.

Vurderingene innen økonomi må sees i lys av at produktivitetsveksten i sykehuset har utviklet seg negativt fra 2010 til 2015 sett mot landssnittet i denne perioden. Dette, kombinert med parallelle beredskapsordninger ved tre lokalisasjoner og nødvendig styrking av vaktordninger for leger på en rekke fagområder, gir betydelige økonomiske utfordringer. IKT-kostnader, kostnader til høykostnadsmedisiner, gjestepasienter ved OUS og behandlingshjelpemidler har også de siste årene hatt en vekst langt utover rammeveksten for foretaket, noe som igjen har bidratt til svakere resultater og mindre midler til investeringer enn ønskelig. Konsekvensen av utfordrende finansiell bæreevne og opplevelsen av behovet for akuttbygg endret seg ift. avstand til Kristiansand. PwC oppfatter det dog som tydelig at SSHF har en finansiell utfordrende situasjon hva angår nødvendig bæreevne for å sikre nødvendige investeringer fremover.

Flere av interessentene poengterte muligheten til å utnytte ressursene best mulig på tvers av husene inkludert felles ventelister for å utnytte ledig kapasitet i foretaket. Det kom mange innspill hva gjaldt teknologi. Det vil i denne sammenheng være fornuftig å sikre at inntektsmodellen har incentiver for bruk av telemedisin og ny teknologi (eksempelvis at konsultasjonene blir priset rett). Et tettere og bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til å redusere kostnadene. Ved innføring/videreutvikling av inntaksmøter, dialog med fastleger og sykehuset før overføring og bedre utnyttelse av ØHD-sengene så vil sykehuset bedre overføringer og rette pasienter inn. Videre bør SSHF arbeide for å tette produktivitetsgapet som er oppstått siden 2010 og sikre et mest mulig effektivt samarbeid på tvers av sykehusene innen SSHF.

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn og problemstilling

Da styret for Sørlandet sykehus HF (SSHF) i februar 2015 behandlet en foreløpig utviklingsplan, var det en forutsetning at den skulle revideres og oppdateres etter at Nasjonal helse- og sykehusplan var behandlet av Stortinget. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har laget en veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner for helseforetakene og gjennom foretaksmøter pålagt SSHF å legge denne til grunn for utarbeidelse av en utviklingsplan.

Det ble gjennomført en ROS-analyse av Utviklingsplan 2030. Dette arbeidet ble utført av PwC høsten 2014. Rapporten inneholdt ROS-analyse av de tre strukturmodellene i rapporten.

SSHF har oppdatert utviklingsplan-dokumentet. Dette på bakgrunn av ekstern kvalitetssikring, Nasjonal helse- og sykehusplan, Veileder for arbeid med utviklingsplaner, føringer fra HSØ og beslutning i foretaksmøte i HSØ og SSHF vedrørende akuttfunksjoner i Flekkefjord.

**Figur 1: Oversikt over milepæler i oppdatering av utviklingsplanen**



### Forskjellen fra den foreløpige utviklingsplanen i 2015 er følgende:

- SSHF har valgt strukturmodell med 3 sykehus i helseforetaket (vedtak 5.2.2015)
- Nasjonal helse- og sykehusplan definerer ulike typer sykehus: to store akuttisyrkehus i Kristiansand og Arendal, og akuttisyrkehus i Flekkefjord
- Akuttkirurgi i Flekkefjord skal videreføres (ref. vedtak i foretaksmøte 24.4.2017 og 3.5.2017)
- Utviklingsplanen har endret tidshorisont mot 2035 (Oppdrag og bestillingsdokumentet for 2017 fra HSØ RHF)
- Klinikstrukturen er endret. SSHF har stedlig ledelse for somatikk i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. (fra 1.1.2016)
- Den faglig begrunnede målsettingen om å vri virksomheten fra døgn til dag står fast, men Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at det fortsatt skal være døgnplasser i DPS.
- Det pågår et utredningsarbeid for psykiatri og avhengighetsbehandling kalt «samhandlingsmeldingen» parallelt med utviklingsplanarbeidet. Dette arbeidet skal presenteres for OSS mars 2018.
- Utviklingsplan 2035 inkluderer 3-årig strategiplanperiode, 2018-2020. Erstatte tidligere strategiplandokument.
- Begrepet hovedsykehus er tatt ut av dokumentet (ref. dialogmøte HSØ 26.10.2017).

I tillegg ligger følgende til grunn for Utviklingsplan 2035 (ikke uttømmende):

- Vurderingskriteriene fra Utviklingsplan 2030 ligger fortsatt til grunn i revidert utviklingsplan
  - Faglig kvalitet; helhetlige pasientforløp; samfunnsmessig bærekraft; tilgjengelighet og økonomi.
- Delregionale senterfunksjoner som PCI (Arendal) og ICD (Kristiansand) videreføres
- Senter for kreftbehandling i Kristiansand videreføres. Kreftkirurgi samlet i all hovedsak i Kristiansand med unntak av blant annet robotassistert kirurgi ved prostatakreft
- Funksjons- eller oppgavedeling som allerede er gjort skal ikke revurderes (HSØ 26.10.17)

## Risiko- og mulighetsstudie av Utviklingsplan 2035

- Ytterligere utvikling og oppgavesamling forventes framover selv om akuttfunksjonene nå ligger fast
- Psykisk helse og rusbehandling er i dag tverrgående og det forventes ingen endring i dette i kommende år
- Valgt driftsmodell ble i U2030 konkludert å ha svak økonomisk bærekraft i forhold til det kommende investeringsbehovet i foretaket:
  - Nytt bygg for psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand og for ABUPs ungdomsklinikk er vedtatt, finansiert og skal stå ferdig på Egsjordene innen 2021
  - Foretaket har lagt til grunn at innen 2025 må et nytt akuttbygg i Kristiansand stå ferdig, for å sikre kapasitet og kvalitet i behandlingen ved sykehuset (mulighetsstudie styrebehandles våren 2018)
  - Både ved SSF og SSA er deler av bygningsmassen gammel og trenger betydelig oppgradering

PwC har på bakgrunn av dette fått i oppdrag å gjennomføre en risiko- og mulighetsstudie knyttet til arbeidet med oppdateringen av Utviklingsplan 2035. Risiko- og mulighetsstudien skal gi en representativ fremstilling av risiko forbundet med den valgte sykehusstruktur og de utviklingsstrategier som beskrives i Utviklingsplan 2035.

Denne risiko- og mulighetsstudien har fokusert på å vurdere risikoområdene som ble definert i Utviklingsplan 2030, dvs. faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, tilgjengelighet, samfunn og økonomi, og gjennomgå i hvilken grad disse vurderingene fortsatt står. Risikoområdene har blitt gjennomgått og validert i faggrupper bestående av helsefaglige ressurspersoner, som også har gitt innspill på hvilke muligheter SSHF har til å redusere den iboende risikoen i Utviklingsplan 2035

Høringsfristen for Utviklingsplan 2035 utløp 1. mars 2018 og høringsinnspillene vil sammen med denne Risiko- og mulighetsstudien være viktige bidrag til SSHFs arbeid med den endelige og reviderte Utviklingsplanen som fremlegges for styret i april 2018.

## 2 *Prosess og metode*

### 2.1 *Analysemodell*

En risiko- og mulighetsstudie skal bidra til å gi en oversikt over forhold som kan redusere eller true et systems evne til å fungere. I en slik prosess identifiseres relevante sårbarheter og risikoer. PwC har i denne studien tatt utgangspunkt i hovedprinsippene for risikovurderinger slik de beskrives i Norsk Standard 5814:2008 "Krav til risikovurderinger" (NS 5814).

I NS 5814 stilles det krav om at risikovurderinger skal inngå som ett element i all risikostyring og skal gi nødvendig faglig grunnlag for beslutninger som angår sikkerhet. Vurderingene skal bidra til at beslutningstagere får økt kunnskap og kan velge de mest robuste løsningene. NS 5814 trekker også frem viktigheten av god kommunikasjon med interne og eksterne interessenter som et sentralt element i disse vurderingene:

"Under arbeidet med risikovurderingen er god kommunikasjon med aktuelle interne og eksterne interessenter viktig. Dette sikrer tilgang til all relevant informasjon og bidrar til at oppdragsgiver/ beslutningstaker får forankring/eierskap til vurderingens konklusjoner og anbefalinger" (NS 5814: 2008 s. 3)

I "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner" går det frem at "det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver". SSHF har bemerket at det i 2014 er gjort en omfattende ROS-analyse i forbindelse med Utviklingsplan 2030. Det er følgelig ikke åpenbart at det etter veilederens krav er behov for en oppdatert ROS-analyse for den reviderte utviklingsplanen, Utviklingsplan 2035, all den tid revideringen ikke medfører vesentlige endringer i oppgaver. Like fullt ønsker helseforetaket å oppdatere den eksisterende ROS-analysen i form av en risiko- og mulighetsstudie. Analysen skal, i tillegg til å se på risiko og sårbarhet, beskrive hvilke muligheter som er egnet for å redusere den iboende risiko som følge av oppdatert utviklingsplan og beskrive hvordan disse kan konkretiseres ved implementering av planen. Analysen av risikoer og muligheter er i denne studien gjennomført parallelt.

Basert på kravene i NS 5814 og i Veileder for arbeidet med utviklingsplaner har denne studien blitt gjennomført i følgende hovedfaser:

- **Forberede:** Etablering av omforent prosess og metode
- **Informasjonsinnhenting:** Innsamling av data
- **Risikoanalyse:** Analyse av samlet risiko identifisering av mulighet
- **Rapportere:** Presentasjon av risiko og forslag til oppfølging

For en nærmere beskrivelse av fasene og innholdet i disse, se figur under.

**Figur 2: Fasene og arbeidsoppgavene i en risiko- og mulighetsstudie**

	Forberede	Informasjonsinnhenting og bearbeidelse	Risikoanalyse	Rapportering
Formål	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre at SSHF og PwC har en felles forståelse for leveransen, herunder omfang, begrensninger og metodikk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innsamling av primær- og sekundærdata og klargjøring av disse for risikovurdering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risikovurdere sentrale trusler og sårbarheter identifisert i forrige fase, og identifisere muligheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppsummere funnene i analysen</li> </ul>
Aktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre workshop for å blant annet gjennomgå og avgrense analyseobjektet, samt forankre metodikk for gjennomføring av analyse, herunder fastsettelse av skala for kritikalitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samtaler og intervjuer med nøkkelressurser</li> <li>Strukturere funn</li> <li>Fjerne uklårheter og duplikater</li> <li>Vurdere relevans for identifiserte sårbarheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre workshop med arbeidsgrupper</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentere rapporten for nøkkelinteressenter</li> <li>Oppsummere funnene i analysen og presentere samlet risiko og muligheter</li> </ul>
Leveranser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prosjektplan med blant annet scope, mandat og konkrete leveranser for oppdraget</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oversikt over sentrale trusler og sårbarheter strukturert og klar for risikovurdering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvalitativ beskrivelse av risiko, sårbarhet og muligheter basert på funn fremkommet i workshops</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport med oppsummering av risiko, sårbarhet og muligheter</li> </ul>



## 2.2 Analyseområder

I analysen av Utviklingsplan 2035 er det tatt utgangspunkt i følgende områder:

- Faglig kvalitet
- Helhetlig pasientforløp
- Tilgjengelighet
- Samfunn
- Økonomi

For en nærmere beskrivelse av innholdet i de fem risikoområdene, se tabellen under:

**Tabell 1: Beskrivelse av de fem risikoområdene**

Risikoområde	Vurderingsgrunnlag
<p><b>Faglig kvalitet</b></p> <p>På nivå som beskrevet i nasjonale og regionale veiledere</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tilstrekkelig aktivitet/volum, robusthet for endring og faglig utvikling</li> <li>● Faglig bredde, kompetanse og oppgaver</li> <li>● Spesialiserte funksjoner, diagnostikk og behandling er tilgjengelig 24/7</li> <li>● Gode beredskapsløsninger (rutiner og organisering)</li> <li>● En adresse for akutt, kritisk sykdom og livsviktige tilbud</li> <li>● Rekrutteringsevne (attraktivt fagmiljø, arbeidsmiljø, bomiljø, nærhet til samfunnsfunksjoner)</li> <li>● Forskning og utvikling, ressurser og volum</li> </ul>
<p><b>Helhetlig pasientforløp</b></p> <p>Det skal være, og pasienten skal oppleve, kontinuitet i pasientforløpet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sykehuset er en kompetansebase for klinisk ekspertise og støtte. Tilgjengelighet til tverrfaglig ekspertise</li> <li>● Organisering og klare retningslinjer for hvilke pasienter som skal behandles hvor</li> <li>● Tilby spesialisthelsetjeneste «utenfor sykehuset» – der hvor pasienten bor.</li> <li>● God samhandling og samarbeid mellom avdelinger i sykehuset</li> <li>● God samhandling og samarbeid mellom sykehus og kommuner/andre samarbeidspartnere</li> <li>● Kontinuitet i diagnostikk og behandling</li> </ul>
<p><b>Tilgjengelighet</b></p> <p>Tilgang for alle innen forsvarlig avstand/reisetid</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Forsvarlig tids- /reiseavstand ved akutt sykdom.</li> <li>● Lik tilgang til sykehustjenester for befolkningen (men varierende avstand)</li> <li>● God tilgang på nødvendig kompetanse og ressurser for akuttpasienter</li> <li>● Hensiktsmessig avstand eller tekniske løsninger for pasienter med hyppig behov</li> <li>● Nærhet til generelle tjenestetilbud og for pasienter innenfor psykiatri og rus- og avhengighetsbehandling</li> </ul>
<p><b>Samfunn</b></p> <p>Samfunnsøkonomiske konsekvenser på kommune- og regionnivå, regionale og kommunale virkninger samt områder med spesiell usikkerhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Arbeids-, næringsliv og offentlig sektor</li> <li>● Tilgjengelighet</li> <li>● Økonomi</li> <li>● Likeverdighet i helsetilbudet</li> <li>● Samarbeid</li> </ul> <p>Flere av disse områdene handlet om fordelingsprinsipper (ta fra noen og gi til andre). Da valgt sykehusstruktur er gitt så har hovedfokus i denne Risiko- og mulighetsstudien vært hvilken risiko og muligheter kommunene står ovenfor gitt valgt sykehusstruktur med hovedfokus på tilhørende utviklingsstrategier.</p>
<p><b>Økonomi</b></p> <p>Optimal ressursutnyttelse og langsiktig bærekraft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «Mest mulig helse for hver krone»</li> <li>● Beredskapskostnader, ressurseffektive løsninger</li> <li>● Kostnadseffektiv organisering, samlokalisering, teknologibruk og arealbruk</li> <li>● Stordriftsfordeler og ulemper, skalavurderinger,</li> <li>● Kostnader ved utvikling, drift og vedlikehold av bygningsmassen</li> <li>● Samarbeid/oppgavedeling med kommuner og private</li> </ul>

- Fleksibilitet og elastisitet i bygg og tekniske løsninger

## 2.3 Gjennomføring

### 2.3.1 Organisering av prosjektet

PwC har hatt en prosjektorganisering bestående av en prosjektleder med et dedikert kjerneteam samt ekspertressurser som har vært trukket inn ved behov.

Prosjektet har videre etablert en egen overordnet ROS-gruppe som har vært ledet og fasilitert av PwC. Gruppen bestod av:

- Sykehusledelsen ved SSHF
- Foretakstillitsvalgt ved SSHF
- Foretaksverneombud ved SSHF
- 2 ekstern fagdirektør
  - Fagdirektør ved Helse Fonna HF
  - Tidligere fagdirektør i Helse Møre og Romsdal HF
- 1 ekstern økonomidirektør
  - Økonomidirektør ved Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

Oppgaven til den overordnede gruppen har vært å verifiserer risikoområder definert i ROS-analysen av den opprinnelig Utviklingsplan 2030, bidra til kvalitetssikring og validering av innspillene fra arbeidsgruppene med sykehusene og kommunene samt bidra til rapportutkast. De eksterne direktørene er tatt med for å sikre uhildede og konstruktive innspill fra sammenlignbare helseforetak.

### 2.3.2 Aktiviteter i prosjektet

**Tabell 2: Møter i prosjektet**

Dato	Tema
10.01	Oppstartsmøte med oppdragsgiver
29.01	Overordnet ROS-gruppe samling 1: Tilnærming ROS-arbeidsgrupper samt gjennomgang av risikoområdene fra 2014
31.01	ROS-arbeidsgrupper ved Sørlandet sykehus Flekkefjord
31.01	ROS-arbeidsgrupper for kommunene, i Flekkefjord
01.02	ROS-arbeidsgrupper for kommunene, i Kristiansand
01.02	ROS-arbeidsgrupper for Sørlandet sykehus Kristiansand
02.02	ROS-arbeidsgrupper for kommunene, i Kristiansand
02.02	ROS-arbeidsgrupper for Sørlandet sykehus Arendal
09.02	ROS-arbeidsgrupper for kommunene, på Vegårshei
19.02	Overordnet ROS-gruppe samling 2: Presentasjon av foreløpige funn fra arbeidsgruppene samt kvalitetssikring og vurdering av innspill
05.03	Overordnet ROS-gruppe samling 3: Presentasjon av utkast til rapport

Det har vært gjennomført syv samlinger/arbeidsgrupper hvor alle de tre sykehusene samt alle kommunene i Agder har vært invitert:

- En halvdagssamling på hvert av de tre sykehusene i SSHF der stedlige representanter fra sykehusledelse og faglig ledelse deltar sammen med stedlig tillitsvalgt, verneombud og brukerrepresentant
- Fire halvdagssamlinger for kommunene (Flekkefjord, 2 x Kristiansand og Vegårshei) der kommunene var invitert til å sende sine kommuneoverleger, legevaktsjefer og/eller helse- og sosialsjefer i tillegg til samhandlingskoordinatorer. Det var valgfritt hvilken samling den enkelte kommune ønsket å delta på.

Agenda for hver av samlingene har vært:

- Gjennomgang av risikoområder med tilhørende risikofaktorer
- Mulighet til å komme med innspill på listen over risikofaktorer

- En kvantitativ vurdering av risiko (sannsynlighet multiplisert med konsekvens)
- Gjennomgang rundt muligheter for å ta ned risiko

Målet med arbeidsgruppene var å oppnå en omforent forståelse av risikobildet. Hovedfokus har dog vært å sikre innspill knyttet til hvilke muligheter som finnes for å ta ned den iboende risikoen i Utviklingsplan 2035 slik den nå foreligger. Dokumentasjonen fra samlingene utgjør et vesentlig grunnlag for analysene. Det fremkommer ikke i denne rapporten hvem som har sagt hva. Vi har tatt omfattende notater fra samtalene, men dette har kun vært til bruk som støtte for vårt arbeid, og ikke for gjengivelse. Datagrunnlaget fra hver av samlingene ble så sammenstilt av PwC og lagt frem for ROS-gruppen, som så kvalitetssikret og vurdere innspillene fra samlingene.

PwC har så på bakgrunn av innspill fra arbeidsgruppene og ROS-gruppens faglige vurderinger drøftet risiko- og mulighetsbildet og ferdigstilt endelig rapport.

# 3 Analyse av risiko og muligheter

## 3.1 Innledning

PwC har lagt til grunn det arbeidet knyttet til identifisering og forankring av risikoområder for Utviklingsplan 2030, gjennomført i 2014. Siden den gang er fremtidig sykehusstruktur landet; ref. kapittel 1.1. Denne risiko- og mulighetsstudien for revidert utviklingsplan har følgelig tatt utgangspunkt i risikofaktorer som i forrige runde ble drøftet under hvert risikoområde, og analysert disse for den sykehusmodellen som nå er valgt.

Den overordnede ROS-gruppen har i første omgang diskutert om risikofaktorene fra 2014 fortsatt er relevante, dernest om det er behov for å supplere listen med risikofaktorer.

