

Sørlandet sykehus HF

Årlig melding 2010

til Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand, 28.02.2011

Innhold

DEL I: INNLEDNING	3
1. Om Sørlandet sykehus HF – oppgaver og organisering.....	3
1.1. <i>Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag</i>	4
2. Sammen drag	5
2.1. <i>Resultater og utfordringer</i>	5
2.2. <i>Helseforetakets virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll</i>	6
2.3. <i>Overordnet risikobilde</i>	7
2.4. <i>Sentrale saker behandlet i styret</i>	8
2.5. <i>Evaluer ing av egen virksomhet og organisering</i>	9
3. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte	9
DEL II: RAPPORT FOR 2010	10
4. Oppfølging av oppdrag og bestilling for 2010.....	10
4.1. <i>Innledning</i>	10
4.2. <i>Innsyn og konsernrevisjon</i>	12
4.3. <i>Overordnede styringsbudskap for 2010</i>	12
4.3.1. <i>Målområde 1 – pasientbehandling</i>	12
4.3.2. <i>Målområde 2 - forskning, utvikling og innovasjon</i>	20
4.3.3. <i>Målområde 3 - kunnskapsutvikling og god praksis</i>	21
4.3.4. <i>Målområde 4 - organisering og utvikling av fellestjenester</i>	22
4.3.5. <i>Målområde 5 - mobilisering av medarbeidere og ledere</i>	23
4.3.6. <i>Målområde 6 - bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i>	25
4.4. <i>Driftsavtale 2010</i>	26
4.4.1. <i>Avtalt aktivitetsnivå 2010</i>	26
4.4.2. <i>Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser</i>	26
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2011 - 2014	27
5. Utviklingstrender og rammebetingelser	27
5.1. <i>Faglig og demografisk utvikling</i>	27
5.2. <i>Forventet økonomisk utvikling</i>	28
5.3. <i>Personell- og kompetansebehov</i>	28
5.4. <i>Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer</i>	29
6. Planer for innsatsområdene	29
6.1. <i>Pasientbehandling</i>	29
6.2. <i>Forskning, utvikling og innovasjon</i>	34
6.3. <i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i>	35
6.4. <i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i>	35
6.5. <i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i>	36
6.6. <i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i>	37
7. Oppfølging av mål for planperioden	38
DEL IV: VEDLEGG	40
7.1. <i>Vedlegg 1: Tabeller rapport oppdrag og bestilling 2010</i>	40
7.2. <i>Vedlegg 2: Rapport resultat - oppdrag og bestilling 2010</i>	42
7.3. <i>Vedlegg 3: Rapportering årlig melding</i>	43
7.4. <i>Vedlegg 4: Risikovurderinger for SSHF etter 3.dje tertial 2010</i>	45
7.5. <i>Vedlegg 5: Oversikt over tilsyn 2010</i>	48
7.6. <i>Vedlegg 6: Oversikt analyser 2010</i>	51
<i>Følgende vedlegg er egne dokumenter:</i>	52
Vedlegg 7: Områdeplan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorg	
Vedlegg 8: Områdeplan for rehabilitering (høringsutkast)	
Vedlegg 9: Retningslinje for aktivitetsplikt ved fristbrudd	
Vedlegg 10: Handlingsplan for smittevern 2009 - 2013	
Vedlegg 11: Årsmelding brukerutvalget SSHF 2010	
Vedlegg 12: Handlingsplan brukerutvalget ved SSHF 2011	

DEL I: INNLEDNING

1. Om Sørlandet sykehus HF – oppgaver og organisering

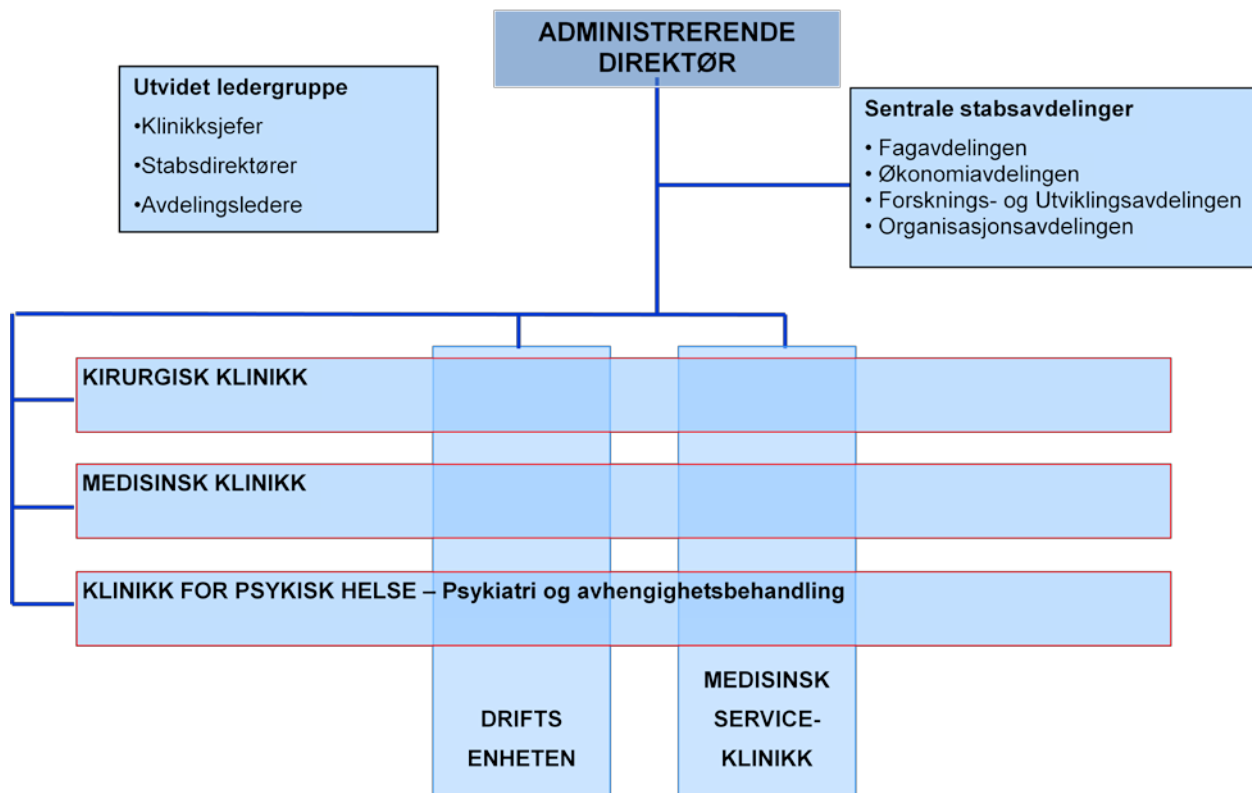
Sørlandet sykehus HF (SSHF) yter helsetjenester etter lov om spesialisthelsetjeneste og lov om helseforetak, og skal dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i begge Agder-fylkene. Dette er definert som et sykehusområde i Helse Sør-Øst. SSHF ønsker også å yte tjenester av god kvalitet i en regional og nasjonal sammenheng.

Sørlandet sykehus yter også lokalsykehustjenester til befolkningen i Lund og Sokndal kommuner i Rogaland.

Foretaket har som mål å gi helhetlige og individuelt tilpassede behandlingstilbud til pasienter og pårørende, sikre effektive behandlingslinjer og drive målrettet opplæring. Helseforetaket skal gi behandling av høy kvalitet innenfor både somatikk og psykisk helsevern, herunder prehospitaltjenester, habilitering, rehabilitering og rus- og avhengighetsbehandling.

SSHF omfatter somatiske sykehus i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. SSHF har videre en psykiatrisk sykehusavdeling lokalisert i Arendal og Kristiansand, og distriktpsikiatriske enheter i Kristiansand, Mandal, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord, Arendal, Lillesand, Grimstad, Tvedestrand og Bygland samt rus- og avhengighetsenheter i begge fylkene. Administrasjonssenteret for Sørlandet sykehus HF ligger i Kristiansand.

SSHF er organisert med gjennomgående klinikker på tvers av geografi.



I 2010 hadde SSHF 592 somatiske senger, hvorav 77 senger til pasienter i interne pasienthotell. I tillegg kommer 74 tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser) og 290 senger i Klinikk for psykisk helse.

I 2010 er 8 barselsenger omfordelt og integrert i internt pasienthotell Kristiansand. DPS Strømme åpnet juni 2010.

Regionale, delregionale og spesielle funksjoner

- Kompetansesenter affektive lidelser
- Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring

Regionale og spesielle funksjoner innen somatikk

- Program Intensivert Habilitering (PIH) er et regionalt henvisningskompetansesenter. PIH står for behandling av førskolebarn (med CP eller lignende tilstander) med ulike former for hjerneskader og funksjonsnedsettelse og driver forskning, fagutvikling, veiledning og undervisning. PIH behandlingstilbudet er multimodalt med vekt på å fremme mestring og deltakelse hos barn og foreldre.
- SSHF har flerområdeoppgaver innenfor PCI-behandling (perkutan koronar intervensjon) for Telemark og Sørlandet. Teknikken brukes for å utvide /utblokke trange områder i hjertets kransårer. PCI-senteret er lokalisert ved sykehuset i Arendal, og pasienter fra Telemark utgjør bortimot en tredjedel av pasientvolumet.
- SSHF har flerområdeoppgaver knyttet til innlegging av ICD (implanterbar cardioverter-defibrillator) for Telemark og Sørlandet. En ICD har som formål å regulere hjerterytmen hvis hjertet slår for fort eller uregelmessig. Behandlingen utføres ved medisinsk avdeling i Kristiansand.
- SSHF har flerområdefunksjon innenfor rehabilitering av pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade (ATBI) for Telemark, Vestfold og Sørlandet
- Senter for kreftbehandling er den største kreftavdelingen i Helse Sør utenfor Radiumhospitalet. Avdelingen gir et bredt ikke-kirurgisk behandlingstilbud som primært retter seg mot pasienter i Agder. Ca. 15 % av pasientene kommer fra andre fylker, hovedsakelig Telemark.

Nasjonale funksjoner

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

1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Visjon: Trygghet når du trenger det mest.

Verdier: Respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet.

I tillegg inneholder verdigrunnlaget lederkriterier og viljeserklæringer. I viljeserklæringen står det nærmere beskrevet hvordan vi skal møte pasienter og pårørende, omgås kolleger og opptre i forhold til omgivelsene. Her er konkrete eksempler på hvordan verdiene skal komme til uttrykk i praktiske handlinger, og etterlevelse av disse skal bidra til at pasientene opplever å bli møtt med respekt, omsorg og empati.

Verdigrunnlaget setter en standard for forholdet til pasienter og pårørende og mellom sykehusets ansatte. Verdigrunnlaget ligger til grunn for alle våre handlinger og vår kommunikasjon. SSHFs verdier skal være en del av grunnlaget for ledere og medarbeidere i prioriteringer og valg som gjøres innenfor *klinisk virksomhet, organisering og i fordeling av økonomiske ressurser*. Individets verdsett påvirker handlemåter i det daglige virke. Den etiske bevissthet i det profesjonelle arbeidet skiller seg ut ved å skulle komplettere medarbeiders individuelle med teamets verdigrunnlag. Kliniske, etiske dilemmaer kan oppstå i møtet med enkeltpasienter, samtidig som tjenesten skal ta hensyn til større pasientgrupper og samfunnet rundt.

En etisk reflektert handling kan gi handlingsalternativer og begrunnelser for en handling. En slik refleksjon kan analyseres både før og etter avgjørelsen. Foretaket vil fokusere på økt kompetanse i etisk refleksjon og bruk av SSHFs verdsett i det daglige profesjonelle arbeid.