Etter å ha gjennomført en slik verifiseringsprosess stod den overordnede ROS-gruppen igjen med følgende risikofaktorer under disse fem risikoområdene:

### **Faglig kvalitet:**

- Rekruttering - vanskelig å tiltrekke seg spesialisert kompetanse
- Sårbarhet ved komplekse sykdommer/tilstander ettersom kompetansen spres på flere lokalisasjoner
- Sårbarhet knyttet til kvalitet pga. lavt volum på enkelte tjenester – særskilt akuttfunksjoner
- Risiko for varierende kvalitet på traumefunksjon
- Redusert tilgang på generelle kirurger - nødvendig for breddekompetanse på mindre sykehus
- Sårbarhet knyttet til fravær av enhetlig og forutsigbar kvalitet på pasienttilbudet
- Sårbar struktur mht. ledelse og enhetlig organisasjonskultur - redusert evne til fagutvikling på tvers
- LIS-utdanning - redusert mulighet for opplæring grunnet spredning av volum

### **Helhetlige pasientforløp:**

- Pasienter kan oppleve å få ulik behandling ved forskjellige sykehus i foretaket
- Stort omfang av overføring mellom ulike geografiske lokasjoner
- Fragmentert tilbud med differensiering av dette gjennom døgnet, uken og året
- Sårbarhet for brudd i komplekse pasientforløp (håndtering av multisyke pasienter)
- Mange samhandlingsrelasjoner (3 sykehus og 30 kommuner)
- Sårbarhet for brudd i pasientforløp ved akutte tilstander
- Manglende samhandlingskompetanse; svikt i overgangene mellom kommune og sykehus
- Uklarhet mht. hvilket tilbud som gis ved det enkelte sykehus i foretaket

### **Tilgjengelighet:**

- Sårbarhet for at spesialiserte funksjoner ikke er mulig å tilby ved SSHF (som kan føre til et svekket tilbud i foretaket; pasienter må reise til Oslo eller Stavanger)
- Pasienter havner på nærmeste sykehus, der rett kompetanse ikke nødvendigvis er tilgjengelig
- Manglende evne til å utvikle innovative løsninger for å levere spesialisthelsetjenester på

### **Samfunn:**

- Sårbarhet ift. ressurs situasjonen (økonomiske rammer) i kommunene
- Sårbarhet ift. kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten
- Risiko for at familie og pårørende får en merbelastning ved omlegging fra døgn- til dagbehandling. (Kombinasjonen rus/psykiatri er allerede i dag krevende for kommunene, kapasitets- og kompetansemessig)

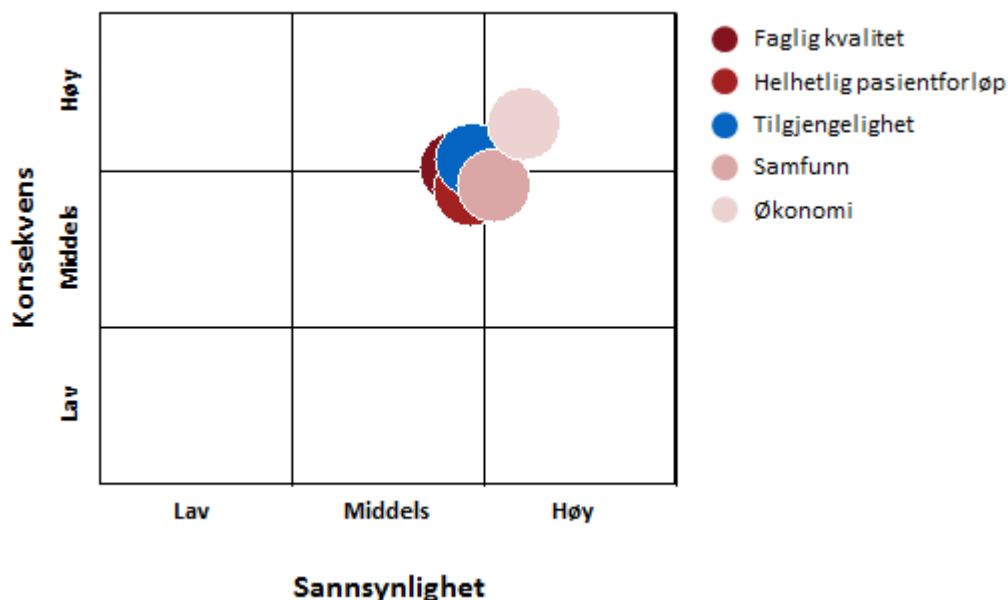
### Økonomi:

- Dublering/tredobling av tjenester og utstyr gir lite rasjonell drift
- Sårbarhet for forebygging, veiledning og ambulante tjenester
- Sårbarhet for økte kostnader til administrative funksjoner
- Manglende finansiell bæreevne for nye byggeprosjekter, inkl. nytt akuttbygg

I arbeidsgruppene med sykehusene og kommunene gjorde vi så en kvantitativ øvelse for å rangere sannsynlighet og konsekvens for hvert område. Resultatet fra disse øvelsene ble presentert for den overordnede ROS-gruppen, som selv gjorde en tilsvarende øvelse. Derne ble mulighetsbildet fra hver av arbeidsgruppene, hvorpå gruppen kunne supplere eller korrigere innspillene.

PwC har så gjort en selvstendig kvalitativ vurdering av risiko- og mulighetsbildet. Vi har tatt utgangspunkt i den overordnede ROS-gruppens kvantitative vurdering, holdt denne opp mot de ulike arbeidsgruppens syn og drøftet hvordan PwC oppfatter risikobildet. Derne har vi vurdert hvordan noen av de viktigste mulighetene, dersom implementert, vil kunne påvirke den iboende risikoen.

**Figur 3: Den overordnede ROS-gruppens risiko- og sårbarhetsvurderinger**



Figur 3 viser ROS-gruppens risikovurdering av de overordnede risikoområdene. Som i den overordnede ROS-gruppen har PwC på hver av de syv arbeidsgruppene med kommunene og det enkelte sykehus forankret risikoområdene med tilhørende risikofaktorer og gjort en tilsvarende kvantitativ øvelse. Etter å ha dannet en felles forståelse av risiko- og sårbarhetsbildet ved den valgte sykehusstrukturen diskuterte gruppene hvilke muligheter SSHF nå har til å ta ned den erkjente risiko- og sårbarheten.

PwC opplever, basert på risikovurderingene fra arbeidsgruppene, at geografiske lokalisering (region) har mer å si for vurderingen av risikobildet enn organisatorisk tilhørighet (helseforetak vs. kommune). Det er en gjennomgående enighet blant interessentene i at risikobildet for den valgte sykehusstrukturen er signifikant, men risikoen vurderes som høyere av den overordnede ROS-gruppen sammenlignet med de andre arbeidsgruppene. Den overordnede ROS-gruppen vurderer den økonomiske bærekraften som mest sårbar, mens arbeidsgruppene vurderer den samfunnsmessige risikoen, altså kommunenes økonomi, kapasitet og kompetanse, som det mest sårbare området.

## 3.2 Faglig kvalitet

### 3.2.1 Beskrivelse av risikoområdet

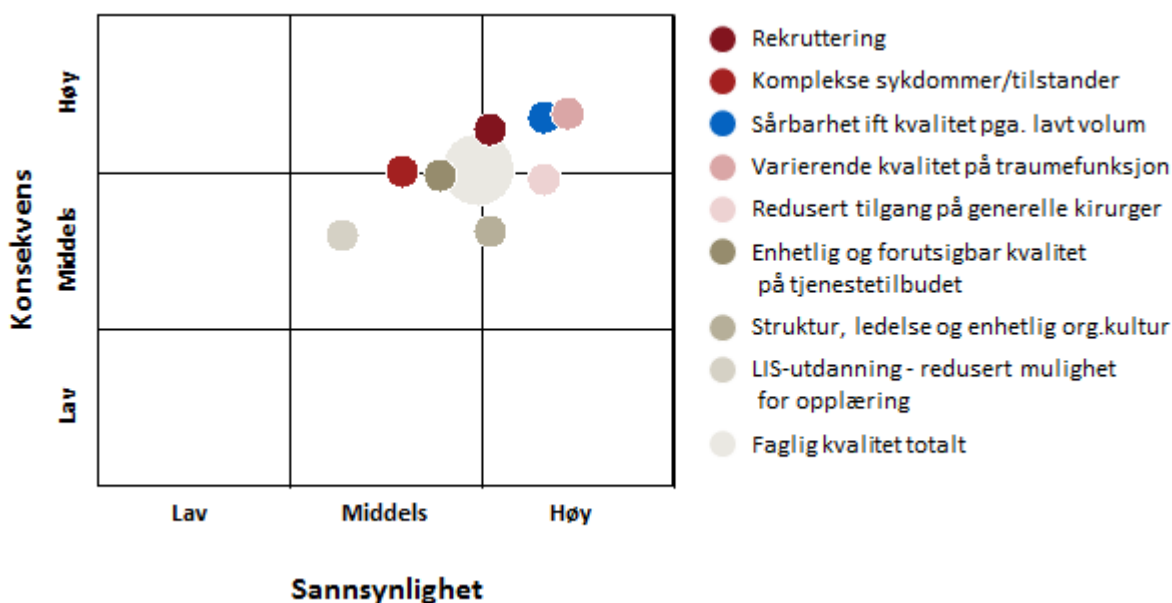
Sørlandet sykehus HF har ifølge Utviklingsplan 2035 en ambisjon om å levere tjenester med faglig kvalitet på nivå som beskrevet i nasjonale og regionale føringer. Vurderingskriteriet "faglig kvalitet" slik det er beskrevet i utviklingsplanen har et bredt innhold og avhenger av flere faktorer. Sentrale dimensjoner som både framgår i utviklingsplanen, og som også har preget arbeidet med Risiko- og mulighetsstudien, er:

- Sammenhengen mellom volum og kvalitet (med volum menes tilstrekkelig antall behandlinger for å oppnå god nok kvalitet)
- Store og robuste fagmiljø
- Spesialiserte funksjoner med kontinuerlig tilgjengelighet
- Evne til å rekruttere spesialister og annen nødvendig kompetanse
- Akuttberedskap
- Evne til å gi enhetlige og likeverdige tjenester
- Vilkår for forskning og utvikling, herunder relasjon til eksterne forskningsmiljø, universitet/høyskoler

### 3.2.2 Risiko og sårbarhet gitt valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier

Dialogen med de ulike interessentene viser tydelig at alle aktører er genuint opptatt av å levere helsetjenester med høy kvalitet i SSHF, selv om gjennomgangen har vist at de ulike sykehusene i helseforetaket vurderer risikoen for ikke å kunne levere god nok kvalitet nokså forskjellig. Det er PwC sin oppfatning at det hersker en viss mistillit mellom fagmiljøene ved de tre sykehusene hva gjelder troen på at "de andre" kan håndtere situasjonen. Mistilliten kommer også til uttrykk ved at det på flere fagfelt er en viss motvilje mot å henvise pasienten videre til de andre sykehusene i foretaket selv om det kan bety kortere ventetid for pasienten. PwC oppfatter at dette henger sammen med en frykt for å miste eget pasientvolum, og således risiko for å miste funksjoner eller bli en kandidat for nedleggelse. PwC opplever at det både i kommunene og i sykehusene er en viss mistillit til selve sykehusledelsen og at prosessen knyttet til revidert utviklingsplan og tilhørende Risiko- og mulighetsstudie flere steder blir oppfattet som et mulig skalkeskjul for omkamp knyttet til sykehusstruktur. Konsekvensen av denne faglige og ledelsesmessige mistilliten er i seg selv kanskje den mest signifikante risikofaktoren knyttet til faglig kvalitet.

Figur 4: Den overordnede ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Faglig kvalitet



Den overordnede ROS-gruppen oppfatter generelt risikoen for ikke å kunne levere høy faglig kvalitet som betydelig. Det er rekruttering, kvalitet vs. volum og uønsket variasjon knyttet til traumefunksjonen som oppfattes som de mest alvorlige risikofaktorene.

### **Rekruttering av spesialisert kompetanse**

Rekruttering av spesialister har vært et sentralt tema innenfor risikoområdet "faglig kvalitet". Enkelte hevder at store, brede fagmiljøer i seg selv virker stimulerende for rekruttering. Det pekes også på forventninger om at fremtidens spesialister ønsker store fagmiljø og lavere vaktbelastning enn det som har vært vanlig tidligere. Disse perspektivene indikerer generelt sett høy sårbarhet knyttet til rekruttering ved valgt sykehusstruktur. Dette vil trolig gjelde særskilt for rekrutteringssvake og spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum. Nedsnakkingen av "de andre" sykehusene i foretaket og den støy som har vært i forbindelse med valg av sykehusstruktur i SSHF vurderes dog som faktorene med størst negativ innvirkning på rekruttering.

Flere informanter påpeker at intern ambulering og rotasjon mellom de ulike sykehusene i foretaket i seg selv vil virke negativt for rekrutteringen til helseforetaket. For flere yrkesgrupper, særlig sykepleiere og jordmødre, har det vært påpekt at sykehusene og kommunene kjemper om de sammen arbeidstakerne.

### **Sårbarhet ved komplekse sykdommer/tilstander**

Et tema som har vært drøftet er hvordan den valgte sykehusstrukturen påvirker behovet for desentralisert tilstedeværelse av spesialisert kompetanse. En del av informantene har tatt til orde for at dersom spesialisert personale spres ut på flere sykehus med egne vaktlag vil dette bidra til sårbarhet ved sykdom og annet fravær, slik at kvaliteten på enkelte tjenester kan bli svekket i perioder. Videre er det påpekt at dagens slagbehandling ved SSHF kan oppfattes som et eksempel på dette da sykehuset savner en felles slagenhet som med mulighet for å utføre trombektomi.

### **Sammenhengen mellom volum og kvalitet - særskilt ved akutttilstander**

Både den overordnede ROS-gruppen og de fleste arbeidsgruppene har vært tydelig på at lavt volum påvirker risikoen for redusert kvalitet i betydelig grad, og at den valgte sykehusstrukturen aktualiserer denne sårbarheten. Diskusjonene har derfor i hovedsak vært knyttet til hvordan risikofaktoren kan håndteres, se avsnitt 3.2.3.

### **Variierende kvalitet på traumefunksjon**

De tre sykehusene i helseforetaket har relativt samme oppfatning av at den valgte sykehusmodellen gir risiko for uønsket variasjon innen traumebehandlingen. Den overordnede ROS-gruppen ser enda mer alvorlig på risikofaktoren og rangerer den som den største sårbarheten innen risikoområdet faglig kvalitet. Den overordnede ROS-gruppen påpeker at det i tillegg til øvelse kreves faktisk erfaring, både hva gjelder behandling og vurdering, for at et såkalt stabiliseringsopphold skal gi gevinst for pasienten. I tillegg påpeker den overordnede ROS-gruppen på utfordringer med å ha en desentralisert full blodbank og andre støttefunksjoner på tre lokalisasjoner. Interessenter fra den prehospitaltjenesten har påpekt at det per i dag er ulike mottaksrutiner ved de tre sykehusene i foretaket og at ambulansemannskapene må briefes om hvordan mottak gjennomføres ved hvert av sykehusene.

### **Redusert tilgang på generelle kirurger**

Informantene har påpekt at det på den ene side er av verdi å sikre en generell kirurgisk kompetanse på mindre sykehus, men at spesialiststrukturen for leger er lagt om siden forrige ROS-analyse. Relevansen av risikofaktoren er derfor endret ettersom det er en tydelig faglig driver mot egne grenvaktlag i kirurgi. Det uttrykkes likevel en bekymring på sikt knyttet til redusert tilgang på leger med generell kompetanse - ikke bare kirurgisk. Risikofaktoren inngår også som en del av den generelle rekrutteringsutfordringen.

### **Sårbarhet knyttet til fravær av enhetlig og forutsigbar kvalitet på pasienttilbudet**

Valgt sykehusstruktur vil påvirke helseforetakets evne til å gi enhetlige og likeverdige helsetjenester til befolkningen uavhengig av hvor de befinner seg i regionen, selv om det generelt er en utfordring å sikre uønsket variasjon også på den enkelte sykehusavdeling. Informantene har gjennomgående uttrykt bekymring for at geografisk spredning av fagmiljø, kombinert med dagens ledelsesstruktur ved sykehusene der tverrgående klinikk i somatikken er byttet ut til fordel for stedlig ledelse, bidrar til en økt risiko for variasjon. Informantene påpeker således at den valgte klinikkstrukturen, kanskje mer enn den valgte sykehusstrukturen, er en risikofaktor for uønsket variasjon. Informantene presiserte at klinikk for psykiatri, som har en tverrgående struktur, i mindre grad har risiko for uønsket variasjon.

### **Sårbar struktur mht. ledelse og enhetlig organisasjonskultur - redusert evne til fagutvikling på tvers**

Som for ovennevnte faktor påpeker informantene at den valgte sykehusstruktur i kombinasjon med den valgte klinikkstrukturen innen somatikk gjør det krevende å sikre fagutvikling på tvers. SSHF har opprettet flere tverrgående fagråd, men disse er i utgangspunktet rådgivende. Implementeringen svikter ofte begrunnet i manglende lokalt ansvar og manglende beslutningsmyndighet, spesielt innen kirurgi.

### **Opplæring av LIS-leger**

Opplæring av LIS-leger ble gjennomgående oppfattet som en av de faktorene under risikoområdet faglig kvalitet med lavest sårbarhet. Informantene påpekte dog behovet for å tenke helhetlig omkring LIS-utdanningen i foretaket der LIS-legene sikres gode rotasjonsordninger mellom sykehusene. Rotasjon for LIS-leger ble i langt mindre grad enn for overleger vurdert som rekrutteringshemmende.

## **3.2.3 Mulighetsområder gitt valgt sykehusstruktur**

Totalt ble det fremmet 39 forslag til muligheter for å håndtere risikoområdene knyttet til faglig kvalitet.

Det ligger et betydelig arbeid, men også en betydelig mulighet, knyttet til å reparere tillitsgapet som tilsynelatende har utviklet seg mellom foretaksledelsen og flere av sykehusene.

Gjennomgående ble det påpekt et behov for å framsnakke hverandre på tvers av sykehusene og prioritere arbeidet med å utvikle en felles kultur; satt på spissen å bevege seg fra å være tre sykehus til å bli ett sykehus med tre geografiske lokasjoner.

En av de viktigste måtene å fremme en slik ensrettet kultur er arbeidet med felles faglige standarder som faktisk etterleves. Både innen ortopedi og akuttmedisin har ROS-arbeidet avdekket at dette faktisk ikke alltid er tilfellet. Gitt dagens klinikkstruktur oppfatter informantene det som kritisk å sikre fagråd som fungerer der fagdirektør har myndighet til å beslutte enhetlige faglige retningslinjer.

En rekke informanter påpekte behovet for å fylle begrepene “sykehus i nettverk/team”, “akuttsykehus”, “høyspesialiserte funksjoner” og “kultur for helhet” med konkret innhold.

Felles ventelister og felles henvisningsmottak for de tre sykehusene ble av flere nevnt som et viktig virkemiddel for å sikre jevnt volum og god kapasitetsutnyttelse, og kan være et eksempel på sykehus i nettverk. Tilsvarende ble en videreutvikling av ambulerende tjenester internt i foretaket, det vil si ordninger der spesialister “hjemmehørende” ved en geografisk lokalisasjon jevnlig roterer til andre sykehus, sett på som en god måte å bidra til felles kultur på, men også en måte å bidra til bedret tilgjengelighet (beskrevet mer under kriteriet tilgjengelighet).

Det er de fleste informantene sin oppfatning at helsepersonell ved SSHF i enda større grad enn i dag må jobbe på tvers av geografiske lokalisasjoner fremover. Dette oppfattes som nødvendig for å sikre felles kultur, motvirke uønsket variasjon og sikre god tilgjengelighet for pasientene. Informantene mener dog at rotasjonsstillinger sykehusene imellom kan være kostbart med dagens avtaleverk.

For flere spesialiteter bør det ifølge informantene vurderes å opprette felles bakvaktsjikt selv om enkelte informanter påpekte at det er faglige drivere for økt tilstedeværelse på vakttid, også for overleger.

Selv om SSHF ikke er et universitetssykehus ble det påpekt at tilrettelegging for klinisk forskning oppfattes som et viktig rekrutteringsfremmende tiltak.

En rekke informanter så muligheter i videreutvikling av felles ansettelse for sykehus og kommuner, særlig hva gjelder sykepleiere og jordmødre. Det er informantene sin oppfatning at dette vil kunne gi spennende faglige muligheter for den enkelte, bidra til å dempe lønnspress samt gi muligheter for fulltidsansettelser der en kommune alene har mulighet til dette.



### *3.2.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet faglig kvalitet*

Det er PwC sin vurdering at det er særdeles krevende å opprettholde en likeverdig akuttfunksjon, herunder likeverdig traumeberedskap, ved alle de tre geografiske lokalisasjonene i SSHF. PwC er således enig med den overordnede ROS-gruppen hva gjelder den alvorlige sårbarheten knyttet til denne risikofaktoren.

PwC mener videre at den valgte sykehusmodellen, i kombinasjon med den eksisterende klinikkmodellen for somatikk, gjør det nødvendige arbeidet med å sikre felles faglige standarder og felles kultur krevende.

PwC mener at skal man sikre en likeverdig traumefunksjon ved de tre sykehusene er det avgjørende med volumtrening hos utøvende personell, både hva gjelder praktiske ferdigheter, men også hva gjelder reell erfaring for å opparbeide seg vurderingskompetanse. I så fall må muligheten for omfattende traumeteam-rotasjoner mellom de tre lokalisasjonene utredes og det må gjøres nødvendige investeringer i støttende infrastruktur. PwC mener det er avgjørende ikke å undervurdere hvor krevende det vil være å redusere restrisikoen på dette området til et akseptabelt nivå.

PwC mener at SSHF som planlagt bør evaluere den eksisterende klinikkstrukturen for somatikk, sett i lys av valgt sykehusstruktur. I denne sammenheng kan det være nyttig å se til hvordan Helse Møre og Romsdal HF har løst problemstillingen knyttet til tverrgående klinikker versus samtidig stedlig ledelse. PwC mener at det bør nedlegges et betydelig arbeid knyttet til å utvikling en felles kultur og en ensrettet faglig praksis.

### *3.2.5 Oppsummering faglig kvalitet*

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "faglig kvalitet" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. Analysen viser at rekruttering, kvalitet vs. volum og uønsket variasjon knyttet til traumefunksjon oppfattes som de viktigste risikoområdene ved den valgte sykehusmodellen. Mulighetsstudien påpeker at arbeid med en felles kultur der gamle stridigheter knyttet til faglig baksnakking og valg av modell forlates er det viktigste rekrutteringsmessige tiltaket. Kvalitet og volum samt en enhetlig og robust traumefunksjon ved alle tre sykehusene er krevende å sikre. Rotasjonsordninger, felles vaktlag og tydeligere faglig styring er momenter som kan bidra til å redusere disse sårbarhetene.

### 3.3 Helhetlige pasientforløp

#### 3.3.1 Beskrivelse av risikoområdet

SSHF ønsker at pasientene skal oppleve kontinuitet i pasientforløpene. Dette krever funksjonell organisering, riktig dimensjonering og innretning av tjenestene med god samhandling både internt og eksternt. Sentrale dimensjoner som både framgår i utviklingsplanen, og som også har preget dette arbeidet, er:

- Intern samhandling i SSHF
- Samhandling mellom SSHF og kommunene/fastlegene
- Differensiert tjenestetilbud gjennom døgnet/uken/året

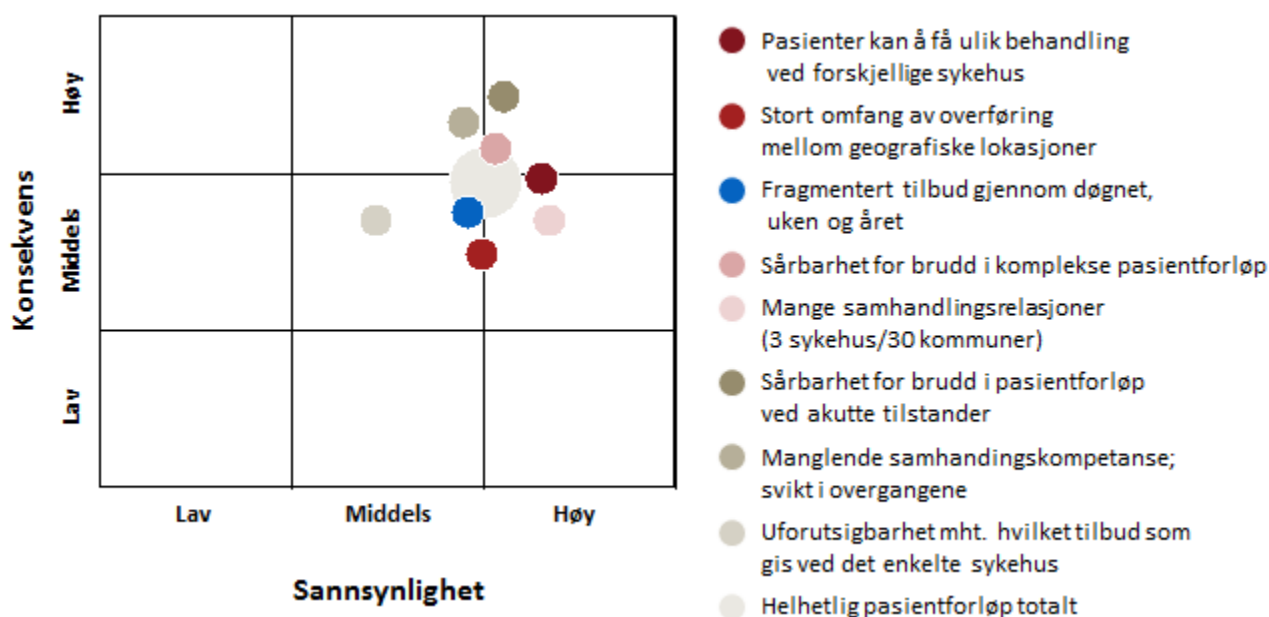
#### 3.3.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier

Den valgte sykehusstrukturen med tilhørende utviklingsstrategier har en rekke utfordringer og muligheter når det gjelder å skape helhetlige pasientforløp. Den innhentede informasjonen viser at området, i likhet med “faglig kvalitet”, preges av høy kompleksitet. Ulike interessenter har ulik oppfatning av hva som skaper sårbarhet samt hvilke modeller som gir høyest risiko.

Den valgte sykehusstrukturen bidrar, sammen med klinikkstrukturen som er valgt innen somatikk, til kompleksitet i samhandlingen internt i SSHF fordi disse fagmiljøene er geografisk spredt uten egen linjeledelse. Samtidig oppgir flere informanter at den interne samhandlingen på hver geografiske lokalisasjon er bedret som følge av den valgte klinikkstrukturen. Den valgte sykehusstruktur bidrar altså ikke alene til å skape interne samhandlingsutfordringer, men må sees i sammenheng med valgt klinikkstruktur.

Helhetlige pasientforløp innbefatter også i stor grad samhandling med kommunene. Arbeidsgruppene har vært tydelige på at kommunene mottar sykere pasienter nå enn for ti år siden og har utfordringer med å gi et godt nok tilbud til alle pasientene som utskrives fra sykehusene. Arbeidsgruppene oppfatter at dette kan lede til en økning i re-innleggelser og at et bedret samarbeid omkring planleggingen av utskrivelser kan redusere re-innleggelsesfrekvensen. Sykehusene kjenner i begrenset grad utfordringene kommunene har knyttet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

**Figur 5: Den overordnede ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Helhetlige pasientforløp**



Den overordnede ROS-gruppen oppfatter den generelle risikoen for ikke å kunne levere helhetlige pasientforløp som betydelig. Brudd i pasientforløp ved akutte tilstander, brudd i pasientforløp ved komplekse pasientforløp samt variasjon i behandling mellom sykehusene vurderes som de mest alvorlige risikofaktorene.

### **Variasjon i behandling mellom sykehusene**

Den overordnede risikogruppen er av den oppfatning at det er en betydelig risiko knyttet til uønsket variasjon internt i foretaket. Dette stemmer overens med at ROS-gjennomgangen har avdekket flere eksempler på varierende tilnærming til samme faglige problemstilling.

### **Stort omfang av overføring mellom geografiske lokasjoner**

Denne faktoren er blant dem som bekymrer ROS-gruppen minst under dette risikoområde ettersom den valgte sykehusstrukturen i seg selv ikke gir en ensartet påvirkning på transportbehovet. En desentralisert struktur bidrar i prinsippet til at flere pasienter kan få hjelp nærmere der de bor. Samtidig er det bekymring for stadige brudd i komplekse og akutte pasientforløp begrunnet i begrenset tilgang på nødvendig spisskompetanse ved alle sykehusene, noe som vil kunne lede til ekstra opphold ved et sykehus som ikke kan yte definitivt diagnostikk eller behandling. Videre vil en desentralisert sykehusmodell nødvendigvis fordele en viss funksjonsfordeling på enkelte områder som da uansett vil gi et transportbehov for pasientene. Sistnevnte oppfattes som akseptabelt for spesialiserte oppgaver, men i mindre grad for kronikere og ved rutineoppgaver.

### **Fragmentert tjenestetilbud gjennom døgnet/uken/året**

Den valgte sykehusstrukturen vil kunne lede til en variasjon i tilgjengeligheten for visse tjenester ved de aktuelle sykehusene dersom ikke bemanningen styrkes betydelig eller felles vaktstasjon etableres. ROS-arbeidet har avdekket at enkelte vaktlag er sammensatt av ulike grenskompetanse, som gjør at aktuelle sykehus i praksis ikke har rett formalkompetanse. Informantene har også beskrevet kritiske situasjoner der de prehospitaltjenestene har oppfattet at en gitt tjeneste er tilgjengelig på vakttid, men hvor tjenesten kun har vært tilgjengelig på dagtid.

### **Brudd i komplekse pasientforløp**

Med brudd i komplekse pasientforløp påpeker ROS-gruppen at dagens populasjon av eldre multisyke er økende. Det tenkes da på en innleggelse av en tenkt pasient med diffuse symptomer, multiple medikamenter og en lang rekke kroniske diagnoser som både sammen og hver for seg kan være en del av pasientens aktuelle sykdomsbilde. ROS-gruppen påpeker at dette ideelt sett fordrer at diagnostikken kan trekke på en rekke subspecialiteter som vanskelig kan være tilgjengelig på alle lokalisasjoner ved en desentralisert sykehusmodell. Informantene påpeker dog at mottaksmedisin som egen spesialitet, når denne innføres, kan bidra til en forbedret førstelinjediagnostisering.

### **For mange samhandlingsrelasjoner**

ROS-gruppen og informantene forøvrig har diskutert om hvorvidt sykehusstrukturen spiller inn på samhandlingsforholdet mellom helseforetaket og kommunen. ROS-arbeidet har påpekt at det generelt er utfordringer knyttet til samhandling, men først og fremst forbundet med kjennskap og kunnskap om hverandre; se avsnitt om samhandlingskompetanse. Samhandlingen mellom sykehus og kommuner er generelt krevende fordi det er en lang rekke avdelinger og personer involvert. Dette er ikke nødvendigvis forverret av den valgte sykehusmodell.

### **Brudd i pasientforløp ved akutte tilstander**

Som for vurderingen knyttet til komplekse pasientforløp og volum-diskusjonen under risikoområdet Faglig kvalitet er den valgte sykehusstruktur forbundet med risiko knyttet til diagnostikk og behandling av akutte tilstander. Et akuttmedisinsk tilbud uten uønsket variasjon fordrer i prinsippet lik tilgang på rett kompetanse gjennom hele foretaket. Informantene oppfatter at dette er krevende å sikre med dagens struktur.

### **Manglende samhandlingskompetanse; svikt i overgangene**

Informantene oppfatter at manglende samhandlingskompetanse hos begge parter, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten, medfører risiko for svikt. Dette gjelder både hvordan sykehusene best kan gi hjelp dersom fastlegen trenger spesialistbistand og hvilke muligheter kommunene har til å motta utskrivningsklare pasienter på en god måte. Flere kommuner påpeker at en viss forlengelse i sykehusoppholdet, der kommunene får litt mer tid til å ferdigstille et godt oppfølgingstilbud, vil kunne bidra til å redusere re-innleggelser. Flere av informantene påpekte at risikoen for svikt i overgangene i høyeste grad også gjaldt for sykehusene i SSHF seg imellom, tatt i betraktning de utfordringer som eksisterer knyttet til det interne faglige samarbeidet.

### **Uforutsigbarhet rundt hvilke tjenester som tilbys ved hvilke sykehus**

Informantene var i begrenset grad bekymret for om denne faktoren fortsatt var relevant ettersom den generelle oppfatningen var at sykehusstrukturen og funksjonsfordelingen er i ferd med å sette seg.

### 3.3.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur

Totalt ble det fremmet 40 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til helhetlige pasientforløp. 15 av disse forslagene omhandlet bedre samhandling og koordinasjon mellom avdelinger, sykehus og kommunen.

En generell forståelse for hverandres utfordringer, kommunisert gjennom felles fagmøter og forsterket gjennom hospiteringsordninger og kombinasjonsstillinger vil etter informantenes oppfatning kunne bidra til redusert risiko for svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. Et system for gjensidig meldingsutveksling mellom sykehus og kommuner i påvente av "En innbygger - en journal" ble fremhevet som et sterkt ønske. Dette inkluderer et bedret samarbeid mellom sykehusene og fastlegene omkring henvisninger der polikliniske spesialist-timer eller innleggelse kan unngås ved bedret dialog.

I tillegg er det forbedringsmuligheter knyttet til kommunikasjon og samhandling internt mellom sykehusavdelingene. Dette kan bedres med ytterligere informasjon til pasientene om forventet forløp ved innleggelse og med fortløpende oppdatering, eksempelvis via iPads eller smarttelefoner.

Ambulerende spesialisthelsetjenester ut fra sykehuset til kommunesentre og lokale helsesentre ble oppgitt som positivt både for samhandlingskunnskapen og pasient-tilgjengeligheten. Tiltaket vil ha stor verdi særlig for kronikergruppene som trenger ofte behandling, men som kan ha lang reisevei til sykehus. Disse gruppene bør defineres nærmere.

Mange av mulighetene under Helhetlige pasientforløp grenser opp mot mulighetene beskrevet under Faglig kvalitet. Eksempelvis er det å sikre en felles vurderingsenhet for alle henvisninger, med felles ventelister, på tvers av de tre geografiske lokalisasjonene også under dette risikoområdet vurdert som en god mulighet og et fornuftig tiltak. I tillegg etterlyses sterkere faglig styring på tvers for å sikre faglig ensrettethet internt i SSHF.

Eksisterende modell med orto-geriatri fremheves som en god modell for helhetlige pasientforløp, og flere slike modeller bør vurderes utviklet. Med denne modellen er pasienten innlagt på en sengepost hvor ortopedene behandler bruddet samtidig som geriaterne foretar medikamentgjennomgang og funksjonsvurdering. På den måten kartlegges pasienten helhetlig, noe som setter kommunene i stand til å etablere et korrekt tilbud etter utskrivelse. Liggetiden kan med denne modellen gå opp, men tiltaket reduserer med stor sannsynlighet risikoen for hurtig re-innleggelse i sykehus.

På det prehospitalt området er det behov for å tydeliggjøre ansvar og roller i den akuttmedisinske kjeden (ref. ny akuttmedisinforskrift), herunder kommunenes plikt til å rykke ut umiddelbart ved ulykker og akutte hendelser når dette er nødvendig.

### 3.3.4 PwCs vurderinger av risikoområdet helhetlige pasientforløp

PwC er også under dette punktet i stor grad enig med den overordnede ROS-gruppens vurdering hva gjelder den alvorlige sårbarheten knyttet til akutte og komplekse pasientforløp og de utfordringer som er knyttet til å håndtering av dette gitt valgt sykehusstruktur; jfr. avsnitt 3.2.4.

PwC er imidlertid av den oppfatning at sårbarheten i overgangene mellom sykehusene og primærhelsetjenesten fortjener særskilt oppmerksomhet.

PwC mener at det viktigste tiltaket for å hindre svikt i overgangene er arbeidet med å etablere en felles journal på tvers av juridiske enheter, og i påvente av dette legge til rette for økt kjennskap og bedret elektronisk kommunikasjon på tvers av enhetene.

### 3.3.5 Oppsummering helhetlige pasientforløp

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "helhetlige pasientforløp" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. Brudd i pasientforløp ved akutte tilstander, brudd i pasientforløp ved komplekse tilstander samt variasjon i behandling mellom sykehusene vurderes som de mest alvorlige risikofaktorene. Mulighetsstudien påpeker at en generell bedret forståelse for hverandres utfordringer på tvers av kommuner og helseforetak, kommunisert gjennom felles fagmøter og forsterket gjennom hospiteringsordninger, ambulerende

spesialisthelsetjenester og kombinasjonsstillinger vil kunne bidra til en redusert risiko for svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. I tillegg er det sterkt ønskelig med felles journalsystemer på tvers av de juridiske enhetene, og inntil videre et system for gjensidig meldingsutveksling.

Internt i sykehuset etterlyses det også under dette risikoområdet tydeligere faglig styring, felles henvisningsmottak og felles ventelister. Modellen med orto-geriatri fremheves som et meget godt eksempel på hvordan helhetlige pasientforløp kan sikres både internt i sykehuset og ved senere overføring til kommunehelsetjenesten.

## 3.4 Tilgjengelighet

### 3.4.1 Beskrivelse av risikoområdet

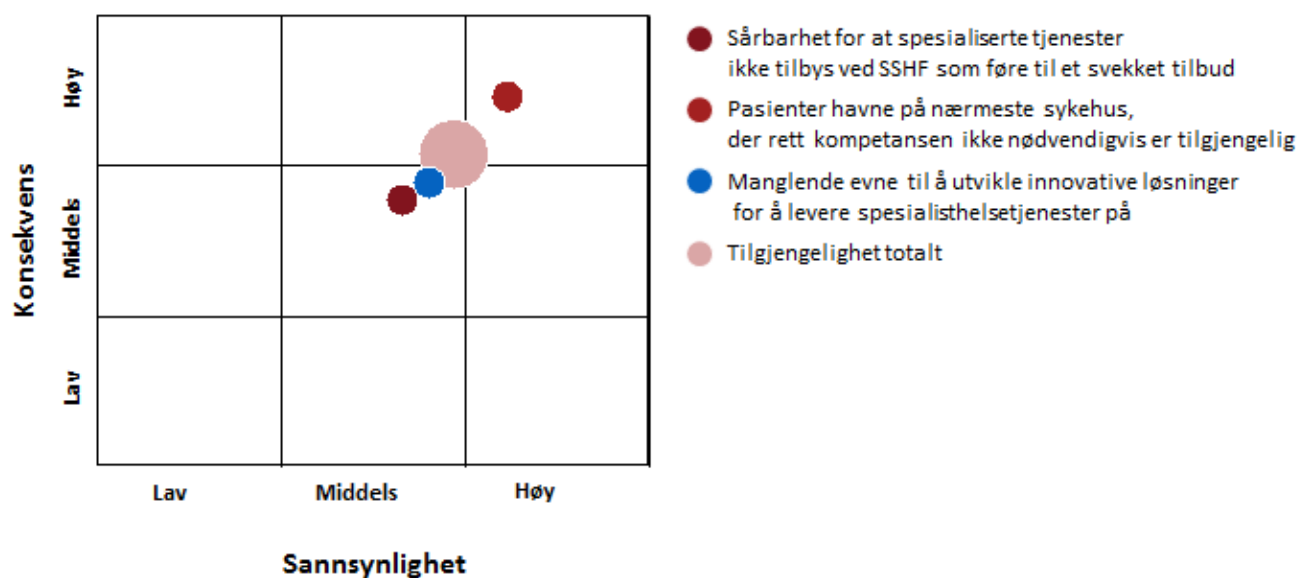
SSHFs ambisjon er at alle pasienter skal ha tilgang til spesialisthelsetjenester innen forsvarlig ventetid og avstand der fysisk oppmøte er nødvendig. Samtidig beskrives det som ønskelig at pasienter med hyppige behov skal ha hensiktsmessig avstand til behandling. Det er også spesifikt nevnt at generelle tjenester, herunder pasienter innen psykisk helsevern og rus, skal leveres desentralt. Viktige dimensjoner innenfor risikoområdet "tilgjengelighet" er:

- Tilgang til spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum
- Avstand til akuttfunksjoner
- Avstand/transportbelastning ved planlagt behandling

### 3.4.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur

Risikoområdet er analysert ut ifra hvordan sykehusstrukturen påvirker muligheten for å etablere spesialiserte funksjoner også for lave pasientvolum ved SSHF, hvordan reell tilgjengelighet påvirkes ved fravær av rett kompetanse på gitte geografiske lokalisasjon og hvordan en desentralisert sykehusstruktur eventuelt begrenser utviklingen av nye måter å levere spesialisthelsetjenester på.

Figur 6: Den overordnede ROS-gruppens vurderinger risikoområdet Tilgjengelighet



Den overordnede ROS-gruppen opplever at den valgte sykehusstrukturen i betydelig grad påvirker muligheten for å tilby spesialiserte funksjoner med lave pasientvolum ved SSHF i negativ retning, og ser dette den største sårbarheten knyttet til tilgjengelighet.