Sørlandet sykehus HF vil bygge opp systemer som sikrer nødvendig kvalitet, ressurstilgang og kompetanseutvikling for de brede behandlingstjenestene innenfor både medisin, kirurgi, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling og rehabilitering. Et godt utbygd akutttilbud er en viktig del av vår satsing på det lokale helsevernet. Organisering og prioriteringer skal ivareta likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet for pasientene i sykehusområdet Sørlandet, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk.

Innenfor de ressursene helseforetaket disponerer, må prioriteringsvalg bygge på grundige faglige drøftinger om tildeling av utstyrsmidler og prioritering av satsingsområder. SSHF vil øke samarbeidet med andre foretak i regionen om utvikling av de mest spesialiserte og ressurskrevende behandlingstilbudene. Dette vil skape store utfordringer for helsepersonell og ledelse i sykehuset.

En stor utfordring er å redusere gapet mellom brukernes forventninger og hva som er medisinskfaglig og teknisk mulig med tilgjengelige økonomiske rammer.

2. Sammendrag

2.1. Resultater og utfordringer

Sørlandet sykehus HF har hatt store organisatoriske utfordringer i 2010 men har levert et godt driftsresultat. Det viser at medarbeiderne prioriterer pasientbehandling, fag og kvalitetsarbeid høyt, og har ført til at SSHF har nådd aktivitetsmålet og et økonomisk resultat på 0,6 mill kr over styringsmålet. Driftsresultatet skal være med å skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer, og for 2011 budsjetteres med et overskudd på 42 mill. Aktiviteten er høy, og vi behandler stadig flere pasienter og innenfor mange avdelinger og fagområder går ventetidene ned.

Av positive resultater nevnes spesielt

- SSHF har en egenbehandling på 84 %
- ingen korridorpasienter
- liggetiden er 3,2 døgn i somatikken og 15,3 i KPH
- sykefraværet er 6,2 % i 2010
- høy forskningsaktivitet
- god pasienttilfredshet i nasjonal pasienttilfredshetsundersøkelsen for kreftpasienter
- økt svarandel på den interne pasienttilfredshetsundersøkelsen

SSHF har gjennomført tre omfattende prosesser i 2010. Det er utredning av fremtidig nevro-/slagbehandling på Agder, organisering av barnesenteret og samlokalisering av AMK, pasientreiser og PTSS - ledelsen i Lillesand. I alle utredningene har SSHF prøvd å legge til rette for åpne, brede og involverende prosesser, og at alle syn skulle komme klart frem før endelig beslutning om retning ble fattet. Prosessene har skapt et betydelig engasjement både internt, i befolkning, media. Det ble bl.a. arrangert et fakkeltog i Arendal 12. oktober.

Styret besluttet 16.12.2009 å revidere strategiplan for 2012-2014. Arbeidet med planen har skjedd i ulike fora både internt i klinikkene og klinikkovergripende gjennom hele 2010. Det er lagt til rette for åpne og involverende prosesser med høy grad av medvirkning for å sikre økt forståelse for SSHF sine fremtidige utfordringer samt sikre forankring til beslutningene. For å bidra til økt forståelse og kunnskap i befolkningen har foretaket deltatt i ulike formelle fora i både kommunehelsetjenesten og det politiske miljø.

Utredningene om nevrologi/slag og barnesenteret skal innarbeides i forslaget til ny strategiplan som skal endelig styrebehandles i juni 2011. Basert på utredninger, arbeidet i strategisk faggruppe, utvidet ledergruppe og innlevert materiell fra klinikken skal det i løpet av januar skrives et utkast til ny strategisk plan for SSHF for perioden 2012 – 2014.

Til tross for at SSHF har hatt et godt driftsresultat i 2010, er det flere store utfordringer som må følges opp spesielt i 2011.

Særlige utfordringer

- manglende investeringsmidler til
 - ferdigstillelse av operasjonsstuene i Kristiansand
 - fornyelse av medisinsk teknisk utstyr innen flere fagområder
 - fornyelse og vedlikehold av bygninger der det er betydelig etterslep
- for lav kapasitet på CT- og MR-undersøkelser
- vansker med å rekruttere spesialister, bl.a. radiologer og spesialister innen rusbehandling
- mangel på tvangsoppholdsplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- helhetlig kultur for SSHF
- stor andel deltidsansatte

2.2. Helseforetakets virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

Intern styring og kontroll

God virksomhetsstyring er vesentlig for SSHF, og strategiplanen sammen med handlingsplanene vil synliggjøre hvordan støttetjenestene og linjen i fellesskap skal arbeide systematisk med å sikre etterlevelse av lov og forskriftskrav, interne krav og krav fra eier. Det tilstrebes konkrete planer for dette og en mer målrettet og styrt policy. Det er styrebehandlet retningslinjer for budsjettering og oppfølging i foretaket.

SSHF arbeider med å finne en hensiktsmessig metode for oppfølging av krav og oppgaver i oppdrag og bestilling. Både foretaksledelsen og avdelingslederne har månedlig oppfølging med nærmeste leder etter en definert mal som inneholder sentrale områder i oppdragsdokumentet (aktivitet, økonomi, pasientsikkerhet, kvalitet, sykefravær, MBU, ventetider, fristbrudd).

I 2010 ble det laget en forenklet matrise, men LGG og risikovurderinger ble fortsatt ikke det dynamiske verktøyet "innarbeidet i allerede etablerte prosesser i helseforetakene ..." slik det formuleres i veilederen "Risikostyring i Helse Sør-Øst". Dette gjøres og rapporteres månedlig oppdatert økonomisk risikovurdering til styret. Ledelsen gjennomførte en overordnet risikovurdering etter 3. tertial. Denne følger som vedlegg til Årlig melding.

For 2011 vil LGG videreutvikles til et årshjul som omfatter rapportering på flere data bl.a. indikatorer for pasientsikkerhet og klinisk behandling.

Tilsvarende prosess ble gjennomført for internkontroll, der matrisen ble utformet ved en operasjonalisering av internkontrollforskriften. LGG på foretaksnivå gjennomføres her i overordnet kvalitetsutvalg (OKU) og følges opp i klinikkens kvalitetsråd. Risikovurderinger gjennomføres i forbindelse med en del større prosjekter og omstillingsprosesser og for kritiske områder innen pasientsikkerhet. Ved flere omstillinger savnes imidlertid evaluering etter at en prosess er ferdig og implementert.

Klinikkene har aktive og velfungerende Kvalitetsråd, og oppfølgingen av pasientskadesaker er blant sakene som behandles. Det er etablert et felles kvalitetsråd for stabsavdelingene i administrasjonen.

SSHF har et overordnet kvalitetsutvalg (OKU) som skal arbeide overordnet og strategisk med kvalitet og pasientsikkerhet. OKU skal også påse at klinikkene etablerer et virkningsfulle internkontrollsystem.

Uønskede hendelser og meldekultur

Registrering og behandling av uønskede hendelser er en del av SSHFs kvalitetssystem, en integrert del av sykehusledelsens styringssystem, og en naturlig del av ordinær drift. Etter innføring av elektronisk system for hendelsesregistrering i 2007 økte antall meldinger de første årene. For 2010 er nivået omtrent på samme nivå som 2009. Oppfølging av uønskede hendelser har fått større fokus i organisasjonen, er blitt mer enhetlig og er et viktig bidrag i arbeidet med systematisk forbedring. For

2011 styres arbeidet med pasientsikkerhet etter egen handlingsplan der blant annet hendelsesanalyser, "global trigger tool" (journalgjennomgang/ analyse) vil bli tatt i bruk.

Klinikk for rehabilitering hadde i 2010 to ulike systemer for melding av uønskede hendelser, fordi tidligere SSR brukte kvalitetssystemet EQS for melding, styrende dokumentasjon og publisering av behandlingslinjer. De delene av klinikk for rehabilitering som brukte dette systemet, hadde et integrert system for alt kvalitetsarbeidet, og dette fungerte meget bra. Ulempen var at to avdelinger meldte uønskede hendelser i to ulike systemer. Statistikkene fra TQM og EQS var ikke samkjørte, og avdelings- og enhetsledere fikk en mer kompleks arbeidssituasjon. Etter grundige overveielser, bestemte klinikken at alle enheter skal melde i TQM fra 1.1.2011, for å sikre enhetlig håndtering av uønskede hendelser. Forberedelsene til denne overgangen ble gjennomført i 2010.

Tabellen under viser at SSHF opprettholder en god meldekultur og har en systematisk gjennomgang av hendelser som rammer pasienter. Selv om det aldri har vært behandlet så mange pasienter ved SSHF, kan ikke med sikkerhet tolke av tallene at vi har en reduksjon i pasientskader.

	2008	2009	2010
Totalt antall meldte uønskede hendelser	4248	4801	4707
Pasientskade (og fare for pasientskade)	388	462	462
Antall meldt Helsetilsynet	201	239	232
Ansattskader (inkludert vold og trusler)	359	334	373

Tilsyn

Avvik etter tilsyn følges opp av aktuell klinikk, og status rapporteres hvert tertial til styret og til Helse Sør-Øst. Oversikten viser eksterne tilsyn med antall avvik og status på disse. Styret har hatt fokus på oppfølging og læring etter tilsyn, og planer for oppfølging og tiltak av det enkelte tilsyn inngår i rapporteringen.

Helsetilsynets tilsyn med ortopedisk virksomhet i Flekkefjord og Arendal avdekket ingen avvik. Tilsynsrapporten fokuserte på hvordan tjenesten bruker data som sier noe om resultater og utfall i sitt kvalitetssikringsarbeid, hvordan dette styres og settes i system, slik at praksis kan endres i tråd med systematiserte erfaringer og kunnskap om resultat og utfall. *Kvalitetssikring* gjennom bruk av tilgjengelige data om faglige resultater og utfall sentralt. *Ved endringer i tjenestetilbudet* og ressurstilgjengeligheten er det særlig forventet at man evaluerer og etterspør resultater for å sikre forsvarligheten av tjenestene til pasientene. Tilsynet viser at SSHF i dag har gode styringssystemer i klinisk behandling (ortopedi).

Alle avvik etter tilsyn i 2009 ble lukket i løpet av 2010. Oversikten over tilsyn i 2010 følger som vedlegg.

2.3. Overordnet risikobilde

SSHF har i 2010 hatt betydelige problemer med stabiliteten på kritiske IKT-systemer. I forbindelse med oppgraderinger av DIPS har systemene – og derved journalopplysninger - ved flere anledninger ikke vært tilgjengelige. Situasjonen kunne ha medført risiko for pasienters liv og helse, men det er ikke registrert alvorlige konsekvenser. I samarbeid med Sykehuspartner er det gjennomført en rekke tiltak, og driftsstabiliteten er nå bedre. Fylkeslegen er blitt informert om forholdene.

På grunn av økende etterslep på vedlikehold og oppgradering av bygningstekniske anlegg, er det økende risiko for driftsavbrudd i kjernevirksomheten pga tekniske feil. I 2010 har det vært en rekke alvorlige problemer knyttet til el- og vvs-anlegg som kan ha redusert kvaliteten i pasientbehandlingen. Det er helt nødvendig med større vedlikeholdsinvesteringer i bygningsmassen de nærmeste årene.

SSHF har i 2010 hatt et særskilt fokus på investeringsområdet, da det tidlig i året ble klart at de gitte rammer ikke på noen måte kunne strekke til. Historisk underfinansiering på investeringsiden i foretaket har bidratt til et stort etterslep på MTU-siden. Dette endte opp med at foretaket ved inngangen til 2011 allerede har disponert 44 millioner kroner i investeringer av 2011 rammen på 55 millioner kroner. For å bedre denne situasjonen vil salget av Mandal sykehus gi 27 mill. i frigjort kapital

til investeringer. I tillegg til dette har foretaket fått et lån på 50 millioner kroner til operasjonsstueoppgradering i Kristiansand i 2011- dette er kun ca 1/3 av totalinvesteringen.