#### Tilgang til spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum

Enkelte spesialiserte funksjoner har så lavt volum at de samles på ett eller noen få av de største sykehusene i Norge. Informantene i ROS-gruppen oppfatter at valgte sykehusstruktur gjør det vanskelig for SSHF å etablere slike tjenester i særlig utstrekning ettersom fagmiljøet spres på flere geografiske lokalisasjoner. Øvrige informanter deler dette synet, men er i større grad usikker på om det har så mye å si for pasientene i Agder, da det i slike tilfeller må være akseptabelt for pasientene å reise til SUS, OUS eller andre helseforetak. Informantene påpeker at det i denne sammenheng er viktigere å sikre kronikerne et godt tilbud lokalt.

### **Pasienter havner på nærmeste sykehus, hvor rett kompetanse ikke nødvendigvis er tilgjengelig**

Informantene påpeker at denne risikofaktoren henger sammen med tidligere diskuterte faktorer under Faglig kvalitet. Risikofaktoren hensyntar eksempelvis at så lenge et sykehus har status som traumemottak kjører ambulansen ikke forbi dette. Den fysiske tilgjengeligheten til traumemottaket er da god, men den faktiske muligheten til å etablere et godt traumemottak er tidligere vurdert som utfordrende. Den overordnede ROS-gruppen oppfatter risikoen som betydelig, mens øvrige informanter i noe mindre grad ser dette som en signifikant risiko.

### **Manglende evne til å utvikle innovative løsninger for å levere spesialisthelsetjenester på**

Ved å velge en desentral sykehusstruktur er det en potensiell risiko for at strukturen blir en sovepute fremfor å satse på å utvikle ny teknologi som kan bidra til å levere spesialisthelsetjenester desentralt på en ny og innovativ måte.

## **3.4.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur**

Totalt ble det fremmet 24 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til Tilgjengelighet. 11 av disse forslagene omhandlet bedre samhandling og koordinasjon mellom avdelinger, sykehus og kommunen.

“Kultur for helhet” var fremhevet som et satsingsområde i strategiplanen for 2015-17, men begrepet er fortsatt aktuelt som del av “sykehus i nettverk”-modellen. Felles for begge begrep er at de må fylles med innhold, noe som er et klart ledelsesansvar. Slikt samarbeid er avgjørende for å kunne sikre pasientene rett tilgjengelighet internt i foretaket på tvers av lokalisasjoner

Informantene påpekte for øvrig at vi kan forvente en betydelig endring i de teknologiske mulighetene frem mot 2035, noe som igjen vil bedre tilgjengelighet til helsetjenester. Dette kan skje både i form av droner som flyr ut til skadestedet eller i form av at pasientene i større grad kan diagnostiseres og overvåkes i hjemmet.

Informantene påpekte videre muligheten for at helseforetaket sammen med kommunene etablere piloter for nye måter å levere spesialistvurderinger virtuelt, for eksempel ved at sykehusene står for spesialistkompetansen og kommunene bidrar med nødvendig IKT infrastruktur. Tilsvarende kan det tenkes å pilotere flere fagområder der vakttjenesten er sentralisert, men har teknisk infrastruktur til å bidra i diagnostikk ved andre sykehus.

## **3.4.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet tilgjengelighet**

PwC oppfatter i likhet med de fleste arbeidsgruppene at pasientene i Agder ikke nødvendigvis lider overlast dersom spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum i begrenset grad kan tilbys ved SSHF. PwC er vurderer således denne risikofaktoren som noe mindre alvorlig enn det den overordnede ROS-gruppen gjør. PwC støtter at en rekke begrep i utviklingsplanen, herunder «sykehus i team» eller «sykehus i nettverk», må defineres nærmere og fylles med innhold.

PwC oppfatter at det er avgjørende at man tar innover seg at man, uansett valg av sykehusmodell, vil bli tvunget til å tenke nytt om hvordan vi skal levere spesialisthelsetjenester frem mot år 2035. Antall eldre og multisyke; altså kronikere som lever lenger med en rekke samtidige diagnoser, vil øke eksponentielt samtidig som vi ikke kan forvente å ha hender, hoder eller penger til å ivareta dem på samme måte som i dag. Flere vil måtte behandles hjemme eller utenfor sykehus. Det betyr at den største risikoen under dette punktet, slik PwC ser det, er et manglende fokus på hvordan ny teknologi skal bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester utenfor de tre sykehusene i SSHF de neste 15 årene.

## **3.4.5 Oppsummert tilgjengelighet**

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "tilgjengelighet" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. For dette risikoområdet har vi sett på sårbarhet for at spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum ikke er mulig å tilby ved SSHF, at pasienter havner på nærmeste sykehus, men at rett kompetanse ikke nødvendigvis er tilgjengelig der og en potensiell manglende evne til å utvikle innovative løsninger for å levere spesialisthelsetjenester.

Den overordnede ROS-gruppen er tydelig mer bekymret for førstnevnte enn øvrige informanter og noe mer bekymret for øvrige to faktorer.

Mulighetsrommet er primært knyttet til å sikre en kultur ved foretaket som bidrar til at kapasiteten vurderes som en helhet og at pasientene får behandling der denne er raskest tilgjengelig. Nye teknologiske muligheter vil i årene som kommer utfordre måten vi tenker om tilgjengelighet knyttet til spesialisthelsetjenester da disse vil kunne leveres på helt nye måter. Allerede i dag er det imidlertid muligheter for å kunne pilotere virtuelle spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene.



## 3.5 Samfunn

### 3.5.1 Beskrivelse av risikoområdet

Helsevesenet nasjonalt og regionalt står foran store utfordringer i årene som kommer knyttet til en aldrende befolkning, begrensede økonomiske rammer, utfordringer med rekruttering av helsepersonell og endringer i sykdomsbildet som vil kreve nye måter å organisere tjenesten på.

Det er en gjensidig avhengighet mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet. Presset på spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilbudet i kommunehelsetjenesten, mens presset på primærhelsetjenesten er avhengig av tilbudet sykehuset gir. Samarbeid, samordning og tilpassede finansieringsordninger er en forutsetning for å kunne gi et godt helsetilbud til pasientene.

I forrige utviklingsplan ble kriteriet "samfunn" behandlet i en egen analyse. Den samfunnsmessige konsekvensanalysen skulle bidra til å gi en representativ og beslutningsrelevant fremstilling av samfunnsmessige konsekvenser og ringvirkninger forbundet med de alternative driftsmodellene som var skissert i Utviklingsplan 2030. Analysen gikk inn på de samfunnsøkonomiske konsekvensene av de tre ulike driftsmodellene og lokaliseringalternativer som var skissert Utviklingsplan 2030. Analysen ble gjort på kommune og regionnivå og vurderte hvilke regionale og kommunale virkninger de ulike driftsmodellene og lokaliseringalternativer kunne gi.

Fem overordnede analyseområder ble identifisert:

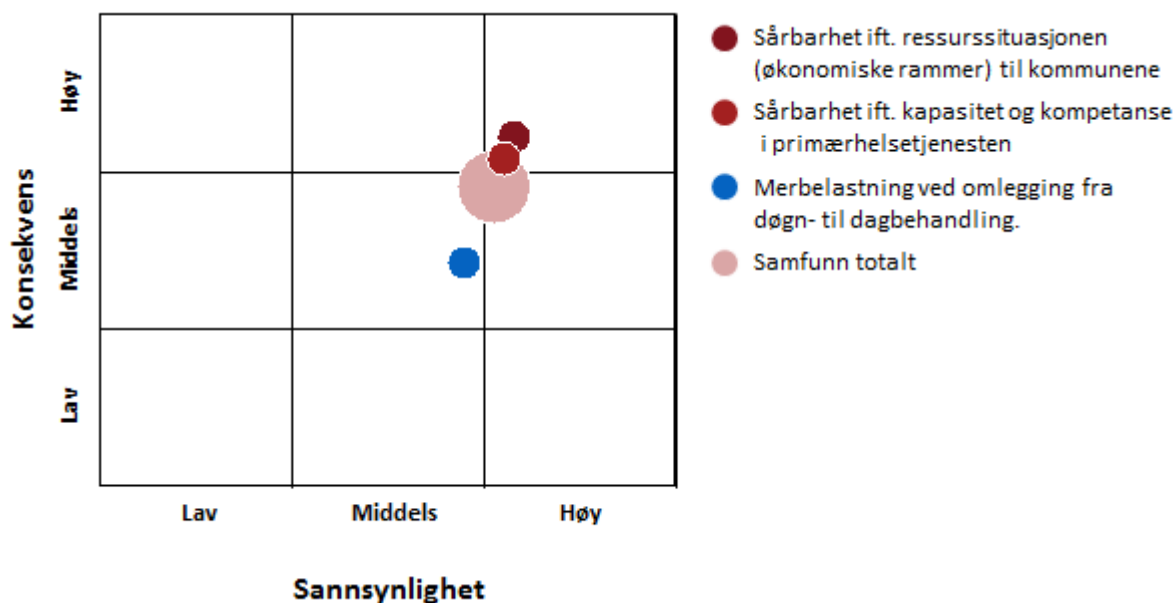
- Arbeids-, næringsliv og offentlig sektor
- Tilgjengelighet
- Økonomi
- Likeverdighet i helsetilbudet
- Samarbeid

Flere av disse områdene handlet om fordelingsprinsipper (ta fra noen og gi til andre). Da valgt sykehusstruktur er gitt så har hovedfokus i denne Risiko- og mulighetsstudien vært hvilken risiko og muligheter kommunene står ovenfor gitt valgt sykehusstruktur med hovedfokus på tilhørende utviklingsstrategier.

### 3.5.2 Risiko og sårbarhet gitt valgt sykehusstruktur

I forrige versjon av utviklingsplanen ble det tydelig definert antall liggedøgn og polikliniske konsultasjoner som var tenkt overført til kommunen frem mot 2030. Sykehuset har fortsatt gjennomført framskrivinger av forventet sykdomsutvikling og behandling av pasienter frem mot 2035, men har i denne versjonen fokusert mer på trenden fremover fremfor konkrete overføringer, da dette er høyst usikkert. Dette gir således et godt utgangspunkt for å sammen kunne planlegge endringer over tid. Sykehusene og kommunene trakk frem kriteriet "samfunn" som mest kritiske i scoring av sannsynlighet og konsekvens. De tre områdene som ble tatt med fra sist samfunnsmessig konsekvensanalyse er områder som omhandler utviklingsstrategiene fremfor omfordeling av ressurser. Disse tre er i vurdert i grafen nedenfor ift. sannsynlighet og konsekvens, og deretter drøftet.

**Figur 7: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Samfunn**



Den overordnede ROS-gruppen oppfatter risikofaktorene innenfor samfunn som betydelig. Spesielt kommunenes ressursituasjon hva angår økonomi og kompetanse oppleves som utfordrende. Dette er i tråd med oppfattelsen til de andre arbeidsgruppene.

#### **Ressursituasjonen (økonomiske rammer) til kommunene**

Utviklingsplanen forutsetter en overføring av oppgaver fra sykehuset til kommunene både knyttet til overføring av liggedøgn innen somatikken og overføring av polikliniske konsultasjoner til fastlegene (med tilhørende helsepersonell). Overordnede analyser fra samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030 viste at andelen stillinger overført fra SSHF til kommunene som en konsekvens av Utviklingsplan 2030 var beskjeden<sup>2</sup>, sammenliknet med følgende av samhandlingsreformen, generell befolkningsvekst og demografisk utvikling.

Uavhengig av overføringene fra sykehuset står kommunene overfor store utfordringer hva angår økonomi knyttet til helse og omsorgssektoren i tiden fremover. Kommunehelsetjenesten står overfor nye krav, ikke minst med akuttmedisinforordningen som spesielt distriktskommunene opplever er vanskelig å innfri.

En konsekvens av dette kan være at kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasienten, hvilket vil påvirke helhetlig pasientforløp og gi direkte konsekvenser for SSHF. Det er derfor kritisk at en overføring av oppgaver foregår i god dialog mellom SSHF og kommunene i Agder.

#### **Kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten**

Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten generelt er økende gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform m.m., samtidig som mange kommuner allerede i dag har rekrutteringsutfordringer og kjemper om de samme ressursene som spesialisthelsetjenesten. Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåinger må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle.

I tillegg til samarbeid mellom kommuner vil samarbeidet mot SSHF være viktig. Både kommunene og SSHF opplever at aktørene har for lite kunnskap om hverandres tjenester og kompetanse (også på ledernivå). Det er likevel etablert noen gode arenaer for samhandling som med fordel kan utvides -med bl.a. hospitering og felles ansettelse av jordmødre.

<sup>2</sup> Estimert nye årsverk som en følge av strukturelle valg i Utviklingsplan 2030 utgjorde 100-200 av totalt 3300 nye årsverk for kommunene frem mot 2030. Kilde: Samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030

Pasientenes overgang mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er meget viktig og ble også diskutert blant aktørene. Sykehuset på sin side opplever til tider at for mange pasienter blir henvist for fort mens en del kommuner opplever at pasientene skrives for fort ut igjen.

I følge Riksrevisjonen er det i Norge dobbelt så mange akutte innleggelser blant pasienter som akkurat har vært innlagt på sykehus som for øvrige pasienter. Dette mener de skyldes for dårlig samhandling og etterlevelse av krav<sup>3</sup>. Riksrevisjonen påpeker på generelt grunnlag at informasjon om utskrivning av pasienter som sykehusene sender til kommunehelsetjenesten ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp. Helseforetakene sikrer heller ikke at kunnskap hos de ansatte er god nok.

I følge Folkehelseinstituttet så har SSHF:

- Signifikant lavere 30-dagers totaloverlevelse (94,7%) enn referanseverdien (95,3%) for i 2016<sup>4</sup>
- Lavere 30-dagers total reinnleggelse (15,01%) enn referanseverdien (15,82%) i samme periode<sup>5</sup>
- Blant de HFene med kortest liggetid i HSØ<sup>6</sup>

Tallene fra FHI viser at SSHF har lavere grad av reinnleggelser enn referanseverdien (lavest i Helse Sør-Øst) men SSHF har lavere 30-dagers totaloverlevelse. Ved utskrivning prøver SSHF å hensynta kommunenes avstand til nærmeste sykehus og sender ikke pasientene ut før kommunen bekrefter at eventuelt mottak er klart.

Årsakene til reinnleggelser og totaloverlevelse er mange og kompliserte. Kompetansen og kapasiteten i pasientens hjemkommune er to av faktorene som påvirker dette. Det er avgjørende at kompetanse, kapasitet i kommunene og ulike avklaringer er på plass før oppgaveoverføring fra sykehusene starter. Dårlig koordinering av uheldig rekkefølge på tiltak vil kunne skape store utfordringer for det kommunale tjenesteapparatet og dermed også for pasientene/tjenestemottakerne.

### **Merbelastning for pårørende ved omlegging fra døgn til dagbehandling**

Den faglig begrunnede målsettingen om å vri virksomheten fra døgn til dag står fast, men Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at det fortsatt skal være døgnplasser i DPS –noe som fordret en oppdatering av utviklingsplan 2035. Det vil likevel føre til at familie og pårørende får en merbelastning ved hjemmebehandling. Flere av distriktskommunene stiller spørsmål om det er best for denne pasientgruppen å være i sitt nærmiljø - i hvert fall i små kommuner i distriktene. Det pekes videre på at en større omlegging fra døgn til dag for denne pasientgruppen kan også føre til lavere oppmøte på sykehuset. Parallelt med denne risiko og mulighetsstudie pågår det arbeid med "Samhandlingsmelding for rus og psykisk helsearbeid i Agder" som presenteres for OSS i mars.

## **3.5.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur**

Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til samfunn med primært fokus på økt samhandling mellom sykehuset og kommunen. SSHF har gjennomført mange strukturelle beslutninger de siste årene. Gitt at Utviklingsplan 2035 nå blir besluttet vil det være et godt tidspunkt for videre forbedring av samhandlingen internt mellom sykehusene og mellom sykehus og kommunen - som nevnt i en arbeidsgruppe:

“Vi må framsnakke hverandre fremfor å baksnakke hverandre”

For å øke samhandlingen mellom sykehuset og kommunene har det vært fremmet flere konkrete forslag. De fleste interessentene var enig om viktigheten av å øke kjennskapet til hverandres tjenester og kompetanse gjennom videreutvikling av kombinasjonsstillinger samt hospitering mellom sykehus/kommunene. Dette vil sikre enda bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester. Det nevnes eksempler på kombinasjonsstillinger knyttet til jordmødre samt videreutvikle hospitering begge veier. Videre har OSS igangsatt et felles utviklingsprogram hvor topplederne i OSS deltar - med mål om å sikre felles forståelse for hverandre og videre oppnå en bedre samhandling.

Behov for økt samhandling underbygges også av Riksrevisjonens konklusjon om at bedre samhandling kan

<sup>3</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Selskapskontrollen2016.aspx>

<sup>4</sup> [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/30dagers\\_overlevelse\\_2016\\_11102017.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/30dagers_overlevelse_2016_11102017.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold-resultater-2016.pdf>

<sup>6</sup> Samdata 2016

redusere omfanget av unødvendige reinnleggelses av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen anbefaler at sykehusene bør følge opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever krav ved overføring av slike pasienter. Tilsvarende kan økt kompetanse og samhandling fra kommunens sin side også bidra til å bedre samarbeid rundt pasientenes overganger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det ble videre foreslått å videreutvikle felles inntaksmøte mellom kommunehelsetjenesten, fastleger, NAV og SSHF samt å øke dialogen mellom fastleger og SSHF før ev. overføring for å bidra til redusert antall unødvendige innleggelses.

En annen mulighet som kom opp var å forenkle bruk av ØHD senger<sup>7</sup> for å øke belegget. ØHD-sengene var opprinnelig utelukkende tiltenkt som et alternativ til sykehusinnleggelse, og var ikke tilgjengelig for bruk dersom pasienten først havnet på sykehus. Mange pasienter kan imidlertid være egnet for ØHD-innleggelse etter en rask avklaring i akuttmottaket. Sykehusene og kommunene kan derfor avtale at kommunene tar imot pasienter fra sykehusene etter en rask avklaring, og ikke bare fra legevakten. I tillegg kan ØHD-sengene avhjelpe dersom sykehuset har mange utskrivningsklare pasienter.

Det er en kjensgjerning at det kan være krevende for allmennleger å gi ØHD-pasienter optimal diagnostikk og behandling. Følgelig kan det være en mulighet at sykehusene hjelper kommunene med spesialistkompetanse til pasientene i disse sengene, gjerne ved hjelp av telemedisin. Det kom også innspill på om spesialisthelsetjenesten kunne støtte fastlegene og sykepleierne (inkl. hjemmesykepleien) ved hjelp av telemedisin - dette vil også kunne bidra til å frigjøre senger.

Arbeidet med å se på samhandlingsavtalene vil være en god anledning til å sikre et godt fundament for et videre samarbeid og sikre helhetlig pasientforløp og pasientenes helsetjeneste på tvers av primær - og spesialisthelsetjenesten på Agder. Videre bør SSHF og kommunehelsetjenesten sammen sette seg ned for å legge til rette for en tydelig og optimal oppgavefordeling fra i dag og frem mot 2035.

### 3.5.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet samfunn

PwC vurderer samfunn som et risikoområde med høy risiko - i tråd med interessentene i arbeidsgruppene. Konsekvensen av utviklingsplanen opplever vi som kun ett av elementene i kommunehelsetjenestens utfordringer frem mot 2035. Eldrebølge og nye krav, ikke minst ny akuttmedisinforskrift, opplever spesielt distriktskommunene som vanskelig å innfri både av personalmessige og økonomisk årsaker. PwC oppfatter at særlig de mindre kommunene vil få store utfordringer. Disse vil i økende grad være avhengig av interkommunale samarbeid samt tett samarbeid med sykehusene. Videre forstår vi at en del interessenter fra primærhelsetjenesten stiller spørsmål til anbefalingene om at rus/psykiatri pasienter behandles i sitt nærmiljø.

I de tilbakemeldingene vi har fått har det vært et gjennomgående tema at det er utfordringer knyttet til samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Aktørene kjenner ikke godt nok til hverandres tilbud og opplever overgangene som krevende.

Det er vår oppfatning at et økt samarbeid mellom aktørene gjennom videreutvikling av hospiteringsordningene, kombinasjonsstillingene og økt fokus på initiativ som "Utviklingsprogrammet" vil bidra til å øke kjennskapen om - og tilliten til, hverandre. Vår vurdering er at det vil være hensiktsmessig om sykehuset og kommunene fremover kan sette seg sammen og fokusere på "en helsetjeneste i Agder".

Vår vurdering er at mulighetene som er belyst i forsiktig grad vil kunne være med å redusere risikoen hva gjelder kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten. Effekt på kommunenes krevende økonomi vil være minimal. Tiltakene innen dette risikoområdet mener vi dog kan ha stor effekt på helhetlig pasientforløp. Forhåpentligvis vil økt samhandling føre til økt kvalitet hos begge aktørene og bidra til å øke 30-dagers totaloverlevelse for pasientene.