Videre har foretaket i 2010 hatt fokus på høykostnadsmedisinutvikling på TNF og MS medisiner, da foretaket har størst forbruk i regionen per capita. Veksten her har vært over 20 % pr år de siste årene og bare i 2010 ga dette en underfinansiering på hele 18 mill.kr. Her ligger et fortsatt en risiko for fremtidig utfordring i økonomien. Til tross for dette klarte foretaket å oppnå drift i balanse.

Ventetider og fristbrudd er det tredje området foretaket har hatt en noe svak utvikling innen. Antall ventende har økt svakt i somatikken, samtidig er antall fristbrudd redusert betydelig i 2010. De områdene foretaket sliter er ØNH og ortopedi, samt noe generell kirurgi. I forhold til et mål i 2011 på 0 fristbrudd er dette svært utfordrende ut fra ressursituasjonen.

Også innen rusfeltet ser vi en tendens til økende ventelister og ventetider.

Epikrisetider med mål om 80 % innen 7 dager, som i 2011 øker til 100 % målsetting, er også krevende da både somatikk og rusfeltet begge ligger under målsettingene i 2010.

Infeksjonsrate på under 3 % er også en utfordring siden de fysiske forhold i operasjonsavdelingen i Kristiansand ikke blir tilfredsstillende før operasjonsstuen blir oppgradert i 2012/2013.

I forhold til aktivitet og produktivitet i sykehusets drift i 2010, med en egenproduksjon nær 85 %, og kostnad pr DRG på 85 % av landssnittet, og en DRG-produksjon på budsjett samt et forbruk nær behovet i befolkningen i henhold til Magnussen-beregningene, er ledelsen fornøyd med utviklingen i driften.

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) er et verktøy som i 2010 mer og mer er innarbeidet som metode i klinikkene ved omorganiseringer og andre forhold hvor det er naturlig med risikovurdering.

Klinikk for rehabilitering har siden virksomhetsoverdragelsen av SSR Kristiansand i 2009 dokumentert pasientinformasjon i to ulike Dips-baser (en i SSHF og en knyttet til tidligere SSR). Ledere og medarbeidere i to av klinikkens avdelinger har bare delvis hatt tilgang til hverandres journaldata. Medarbeidere i avdelinger utenfor klinikken har ikke hatt noen tilgang til pasientdata i Dips-basen tilknyttet de delene av virksomheten i de to aktuelle avdelingene - avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og avdeling for voksenhabilitering – som tidligere tilhørte SSR. Forholdet ble risikovurdert i 2010. Risikoen knyttet til at kritisk informasjon logges i to ulike journalsystemer har blitt kompensert av tett kontakt mellom avdelingene i klinikk for rehabilitering og samarbeidende avdelinger i SSHF for øvrig, i tillegg til at det i hovedsak knytter seg lav risiko til pasientgruppene. Innlemmelsen av virksomheten på Kongsgård på samme IKT-plattform som resten av SSHF i juni 2010 bidro også til bedre informasjonsutveksling generelt. Situasjonen har likevel vært vurdert som uønsket. Det er bevilget investeringsmidler i 2011 til å starte arbeidet med integrasjon av Dips-basene, som sikrer at det fra 2. tertial 2011 kun logges journalinformasjon i en Dips-base i SSHF.

Medisinsk teknisk utstyr er ikke blitt skiftet ut i det omfang som er anbefalte. Dette innebærer betydelig økte risiko innefor en del fagområder, spesielt billeddiagnostikk.

2.4. Sentrale saker behandlet i styret

Styret hadde 10 styremøter i 2010. Månedlige virksomhetsrapportering og økonomistyring har vært viktige saker for å sikre at aktivitet og drift er i tråd med budsjettet.

Budsjett for 2011, med vekt på status og utfordringsbilde, har også vært sak i flere møter.

Arbeidet med rullering av strategiplanen pågår, og styret oppdateres om status og framdrift.

To saker som har skapt stor engasjement er organisering av slagbehandling på Agder og samlokalisering og flytting av AMK og pasientreiser til Lillesand. Vedtaket i saken om slagbehandling vil gi heldøgns akutttilbud for pasienter med symptomer på hjerneslag både i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. I tillegg blir den polikliniske kapasiteten styrket i Arendal.

Pasientsikkerhet og arbeidsmiljø er fast saker i styremøtene, og i tillegg har styret i 2010 lagt mer vekt på oppfølging av tilsyn og hvilke tiltak som iverksettes for å lukke avvik. Henvisningsrutiner og hvordan SSHF sikrer pasientrettigheter er presentert for styret.

2.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering

2010 har vært et godt driftsmessig år, men organisatorisk krevende. SSHF har gjennomført krevende prosesser rundt funksjonsfordeling mellom lokasjonene som har gitt et stort engasjement hos både medarbeidere og i befolkningen.

SSHF har tverrgående klinikkstruktur og den enkelte klinikk har frihet til å organisere klinikkene slik det er hensiktsmessig. Medarbeidere og politikere har også hatt sterke synspunkter på organisering av SSHF. Det vil ikke bli gjort noen vurdering av organisatorisk struktur før høsten 2011 (etter at styrer har behandlet strategiplan 2012-2014).

Uroen i organisasjonen har fått konsekvenser for SSHF sitt omdømme. SSHF vil i 2011 iverksette tiltak som skal styrke en helhetlig kultur internt samt bedre omdømmet.

Det ble i 2010 gjennomført en utredning for å vurdere fordeler og ulemper ved å etablere en egen klinikk for kvinne/barn. Bakgrunnen for utredningen var et ønske å redusere avstanden mellom fagmiljøet og topplødsen og redusere kontrollspennet for klinikkjefene. Etter tilbakemeldinger fra avdelingslederne, fagpersonell og tillitsvalgte besluttet administrerende direktør å videreføre dagens organisering.

Da SSR Kristiansand ble overført i 2009 ble det etablert en klinikk for rehabilitering for en periode på to år. Deretter skulle den integreres i Medisinsk klinikk. Det ble desember i 2010 gjennomført en risikovurdering vedrørende konsekvenser ved å integrere klinikken i Medisinsk klinikk, og resultatet ble at dette skulle gjennomføres i januar 2011. I løpet av 2010 ble organiseringen av de syv avdelingene i klinikken gjennomgått, og virksomheten reorganisert i tre avdelinger, der virksomheten er samlet ut fra naturlige fagfelt og på tvers av geografi og bygg. Også internt i avdelingene ble strukturen gjennomgått og tilpasset de nye forutsetningene.

3. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

SSHF tilstreber å ha åpne og involverende prosesser og legge til rette for at medarbeiderne skal involveres i daglig drift samt utvikling av SSHF. Høsten 2010 ble det gjennomført en medarbeiderundersøkelse med en svarprosent på ca 72 %. Det arbeides nå med å gjennomgå resultatene samt utarbeide handlingsplaner i alle enheter. Arbeidet følges opp i klinikkens AMU og oppfølgingsmøter.

Brukermedvirkning

SSHF sitt Brukerutvalg reflekterer bredden i brukerstemmene i forhold til geografi, alder, kjønn, etnisk bakgrunn og diagnosegrupper. Brukerutvalget mangler medlemmer med ikke nordisk etnisk bakgrunn. Dette skal vi sikre ved neste utskiftning av brukertutvalget. Brukerrepresentanter er representert i råd og utvalg, og deltar i prosesser, prosjekter og opplæringstiltak som berører pasienter og pårørende. Økt fokus på brukermedvirkning har ført til økt aktivitet for medlemmene i brukertutvalget. I 2010 fikk klinikkene faste kontaktpersoner i brukertutvalget.

Brukerutvalget følger opp saker som kommer fram i media, via medlemmenes egne nettverk og saker som sykehuset ønsker å informere om og innhete synspunkter på. Representant fra Brukerutvalget deltar i styremøtene med talerett, og referat fra møtene er egen sak i styremøtet der det er mulig å ta opp saker som Brukerutvalget er opptatt av. Hele Brukerutvalget hadde i 2010 et møte med styret for orientering og drøfting av aktuelle saker. Årsrapport 2010 og handlingsplan 2011 for Brukerutvalget følger som vedlegg.

Flere av medlemmene i brukertutvalget har gjennomført modulbasert opplæring i 2010. Hele brukertutvalget har gjennomført modul 2 som helseforetaket selv har ansvar for.

KPH har brukerrepresentanter i ledergruppen og to brukerrepresentanter deltar i Strategisk faggruppe samt overordnet strategisk samarbeidsorgan.

Brukererfaring er en sentral kompetanse i arbeidet med kunnskapsbasert praksis, og ledere arbeider for å styrke brukermedvirkning på system og individnivå. Reell brukermedvirkning innebærer og krever både respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet fra alle ansatte.

SSHF tilstreber å utvikle god pasient- og pårørende opplæring i samsvar med helsepolitiske føringer og målsettinger. Opplæringstiltakene skal baseres på kunnskapsbasert praksis og integreres i behandlinglinjene.

Tillitsvalgte og verneombud

Det er etablert faste samarbeidsrutiner med foretakstillitsvalgte/ hovedtillitsvalgte/verneombud bl.a. med dialogmøter hver 14. dag. Samarbeidet er stort sett konstruktiv og dialogen preget av respekt og tillit. 2010 har vært et organisatorisk krevende år med omfattende prosesser. Det har tiltider preget samhandlingen mellom tillitsvalgte og ledere men også mellom tillitsvalgte.

SSHF tilstreber å involvere tillitsvalgte så tidlig som mulig i alle prosesser og utviklingsarbeid. Tillitsvalgte deltar i alle prosjekt- og styringsgrupper. SSHF har erfart i 2010 er forbedringsområde med å forankre prosessveilederen og 12 prinsipper for medvirkning i hele organisasjonen. Det vil iverksettes tiltak i 2011 for å forbedre dette området. Tillitsvalgte er organisert noe ulikt ved at noen fagorganisasjoner er organisert med hovedtillitsvalgte mens andre har både foretakstillitsvalgte (på tvers av organisasjonen) og hovedtillitsvalgte pr. lokalisasjon. Det er til tider en utfordring og det vil i 2011 gjøres en utredning om organiseringen er hensiktsmessig i forhold til SSHF fremtidig behov.

Tillitsvalgte/brukere er involvert i prosessen med en oppfordring til å gi innspill i prosessen i tillegg til at den sendes ut på høring til både tillitsvalgte og brukere. Evaluering av endringsprosesser vil bli vektlagt i 2011. Det vil også informasjon og kommunikasjon.

De fleste verneombudene har i 2010 gjennomført det obligatoriske 40 timers HMS opplæring. Verneombudene blir involvert i prosesser og opplever anerkjennelse for sitt arbeid samt at medvirkning av verneombud er en viktig suksessfaktor og forutsetninger for endringer.

DEL II: RAPPORT FOR 2010

4. Oppfølging av oppdrag og bestilling for 2010

4.1. Innledning

Samfunnsansvar

2010 har vært et spesielt år for SSHF når det gjelder media og omtale av foretaket. Det har vært flere store saker som har hatt interesse i befolkningen. Sterkest kom dette til uttrykk ved at det ble arrangert fakkeltog i Arendal 12. september 2010. Det store presset har utfordret alle i organisasjonen og har hatt konsekvenser for omdømme. SSHF har iverksatt tiltak ved at bevissthetsnivået og kompetansen innen kommunikasjon styrkes og ressursen økes for 2011.

Økonomi

SSHF har gjennom 2010 oppnådd balanse i driftsøkonomien gjennom god kostnadseffektiv drift samt delvis implementering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF. Foretaket er et landets aller mest kostnadseffektive foretak både innen somatikk og psykiatri.

Investeringsiden er fortsatt underfinansiert, men salg av Mandal sykehus til Mandal kommune har bidratt til å frigjøre midler til nødvendige investeringer. Det er over tid opparbeidet et meget stort etterslep, både på bygningsvedlikehold og ikke minst MTU, hvor gjennomsnittsalder snart er 10 år.

Videre implementering av inntektsmodeller i de kommende år vil bidra til å bedre investeringsevnen gradvis, mens det på den annen side er usikkerhet rundt økonomiske effekter av samhandlingsreformen.

Sykehusstruktur

Sørlandet sykehus HF ble etablert som et helseforetak i 2003 og sykehusområdet omfatter begge Agder-fylkene.

Revisjon av strategiplan for perioden 2012-2014 pågår og skal styrebehandles i juni 2011.

Klinikk for rehabilitering har i løpet av 2010 organisert alle avdelingene ut fra et prinsipp om at tjenester som naturlig hører sammen samles i en avdeling, med det formål at tjenestetilbudet skal bli

likeverdig for hele befolkningen på Agder. I løpet av 2010 er det gjennomført større strategiutredninger innenfor fagområdene barnemedisin og nevrologi. Dette er begge mellomstore fagområder der det er vanskelig å opprettholde parallelle vaktstilt to steder i sykehusområdet, både med hensyn til kostnadseffektiv drift og ut fra et kvalitetsperspektiv.

Samhandlingsreformen

Det er ivarettatt og forankret via linjeledelsen samt overordnet strategisk samarbeidsorgan (OSS) som er et parts sammensatt utvalg bestående av ledere fra SSHF, en representant fra hvert kommuneområde i Agder og brukerrepresentanter.

Samhandlingsreformen er på mange måter å oppfatte som en retningsreform som innebærer en tydeliggjøring av roller og ansvar for pasientgrupper og enkeltindivider. I dette ligger klare forventninger til at spesialisthelsetjenestens spesialkompetanse skal sikres der pasienten behandles. Det er nødvendig å videreutvikle gode modeller for kompetanseutveksling mellom tjenestenivåene for å øke det generelle kompetansenivået rundt pasienten. Praksiskonsulentordningen ved SSHF har etablert en arena som kalles for Møteplassen. Her er fokus på likeverdig kompetanse der utgangspunktet er en pasientgruppe og leger fra både kommunehelsetjenesten (fastlegene) og spesialister fra SSHF bidrar med innlegg for så å drøfte aktuelle problemstillinger i plenum. Dette tiltaket har fått meget gode tilbakemeldinger og konseptet vil bli videreutviklet.

Samarbeidet med utviklingssentra i Vest- og Aust Agder har også fokus på å utvikle fagnettverk på ulike områder. Her bidrar sykehuset med sine ressurser. Det er etablert hospiteringsordninger samt ordning med felles ansettelser.

Lærings og mestringssenteret har etablert dialog med kommunehelsetjenesten i forhold til planlegging og gjennomføring av samarbeid. I tillegg bidrar LMS til kompetanseutvikling av helsepedagogikk for ansatte i kommunehelsetjenesten.

Et av satsningsområdene for samhandling er ehelse. Det planlegges flere tiltak rette inn mot senter for ehelse ved Universitetet i Agder Campus Grimstad. Dette samarbeidet vil omfatte forskning, innovasjon og utvikling, kompetansebygging og samarbeid om utdanningsløp. Ehelse gir mange muligheter og kan bidra til å utvikle nye arbeidsprosesser der pasienten selv kan få mulighet til å bruke egne ressurser i større grad enn i dag. Dette er et viktig og spennende mulighetsvindu og samarbeidet med UiA står her sentralt.

Eksempel på konkrete prosjekt er samarbeid mellom lungeavdelingen og Kristiansand kommune for å utvikle undervisnings- og kompetanseplan for alle KOLS pasienter som overflyttes fra sykehuset til nyetablert enhet for mottak av korttidssykehjem for KOLS pasienter. Prosjektet inngår som ledd i POP konseptet, Prosjekt for Optimale Pasientforløp, i regi av FoU avdelingen i SSHF. Resultater fra prosjektet viser at det er stort behov for å utvikle standard program for kompetanseutveksling. Programmet omfatter flere tiltak og rettes mot ulike yrkesgrupper. Blant tiltakene nevnes forelesninger, praktisk opplæring, instruksjon og opplæring av utstyr og behandlingsformer samt hospitering med fastlagt program og veiledning på sykehjemmet. Arbeidet er medisinskfaglig forankret både i sykehusavdelingen og på sykehjemmet. Prosjektet skal videreutvikles og spres til andre kommuner samt at undervisningsopplegget skal videreutvikles. Dette vil skje i dialog med arbeidet som skal gjennomføres av Regionalt LMS vedrørende utarbeidelse av veileder for pasient og pårørendeopplæring.

Hovedfokus i områdeplanen for rehabilitering er god dialog og egnede møtearenaer med kommunene på Agder. Det skal sikre god samhandling i forhold til den enkelte bruker, overordnet og samordnet planlegging av helhetlige tjenestetilbud og dialog på tvers av helsetjenestenivåene for å sikre faglig kvalitet i pasientforløpene og i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Intern kontroll og risikostyring

Intern kontroll / risikostyring er et vesentlig element for å sikre god virksomhetsstyring. Dette sikres hovedsakelig på to måter i SSHF:

1. Fagfokusert forbedringsarbeid
2. Systemfokusert forbedringsarbeid

SSHF er bemannet med dyktige fagpersoner som sikrer at det pasientrettede arbeid holder høy faglig kvalitet. Det legges betydelig vekt på faglig oppdatering og implementering av kunnskapsbasert praksis.

Utfordringen ligger omkring betydningen av å vektlegge systemkvalitet som en avgjørende komponent for å få til kontinuerlig forbedring slik internkontrollforskriften pålegger oss. Det arbeides med å lage en handlingsplan for pasientsikkerhet. Den skal gjenspeile hvilke elementer og virkemidler som skal brukes på systemsiden i pasientsikkerhetsarbeidet. Tiltak vil være å sikre videreutvikling og forpliktelse i enhetene til å ta i bruk hendelsesgranskning i nærmere definerte saker, videreutvikle bruk av ROS analyser, øke bruk av risikostyring, videreutvikle bruken av årshjul, forbedre meldekulturen i TQM, videreutvikle komplikasjonsregister for å oppnå systematisk læring av hendelser som vanligvis ikke meldes i TQM og videreutvikle bruk av internrevisjoner og ledelsens gjennomgåelse.

Som del av det systematiske kvalitetsarbeid er det laget handlingsplan for smittevern, og gjennomført ulike kampanjer, det innføres behandlingslinjer, sikker kirurgi, og deler av foretaket (klinikk for psykisk helse) sertifiseres etter Dansk kvalitetsmodell.

Kvalitetsarbeidet er organisert i et overordnet kvalitetsutvalg (OKU) ledet av administrerende direktør med hele ledergruppen, brukerrepresentant, smittevernlege, beredskapsrådgiver og jurist som medlem. OKU har møter 4-5 ganger pr år. De klinikkvise kvalitetsråd ledet av klinikksejef som gir tilbakemeldinger til OKU, og som behandler alle TQM meldinger, aktuelle NPE saker og meldesaker til Helsetilsynet. I klinikkene er det månedlige møter og stor aktivitet.

ROS-analyser er et mer og mer innarbeidet metode i klinikkene ved omorganiseringer og andre forhold hvor det er naturlig med risikovurdering. Oversikt over analyser med bistand fra sentral stab følger som vedlegg.

4.2. Innsyn og konsernrevisjon

SSHF bistår med rapporter og informasjon til Helse Sør-Øst og konsernrevisjonen.

4.3. Overordnede styringsbudskap for 2010

4.3.1. Målområde 1 – pasientbehandling

Sørlandet sykehus har en dekningsgrad for behandling av pasienter fra Agder på ca 85 % og har utviklet et godt tilbud til de aller fleste pasientgrupper.

Arbeidet med å utarbeide behandlingslinje for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er godt i gang og vil ferdigstilles i 2011.

Klinikk for rehabilitering har i løpet av 2010, gjennom kvalitetssystemet EQS, utviklet muligheten til å publisere behandlingslinjer på inter- og intranett for hele SSHF.

Det er utviklet et nytt tilbud innenfor multitraumebehandling, på tvers av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og avdeling for kirurgiske senger. Behandlingsforløp for rehabilitering av hofte- og kneopererte pasienter for ryggtilbudet på Agder er under ferdigstillelse.

SSHF har i dag ni ferdigstilte behandlingslinjer som er publisert på våre nettsider.

Epikriser

Innen somatikken gjenstår det noe på å nå målet på 80 % innen 7 dager. Status er 72 % pr november. Det benyttes i liten grad sammedagesepikriser, et prosjekt er igangsatt for å innføre en ny rutine. Et stort antall pasienter får et informasjonsskriv i hånden ved utskriving, med oppsummering av oppholdet, medikamentliste og informasjon om videre oppfølging av enten sykehus eller fastlege. Dette informasjonsskrivet sendes samtidig elektronisk til fastlegen.

Epikrisetiden i klinikk for rehabilitering er betydelig forbedret i 2010, og har vært over 90 % i fem av årets måneder.

Innen psykisk helsevern er andelen epikriser godt over 80 %, men innen TSB har en i 2010 ikke klart å nå målet om 80 % epikriser innen 7 dager. Det er i klinikken liten eller ingen bruk av sammedagesepikriser.

Arbeidet med epikriser forutsetter kontinuerlig lederfokus, og godt samarbeid mellom behandlere og merkantil tjeneste.

Operasjoner

Det arbeides planmessig med å øke andelen elektive operasjoner som utføres på innleggelsesdagen.

Korridorpasienter

SSHF har praktisk talt ikke korridorpasienter. Det er et godt samarbeid med kommunene på Agder, som i hovedsak tar i mot pasientene som trenger bistand fra kommunehelsetjenesten når de er utskrivingsklare fra sykehuset. I tillegg er differensierte behandlingstilbud med observasjonspost, akuttpoliklinikk og stadig økende bruk av dagbehandling og poliklinikk avgjørende for å unngå korridorpasienter. Det er ikke korridorpasienter i psykisk helsevern eller TSB.

Fristbrudd

SSHF arbeider kontinuerlig med korrekt registrering og riktig bruk av prioriteringsveilederen, da analyse av fristbrudd pr november fortsatt viser utfordringer i forhold til dette.

Utviklingen i antall fristbrudd totalt for Kirurgisk klinikk viser noe økning for året 2010 sammenlignet med 2009. Gjennom de siste 3 år har utviklingen vært 3 382 fristbrudd i 2008, 2 428 fristbrudd i 2009 og 2 650 fristbrudd i 2010. Antall fristbrudd har holdt seg på et lavt nivå ved SSF over tid og avdelingene ved SSK og SSA har hatt en positiv utvikling på slutten av 2010. Kirurgisk klinikk er i ferd med å innarbeide nye rutiner for oppfølging av fristbrudd og tar nå sikte på en rapportering i forkant av oppståtte fristbrudd. Dette sammen med skjerpede krav til aktivitetsplikten og nye avdelingsvise rutiner, mener vi skal få en positiv effekt på antall fristbrudd i året som kommer.