### 3.5.5 Oppsummering samfunn

Da valgt sykehusstruktur er gitt så har hovedfokus for kriterie samfunn i denne Risiko- og mulighetsstudien vært hvilken risiko og muligheter kommunene står ovenfor gitt valgt sykehusstruktur med hovedfokus på tilhørende utviklingsstrategier. Sykehusene og kommunene trakk frem kriteriet samfunn som mest kritiske i scoring av sannsynlighet og konsekvens.

---

<sup>7</sup> ØHD = Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Overordnede analyser fra samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030 viste at andelen oppgaver overført fra SSHF til kommunene som en konsekvens av Utviklingsplan 2030 var beskjeden<sup>8</sup>, sammenliknet med følgende av samhandlingsreformen, generell befolkningsvekst og demografisk utvikling.

Uavhengig av overføringene fra sykehuset står kommunene overfor store utfordringer hva angår økonomi knyttet til helse og omsorgssektoren i tiden fremover. Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten generelt er økende gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform m.m., samtidig som mange kommuner allerede i dag har rekrutteringsutfordringer og kjemper om de samme ressursene som spesialisthelsetjenesten. Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåinger må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle.

Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til samfunn med primært fokus på økt samhandling mellom sykehuset og kommunen. Økt kjennskapen til hverandres tjenester og kompetanse gjennom økt bruk av kombinasjonsstillinger, samt hospitering mellom sykehus/kommunene vil kunne sikre bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester. Arbeidet med å se på samhandlingsavtalene vil være en god anledning til å sikre et godt fundament for et videre samarbeid og sikre helhetlig pasientforløp og pasientenes helsetjeneste på tvers av primær - og spesialisthelsetjenesten på Agder.

---

<sup>8</sup> Estimert nye årsverk som en følge av strukturelle valg i Utviklingsplan 2030 utgjorde 100-200 av totalt 3300 nye årsverk for kommunene frem mot 2030. Kilde: Samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030

## 3.6 Økonomi

### 3.6.1 Beskrivelse av risikoområdet

Økonomi er et av risikoområdene i utviklingsplanen. I den sammenheng er hovedfokuset knyttet til drifts- og investeringskostnader for SSHF. Foretakets mål om et årlig resultatkrav på 80 millioner er satt for å skape rom for nødvendige investeringer i bygg og utstyr i årene fremover, som blant annet nytt akuttbygg. Sentrale dimensjoner som både framgår i utviklingsplanen, og som også har preget dette arbeidet er:

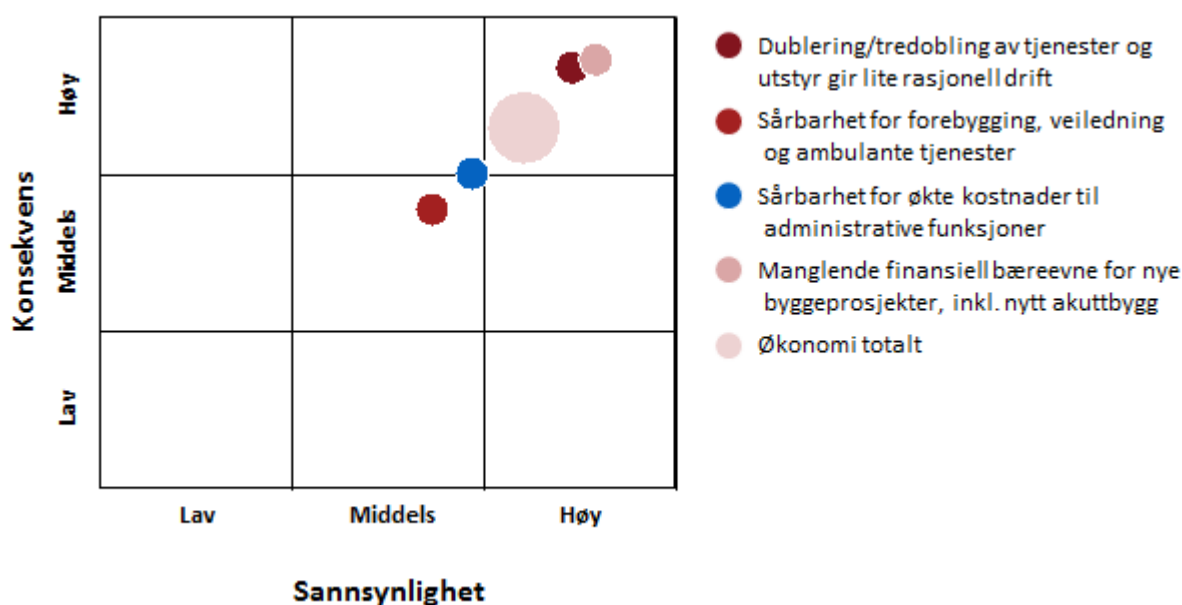
- SSHFs driftskostnader
- Kostnad ved vaktordning for leger
- Foretakets finansielle bæreevne

### 3.6.2 Risiko og sårbarhet knyttet til valgt sykehusstruktur

Den valgte sykehusstrukturen bygger på driftsmodell 1 som i Utviklingsplan 2030 ble utredet som ikke økonomisk bærekraftig i et 2030-perspektiv<sup>9</sup>. 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 som skal dekke økte kostnader til blant annet høykostnadsmedisiner og IKT kostnader som forventes stor vekst fremover.

Risikoområdet er analysert ut ifra hvordan sykehusstrukturen med dens utviklingsstrategier påvirker driftskostnadene, investeringsmulighetene og dermed også SSHFs finansielle bæreevne.

**Figur 8: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Økonomi**



Den overordnede ROS-gruppen oppfatter risikofaktorene innenfor økonomi som vesentlige, da spesielt knyttet til dublering/tredobling av tjenester og utstyr samt manglende finansiell bæreevne. Sårbarhetene knyttet til forebygging, veiledning og ambulante tjenester samt administrative funksjoner vurderes som mindre kritiske.

#### **Dublering/tredobling av tjenester og utstyr kan medføre en lite rasjonell drift**

I sist utviklingsplan så ble tre alternative driftsmodeller vektet opp mot hverandre. Nå er valgt - og den medfører gitte sårbarheter. De økonomiske analysene viste sist vesentlig høyere driftskostnader med dublering/tredobling av skift. Konsekvensen av dublering/tredobling ble dog vurdert forskjellig blant interessentene - og det ble også eksemplifisert med store nybygg som ikke klarte å drive med fortjeneste selv uten dublering.

<sup>9</sup> Utviklingsplan 2035

Videre ble det påpekt at det nå stilles høyere krav om tilstedeværelse av spesialister og økt kompetanse lengre fremme i behandlingen - ikke minst for traumehåndtering. Utfordringen for SSHF er at inntektsmodellen til HSØ ikke kompenserer nok for den ekstra kostnaden det medfører å drifte tre akuttstusykehus.

### **Forebygging, veiledning og ambulante tjenester**

Forebygging, veiledning og ambulante tjenester er en viktig faktor i utviklingsplanene. Både psykiatri og somatiske tjenester har ambulante tjenester ut fra SSHF og SSHF vil ha økt bruk av intern ambulering mellom sykehusene. For å sikre kvaliteten oppfattes interne ambulering vaktordninger av mange til å være kritisk og ambulering fra SSHF ut til kommunene oppfattes som et viktig tilbud.

Denne risikofaktoren var det mindre fokus på i arbeidsgruppene, samtidig som gitte strukturvalg i den reviderte utviklingsplanen gir økt behov for intern ambulering mellom sykehusene for å sikre kvalitet og god tilgjengelighet.

### **Økte kostnader knyttet til administrative funksjoner**

I utgangspunktet var dette punktet knyttet opp til administrative kostnader ved ett vs. tre sykehus. Den diskusjonen er således ikke lengre relevant. Stedlig ledelse for somatikk ble innført i 2016 og kan således også bidra til noe økte kostnader. Dette er dog ikke de største kostnadsdriverne og ble av interessentene ikke vurdert som den viktigste driveren rundt økonomi.

### **Manglende finansiell bæreevne for nye byggeprosjekter, blant annet nytt Akuttbygg**

Dette punktet ble lagt til som en ny risikofaktor i Utviklingsplan 2035. Behovet for oppgraderinger i bygg og infrastruktur kommer tydelig frem i Utviklingsplan 2035, spesielt behovet for nytt akuttbygg innen 2025.

For å være i stand til å bære denne og flere andre nødvendige investeringer<sup>10</sup> må SSHF vise at de klarer å oppnå positive resultat fra driften for å frigjøre nødvendige investeringsmidler og skape nødvendig økonomisk handlingsrom for tiltak i bygningsmassen.

Produktivitetsveksten har dog utviklet seg negativt fra 2010 til 2015 sett mot landssnittet i denne perioden, dvs. SSHF har hatt betydelig større bemanningsvekst enn produktivitetsvekst gjennom disse årene. Dette kombinert med parallelle beredskapsordninger ved tre lokalisasjoner og nødvendig styrking av vaktordninger for leger på en rekke fagområder, gir betydelige økonomiske utfordringer. IKT-kostnader og kostnader til høykostnadsmedisiner mv. har også de siste årene hatt en vekst langt utover rammeveksten for foretaket, noe som igjen har bidratt til svakere resultater og mindre midler til investeringer enn ønskelig. Dette betyr i realiteten en gradvis reduksjon av ressurser til behandling på sykehusene hvis trenden fortsetter.

Konsekvensen av utfordrende finansiell bæreevne og opplevelsen av behovet for akuttbygg endret seg ift. avstand til Kristiansand. Noen interessenter foreslo å benytte den totale bygningsmassen bedre på tvers fremfor et nytt akuttbygg, andre opplevde nytt akuttbygg som mindre realistisk da de mente at andre HFER stod lengre fremme i køen hos HSØ. Den overordnede ROS-gruppen hadde relativt sammenfallende vurderinger som miljøet rundt Kristiansand. Hvorvidt dette har med manglende forståelse for behovet, eller frykt for å miste funksjoner til Kristiansand er uvisst - men det er tydelig at dette behovet ikke oppfattes like klart for hele foretaket.

## **3.6.3 Muligheter gitt valgt sykehusstruktur**

Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til økonomi.

Flere av interessentene poengterte muligheten til å utnytte ressursene best mulig på tvers av lokasjonene inkludert felles ventelister for å utnytte ledig kapasitet i foretaket. Det innebærer å fordele og planlegge elektive pasienter på tvers av foretaket samt avdekke mulighet for felles vaktordninger for å unngå dublering av vakter. Det ble spesifikt anbefalt å ha videre fokus på alle de tre sykehusene som arbeidsplass ved nyansettelser og avdekke rotasjonsviljen blant eksisterende og nye leger.

Det kom mange innspill hva gjaldt teknologi. Sett opp mot punktet over hva angår samhandling så kan gode planleggingsverktøy samt gode verktøy for ressursstyring og daglig rapportering gi muligheter. Videre ble talegjenkjenning, sensorteknologi, automasjon - og videreutvikling av telemedisin nevnt som mulige tekniske løsninger som og kunne bidra til å redusere kostnad i tillegg til å gi en økt kvalitet til bruker. Det anbefales i

<sup>10</sup> SSHF har et investeringssetterslep på 2,5 milliarder kroner

denne sammenheng å gjennomgå inntektsmodellen for å sikre incentiver for bruk av telemedisin og ny teknologi (eksempelvis at konsultasjonene blir priset rett etc).

Ny teknologi kan bidra til redusert transportkostnad ved at flere behandles i hjemmene. De diagnostiske mulighetene utenfor sykehus vil også bedres. Sykehuset kan i tillegg vurdere bruk av "Hvite ambulanser" kan eksempelvis benyttes for å frakte personer som har behov for overføring til sykehjem uten at den ordinære ambulanseberedskapen svekkes.

Som nevnt under kriteriet "samfunn" så vil også et tettere og bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten kunne bidra til å redusere kostnadene. Ved innføring/videreutvikling av inntaksmøter, dialog med fastleger og sykehuset før overføring og bedre utnyttelse av ØHD-sengene så vil sykehuset bedre overføringer og rette pasienter inn. Videre bør SSHF arbeide for å tette produktivitetsgapet som er oppstått siden 2010 og sikre et mest mulig effektivt samarbeid på tvers av sykehusene innen SSHF.

### 3.6.4 PwC sine vurderinger av risikoområdet økonomi

PwC oppfatter risikoområdet økonomi som krevende. Valgt sykehusstruktur er økonomisk krevende. I tillegg har den somatiske delen av virksomheten store økonomiske utfordringer. På toppen av dette ser vi at høykostmedisiner og IKT-kostnader har høyere kostnadsvekst enn sykehuset sin rammevekst forventes å ha.

Sykehuset har også en utfordring hva gjelder kommunikasjon. Sykehuset har over flere år snakket om utfordringer knyttet til driftsøkonomien, samtidig som de i 2017 endte på et driftsresultat godt over driftsmålet på 80 MNOK. Det er mange forklaringer på at en havnet over driftsmålet, blant annet flere enkelthendelser som alle gikk i positiv retning<sup>11</sup>.

SSHF har reduserte avskrivninger nettopp på grunn av en eldre bygningsmasse - hvilket igjen kan forklare deres behov for bygningsmessige oppgraderinger og nybygg. Nybygg og oppgraderinger vil derimot gi behov for økte resultater i SSHF for å klare å dekke de økte avskrivninger som disse investeringer vil gi. Dette er krevende å kommunisere ut internt i sykehuset. Sykehuset kan ikke legge til grunn at alle ansatte uten videre kjenner til hvilke krav som stilles til driftsoverskudd for å sikre nye investeringer.

Videre ser vi det som en utfordring at Sørlandet sykehus Arendal og Flekkefjord uttrykker en vesentlig annen forståelse knyttet til risikoområdet økonomi enn det Sørlandet sykehus Kristiansand gjør, også hva angår nytt akuttbygg.

PwC oppfatter SSHF sine egne vurderinger som fornuftige tiltak for å bidra til en mer bærekraftig økonomi og ikke minst et bedre samarbeid på tvers:

- "De tre sykehusene av ulik størrelse må derfor utnyttes faglig og økonomisk på beste måte. For å lykkes er det nødvendig med et konstruktivt samarbeid mellom sykehusene. Medarbeidere ved alle de tre sykehusene må akseptere endringer i egen virksomhet dersom de er basert på faglig og økonomisk velfunderte argumenter, deriblant at kostbart utstyr får større utnyttelsesgrad. Ulikhetene i størrelse mellom sykehusene gir i denne sammenheng en særlig utfordring. Det påhviler derfor det største sykehuset et særlig ansvar for at samarbeid skal lykkes. Viktige momenter er faglig anerkjennelse av virksomheten ved nabosykehusene og raushet i oppgavefordeling. Dette er nødvendig for å skape tillit mellom fagpersoner, og vil føre til økt engasjement i den totale virksomheten. Sykehusledelsen har et særlig ansvar i tilrettelegging og gjennomføring."

PwC opplever dette som ett av de viktigste mulighetsområdene innen kriteriet økonomi. Det vil samtidig kreve langsiktig arbeid for å skape tillit og bygge en kultur for helhet. Det er PwC sin oppfatning at sykehuset er nødt til å finne gode løsninger der ansatte i større grad enn i dag arbeider og har vakt på tvers av geografisk lokalisasjoner.

Videre vil tiltak som økt bruk av ny teknologi, samarbeid med kommunehelsetjenesten og gjennomføre konkrete tiltak for å tette produktivitetsgapet kunne være viktige elementer til å bedre den finansielt krevende

---

<sup>11</sup> Blant annet endrede pensjonskostnader og sluttavregning DRG poeng/IFS



situasjonen. PwC oppfatter det dog som tydelig at SSHF har en finansiell utfordrende situasjon hva angår nødvendig bæreevne for å sikre nødvendige investeringer fremover.

### 3.6.5 Oppsummering økonomi

Hovedfokuset for kriteriet økonomi er knyttet til drifts- og investeringskostnader for SSHF. Foretakets mål om et årlig resultatkrav på 80 millioner er satt for å skape rom for nødvendige investeringer i bygg og utstyr i årene fremover, som blant annet nytt akuttbygg. Den valgte sykehusstrukturen bygger på driftsmodell 1 som i Utviklingsplan 2030 ble utredet som ikke økonomisk bærekraftig i et 2030-perspektiv. Det stilles dog spørsmål om dagens inntektsmodellen hensyntar i stor nok grad strukturelementet med å ha tre sykehus med akuttkirurgi og tilhørende traumefunksjoner.

Produktivitetsveksten har utviklet seg negativt fra 2010 til 2015 sett mot landssnittet i denne perioden. Dette, kombinert med parallelle beredskapsordninger ved tre lokalisasjoner og nødvendig styrking av vaktordninger for leger på en rekke fagområder, gir betydelige økonomiske utfordringer. Dette kommer i tillegg til forventede økte kostnader knyttet til bl.a. IKT og høykostnadsmedisiner.

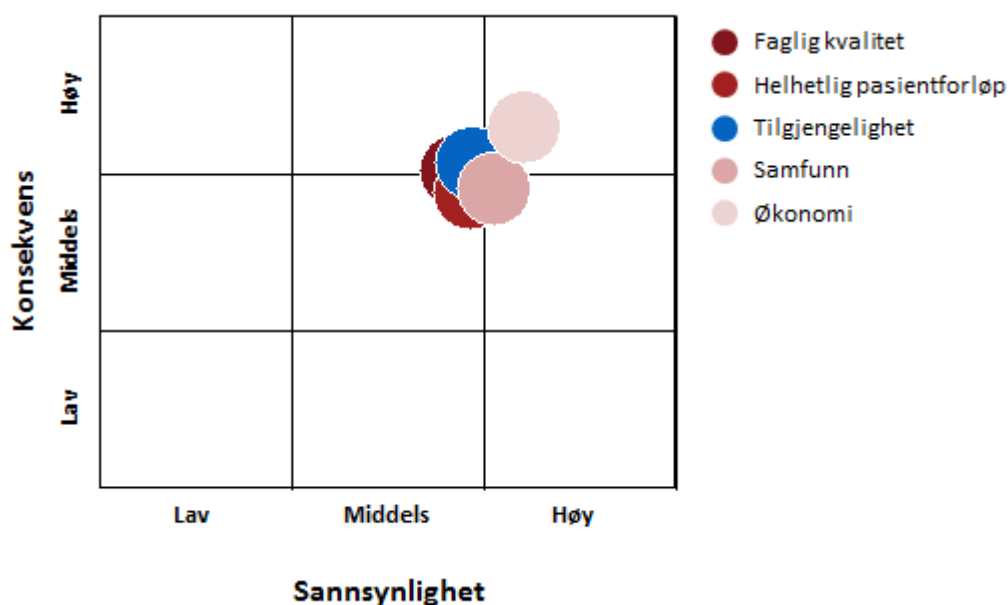
Konsekvensen av utfordrende finansiell bæreevne og opplevelsen av behovet for akuttbygg endret seg ift. avstand til Kristiansand. PwC oppfatter det dog som tydelig at SSHF har en finansiell utfordrende situasjon hva angår nødvendig bæreevne for å sikre nødvendige investeringer fremover.

Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til økonomi. Flere av interessentene poengterte muligheten til å utnytte ressursene best mulig på tvers av husene inkludert felles ventelister for å utnytte ledig kapasitet i foretaket. Det kom mange innspill hva gjaldt teknologi. Det vil i denne sammenheng være fornuftig å sikre at inntektsmodellen har incentiver for bruk av telemedisin og ny teknologi. Et tettere og bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til å redusere kostnadene. Ved innføring/videreutvikling av inntaksmøter, dialog med fastleger og sykehuset før overføring og bedre utnyttelse av ØHD-sengene så vil sykehuset bedre overføringer og rette pasienter inn.

## 4 Oppsummering og samlet risikovurdering

Denne risiko- og mulighetsstudien har vurdert risiko og muligheter ved valgt sykehusstruktur med tilhørende utviklingsstrategier knyttet til Utviklingsplan 2035. Det er definert fem overordnede risikoområder: faglig kvalitet, helhetlig pasientforløp, tilgjengelighet, samfunn og økonomi. Disse områdene samsvarer med vurderingskriteriene som benyttes i utviklingsplanen.