I utgangspunktet skal Medisinsk klinikk ha tilstrekkelig behandlingsskapasitet til å unngå fristbrudd. Prognose for fristbrudd 2010 i Medisinsk klinikk er ca 550 fristbrudd. Dette er en betydelig bedring fra 2008 (1998 fristbrudd) og også en bedring fra 2009 (650 fristbrudd). Hoveddelen av de rapporterte fristbruddene skyldes dårlig planlegging, der pasienten har fått tilbud kort tid etter at fristen er overskredet (under en uke senere), eller feil administrering i DIPS. Det jobbes fortsatt med å forbedre dette. Der det oppstår reelle fristbrudd knyttet til kapasitetsproblemer, skal avdelingsleder straks påse at det blir satt i gang tiltak for å ivareta pasientene.

Klinikk for rehabilitering har i all hovedsak ikke fristbrudd.

Det er tilnærmet ingen fristbrudd innen psykisk helsevern barn og unge.

Innen psykisk helsevern voksne er andelen fristbrudd på omtrent samme nivå som i 2009: 2,5 prosent. Andel fristbrudd innen TSB er redusert sammenlignet med året før, og viser en klar nedadgående trend i 2010. Generelt er det innen begge disse tjenesteområdene fortsatt potensiale for å redusere fristbrudd gjennom bedre administrering av ventelister.

Generelt er det også potensiale for å redusere fristbrudd ved gjennomgang av rettighet for ulike diagnosegrupper (andel pasienter med rettighet i SSHF 58 %), definisjon av fristlengde (varierer mellom foretakene regionalt) og bedre administrering av ventelister.

Uønskede hendelser

SSHF skal ha en lav terskel for å melde, og ønsker å ha et høyt antall meldinger om avvik og uønskede hendelser. Antall meldinger i avvikssystemet har økte de første årene etter at elektroniske avvikssystemet ble tatt i bruk. For 2010 er nivået omtrent på samme nivå som 2009. SSHF antar at det fortsatt er underrapportering av uønskede hendelser. Det er ikke et mål å redusere antall meldinger, men derimot å lære av feilene slik at vi kan unngå å gjøre samme feil flere.

Medikamenthåndtering/feilmedisinering er det området som har flest avvik, og avdelingene har oppmerksomhet rundt nødvendigheten av å kjenne og følge prosedyrene.

SSHF har etablert et overordnet kvalitetsråd samt klinikkvise og avdelingsvise kvalitetsråd. Her presenteres tilsyn med eventuelt påfølgende oppfølgingstiltak.

Avvik knyttet til medikamenthåndtering i klinikk for rehabilitering er fulgt opp i enhetene. Arbeidet med smittevern i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har fått et kvalitetsmessig løft ved at Smittevernenheten i SSHF nå også yter tjenester til den delen avdelingen som ble overført fra tidligere SSR.

Klinikk for rehabilitering har få pasientskader. Klinikken har eget kvalitetsråd. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har flere avviksmeldinger knyttet til fall, og har valgt å gjennomføre en ROS-analyse med dette som tema i desember 2010. Det jobbes systematisk i klinikkens kvalitetsråd med oppfølging av meldingene i avvikssystemet.

NPE-saker

SSHF har ikke oppnådd reduksjon i antall NPE-saker. Det er registrert 179 saker i 2010 mot 143 i 2009. Sannsynligvis vil det i flere år fremover være en økning av NPE-saker gjennom økt

oppmerksomhet på denne mulighet hos pasient/ pårørende. Samtidig er det en reel utfordring å lære av uønskede hendelser ved å forbedre rutiner og systemer som hindrer at pasienten påføres skader.

Pasient og brukerombudet

Mange av klagenes til pasient- og brukerombudet gjelder for lite omsorg og dårlig oppførsel fra medarbeidere, og ikke den medisinske behandlingen. Dette er ikke i tråd med verdigrunnlaget, og temaet blir derfor fulgt opp i lederprogrammene og i kvalitetsutvalgene.

Ventetider

Det er en god vekst i poliklinisk aktivitet i foretaket, men det har i 2010 ikke lyktes å redusere ventetider i vesentlig grad. Dette skyldes blant annet kapasitet som ikke kan økes fordi verken inntektsmodell eller fordeling av lege-ID nr i full grad er justert i forhold til behovene i befolkningen.

I Kirurgisk klinikk er gjennomsnittlig ventetid redusert i løpet av 2010, men for pasienter som ikke har rett til helsehjelp, ser vi at det har vært en liten økning, særlig innenfor ortopedi. Klinikken har fortsatt utfordringer med behandlingstilbud innen frist for rettighetspasienter og nye rutiner for oppfølging av disse er under innføring. Det er fokus på avdelingens ansvar for månedlig oppfølging av ventelistene og riktig anvendelse av prioriteringsforskriften

Medisinsk klinikk har i hovedsak akseptabel ventetid innenfor alle sine fagområder. Klinikken har fokus på ventetider og riktig administrering av henvisninger. Det er et uttrykt mål at tjenester skal ytes uten unødig ventetid i en så tidlig fase av sykdomsutvikling som mulig.

Klinikk for rehabilitering har hatt akseptable ventetider, og klinikken har ikke hatt fristbrudd. Med bortfall av inntekter fra Raskere tilbake knyttet til behandling av sykkelig overvekt fra 1.1.2011, vil dette bildet sannsynligvis endres vesentlig i løpet av kort tid, for den aktuelle pasientgruppen. En egen arbeidsgruppe, ledet av fagdirektør, skal derfor utrede behandlingstilbudet til pasienter med sykkelig overvekt i et helhetlig perspektiv våren 2011.

Gjennomsnittlig ventetid for prioriterte pasienter har økt innen TSB og psykisk helsevern sammenlignet med 2009. I snitt venter prioriterte pasienter 67 dager på behandling innen TSB i 2010 hvilket er 7 dager mer enn tilsvarende tall for 2009.

Kapasiteten ved de radiologiske avdelinger er en flaskehals, i særlig grad gjelder dette for CT- og MR-undersøkelser. Det er problematisk både med tilgang til undersøkelsen og svartid etter at undersøkelsen er utført. Undersøkelser som haster blir prioritert. SSHF har fortsatt problemer med å rekruttere til ledige overlegestillinger i radiologi. I tillegg har den pågående benchmarkingen i HSØ vist at utstyrstettheten i SSHFs sykehusområde er lav. Fremtidig utvikling med økt behov for kontroller av kreftpasienter bidrar til en ytterligere bekymring for kapasiteten innen radiologi.

Innen patologi ser vi et tilsvarende behov for reduksjon i svartider. Det vil kreve investering i moderne utstyr for effektivisering av arbeidsprosesser. I tillegg vil det kreve økt patologbemannning. SSHF har i dag rekruttert dyktige leger i spesialisering og satser på å beholde disse også etter endt utdanningsforløp.

Barn som pårørende

Fagmiljøene i klinikk for Psykisk helse har i mange år vært opptatt av barns behov for oppfølging og bistand når foreldre er psykisk syk eller har et rusproblem. Det er oppnevnt en barneansvarlig i hver avdeling. SSHF leder og koordinerer et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende (BarnsBeste) og dette kompetansenettverket er organisatorisk tillagt Klinikkk for psykisk helse.

Etikkomite

SSHF har en etikkomite som ledes av en psykologspesialist. De har jevnlig møter og medlemmene stiller for 3 år av gangen. Det er utarbeidet mandat for arbeidet og hovedfokus er enkelthendelser/pasientsaker som blir vurdert etter anmodning fra avdelingene. Klinisk etikkomite har også knyttet til seg førsteamansuensis i etikk fra UiA som rådgiver i dette arbeidet.

Oppfølging av tilsyn

SSHF har fulgt opp intensjonene i Helsetilsynets rapport der sykehuset fikk her et avvik pga av manglende kontroll av ved transport av blod. Avviket er lukket og det er iverksatt flere tiltak for ytterligere forbedringer av forholdene rundt blodtransport.

Blodbankene i SSHF arbeider nå for å bedre kontrolltiltak og sikkerhetsrutiner ved transfusjon av blod og blodprodukter. Det er planer om å utarbeide en ny transfusjonshåndbok i sykehuset.

SSHf driver kontinuerlig opplæring i strålevern blant ansatte som er eksponert for ioniserende stråling. Erfaringen er at det er en særlig utfordring å få legegruppen til å delta aktivt i denne opplæringen. Situasjonen er imidlertid noe bedret den senere tid. Fra 2011 tilsettes det en ny strålefysiker i helseforetaket som da vil ha totalt to strålefysikere knyttet til arbeidet med strålevern. Dette er i tillegg lokale strålevernansvarlige på de avdelinger der det finnes utstyr som avgir stråling.

To andre avvik som også er lukket basert på tidligere års tilsyn er rutiner for kliniske studier med legemidler. Dette baseres på tilsyn fra legemiddelverket i 2006. Det har vært et omfattende arbeid å få lukket dette avviket.

Direktorat for samfunnsikkerhet og beredskap hadde tilsyn i 2009 som gav avvik i forhold til dokumentasjon på systematisk opplæring av medisinsk teknisk utstyr. Også dette avviket ble lukket i 2010.

Prioritering

SSHf har jobbet på foretaksnivå med implementering av prioriteringsveilederne og riktig behandling av henvisninger. Prioriteringsveilederne innen psykisk helsevern voksne, barn og unge samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling anvendes aktivt i vurdering av rett til helsehjelp.

I forbindelse med områdeplan for rehabilitering har en egen arbeidsgruppe utarbeidet forslag til tiltak for å sikre likeverdige tjenester til innvandrere. Denne utredningen vil bli fulgt opp når områdeplanen skal implementeres.

Pasienttilfredshet

En nasjonal pasienttilfredshetsundersøkelse for kreftpasienter og deres pårørende viser at SSHf ligger på landsgjennomsnittet eller bedre. Ivaretagelse av pårørende blir spesielt fremhevet som er positivt område.

SSHf er opptatt av å få tilbakemeldinger fra pasientene, og har en egen pasienttilfredshetsundersøkelse. Det er i 2010 arbeidet med å øke andelen svar fra pasientene med positivt resultat. Det er vist oppfinnsomhet og kreativitet for å få opp svarprosenten ved å kjøre det til en konkurranse mellom avdelingen med premiering av de som oppnår best svarprosent.

Informasjon om behandling

SSHf har satset på styrking av pasientinformasjon gjennom kanalen Helsefilm. Det er i løpet av 2010 produsert og publisert vel 20 filmer. Dette er målrettet og god pasientinformasjon som retter seg direkte mot store pasientgrupper innen somatikk og psykisk helsevern. Foretaket har avventet andre tiltak i påvente av etablering av nytt internett.

Det er lagt ut informasjon på internett fra de radiologiske avdelinger. I tillegg legges Laboratoriehåndboken ut i januar 2011.

SSHf tilfredsstillter myndighetskrav til brevmaler og informasjonsvedlegg.

Ventelister

Det er fortsatt en betydelig venteliste ved Sørlandet sykehus HF. Mangel på investeringsmidler over flere år, samt skjevhet i lege-ID nr og tilgang på kompetanse, medvirker til at det er vanskelig å redusere ventetidene innen enkelte fagområder, bl.a. ØNH, ortopedi og TSB.

Ventetid for pasienter med hjerteflimmer

Ventetiden for utredning av atrieflimmer på sykehusets kardiologiske poliklinikk er maks. 3 måneder, de fleste utredes innen 1-2 måneder.

Ventetid for ablasjon er mellom 1 og 3 år hvis ikke det er helt ekstra ordinære omstendigheter. Mange kommer ikke på venteliste men burde vært der (avvises, annen behandling foreslås, tilstanden forverres over tid).

Ventetid lokalt er helt akseptabel. Ventetid på ablasjon uakseptabel. Noen sendes utlandet på egen regning. Bortsett fra å holde våre egne ventelister korte er behandling i utlandet det eneste mulige tiltak.