**Figur 9: Den overordnede ROS-gruppens risiko- og sårbarhetsvurderinger**

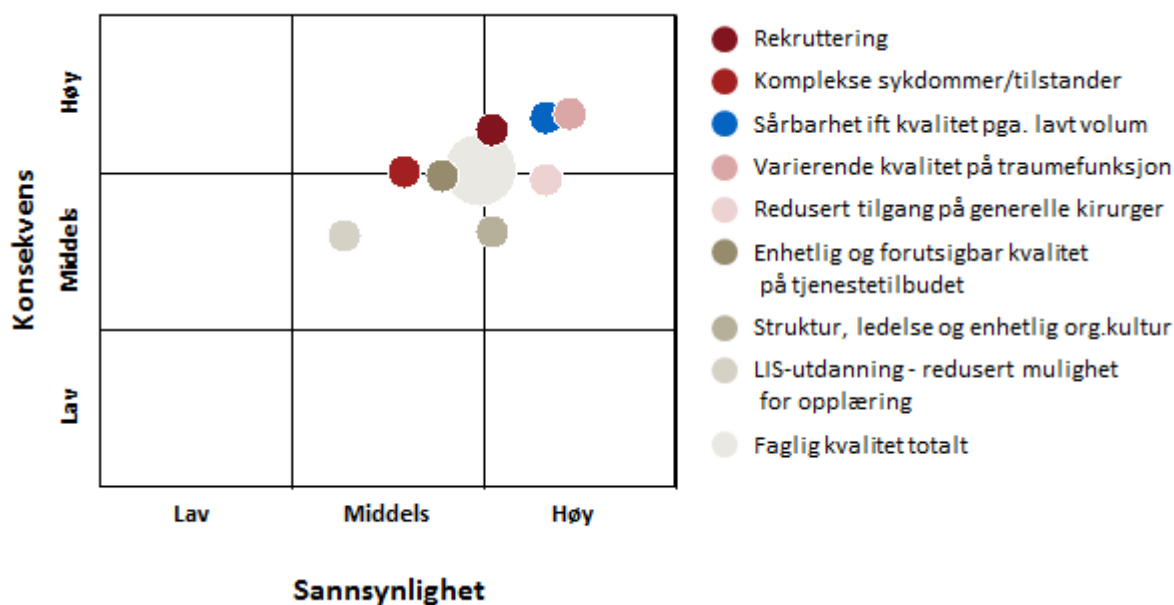


Figur 9 viser ROS-gruppens risikovurdering av de overordnede risikoområdene. PwC opplever, basert på risikovurderingene fra arbeidsgruppene, at geografiske lokalisering (region) har mer å si for vurderingen av risikobildet enn organisatorisk tilhørighet (helseforetak vs. kommune). Den overordnede ROS-gruppen vurderer den økonomiske bærekraften som mest sårbar, mens arbeidsgruppene vurderer den samfunnsmessige risikoen, altså kommunenes økonomi, kapasitet og kompetanse, som det mest sårbare området.

I tillegg til å beskrive og drøfte risiko og sårbarhet innenfor de fem risikoområdene, har rapporten også søkt å belyse hvilke muligheter som finnes for risikoreduserende tiltak.

## Faglig kvalitet

**Figur 10: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Faglig kvalitet**



### PwC's vurderinger av risikoområdet faglig kvalitet

Det er PwC sin vurdering at det er særdeles krevende å opprettholde en likeverdig akuttfunksjon, herunder likeverdig traumebereidskap, ved alle de tre geografiske lokalisasjonene i SSHF. PwC er således enig med den overordnede ROS-gruppen hva gjelder den alvorlige sårbarheten knyttet til denne risikofaktoren.

PwC mener videre at den valgte sykehusmodellen, i kombinasjon med den eksisterende klinikkmodellen for somatikk, gjør det nødvendige arbeidet med å sikre felles faglige standarder og felles kultur krevende.

PwC mener at skal man sikre en likeverdig traumefunksjon ved de tre sykehusene er det avgjørende med volumtrening hos utøvende personell, både hva gjelder praktiske ferdigheter, men også hva gjelder reell erfaring for å opparbeide seg vurderingskompetanse. I så fall må muligheten for omfattende traumeteam-rotasjoner mellom de tre lokalisasjonene utredes og det må gjøres nødvendige investeringer i støttende infrastruktur. PwC mener det er avgjørende ikke å undervurdere hvor krevende det vil være å redusere restrisikoen på dette området til et akseptabelt nivå.

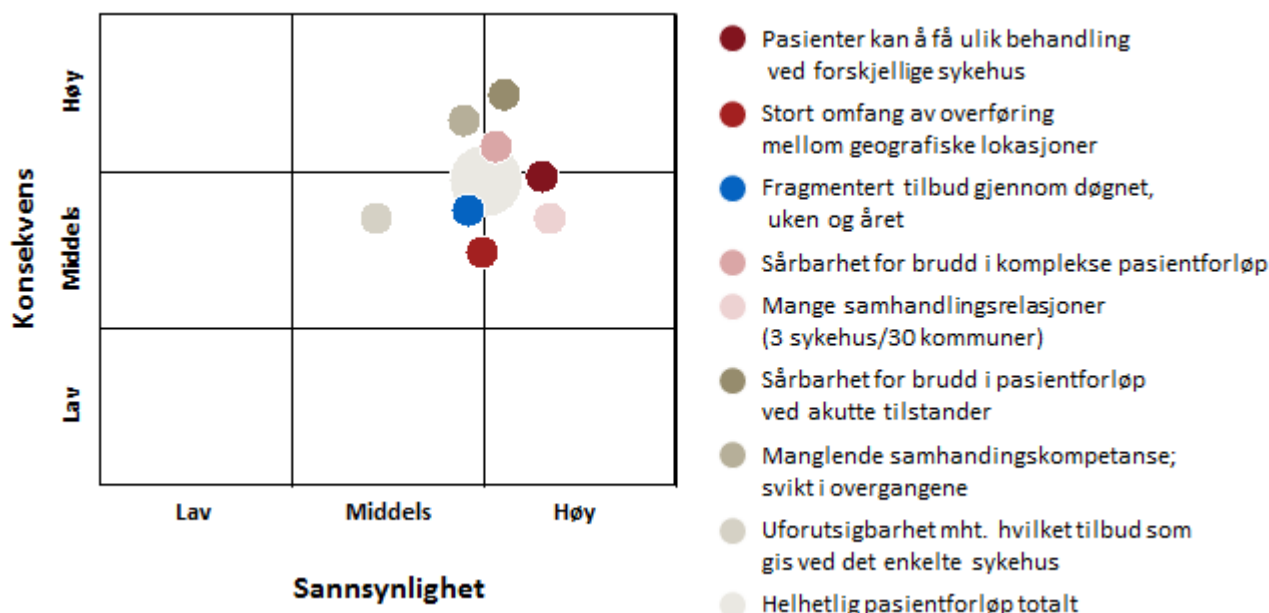
PwC mener at SSHF som planlagt bør evaluere den eksisterende klinikkstrukturen for somatikk, sett i lys av valgt sykehusstruktur. I denne sammenheng kan det være nyttig å se til hvordan Helse Møre og Romsdal HF har løst problemstillingen knyttet til tverrgående klinikker versus samtidig stedlig ledelse. PwC mener at det må nedlegges et betydelig arbeid knyttet til å utvikling en felles kultur og en ensrettet faglig praksis.

### Oppsummering faglig kvalitet

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "faglig kvalitet" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. Analysen viser at rekruttering, kvalitet vs. volum og uønsket variasjon knyttet til traumefunksjon oppfattes som de viktigste risikoområdene ved den valgte sykehusmodellen. Mulighetsstudien påpeker at arbeid med en felles kultur der gamle stridigheter knyttet til faglig baksnakking og valg av modell forlates er det viktigste rekrutteringsmessige tiltaket. Kvalitet og volum samt en enhetlig og robust traumefunksjon ved alle tre sykehusene er krevende å sikre. Rotasjonsordninger, felles vaktlag og tydeligere faglig styring er momenter som kan bidra til å redusere disse sårbarhetene.

## Helhetlige pasientforløp

**Figur 11: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Helhetlige pasientforløp**



### PwC's vurderinger av risikoområdet helhetlig pasientforløp.

PwC er også under dette punktet i stor grad enig med den overordnede ROS-gruppens vurdering hva gjelder den alvorlige sårbarheten knyttet til akutte og komplekse pasientforløp og de utfordringer som er knyttet til å håndtering av dette gitt valgt sykehusstruktur; jfr. avsnitt 3.2.4.

PwC er imidlertid av den oppfatning at sårbarheten i overgangene mellom sykehusene og primærhelsetjenesten fortjener særskilt oppmerksomhet.

PwC mener at det viktigste tiltaket for å hindre svikt i overgangene er arbeidet med å etablere en felles journal på tvers av juridiske enheter, og i påvente av dette legge til rette for bedret elektronisk kommunikasjon på tvers av enhetene.

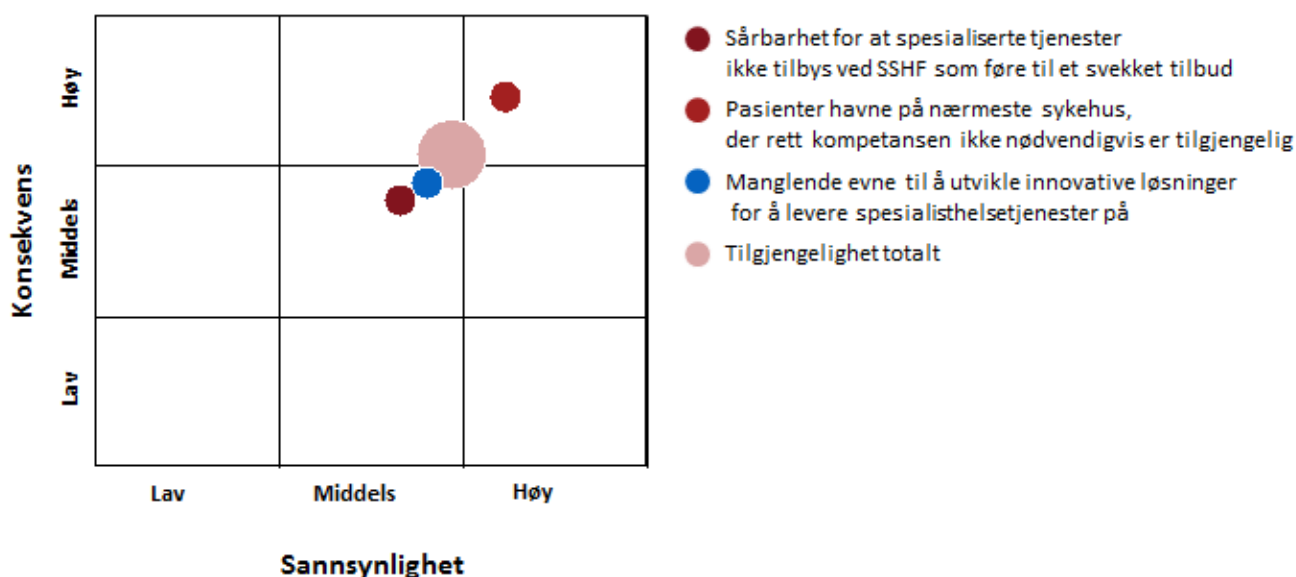
### Oppsummering helhetlig pasientforløp

Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "helhetlige pasientforløp" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. Brudd i pasientforløp ved akutte tilstander, brudd i pasientforløp ved komplekse tilstander samt variasjon i behandling mellom sykehusene vurderes som de mest alvorlige risikofaktorene. Mulighetsstudien påpeker at en generell bedret forståelse for hverandres utfordringer på tvers av kommuner og helseforetak, kommunisert gjennom felles fagmøter og forsterket gjennom hospiteringsordninger, ambulerende spesialisthelsetjenester og kombinasjonsstillinger vil kunne bidra til en redusert risiko for svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. I tillegg er det sterkt ønskelig med felles journalsystemer på tvers av de juridiske enhetene, og inntil videre et system for gjensidig meldingsutveksling.

Internt i sykehuset etterlyses det også under dette risikoområdet tydeligere faglig styring, felles henvisningsmottak og felles ventelister. Modellen med orto-geriatri fremheves som et meget godt eksempel på hvordan helhetlige pasientforløp kan sikres både internt i sykehuset og ved senere overføring til kommunehelsetjenesten.

## Tilgjengelighet

**Figur 12: ROS-gruppens vurderinger risikoområdet Tilgjengelighet**



### PwC's vurderinger av risikoområdet Tilgjengelighet

PwC oppfatter i likhet med de fleste arbeidsgruppene at pasientene i Agder ikke nødvendigvis lider overlast dersom spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum i begrenset grad kan tilbys ved SSHF. PwC vurderer således denne risikofaktoren som noe mindre alvorlig enn det den overordnede ROS-gruppen gjør.

PwC støtter at en rekke begrep i utviklingsplanen, herunder «sykehus i team» eller «sykehus i nettverk», må defineres nærmere og fylles med innhold.

PwC oppfatter at det er avgjørende å ta innover seg at vi, uansett valg av sykehusmodell, vil bli tvunget til å tenke nytt om hvordan vi skal levere spesialisthelsetjenester frem mot år 2035. Antall eldre og multisyke; altså kronikere som lever lenger med en rekke samtidige diagnoser, vil øke eksponentielt samtidig som vi ikke kan forvente å ha hender, hoder eller penger til å ivareta dem på samme måte som i dag. Flere vil måtte behandles hjemme eller utenfor sykehus. Det betyr at den største risikoen under dette punktet, slik PwC ser det, er et manglende fokus på hvordan ny teknologi skal bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester utenfor de tre sykehusene i SSHF de neste 15 årene.

### Oppsummering tilgjengelighet

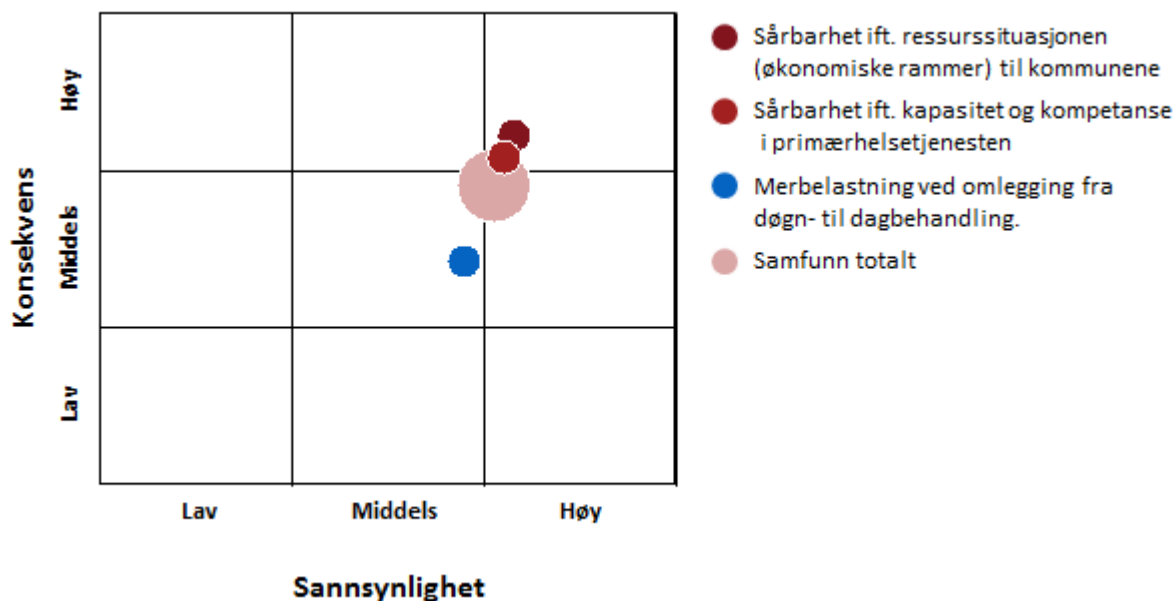
Vi har analysert risiko og sårbarhet innenfor risikoområdet "tilgjengelighet" i lys av en rekke dimensjoner. Faktorene bygger på vel forankrede prosesser ved forrige ROS-analyse og er verifisert av den overordnede ROS-gruppen. For dette risikoområdet har vi sett på sårbarhet for at spesialiserte funksjoner med lavt pasientvolum ikke er mulig å tilby ved SSHF, at pasienter havner på nærmeste sykehus, men at rett kompetanse ikke nødvendigvis er tilgjengelig der og en potensiell manglende evne til å utvikle innovative løsninger for å levere spesialisthelsetjenester.

Den overordnede ROS-gruppen er tydelig mer bekymret for førstnevnte enn øvrige informanter og noe mer bekymret for øvrige to faktorer.

Mulighetsrommet er primært knyttet til å sikre en kultur ved foretaket som bidrar til at kapasiteten vurderes som en helhet og at pasientene får behandling der denne er raskest tilgjengelig. Nye teknologiske muligheter vil i årene som kommer utfordre måten vi tenker om tilgjengelighet knyttet til spesialisthelsetjenester da disse vil kunne leveres på helt nye måter. Allerede i dag er det imidlertid muligheter for å kunne pilotere virtuelle spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene.

## Samfunn

**Figur 13: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Samfunn**



### **PwC's vurderinger av risikoområdet samfunn.**

PwC vurderer samfunn som et risikoområdet med høy risiko - i tråd med interessentene i arbeidsgruppene. Konsekvensen av utviklingsplanen opplever vi som kun ett av elementene i kommunehelsetjenestens utfordringer frem mot 2035. Eldrebølge og nye krav, ikke minst ny akuttmedisinforordning, opplever spesielt distriktskommunene som vanskelig å innfri både av personalmessige og økonomisk årsaker. PwC oppfatter at særlig de mindre kommunene vil få store utfordringer. Disse vil i økende grad være avhengig av interkommunale samarbeid samt tett samarbeid med sykehusene. Videre forstår vi at en del interessenter fra primærhelsetjenesten stiller spørsmål til anbefalingene om at rus/psykiatri pasienter behandles i sitt nærmiljø.

I de tilbakemeldingene vi har fått har det vært et gjennomgående tema at det er utfordringer knyttet til samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Aktørene kjenner ikke godt nok til hverandres tilbud og opplever overgangene som krevende.

Det er vår oppfatning at et økt samarbeid mellom aktørene gjennom videreutvikling av hospiteringsordningene, kombinasjonsstillingene og økt fokus på initiativ som "Utviklingsprogrammet" vil bidra til å øke kjennskapen om - og tilliten til, hverandre. Vår vurdering er at det vil være hensiktsmessig om sykehuset og kommunene fremover kan sette seg sammen og fokusere på "en helsetjeneste i Agder".

Vår vurdering er at mulighetene som er belyst i forsiktig grad vil kunne være med å redusere risikoen hva gjelder kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten. Effekt på kommunenes krevende økonomi vil være minimal. Tiltakene innen dette risikoområdet mener vi dog kan ha stor effekt på helhetlig pasientforløp. Forhåpentligvis vil økt samhandling føre til økt kvalitet hos begge aktørene og bidra til å øke 30-dagers totaloverlevelse for pasientene.

### **Oppsummering samfunn**

Da valgt sykehusstruktur er gitt så har hovedfokus for kriterie samfunn i denne Risiko- og mulighetsstudien vært hvilken risiko og muligheter kommunene står ovenfor gitt valgt sykehusstruktur med hovedfokus på tilhørende utviklingsstrategier. Sykehusene og kommunene trakk frem kriteriet samfunn som mest kritiske i scoring av sannsynlighet og konsekvens.

Overordnede analyser fra samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030 viste at andelen oppgaver overført fra SSHF til kommunene som en konsekvens av Utviklingsplan 2030 var beskjeden<sup>12</sup>, sammenliknet med følgende av samhandlingsreformen, generell befolkningsvekst og demografisk utvikling.

Uavhengig av overføringene fra sykehuset står kommunene overfor store utfordringer hva angår økonomi knyttet til helse og omsorgssektoren i tiden fremover. Kapasitet og kompetansebehovet i primærhelsetjenesten generelt er økende gitt demografisk utvikling, samhandlingsreform m.m., samtidig som mange kommuner allerede i dag har rekrutteringsutfordringer og kjemper om de samme ressursene som spesialisthelsetjenesten. Omfattende interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåinger må til for å gjøre kommunene i stand til å fylle sin tiltenkte rolle.