PCI og ICD

Det er etablert god kapasitet på PCI i Arendal for å dekke Telemarkspasienter i tillegg til Sørlandets egne. I Kristiansand er det kapasitet på ICD for samme populasjon.

Det er viktig å få på plass en langsiktig forutsigbar finansieringsform for flerområdefunksjonene gjennom inntektsmodellarbeidet.

Lindrende behandling

Medisinsk klinikk har ansvaret for lindrende senger og ambulante palliative team i Kristiansand og Flekkefjord. Disse jobber tett opp mot hjemmesykepleie og fastleger og har bygd opp et effektivt kompetansenettverk av sykepleiere i aktuelle opptaksområder. I 2010 er det jobbet med å få på plass et bedre tilbud i Arendal.

Ernæring

Det er innført obligatorisk ernæringscreening av alle pasienter i SSHF som defineres i risikosonen. I klinikk for psykisk helse er det utarbeidet en standard som skal sikre fokus på pasienters ernæring, men det må fortsatt arbeides for å få dette implementert i praktisk etterlevelse.

Ernæringsfysiologi inngår som en integrert del av det konservative behandlingstilbudet for sykkelig overvektige.

Kapasiteten for ernæringsfysiologer er for liten til å dekke det samlede behovet for de somatiske avdelingene i SSHF. Dette må vurderes fremover, og muligens ses i sammenheng med oppbygging av slik kompetanse i kommunene, jf samhandlingsreformen og forslag til ny love om helse- og omsorgstjenester i kommunene, avhengig av hvilke endringer som eventuelt følger som en konsekvens av disse.

Nasjonale strategier

De nasjonale strategiene er kjent i aktuelle fagmiljøer og følges opp i avdelingene. Nedenfor gjengis noen eksempler på tiltak.

SSHF planlegger et tverrfaglig behandlingstilbud for ortogeriatriske pasienter i Arendal med oppstart i løpet av 2011.

Føde - og barsel avdelingen i Kristiansand og Arendal er med i et nasjonalt infeksjonsregistreringsprogram i forhold til registrering av post operative infeksjoner ved sectio. PASS (perinatal arbeidsgruppe SSHF) er opprettet i Sørlandet sykehus som en undergruppe av den lokale perinatalkomite i Helse Sør- Øst for bedring av den perinatale mortalitet og morbiditet på Agder. Det er forskningsaktivitet med doktorgradskandidater innenfor både obstetikk og gynekologi ved avdelingene i SSA og SSK.

Det er etablert kontaktsykepleier for brystkreftpasienter, noe som sikrer best mulig kontinuitet gjennom hele forløpet fra diagnose til kontroller. Det er gjort grep på samling av lavvolum kreftkirurgi internt i SSHF, og gastrolab er norsk senter i colonoskopiscreeningsprosjektet. De tverrfaglige møtene er etablert på tvers i foretaket for å sikre lik behandling.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) er fulgt opp gjennom arbeidet med områdeplan for rehabilitering av voksne. Dette arbeidet har vært bredt anlagt i samarbeid med kommunene på Agder. Områdeplanen har høringsfrist 1.4.2011, og vil bli lagt frem for styret for SSHF våren 2011.

Det er gjennomført eget prosjekt som er basert på føringer gitt i nasjonal strategi for KOLS 2006 – 2011. De nasjonale strategiene er lagt til grunn i rehabiliteringstilbudene for hjerte- og lungepasienter.

Mikrobiolog deltar i arbeidet med forebygging av infeksjoner og antibiotikaresistens.

Pasientforløp og samhandling

Ansvar for samhandling er lagt som et naturlig element i linjeorganiseringen. Ansvar for overordnet koordinering av samhandling er tillagt FoU-direktør. Samhandlingskoordinator og praksiskonsulentkoordinator rapporterer til FoU-direktør.

Sørlandet sykehus HF skal videreutvikle samarbeidet og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister og samhandlingsmodell for økt tilgjengelighet til avtalespesialister innen psykisk helsevern.

Alle tre fødeavdelingene i SSHF er åpne hele året. Det er utarbeidet områdeplan for føde og barselomsorgen på Agder. Følgetjenesten for gravide er et element i dette arbeidet. Det skal i 2011 arbeides videre for å avklare nødvendige avtaler om transportfølge. Arbeidet med å utvikle behandlingslinje for svangerskap og normalfødsel startet opp i 2010 der hovedfokus var å sortere ut risikofødsler. I 2011 skal det utvikles en komplett behandlingslinje for svangerskap og normalfødsel. Dette arbeidet pågår i nært samarbeid med primærhelsetjenesten og brukere.

Innenfor Agder pågår det en rekke prosjekt og aktiviteter på området samhandling. Det arbeides med å utvikle en felles ressursdatabase for samhandling som skal bidra til å gi en oversikt over alle

gjennomførte, pågående og planlagte tiltak. Dette gjøres for bidra til gjenbruk og spredning av allerede gjennomførte prosjekt samt som element til ideformidling og kunnskapsoverføring.

Nye samhandlingsprosjekt baseres på vedtatt strategi i OSS og man drøftet hvilke tiltak og felles prosjekt som bør videreføres og iverksettes.

Arbeidet med innføring av meldingsløftet fase 1 og fase 2 er i gang og planlegges for oppstart og implementering i alle kommunene i Agder. Dette er et omfattende arbeid og OSS har besluttet å ta roller som pådriver for dette arbeidet. Meldingsløftet i Agder har fått benevnelsen "Agderløftet" for å signalisere at vi går i samme retning og ønsker å ta ut gevinster i form av bedre og enkelte elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling.

Innen psykisk helsevern er det etablert et cluster for å ivareta samhandling med avtalespesialister i sykehusområdet.

Psykisk helsevern

Målet om ressursfordeling mellom psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og ungdom (80/20) er oppfylt. Det samme er målet om en 50/50 fordeling av ressursene mellom DPS og sykehusfunksjoner. Nasjonalt mål om at 5 % av barne- og ungdomspopulasjonen i opptaksområdet skal ha et tilbud innen psykisk helsevern, er oppfylt. Bruk av individuell plan kan bli bedre.

Ledere i DPS er kjent med Helsetilsynets rapport om DPS-en fra 2009. Det er i denne sammenheng på sin plass å nevne at det er utfordrende å rekruttere og å beholde spesialister i distriktene. Det er et behov for flere legehjemler i klinikken, også sett i lys av den relativt lave andelen avtalespesialister i Agder.

SSHF planlegger behandlingsaktivitet i henhold til en ønsket utvikling av tjenestene. Det er en dreining av tjenestene i retning av mer poliklinisk behandling og redusert døgnbehandling. Videre er det eksempelvis for noen pasientgrupper ønskelig med lengre liggetid, hvilket impliserer at en for gitt sengekapasitet vil måtte ha et lavere antall utskrivninger. Det oppleves derfor svært uheldig at Helse Sør-Øst overstyrer SSHFs planlagte aktivitet, ikke ut fra et faglig grunnlag, men ut fra et mål om økt nivå på en type aktivitetsparameter.

Tvang

Andel tvangstiltak innen psykisk helsevern er avtakende gjennom hele 2010 og på et lavere nivå enn i 2009. Det arbeides med å redusere bruk av tvang. Det samarbeides med kommuner for å sikre god oppfølging av pasienter med mange og hyppige akuttinnleggelser. Bruk av akuttinnleggelser og tvang var et tema i det årlige møte med fastleger i 2010.

SSHF har 4 regionale tvangsoppholdsplasser innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er behov for å øke dette antallet, enten ved SSHF eller innen RHF generelt. Antall personer med behov for tvangsplasser i Helse Sør-Øst er større enn dagens tilgang på plasser. Konkret for SSHF innebærer dette at de regionale plassene er belagt med pasienter fra andre helseforetak og må ved behov kjøpe tvangsoppholdsplasser for egne pasienter ved private institusjoner uten driftsavtale med RHF-et. Dette utgjør en betydelig utgiftspost som det ikke er tatt høyde for innenfor SSHF tildelte budsjetttramme.

Klinikken har kontinuerlig fokus på gode alternativer til tvangsbehandling og vil i januar 2011 ta i bruk "brugerstyrte senger" ved DPS Strømme.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

Ventetid for behandling er for prioriterte pasienter er i snitt 5 dager lengre i 2010 enn i 2009. Det arbeides med å øke kapasiteten innen avrusning. Ventetid mellom avrusning og videre behandling er stort sett kort, da avrusning i all hovedsak er planlagt i forhold til oppstart av behandling.

Det er utfordrende å rekruttere og beholde spesialister. Klinikken har behov for flere legehjemler. Kompetansen innen TSB søkes styrket bl.a. gjennom kursing, videreutdanning og internundervisning av ansatte. Klinikken har i tillegg et eget modulbasert kompetansehevingsprogram som tilbyr en rekke ulike kurs til alle ansatte.

Ved SSHF er psykisk helsevern og TSB organisert i samme klinikk. Det er et nært samarbeid mellom avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) og de øvrige avdelingene i klinikken. Konkret er det snakk om at en i deler av opptaksområdet har samlokalisering av polikliniske tjenester innen psykisk helsevern voksne, barn og unge samt TSB. Videre har noen DPS-er noen senger forbeholdt pasienter innen TSB, noe som vil styrke tilgjengeligheten til rusbehandling. I tillegg er det etablert et Samarbeidsforum med representanter fra DPS, psykisk helsevern barn og unge samt TSB med faste

møtepunkter. Lengst vest i opptaksområdet er det også etablert et fast møtepunkt der ansatte innen de ulike tjenestekområdene utveksler informasjon, veileder og samarbeider om enkeltpasienter. Det er et godt forskningsmiljø ved ARA med høy forskningsproduksjon. Per 2010 er det 3 doktorgradsprosjekter i avdelingen. Det er også et tett internasjonalt samarbeid, bl.a. med sykehus i Latvia og Russland.

Det er et bra samarbeid med kommunene på Agder om temporære omsorgstilbud. SSHF bistår i tilrettelegging for LAR gjennom rådgivning vedrørende prøvetaking, misbruksanalyser og forsendelse og kontakt mot laboratorier som utfører bekreftende analyser.

Det arbeides med en ny områdeplan for TSB som skal ferdigstilles våren 2011. Der blir følgende momenter ivaretatt:

- Forebygging av overdosedødsfall i tett tverretattlig og tverrfaglig samhandling.
- Forebygging av "ikke planlagt brudd i behandling", gjennom utarbeidelse av prosedyrer og tiltak for å sikre akutt- og avgiftingskapasitet i henhold til innskjerpet lovkrav.

Habilitering og rehabilitering

Etter virksomhetsoverdragelsen av SSR Kristiansand til SSHF i 2009, etablerte SSHF en midlertidig klinikk for rehabilitering, for å fokusere spesielt på fagområdet. Klinikken avvikles fra 2011. Avdelingene er nå etablert ut fra prinsippet om at fagområder som naturlig hører sammen skal samles i en avdeling, for å sikre et likeverdig tilbud til pasienter på hele Agder. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har et særlig bredt virkeområde, og har gruppe I-status. Avdeling for voksenhabilitering er også samlet for begge fylker, det samme gjelder fellesavdelingen for fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester. Avdelingene er nå veietablert i SSHF, og samhandlingen med andre avdelinger i SSHF er god. Brukerutvalget i SSHF har oppnevnt representanter med særlig ansvar for rehabilitering, og dette bidrar til forutsigbarhet og deltakelse.

SSHF har utarbeidet en omfattende områdeplan for rehabilitering, i samarbeid med brukere, medarbeiderrepresentanter og kommunene på Agder. Områdeplanen tar i hovedsak utgangspunkt i behovet for en god dialog i årene fremover, for å kunne implementere samhandlingsreformen. Det har vært bred enighet om dette hovedfokuset, siden samhandlingsreformen praktiske konsekvenser og finansieringsordninger ennå ikke er avklart. Det er likevel utarbeidet en rekke konkrete forslag til tiltak i samarbeid med kommunene.

Veileder for voksenhabilitering er implementert i 2010.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har særlig kompetanse innenfor rehabilitering etter alvorlig traumatisk hjerneskade (ATBI), og bidrar i Barnesenterets arbeid med behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

I områdeplanen for rehabilitering er det lagt hovedvekt på at SSHF skal dekke funksjonene som skal løses av koordinerende enhet. Planen forslår at den generelle informasjonsdelen av den koordinerende funksjonen legges til servicetorgene i de tre sykehusene i Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. I tillegg må helseforetakets nettsider være utfyllende og oppdatert til enhver tid – og et eget prosjekt er startet for å ivareta dette. Her ligger også mulighet for at helseforetak og kommuner samarbeider om å lage utfyllende informasjon om det helhetlige tilbudet. De ambulante tjenestene innenfor somatisk rehabilitering, voksenhabilitering og psykisk helse/rusbehandling har stor kontaktflate mot kommunene, og kompetanse på rehabiliteringstilbudene i både kommuner og helseforetak. De ambulante tjenestenes rolle innenfor koordinering av tjenester kan videreutvikles.

Brukerutvalget uttrykker bekymring over ressurstilgangen til habiliteringsavdelingen for barn og unge, ut fra at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger.

Sykelig overvekt

SSHF har i 2010 hatt et velfungerende tilbud om konservativ behandling av sykelig overvekt. Dette tilbudet har imidlertid vært delfinansiert gjennom "Raskere tilbake" -midler. Når denne finansieringen er falt bort som en konsekvens av sentrale vedtak må tilbudet omstruktureres. Dette arbeidet er ikke ferdig, men vil vektlegge det forebyggende aspekt hos barn og samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Sykehuset vil opprettholde et poliklinisk utrednings tilbud, behandlingsgrupper (30 % av 2010-kapasitet) for de høyest prioriterte pasientene, og opplæring og veiledning rettet mot kommunene. Tilbudet tar utgangspunkt signaler om oppgavefordeling mellom helsetjenestenivåene fra samhandlingsreformen og forslag til nye lovverk knyttet til denne. Ventetiden forventes å øke betydelig. Det lages en handlingsplan for 2011 og eget prosjekt som utreder behandlingstilbud til pasienter med sykelig overvekt for 2012 – 2014 er satt i gang.

Spesialisthelsetjeneste til eldre

Sørlandet sykehus har ikke utarbeidet områdeplan for sykehustjenester for eldre. Dette temaet har imidlertid vært en del ved revisjon av strategiplanen for SSHF. Dette arbeidet slutføres sommeren 2011. Utfordringene knyttet til spesialisthelsetjeneste for eldre er et sentralt tema i dette strategiarbeidet. Sørlandet sykehus har veletablerte akuttgeriatriske enheter i de medisinske avdelingene, noe som er et hovedpunkt i anbefalingen for handlingsplanen. Det er også vedtatt å etablere et ortogeriatrisk tilbud ved Sørlandet sykehus i 2011. Det er imidlertid behov for flere legestillinger innenfor eldremedisin.

SSHF har geriatriske sengeenhet både i Kristiansand og Arendal samt geriatriske poliklinikker ved alle tre sykehusene. Vi har forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene med fokus på eldre.

Områder med særlig fokus

Smertetilbud i SSHF ble utredet av en tverrfaglig arbeidsgruppe våren 2010, og rapporten forelå i april 2010. Det ble da vedtatt at implementering av et tverrfaglig smertetilbud måtte ses i sammenheng med budsjett 2011. Budsjett 2011 har 2,5 mill til oppstart av en tverrfaglig smertepoliklinikk, i tråd med rapportens anbefalinger.

Barnesenteret har et godt etablert tilbud til pasienter med *CFS/ME*. For voksne pasienter er det utarbeidet et forslag til et samordnet tjenestetilbud, basert på samarbeid mellom fagområdene rehabilitering, psykiatri, nevrologi, reumatologi og infeksjonsmedisin. En samlet behandlingslinje forventes implementert høsten 2011.

SSHF har *donoransvarlig lege*.

De som har fått operert inn cochleaimplantat (CI) får habilitering og rehabilitering i samarbeid med Kristiansand kommune.

SSHF har en *velfungerende prehospital tjeneste*. Det vil bli gjennomgang av resursplanen for PTSS i 2011. Forbedringer av lokalene for ambulansen ved SSK er påbegynt. Ved SSA har Luftambulansen fått utvidet sine lokaler. Forskriften om kompetanse er fulgt opp, og alle ambulanser har ambulansesjåfør med fagbrev på vakt.

SSHF deltar to ganger i året i nasjonal prevalensmålinger av *infeksjoner* siste gang gjort for alle tre sykehus i desember 2010. Oppsummeringen viste 6,7 % i 2010 mot 6 % i 2009. SSHF har dessuten valgt å delta på frivillig grunnlag med to antibiotikaprevalenser i året initiert av Folkehelseinstituttet. Resultatene tilbakeføres den kliniske virksomhet så snart resultatene foreligger og brukes bevisst i forbedringsarbeid når det er mulig.

SSHF deltar også i den årlige registrering under Norsk oversvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS) med registreringer av postoperative sårinfeksjoner knyttet til keisersnitt, hofteproteser og galleblærer. Innrapporterte resultater som blir returnert sammen med nasjonale tall blir tilbakeført den enkelte deltagende avdeling og brukt i forbedringsarbeid.

SSHF har gjennomført en intern evaluering av pandemihåndteringen. Erfaringene viser at foretaket håndterte situasjonen godt på alle nivåer. Planverket fungerte tilfredsstillende, men trenger visse presiseringer, og det er behov for å tydeliggjøre smittevernhetsens rolle. Avdelingene utarbeidet gode planer, og flere av disse var inndelt i trinn for å sikre at ordinær virksomhet ikke skulle påvirkes for tidlig.

Beredskapsplanene oppdateres fortløpende basert på erfaringer fra øvelser og reelle situasjoner samt endrede føringer fra Helse Sør-Øst (revisjon av regionalt planverk, varslingssystem o.l.). Det gjennomføres årlige fullskaløvelser, og det er faste månedlige øvelser ved alle sykehusene. Foretaket deltar i arbeidet med ny fylkes-ROS-analyse for Agder-fylkene i regi av fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder. Overordnede beredskapsplaner er tilgjengelige for kommuner og andre via foretakets internettside.

Pasientopplæring

Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring har et regionalt ansvar for å videreutvikle regionalt faglig LMS- nettverk.

Det er etablert LMS-tilbud både i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Utvikling og gjennomføring av kurstilbud skjer i tett dialog mellom LMS og klinikken og med brukere involvert.

SSHF har utviklet helsefilmportalen. Helsefilm er pedagogisk tilrettelagt film som delvis erstatter og delvis supplerer ordinære LMS- tilbud. Filmene gjøres tilgjengelig via internetttilgang. Filmene kan lett oversettes til flere språk.

Landingsplasser for helikopter

SSHF har ikke tilfredsstillende landingsplass for helikopter i Kristiansand og Flekkefjord. Vi deltar i regionalt arbeid med denne problemstillingen.

Medisinsk koding

SSHF har gjennom en årrekke bygget opp kvalitetssikringssystem rundt kodingen, med et sentralt kodekontor, som høsten 2010 er styrket ytterligere for å sikre korrekt koding i alle klinikker.

Der er siden 2009 registrert prosedyrekoder innen psykisk helsevern og TSB i de fleste poliklinikker. Det gjenstår enda en del for å få god registreringspraksis også i døgnposter. Det er igangsatt et arbeid internt i klinikken for å sikre en omforent kodingspraksis, særlig i døgnposter.

Røykfrie inngangspartier

SSHF har i lengre tid hatt røykfrie inngangspartier og forbud mot å røyke på sykehusområdet. Fra 2011 er det forbudt for ansatte å røyke i arbeidstiden.

Sykehusapotekene og farmasøytisk kompetanse

Sykehusapotekene SA har et organisatorisk samarbeid inn i Medisinsk serviceklinikk. Klinikksjef og klinikkøkonomi deltar i forhandlinger mellom SSHF og Sykehusapotekene HF. Representanter for apotekene møter klinikerne i Legemiddelkomiteen ledet av fagdirektør. Virksomhetsstatistikker, statistikker over legemiddelforbruk og planer for videre servicetilbud presenteres for ledergruppen to ganger i året. Apoteket i Arendal får tilførsel av 0,4 stilling i 2011 for å kunne trappe opp rådgivningsoppgaver overfor de kliniske avdelinger.

Farmasøyt kompetanse er tilgjengelig i KPH og det er utarbeidet nye og bedre rutiner for å redusere feilmedisinering. Det er igangsatt et prosjekt for innføring av en-dosesystem i døgnenheter, videre er det satt i gang et arbeid for å sikre pasientidentitet ved hjelp av bilde av pasient.

Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

Områdeplan er utarbeidet og følger som vedlegg.

4.3.2. Målområde 2 - forskning, utvikling og innovasjon

Overordnet målsetting er å etablere avdelingsvis infrastruktur for forskning i SSHF. Mange doktorgradsstipendiater disputerer og disse vil få veiledningsfunksjon for å videreføre og videreutvikle god pasientrettet forskning ved egen avdeling. Det er videre et mål at forskningsresultater og innovative løsninger raskt kan konverteres til nye rutiner som bidrar til økt kvalitet og effektivitet.

SSHF har dialog med regional forskningsstøttefunksjon. Det er blant annet gjennomført kurs for ansatte i GCP.

Fokusområdet i forhold til samhandlingsforskning er e-helse. Senter for e-helse ved Universitetet i Agder åpnet i august 2010. Det arbeides med å styrke trepartssamarbeidet mellom SSHF, kommunene i Agder og Universitetet i Agder på dette området.

Forskningsproduksjon

I 2010 var det 40 pågående doktorgradsprosjekter hvorav 17 i psykisk helse og rus (KPH). Dette er tilnærmet samme antall som i 2009.

I 2010 var det 9 post doc prosjekter mot 7 i 2009, og 4 disputaser mot 6 i 2009.

Oversikt over antall artikler for 2010 er klar i mai i løpet av 2011.

Systemutvikling og internkontroll

I 2010 har vi arbeidet med systemutvikling og internkontroll for forskningen. Forskningens hjemmeside med veiledning for å komme i gang med og gjennomføre forskning, ulike prosedyrer og annen informasjon om forskningsaktivitet ved SSHF ble oppdatert.

Vi har utviklet og implementert nye prosedyrer for å imøtekomme krav i ny helseforskningslov. Videre har vi laget og implementert egne prosedyrer for egeninitiert legemiddelutprøving.

I 2010 opprettet FoU direktør ved SSHF Kvalitetsråd for forskning. Dette består av forskningsleder, jurist, pasientsikkerhetsansvarlig IKT, aktiv forsker, personvernombud for forskning, seksjonsleder for internkontroll og beredskap. Forskningsenheten er sekretariat. Mandatet er å utarbeide og

vedlikeholde system for internkontroll og kvalitetssikring for all forskningsvirksomhet ved SSHF i tråd med gjeldende lov og forskrift. I 2010 ble det utarbeidet system for forvaltning og oppbevaring av forskningsdata i og med oppretting av egen forskningsserver.

Personvernombud for forskning ble ansatt i tillegg til funksjon som biobankkoordinator for forskningsbiobanker.