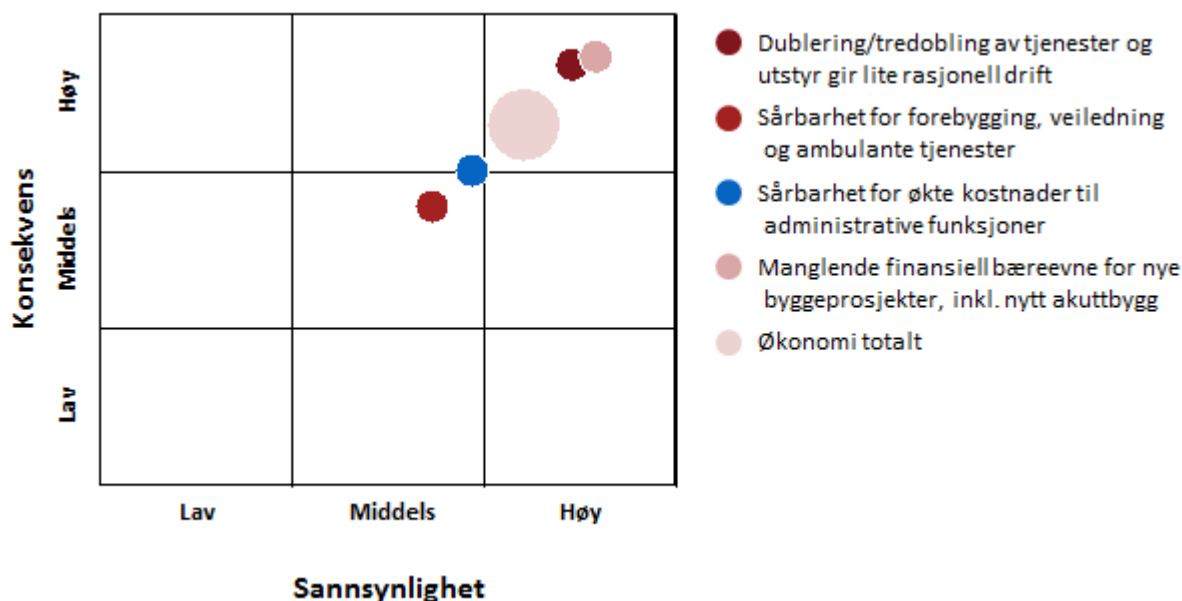
Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til samfunn med primært fokus på økt samhandling mellom sykehuset og kommunen. Økt kjennskapen til hverandres tjenester og kompetanse gjennom økt bruk av kombinasjonsstillinger, samt hospitering mellom sykehus/kommunene vil kunne sikre bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester. Arbeidet med å se på samhandlingsavtalene vil være en god anledning til å sikre et godt fundament for et videre samarbeid og sikre helhetlig pasientforløp og pasientenes helsetjeneste på tvers av primær - og spesialisthelsetjenesten på Agder.

---

<sup>12</sup> Estimert nye årsverk som en følge av strukturelle valg i Utviklingsplan 2030 utgjorde 100-200 av totalt 3300 nye årsverk for kommunene frem mot 2030. Kilde: Samfunnsmessig konsekvensanalyse for Utviklingsplan 2030

## Økonomi

Figur 14: ROS-gruppens vurderinger av risikoområdet Økonomi



### PwC's vurderinger av risikoområdet Økonomi.

PwC oppfatter risikoområdet økonomi som krevende. Valgt sykehusstruktur har ikke langsiktig bærekraft. I tillegg har den somatiske delen av virksomheten store økonomiske utfordringer. På toppen av dette ser vi at høykostmedisiner og IKT-kostnader har høyere kostnadsvekst enn sykehuset sin rammevekst forventes å ha.

Sykehuset har også en utfordring hva gjelder kommunikasjon. Sykehuset har over flere år snakket om utfordringer knyttet til driftsøkonomien, samtidig som de i 2017 endte på et driftsresultat godt over driftsmålet på 80 MNOK. Det er mange forklaringer på at en havnet over driftsmålet, blant annet flere enkelthendelser som alle gikk i positiv retning, samt at det var lagt reserver i budsjettet som ble delt ut på slutten av året. SSHF har reduserte avskrivninger nettopp på grunn av en eldre bygningsmasse - hvilket igjen kan forklare deres behov for bygningsmessige oppgraderinger og nybygg. Nybygg og oppgraderinger vil derimot gi behov for økte resultater i SSHF for å klare å dekke de økte avskrivninger som disse investeringer vil gi. Dette er krevende å kommunisere ut internt i sykehuset. Sykehuset kan ikke legge til grunn at alle ansatte uten videre kjenner til hvilke krav som stilles til driftsoverskudd for å sikre nye investeringer.

Videre ser vi det som en utfordring at Sørlandet sykehus Arendal og Flekkefjord uttrykker en vesentlig annen forståelse knyttet til risikoområdet økonomi enn det Sørlandet sykehus Kristiansand gjør, også hva angår nytt akuttbygg.

PwC oppfatter SSHF sine egne vurderinger som fornuftige tiltak for å bidra til en mer bærekraftig økonomi og ikke minst et bedre samarbeid på tvers:

- “De tre sykehusene av ulik størrelse må derfor utnyttes faglig og økonomisk på beste måte. For å lykkes er det nødvendig med et konstruktivt samarbeid mellom sykehusene. Medarbeidere ved alle de tre sykehusene må akseptere endringer i egen virksomhet dersom de er basert på faglig og økonomisk velfunderte argumenter, deriblant at kostbart utstyr får større utnyttelsesgrad. Ulikhetene i størrelse mellom sykehusene gir i denne sammenheng en særlig utfordring. Det påhviler derfor det største sykehuset et særlig ansvar for at samarbeid skal lykkes. Viktige momenter er faglig anerkjennelse av virksomheten ved nabosykehusene og raushet i oppgavefordeling. Dette er nødvendig for å skape tillit mellom fagpersoner, og vil føre til økt engasjement i den totale virksomheten. Sykehusledelsen har et særlig ansvar i tilrettelegging og gjennomføring.”

PwC opplever dette som ett av de viktigste mulighetsområdene innen kriteriet økonomi. Det vil samtidig kreve langsiktig arbeid for å skape tillit og bygge en kultur for helhet. Det er PwC sin oppfatning at sykehuset er nødt til å finne gode løsninger der ansatte i større grad enn i dag arbeider og har vakt på tvers av geografisk lokalisasjoner.



Videre vil tiltak som økt bruk av ny teknologi, samarbeid med kommunehelsetjenesten og gjennomføre konkrete tiltak for å tette produktivitetsgapet kunne være viktige elementer til å bedre den finansielt krevende situasjonen.

PwC oppfatter det dog som tydelig at SSHF har en finansiell utfordrende situasjon hva angår nødvendig bæreevne for å sikre nødvendige investeringer fremover.

### **Oppsummering økonomi**

Hovedfokuset for kriteriet økonomi er knyttet til drifts- og investeringskostnader for SSHF. Foretakets mål om et årlig resultatkrav på 80 millioner er satt for å skape rom for nødvendige investeringer i bygg og utstyr i årene fremover, som blant annet nytt akuttbygg. Den valgte sykehusstrukturen bygger på driftsmodell 1 som i Utviklingsplan 2030 ble utredet som ikke økonomisk bærekraftig i et 2030-perspektiv. Det stilles dog spørsmål om dagens inntektsmodellen hensyntar i stor nok grad strukturelementet med å ha tre sykehus med akuttkirurgi og tilhørende traumefunksjoner.

Produktivitetsveksten har utviklet seg negativt fra 2010 til 2015 sett mot landssnittet i denne perioden. Dette, kombinert med parallelle beredskapsordninger ved tre lokalisasjoner og nødvendig styrking av vaktordninger for leger på en rekke fagområder, gir betydelige økonomiske utfordringer. Dette kommer i tillegg til forventede økte kostnader knyttet til bl.a. IKT og høykostnadsmedisiner.

Konsekvensen av utfordrende finansiell bæreevne og opplevelsen av behovet for akuttbygg endret seg ift. avstand til Kristiansand. PwC oppfatter det dog som tydelig at SSHF har en finansiell utfordrende situasjon hva angår nødvendig bæreevne for å sikre nødvendige investeringer fremover.

Totalt ble det fremmet 25 forslag til muligheter for å håndtere risikofaktorene knyttet til økonomi. Flere av interessentene poengterte muligheten til å utnytte ressursene best mulig på tvers av husene inkludert felles ventelister for å utnytte ledig kapasitet i foretaket. Det kom mange innspill hva gjaldt teknologi. Det vil i denne sammenheng være fornuftig å sikre at inntektsmodellen har incentiver for bruk av telemedisin og ny teknologi. Et tettere og bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til å redusere kostnadene. Ved innføring/videreutvikling av inntaksmøter, dialog med fastleger og sykehuset før overføring og bedre utnyttelse av ØHD-sengene så vil sykehuset bedre overføringer og rette pasienter inn.

## Overordnet oppsummering og avslutning

PwC har etter vårt arbeid med denne risiko- og mulighetsanalysen følgende oppsummerende hovedpunkter

1. Sørlandet Sykehus HF består av tre sykehus på tre geografiske lokalisasjoner. Den geografiske avstanden mellom sykehusene er i norsk sammenheng kort. Like fullt er det tre svært ulike kulturer ved de tre geografiske lokalisationene. Det faglige samarbeidet på tvers knyttet til den enkelte medisinske spesialitet har et betydelig forbedringspotensial og er preget av en delvis mistillit fagmiljøene imellom. Det er også en svekket tillit til sykehusledelsen ved de ulike geografiske lokalisationene. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at det flere steder stilles spørsmål om det nå kommer en ytterligere omkamp knyttet til sykehusstruktur.
2. Stridighetene som har vært knyttet til valg av sykehusstruktur har sammen med den tilhørende negative polemikken i seg selv bidratt til å hindre sunn rekruttering og utvikling av gode fagmiljø. Helseforetaket trenger nå fokus på etablere en kultur som ett sykehus med felles faglig plattform og utstrakt samarbeid på tvers av geografiske lokalisasjoner, både i form av styrket faglig styring, økt intern ambulering og flere felles vaktstjikt.
3. Samarbeid på tvers av lokalisasjoner er sammen med bedre kapasitetsutnyttelse og økt produktivitet tvingende nødvendig hvis den valgte sykehusstrukturen skal ha en fremtid. Den valgte sykehusmodellen i Utviklingsplan 2035 er tidligere utredet til ikke å være økonomisk bærekraftig. For å imøtegå denne utfordringen må SSHF definere nærmere hvilket handlingsrom sykehuset har til å gjøre endringer i eksisterende driftsmodeller tatt i betraktning de føringer foretakets eiere og styre har definert (kap. 1.1)
4. Nøkkelen til å skape gode og helhetlige pasientforløp ligger i en tettere samhandling mellom sykehuset og kommunene. Konkret kan dette bety at partene co-investerer i tekniske løsninger, eksempelvis meldingsutveksling, delt journal og/eller telemedisinsk utstyr, som muliggjør bedre samhandling, legger til rette for tettere dialog mellom fastleger og spesialister og tilrettelegger for virtuelle spesialistkonsultasjoner i distriktet. Økt kjennskapen til hverandres tjenester og kompetanse gjennom økt bruk av kombinasjonsstillinger, samt hospitering mellom sykehus/kommunene vil kunne sikre bedre forståelse for hverandres utfordringer og bedre kjennskap til hverandres tjenester.

# Vedlegg

## Bruttoliste over forslag til tiltak

Innspillene som er gjengitt her<sup>13</sup> kommer fra deltakerne i de ulike arbeidsgruppene, og representerer ikke PwC sine meninger og vurderinger. Disse innspillene har fungert som bakgrunnsinformasjon når PwC har sammenfattet analysen og er ikke nødvendigvis gjengitt i denne rapporten.

### Faglig kvalitet

#### Sykehus i nettverk

1. Avklare hva sykehus i nettverk er - og implementere dette.
  - a. "Slagbehandling skal foregå som en pilot for sykehus i nettverk - HSØ rapport fra juni 2017. Ligger i oppdragsdokument for 2018"
2. Utvikle en løsning basert på "Sykehus i Nettverk", slik at man går fra å være ansatt i Kristiansand til å bli ansatt på Sørlandet
  - a. Det er behov for en tydelig definisjon av nøyaktig hva som menes med Sykehus i Nettverk, hva det innebærer og hvordan det skal gjennomføres.
  - b. Alle må rotere hvis man skal ha et slikt system med rotasjon - leger i det lille sykehuset må også innom det store.
  - c. «Sykehus i nettverk - godtatt slagenhet i Kristiansand - men ingen endring i pasientflyt. Kan man bygge mulighet for alle pasienter i Agder - tidsnok akuttbehandling og samtidig legge inn på riktig nivå? Her finnes allerede gode planer»
  - d. Nye LIS-utdanning, må baseres på mer rotasjon, innholdet er mer definert og konkrete læringsmål som må oppfylles - ikke kun innenfor en avdeling. Tydeligere krav til gjennomføring! Må få til rotasjon, ikke enkelt, også kostbart. Rotering er upopulært og man tar seg godt betalt hvis man har muligheten for det. Vi må endre utlysningsteksten for å legge til rette for intern ambulering!
3. Etablere en rotasjonsmodell som sikrer at de som jobber i flankene får nok mengdetrening knyttet til enkelte oppgaver.
  - a. "Fokus på yngre LIS leger .mv - få det inn i dagens kontrakter (ved SSHF pt. SSA.)"
4. Må lage rotasjonsavtaler med de andre sykehusene (LIS2 innad i SSHF), LIS3 mot universitetssykehusene
5. Må se generell kirurgi sammen med kreft. Jobbe i team og tilby også operasjon av tarmkreft ved SSA.
6. Utnytte ressursene på tvers av bl.a. den akuttmedisinsk kjede, eks. legevakt på jobb i akuttmottak etc.

#### Samhandling med kommunen

7. Kombinerte ansatte på sykehuset og kommunene for å sikre forståelse for hverandres situasjon!
  - a. "Dette er avtalefestet i delavtale 6 mellom kommunen og SSHF."
  - b. "Største utfordring er å finne en felles turnusordning som går i hop med hverandre."
8. Utvikle en felles strategi mellom kommune/spesialisthelsetjeneste om rekruttering (særlig vertskommune).
  - a. "Kan bruke kompetanse på tvers av primær/spesialisthelsetjenesten, særlig i vertskommune (for eksempel jordmødre) "
9. Etablere en løsning for hospitering, for å fasilitere samarbeid som sikrer lik forståelse, måte å gjøre det på og kjennskap til hverandre
10. Kommunen bør ta inn flere sykepleierstudenter til praksis for å støtte opp under utdanningstilbudet.

<sup>13</sup> Mulighetene kan være feilsitert, ikke helhetlige.

11. Utarbeide kombinasjonsstillinger for jordmødre i samarbeid med kommunen, for å forhindre at de forsvinner ut av sykehuset etter endt opplæring.
12. Gi spesialsykepleiere/jordmødre - lønn under utdanning (i SSF - gir lønn under utdanning uansett)
13. Ved tilflytting kan man samarbeid med kommunene med å få jobb for ektefellen - ellers er det vanskelig å få dem til å være igjen.

### Felles fagråd

14. Etablere og videreutvikle felles kvalitetsråd/fagråd med faste møtepunkt
  - a. "Fagråd fungerer ikke spesielt bra på tvers i dag."
  - b. "Ønske at fagdirektør initierer "det som er bestemt" allerede - det går ikke av seg selv - alle er interessert i sin egen lokasjon."
15. Fagdirektør må bestemme mer på tvers - aktive premisser på hva klinikkdirektørene skal levere inn.
16. Kapasiteten må styres på et mer overordnet nivå, for eksempel gjennom felles ventelister og ved å legge premisser for overordnede føringer på tvers. (motsatte av konkurranse).
  - a. "Vi trenger noen som er pådrivere for at ting fungerer på tvers - i staben til direktøren."
17. Fagdirektører mv. må beslutte at utfordringer på tvers av siloer må landes. Nye prosesser på tvers må iverksettes
18. De tre stedlig lederne for somatikk må sette seg ned og ta vanskelige samtaler på tvers. (initiert av direktørens stab?)
19. Forbedre samarbeid i eget hus og med kommunene. Ikke snakke om at vi smører ut kompetansen. Avdelingsleder må legge til rette for samarbeid på tvers (utnytte kompetansen bedre).
20. Kreftkirurgi: multidisiplinære team kan jobbe på tvers - kan operere på to sykehus. Det konseptet kan dele på kompetanse og jobbe bedre sammen på tvers.
21. Sikret felles vurderingsenhet (utredningskapasitet) og ventelister på tvers av sykehusene – se til konkret tiltak i Helse Fonna
22. Kan få enhetlig tilbud med å samle fag. Dersom man har rullering av doktorer så risikerer man at man får dårligere rekruttering og dårligere LIS utdanning (ikke nok volum noen plasser)
23. Hvorfor ikke tenke enhetlig organisasjonskultur på tvers av hele helsesektoren i Agder?

### Avklaring og oppfølging

24. Presisere definisjon av sentrale begreper for å sikre en felles forståelse på tvers av sykehusene
  - a. Brukte ordet likeverdige for 15 år siden, kime til diskusjon og krangel i årevis.
  - b. Intensjonen med sykehus i nettverk må vi bli enige om Fellesskap (LIS-utdanning, hvordan jobbe i nettverk for å fylle alle læringsmål) Må ganske fort ta denne diskusjonen som blir helt feil.
  - c. Høyspesialisert
  - d. Lavvolum
  - e. Kompliserte tilstander.
25. "Ordene i utviklingsplanene" må forankres og følges opp konkret - de må settes ut i livet. Ambuleringer mv. må implementeres. Store sykehus skal hjelpe mindre sykehus - rullering etc.

### Reiseavstand

26. Øke bevissthet rundt hvordan man snakker om reiseavstand.
  - a. "Mange unge nye har et helt annet forhold til avstand, sted, variasjoner og tider. Må passe på at det ikke blir en selvpoppfyllende profetier. Setesdal har for eksempel flere halve stillinger på sykehuset og i dalen"
27. Kartlegge hva som er akseptabel reiseavstand for ansatte.
  - a. "Hvor langt kan man pendle og likevel legge seg hjemme"

### Telemedisin

28. Bedre IKT-systemer (inkl. telemedisin) for å jobbe i team, samarbeide etc.
29. Telemedisin forenkler bruk av kompetanse på tvers av lokasjon (Utarming av fagmiljø og utstyr)

### Øvrige tiltak

30. Hente inspirasjon fra Ribera Salud knyttet til samarbeid
31. Utrede muligheten for å bli et universitetssykehus
32. Utvikle nasjonale prosedyrer som gir mulighet til å putte risikogrupper der de hører hjemme - eks. kvinneklinikk i SSK, gyn/føde i SSA/SSF.
33. SSHF bør gjennomgående installere utstyr først i det minste av de 2 eller 3 sykehusene der installeringer/utstyr er vedtatt.
  - a. Forslaget er ment å redusere risikoen for at ett av sykehusene ikke vil få det vedtatte utstyret. (Utarming av fagmiljø og utstyr)
34. "Dublering av vaktordninger" for å sikre at kompetansen er på plass til enhver tid (Sårbarhet ved komplekse tilstander grunnet svakere spesialisering)
35. «Store akutt sykehus trenger ikke ha ØH for barn så det kan samles på ett sted - det samme gjelder for en slagenhet med standard som tilsvarer europeisk standard»
  - a. " Dette ligger i HSØ sitt opptaksdokument. Dog ulik fortolkning av den."
36. Ønske flere prosjekter hvor man prøver ut nye modeller. Her kan akuttmedisinsk kjede være et godt eksempel
37. Utvikle en strategi/plan for å legge til rette for spesialistutdanning fremover.
38. Se på muligheten for å kunne utdanne egne leger. Mer kompetanse/rekruttering
39. Analysere muligheter for å øke volum
  - a. Stavanger vil ha manglende kapasitet de neste 5-8 årene. Er dette noe SSHF kan avlaste?
  - b. Analysere hvilke oppgaver vi kan flytte fra Oslo til SSHF- for å øke volum

## Helhetlig pasientforløp

### Samhandling og tydelig ledelse i sykehusene

1. Opprette et tverrgående fagråd/kvalitetsråd i de ulike fagmiljøene for å diskutere hvordan optimalisere behandlingene på tvers.
2. Re-etablere tverrgående klinikker for somatikk igjen?
  - a. Samhandlingen har blitt vesentlig dårligere etter ny organisering.
  - b. Samordningen internt i huset har blitt bedre - spesielt for den komplekse pasienten. "
3. Styrke fagavdelingen betydelig.
  - a. Fagavdelingen har ikke ressurser til implementeringen av prosedyrene --> må også få fokus på mandatet
4. Utøve tydeligere ledelse og ta ansvar uavhengig av avtale, for eksempel gjennom å involvere de ansatte og invitere dem med på problemstillinger
5. Sikre god informasjon og opplæring om vaktordninger og ansvarsområder
6. Utarbeide felles undervisning, utveksle folk, ukentlige møter hvor man diskutere vanskelige områder.
7. Samhandling på tvers av lokasjonene (spesielt for kirurgene)
8. I arbeidet her så står man i fare for å lage skille mellom psykisk helse og somatikk større. Vi må og ta KPH med i eks. helhetlig pasientforløp.
  - a. KPH - har hatt fagråd mange år på tvers - fungerer som fagråd for direktøren som tar beslutninger som da implementeres!
9. Gjensidig meldingsutveksling på tvers av forvaltningsnivåer for intern ambulerende tjenester mellom de tre sykehusene.

### Samhandling med kommunen

10. Avklare ansvars og oppgavefordeling mellom sykehus og kommune!
11. Bedre fokus på det som skjer før og etter sykehuset for å sikre helhetlig pasientforløp!
  - a. Kommunen har hatt stort fokus når pasienten kommer ut! Kvaliteten på arbeidet inn til sykehuset og sykehusets mottak samt motsatt. Her er det noe å lære av Arendal - ligger langt foran her! Har systematisert mottaksapparatet og arbeid med pasientene før de kommer ut av sykehuset. Samme prosess med resten av kommunene. Dette prosjektet må fortsette.
12. Følge opp utførelsen knyttet til delavtale 2, hvor det er lagt opp til ett kontaktpunkt for komplekse forløp. Her kan man og melde avvik på feil/mangel bruk av skjemaer etc.
13. Sykehuspersonell bør i større grad komme ut i kommunene. Vi må prioritere hvilke oppgaver vi skal drive med fremover (felles prosesser på det mellom sykehus/kommune)
14. Mulighet for at spesialisthelsetjenesten kan gå lengre ut i forløpet hos kommunene
  - a. "Danmark - tidlig utskrivning hvor dette elementet er inne. Fleksible tjenester står i NHSP - ikke kommet langt fremme. Men ikke finansieringsincentiver til dette. - A: Kultur, B: Finansiering, C: Tradisjon. "
15. Etablere rutiner for High need/High cost pasienter. Det er stor forskjell mellom kommuner på reinleggingsrate, noe som indikerer på at det ikke bare går på helseforetaket hvorfor raten differensieres.
  - a. Prøver å lage gode pasientforløp for denne gruppen pasienter
  - b. Ved forverring - ikke godt nok forberedt - ender opp på legevakten.
  - c. Økende gruppe - mulig å gjøre noe med dette.

### Felles rutiner og prosedyrer

16. "Etablere samme prosedyrer på alle tre sykehusene. Lokale ledere kan ikke påvirke prosedyrene i andre somatiske sykehus.
17. Utarbeide nasjonale prosedyrer/veiledere
18. De lokasjonene som skal gi identisk behandling må få samme mulighet til å gi den (utstyr, prosedyrer, kompetanse må fordeles likt)
19. PCI/ICD - lagde felles prosedyrer på sykepleiersiden.

- a. "Dette var vanskelig da de var sammen - det at man skulle stå ansvarlig for oppdatering (vedlikeholde) på denne. Hvem tar drajobben på nye/store prosedyrer etc? På sykepleiersiden er det god drift".
20. «Har jobbet med å få standardiserte skjemaer på tvers av kommunene. Utfordringen er å få det ned i systemet til legene mv.»

### **Holdning og kultur**

21. Iverksette å ha fokus på pasientene
22. Operasjonalisere "kultur for helhet" --> fine ord, hva betyr det.
  - a. "Vi må øve oss og statuere at vi må hjelpe hverandre og samarbeide. Konkretisere hva det betyr. Tiltak: Møtes, forum for samhandling, undervisning etc. Spille hverandre gode. Respekt for hverandre"
23. Etablere en delingskultur der man sammen blir "inspirert"
  - a. Her kan sykehuset komme mer om bord. Oppleve dette sammen, bidra med kvalitet.

### **Henvisning og utskrivning av pasienter**

24. Innføre "straffegebyr" ved utskrivningsklare pasienter.
25. Sykehuset bør ha en tettere oppfølging av feilhenvisinger fra fastleger.
  - a. Fastlegen har et kundeforhold, som i enkelte tilfeller kan gi incentiv til å henvise en pasient til sykehuset for å opprette kundeforholdet, i strid med beste medisinsk vurdering. Det bør innføres et straffegebyr for feilhenvisinger for å motvirke dette incentivet.
26. Gi noen ansvar for å være utskrivningskoordinator
27. Burde bruke mulighet til å drøfte henvisning av pasienter (med inntaksteam i sykehuset)
28. Forbedre vurderingskompetanse innen mottaksmedisin

### **Transport og logistikk**

29. Øke transporttilbud med "hvite ambulanser/biler"
30. Forbedre pasientlogistikken ved sykehuset
31. Smart å samle tilbud.

### **Teknologi**

32. Bruk av telemedisin (nevnt i alle møtene)
33. Kan man innføre like EPJ systemer (journaler) med sykehuset - ref. en innbygger, en journal. Står i dag fast i fagsystemet (gamle plattformer)

### **Øvrige tiltak**

34. Benytte PROMS i mye større grad på de som må innom alle sykehusene
35. Vi bør sammenligne med kvalitetsindikatorer på de områdene sykehusene leverer de samme tjenestene
36. Vurdere når man skal gi slipp på hva man ikke selv skal gjøre lengre - bevisst vår egen kvalitet og hva ev. andre bør gjøre."
37. Se til Haraldsplass for inspirasjon
  - a. "Haraldsplass har gjort noe genuint" - ipader der pasientforløpet ligger klart, maten og drosjen bestilt etc.
38. Økonomisk incentiver - eksempel fra USA - høyere profit ved bedre tjenester."
39. Se til Orto-geriatri for best praksis for samhandling
  - a. "Orto-geriatrisk behandlingsmåte - når kirurgen har sydd igjen overtar orto-geriatrien. Sikrer god overføring til pasienten. Kan vi overføre dette til andre?"
40. Etablert havarikommisjonen der det ev. går feil.

## Tilgjengelighet

### Telemedisin

1. Telemedisin i alle sykehus
  - a. SSF bruker dette, men ikke SSA. Alle kan bruke dette - ikke bare nevrologene.
  - b. Pasientene kan gjøre mer ting selv, for eksempel mate inn egne data og få en konsultasjon på skjerm.
2. Ønsker at finansieringen av telefonkonsultasjoner/skjermkonsultasjoner skal dekkes (elektivt)
3. Etablere slotter med video fra fastlege til spesialisthelsetjensten
4. Mottaksmedisin kan også stabilisere pasienter.
  - a. ""Kjøres en pilot fra KPH ledelsen: Telepsykiatri i Bygland og Setesdalen. Hvis det fungerer så kan det tas ut. Spesialister hos KPH kan veilede lege og andre som jobber innenfor psykisk helse i distriktene eller fastlegeapparatet.
5. Viktig å få frem prehospitalt verktøy for ambulansene. Må flytte diagnostikken ut - telemedisinske løsningene.
6. Etablere sårpoliklinikk
  - a. Eksemplifisert ved at en kommun selv tok initiativ for å se om sykehuset kan se på pasienten i Bykle - kan den tas på video (fullt mulig) - sparte pasienten for tur, etc.
  - b. Sårpoliklinikker uten instrumentering har en god mulighet.
  - c. Polikliniske konsultasjoner uten instrumentering kan håndteres telemedisinsk. Uavhengig av 1-3 lokasjoner (også Øye).
7. Støtte i indremedisinsk diskusjon via video. Odontologi

### Kultur, helhet og tillit

8. Kultur for helhet
  - a. Pasientadministrative enhet
  - b. Felles venteliste
  - c. Felles behandlingsforløp
9. Styrke tillit til ledelsen
  - a. Mye som ligger i bunn. Noe med tillitsforholdet til denne gruppen her som er veldig skjørt som slår ut litt her
  - b. Dersom man i en utviklingsplan kan tydeliggjøre retninger og intensjoner så kan det bidra til å skape en felles enhet.
  - c. Det er mistillit/usikkerhet som er på tvers, både mot sykehusledelse, fagfolk og tillitsvalgte.
  - d. Tillit har vist seg i fagmiljøer som har gått mellom avdelinger i sykehusene. Kultur for helhet - sykehus i team. Hvis vi kan sette ned sykehus i team så vil det bidra til å løse "kultur for helhet"
10. Ledelsen må klare å konsentrere seg om to ting om gangen og gjennomføre (dette gjelder mer generelt enn denne sårbarheten).
  - a. Må lære av egne feil. Må gjennomgå de endringene man har foretatt og hva man kan gjøre for å gjøre det bedre (evaluere). Vi må skape kultur for å lære av egne feil.

### Andre teknologiske løsninger

11. Bedre utnyttelse av teknologi. Teknologien er helt annet sted i dag enn for 5 år siden - Dette påvirker pasientbehandlingen, og vi bør legge til grunn at god behandling er helt annerledes i 2035 enn i 2030. Eksempel fra Nederland: Droner sendes til skadested.
12. Tekniske løsninger kan tas i bruk.
  - a. Mange 50+ i alder i SSHF, som har varierende evne til å ta i bruk nyvinning. Mye av sårbarhetene kunne vært kraftig redusert gjennom bedre utnyttelse av teknologi.
13. Se på nye transportmuligheter
  - a. Bruk av roboter?
  - b. Buss med teknisk utstyr?



- c. Evje/Bykle har kjøpt utstyr som kan utnyttes av SSHF for å tilby tjenestene, eks. dialyse i Valle - pasientene bruker 6 timer t/r.

### **Ambulerende virksomhet**

14. Etablere et punkt hvor ambulansen kan høre hvor tjenestene finnes.
  - a. Halve vaktløsninger er farlig (der det er i tvil på om det er åpent eller ei.) - da bedre å kompensere med andre måter (traumeteam, teleteam etc.)
15. Somatiske spesialiteter er lite hensyntatt i ambulante team - da faller ofte den somatiske delen bort i nye helsehus."
16. Ambulerende virksomhet (hjem til pasientene).

### **Øvrige tiltak**

17. Opplæring i folkehelseperspektiv - symptomer ved slag mv.
18. PCI tankegangen må vi ta gjennom alle løpene/diagnosene
19. "Kan samle endel tilbud i SSF og flytte legen. (høresentral, øyeinjeksjoner etc). Det vil redusere reisebelastningen for kronikergruppen.
20. Definere noen pasientgrupper (kronikere) som med fordel kunne hatt gleden med lokalt tilbud"
21. Opprette egne fylkeskommunale institusjoner for de som virkelig er farlige
22. "Stikke fingeren i jorden og si at det ikke tilbys likeverdige tjenester. Få frem differensiering mellom kommunene!"
  - a. "Eks. likeverdighet så må pasienten fra Bykle ligge på sykehuset en ekstra dag fremfor personer som bor i Kristiansand"
23. Incentivene fungerer ikke i dag - må sees på for å få til en utvikling her - Setesdalen kan være en pilot. Interaktiv oppfølging er man åpen for - men incentivene/pengene må følge.

## Samfunn

### Tiltak knyttet til overgangen mellom sykehus og kommune

1. Bedre samarbeid mellom spesialist/primærhelsetjenesten
2. Sikre gode retningslinjer for å sikre gode overganger.
  - a. Flott senter i Mandal - men fortsatt utrygghet ift. hvordan de blir tatt imot når det er utskriving fra sykehuset - ikke alle som hører hjemme på et eldre hjem.
3. Det er ønskelig fra SSHF at fastlegene tar en telefon til sykehuset før de sender dem inn.
4. Differensierer allerede på utskrivningsklare pasienter basert på kommunene.
5. For å lykkes må en ha en dialog før overføringen skjer! Framsnakke fremfor å baksnakke - få til et godt miljø og organisasjonskultur (spesielt fastlegene vs. sykehuslegene)
6. Skrive ut senere, når friske (dyrt på korttidsavdeling, dyrt når de kommer tilbake til sykehuset igjen)
7. Styrke fastlegeordningen - den er i ferd med å knekke sammen.
8. Kan telemedisin støtte fastlege som er ansvarlig for ØHD-sengene? Selv om de mener at de ikke har tid?

### Felles opplæring, utdanning og bemanning

9. Sykehuset burde delta i gruppeveiledning i kommunene. Da må vi være mange nok til å gjøre det. Kommunene er gode til å ivareta de sykeste. Det skorter på vanlige angst og depressive lidelser.
10. Senteret for kreftbehandling gjennomfører fagdager med sykepleierne i kommunen. Er dette noe som kan videreføres på andre områder?
11. Kvinneklinikken - foreslått kombinasjonsstillinger jordmødre mellom sykehus/kommunene.
  - a. Det er mange forskjellige fagområder her som har ulike problemstillinger.
  - b. Dette kunne også gjort med gynekologene også.
12. Økt utnyttelse av forsterkede senger i kommunen. Kun 25% belegg - for vanskelig å komme inn på. Kan sykehuset støtte sykehjemmene/hjemmesykepleien ift. sparring etc?
13. Etablere felles inntaksmøte for kommunale psykisk helsetjenester, fastleger, NAV og DPS Aust-Agder, i første omgang for Arendal kommune.
  - a. Formålet er å legge til rette for at pasientene skal kunne få de mest virksomme tiltakene, i riktig rekkefølge og til riktig tid, slik at de forskjellige hjelpeinstansene kan gjøre det de er best på.
14. Hospitering i kommunene - ikke bare hospitering på sykehuset. Kan se rutiner mv. Sykehuset har hatt manglende forståelse for hvordan arbeidshverdagen ser ut i kommunen.
15. Alle topplederne i OSS deltar i et felles lederutviklingsprogram for å sikre felles forståelse og innspill til hverandres agendaer
  - a. 2-3 dager hver samling over flere samlinger.
  - b. Målet er bedre samhandling.
  - c. Pilot av HDIR.

### Forbedret overgang innen psykiatri

16. Hvordan få til samarbeid mellom rus/psykiatri og somatikk (strukturelle siloer)
17. Forbedre løsningen knyttet til psykiatri/rus overtakelse
  - a. "Redd for at de blir stående igjen alene i distriktene. Utfordring med for lite omfang i distriktene. Det må være DPS etc. tilstede her - en del av dette blir håndtert i samhandlingsmeldingen!"
18. Psykisk helsevern bygges opp og i større grad drar ut og samhandler med kommunalt hjelpeapparat om konkrete pasienter, slik OR/ACT/FACT-team nå gjør, og videre utbygges til å kunne gi veiledning og opplæring til førstelinjetjenesten.

### Rutiner, regler og avtaler

19. Revidere avtaleverket, og se på sammenheng mellom avtalen og forståelse av dette.
  - a. Samarbeidsavtalene har ikke vært noen gode dynamiske avtaler så langt - det har vært for lav innsats for samhandlingsledelsen på Sørlandet

- b. De må komme opp til et nivå hvor de er ihht. Stortingets intensjoner (juridisk hjelpemiddel).  
Handler mer om hvordan vi har brukt dem og forstått dem fremfor at avtalene er dårlige.  
Delavtale 5 + delavtale 1.6 sier noe om avklaring ift. oppgaveoverføring etc.
  - c. Bruke delavtale 1
20. Tydeliggjøre retningslinjer for å redusere bruk av skjønn hos unge leger
21. Mye byråkrati og papirarbeid, kan dette forenkles?
- a. For rigid system at ØHD senger ikke skal være belagt av sykehuspasienter når de er ledig (utfordring ved influensa - mange utskrivningsklare pasienter).

#### **Øvrige tiltak**

22. Innføre økonomiske incentiver - betale kommunen for å ta imot pasientene etc.
23. Bruk av PLO meldingene- brukes ikke av alle ennå.
24. Sykehus i hjemmet - må komme seg ut til pasienten.
- a. Se på løsninger der pasienten er hjemme – sykehuset stiller med leger og får hjelp av sykepleiere fra kommunen. Det frigjør senger også.
25. Utarbeide bedre incentiver for å drive med forebyggende arbeid
- a. Bra at mer skal skje i kommunehelsetjenesten og ha mer fokus på forebygging - men utfordring med incentiver

## Økonomi

### Ressursutnyttelse

1. Hvordan utnytte ressursene best mulig: Etabler felles venteliste og få dem der det er ledig kapasitet. Dette bør inngå i definisjonen av å drive team.
2. Det forventes at legene følger med hvis man skal utnytte SSA.
  - a. Det er en forenkling av virkeligheten å si at man bare kan flytte pasienter til SSA. Det kan være det er ledig kapasitet i Arendal nå på våren - men hva om 10 år? Har man fått med seg det tidsaspektet. Det er derfor man har gjort framskrivinger”
3. Behov for å få frem hvordan dynamikken fungerer. Lage gode verktøy for å planlegge - utnytte ressursene. Eks. ""Kuben"" - lederen kan ikke hente data før 1,5 mnd senere, styring av ressurser for sent. Går ikke i takt med budsjettene, budsjettene kommer for sent.
4. «Utnytte MR maskiner mer enn vi gjør i dag! Vi har 5 maskiner i SSHF, står i blant ubrukt. Kunne oppbemannet MR for døgndrift - vil kunne regne seg hjem - få med elektiv poliklinisk behandling».
5. Felles planprogram - flytte leger og styre. Daglig dynamikk for å ikke bruke mer enn vi har.

### Samhandling mellom sykehus

6. Grensesnitt på akuttmedisinsk kjede - ØHD utnyttning, snu og behandle i ØHD, få opp utnyttelsesgraden
7. Lage felles utdanningsforløp
8. SSA har noen felles vaktordning mellom SSA og SSK som fungerer godt. Annen hver uke. Det viktigste for de store akuttisyrkehusene er gastrokirurgi, ortopedi og anestesi.
9. Rotasjonsvilje knyttet til å unngå dublering etc.
10. Det å skape et godt samarbeid kan og bidra til muliggjøring av universitetssykehus?
11. Helseministeren - sier sykehus i team -men må ha incentiver for å få til dette.
12. Kan man fordele elektive pasienter til distriktene - der det er sprengt i andre sykehus

### Forbedre forståelse og prioritering av tiltak

13. Utredning av hva pengene går til
  - a. Må forstå hvorfor vi bruker for mye penger. Forstå hva vi driver med.
14. Utfordre inntektsmodellen
15. Tydeligere kommunikasjon av hvorfor vi må prioritere kortsiktige tiltak. Det er vanskelig å få folk til å dra i samme retning når de ikke ser hvor ille situasjonen er
  - a. «Det grunnleggende tidsperspektive - vi har ikke tid tid å fornye virksomheten - det er i det perspektivet vi er i deep shit økonomisk“.
  - b. “Det ordner seg alltid”
  - c. Vi har store behov - nå PSA, deretter akuttbygg, så ny E-fløy.
16. Finne gode prosjekter på tvers som sammen gjør at vi kan spare penger.
17. Det er driften som må sees på for å finansiere investeringer.

### Prehospitalt

18. Utrede hvor mye mer kan behandles i det prehospitalt forløpet
19. Vi kan bruke en hvit ambulanse med portører, ikke ambulansesjåfører. Tømmer utskrivingsklare pasientene fra sykehuset til sykehjem
  - a. Hvite ambulanser må ta rullestoler.
  - b. Bedre utnyttelse av hvite ambulanser for lettere pasienter, for å redusere presset på ambulansene.

### Teknologi

20. Prioritere innføring av ny teknologi
  - a. Programvare for talegjenkjenning - noe å spare her?
21. Gjennomføre automasjonsprosjekt i SSK - for laboratoriet - kan øke produksjonsvolumet uten å øke bemanningen.

22. Implementere sensorteknologi - få økt pasientsikkerhet, følger med på respirasjonsstopp etc. Mulig å kunne spare bemanningsmessig.
23. Telemedisin og ny teknologi og desentralisering knyttet til det som kan påvirke kostnadene til 3 tunge vaktlag i 3 tunge sykehus

**Samhandling med kommune**

24. Et element er faglig samarbeid mellom kommunedoktorene og spesialistene på sykehusene. Dette kunne vært systematisert veldig. Diagnostisk sløyfe kunne vært bra.
25. La kommunal legevakt gjøre mer og få finansiering med.

# ***Forbehold***

Denne rapporten er sammenstilt av PricewaterhouseCoopers (PwC) på oppdrag fra Sørlandet Sykehus HF. Utredningen er kun ment å være retningsgivende.

PwC har ikke utført noen form for revisjon av innhentet informasjon. Informasjonen er gjengitt slik PwC har tolket det. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke at mottatt informasjon er korrekt, presis eller fullstendig. Fremlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC.

Våre tolkninger er etter beste evne, men må likevel betraktes som en subjektiv oppfatning fra PwCs side og vil i noe utstrekning kunne være basert på skjønn.

PwC påtar seg intet ansvar for feil eller utelatelser i utredningen.