4.3.3. Målområde 3 - kunnskapsutvikling og god praksis

Kvalitetsregistre

SSHF ønsker å være en pådriver i arbeide for etablering og rapportering på kliniske kvalitetsindikatorer.

Pasientforløp

Det jobbes kontinuerlig med helhetlige behandlingslinjer gjennom prosjekt for optimale pasientforløp (POP). Dette er et SSHF konsept som har fokus på hele og/eller deler av pasientforløp internt og eksternt. Også her er det sterkt fokus på reell brukermedvirkning. Brukere deltar helt fra starten ved å innstille prosjektsøknader. Prosjektene har definerte kriterier og krav til tverrfaglighet og samhandlingsperspektiv. Alle prosjekter har definerte veileder og alle prosjekt presenteres på en årlig konferanse.

Liggetider

SSHF har i en årrekke hatt blant landets laveste liggetider både innen kirurgi og medisin, Disse er ytterligere forbedret gjennom 2010 og er nå på 3,2 i snitt for somatikken.

Gjennomsnittlig liggetid innen TSB har gått ned med ca. 1 dag, og innen psykisk helsevern økt med ca. 2 dager.

Behandlingslinjer

Tre behandlingslinjer er utarbeidet i 2010: Reumatoid atritt, obstipasjon hos barn, multitraume fra hjem til hjem.

Det er lagt ned betydelig jobb i få EK-dokumenter innen de elektroniske linjene som lages i EQs systemet. Totalt ni behandlingslinjer er publisert på våre nettsider.

Ruskompetanse

For å styrke ruskompetansen blant alle klinikkens ansatte er det som ledd i et generelt kompetansehevingsprogram utviklet et kurs i Avhengighetsbehandling. Til nå har mer en 1/3 av klinikkens ansatte gjennomført kurset og på sikt skal alle ansatte gjennomføre det.

Pasientforløp og samhandling

Veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas dels i konkrete prosjekt og dels som etablert ordninger.

"Møteplassen" er en arena som er initiert av PKO- ordningen. Her møtes behandlere på tvers av helsetjenestenivåene med fokus på definerte diagnoser og case.

Videre er det etablert faglige nettverk på tvers av helsetjenestenivåene for flere pasientgrupper.

Laboratoriekonsulenter (NOKLUS) ivaretar informasjon til fastlegekontor og sykehjem vedrørende prøvetaking og forbehandling og forsendelse av biologisk materiale. Konsulentene holder kurs og bistår i opplæring av sykepleie- og hjelpepersonell på legekontorene og sykehjem.

Pasientsikkerhet

SSHF har pasientsikkerhet som viktig satsningsområde. Det er blant annet fast tema på hvert styremøte i helseforetaket. Forebygging, systemforbedring og til håndtering/ analyse av uønskede hendelser vektlegges. Det jobbes med bedre systematikk i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet, spesielt med tanke på kvalitetssikring av fagprosedyrer

SSHF har lukket avvik fra DSB på området dokumentasjon på systematisk opplæring av medisinsk teknisk utstyr. Arbeidet implementeres i alle klinikker etter fastlagte maler/retningslinjer.

Avviksmeldinger som gjelder pasientbehandlingen gjennomgås og diskuteres regelmessig i klinikkens kvalitetsråd. Kvalitetsrådet er sammensatt av avdelingsledere og medisinsk faglige spesialister.

4.3.4. Målområde 4 - organisering og utvikling av fellestjenester

Innkjøp

Plan for innkjøp og logistikk i Sørlandet sykehus HF er styrebehandlet. Det er gjennom 2010 oppnådd gevinster innen innkjøpsområdet.

Målene for avtaledekning, avtalelojalitet og elektroniske bestillinger er innen rekkevidde i 2010, mens bruk av forsyningscenteret er et mål som krever betydelig kvalitetsløft og bedring i varespekter fra deres side før dette kan nås. SSHF har likevel den høyeste bruken av forsyningscenteret etter Ahus, som er designet uten eget sentrallager.

Det er etablert en lokal handlingsplan i SSHF i tråd med regional plan for innkjøp og logistikk. Det arbeides med forbedringer i samhandling innen RHF-et og med forsyningscenter. SSHF er aktivt i ulike fora for innkjøp og logistikk. Gevinstrealiseringsprogram er etablert gjennom å innføre standardiserte produktløsninger fra felles forsyningslager.

Innkjøpsenheten i SSHF har etablert planer og gjennomført tiltak for å bedre kvalitet og kunnskapsnivå rundt innkjøpsprosessene og Lov om offentlig anskaffelser. Styret i SSHF har vedtatt etiske retningslinjer for sykehuset, og det gjennomføres e-læringsprogram for etisk handel for alle med innkjøpsfullmakter.

Driftsenheten har etablert interne samhandlingsrutiner særlig mot Innkjøpsavdelingen for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene.

Etisk handel er ett av områdene som Forum for klima og miljø har engasjert seg i og SSHF deltar her.

Eiendom

I samarbeid med andre helseforetak arbeides det gjennom FUBE for å etablere metoder for dokumentasjon av kostnader og arealbruk. Gjennom arealeffektivisering og salg har arealene i SSHF blitt redusert med 10 %.

SSHF har tatt i bruk klassifikasjonssystemet og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg, og deltar også i delprosjekt i FUBE der dette arbeidet drøftes og videreutvikles.

SSHF har deltatt i det sentrale arbeidet med Landsverneplanen, og har sammen med aktuell fagmyndighet forberedt oppstart av Forvaltningsplan for den aktuelle bebyggelsen i SSHF.

SSHF bruker systematisk ROS-analyser innen eiendomsområdet.

AdmHR og IKT

Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan, og SSHF har startet utrulling av ressurs- og arbeidsplansystem og Public 360 sak-/arkivsystem. Det er etablert en gevinstrealiseringsplan knyttet til implementering av GAT, men i 2011 antar vi det vil være en pukkelkostnad, inntil vi våren 2012 har fullt ut implementert systemet og kan fokusere arbeidet videre med å hente ut gevinstene i organisasjonen.

SSHF prioriterer de regionale utviklingsplaner og utrullingsløp for fellestjenester. SSHF gjennomfører systematiske ROS analyser. Vi deltar i utviklingen av og prioriterer implementering av det regionale rammeverket for informasjonssikkerhet.

Meldingsløftet

SSHF deltar i prosjektet "Interaktiv henvisning og rekvirering" i tett samarbeid med SiV som skal være pilot før SSHF tar det i bruk.

SSHF har etablert egen prosjekt for gjennomføring av lokale Meldingsløft-aktiviteter, bl.a. elektronisk forsendelse av epikriser til sykehjem og hjemmesykepleiertjenesten i Arendal og Kristiansand. I 2010 startet arbeidet med å utvikle parallelle papirsvar til legekantor. I tillegg er det gjort forberedelser til omfattende mottak av elektroniske henvisninger. Dette forventes startet i begynnelsen av 2011. Gjennomføring av meldingsløftet vil bedre pasientsikkerheten.

Frikort og polk

SSHF sender oppgjør for egenandeler hver 14. dag som benyttes til automatisk utstedelse av frikort.

På grunn av at systemleverandørene ikke har vært klare med nødvendig funksjonalitet er det søkt om utsettelse til 01.01.2012 med utfasing av POLK.

Digitalt nødnett

Digitalt nødnett er ikke etablert på Sørlandet. SSHF vil bidra når det blir aktuelt.

4.3.5. Målområde 5 - mobilisering av medarbeidere og ledere

HR-strategi

SSHF vektlegger at foretaksinterne aktiviteter skal understøtte kjerneaktiviteten og har lagt HSØs HR-strategi og HMS policy til grunn for aktivitetene i 2010. Sentrale områder i 2010 har vært planlegging av medarbeiderundersøkelse, planlegging av ressurs- og arbeidsplansystem, IA- arbeid, systematisk sykefraværsoppfølging, lederopplæring, revidering av lønnspolitikk og livsfasepolitikk.

Lederutvikling

SSHF har som målsetting av ledere skal være gode rollemodeller, faglige pådrivere, ha helhetssyn, være resultatorientert og ha fokus på sine medarbeidere.

Gode ledere er en viktig grunn til at SSHF er et av de mest kostnadseffektive helseforetak og scorer høyt på de fleste måleindikatorer. SSHF har etablert egne differensierte lederopplæringsprogram etter mal fra HSØ. I 2010 er det gjennomført enhetslederprogram hvor ca. 40 ledere har deltatt. I tillegg er det gjennomført et introduksjonsprogram for nye ledere. Det har ikke vært grunnlag for å gjennomføre et lederprogram for avdelingsledere i 2010. Ressursene er benyttet til å klargjøre lederne for innføring av ressurs- og arbeidsplansystem. SSHF reviderer for tiden strategiplanen og har derfor ikke prioritert å ha deltakere på det nasjonale topplederprogrammet. I 2011 vil SSHF melde på kandidater til topplederprogrammet samt planlegge og iversette tiltak for etterfølgerplanlegging.

Medarbeiderundersøkelse

MU ble gjennomført med en svarprosent på ca 72 %. Det ble lagt mye arbeid i forberedelser, gjennomføring og etterarbeid på alle nivå i organisasjonen. Vernetjenesten har deltatt i dette arbeidet.

Medvirkning og involvering

SSHF har et stort fokus på medvirkning ved gjennomføring av prosesser. Åpenhet og involvering tilstrebes i alle deler i organisasjonen. De 12 prinsippene for medvirkning er bl.a. tema i enhetslederprogrammet, hvor foretakstillitsvalgt inviteres til å snakke om medvirkning fra arbeidstakers side. Selv om de 12 prinsippene er innarbeidet i våre beslutningsprosesser, er det fortsatt forbedringspotensiale. Tilbakemelding i dialogmøte med tillitsvalgte tyder på at prinsippene ikke alltid er like godt nok forankret ute i linjen selv om de er godt kjent i ledergruppen. Det er planlagt forbedringstiltak i 2011.

SSHF søker å tilrettelegge for åpne, involverende prosesser for å sikre mediedekning og innflytelse i prosesser både av medarbeidere, tillitsvalgte/verneombud og brukerrepresentanter. SSHF møter med politisk miljø, bystyret, kommunestyret, og viderefører et parts sammensatt organ (OSS, strategisk samarbeidsorgan).

Det ble i 2010 etablert en strategisk faggruppe. Den er rådgivende for administrerende direktør, tverrfaglig sammensatt og skal sikre bred medisinsk faglig deltakelse. Hensikten var å skape en arena hvor fagfolk på tvers i SSHF kan gi råd til direktøren i strategiske spørsmål. Det er en representant fra hvert kommuneområde.

Gjennom arbeidet med områdeplan for rehabilitering er det opprettet god kontakt med kommunene på Agder. Dette arbeidet skal videreutvikles og videreføres.

IA og sykefravær

SSHF signerte i 2010 ny IA-avtale for perioden mars 2010 til desember 2013. Avtalens overordna mål er "Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet". Det er 3 sentrale delmål som innebærer, mål om å redusere sykefravær, øke sysselsettingen av personer med redusert arbeidsevne og øke yrkesaktiviteten etter 50 år med 6 måneder. Arbeidet med å utarbeide lokale mål og tiltak som skal bidra til at de sentrale målene er under utarbeidelse. Det ferdigstilles februar 2011. Det vil deretter bli satt i gang opplæring av ledere, tillitsvalgte og verneombud for å sikre en god integrering av linjelederne.

SSHF har gjennom mange år med fokus på inkluderende arbeidsliv opparbeidet gode rutiner og praksis på hvordan ledere følger opp sine medarbeidere. Gjennom systematisk opplæring av ledere gjennom blant annet enhetslederprogram og grunnkurs i arbeidsmiljø, får de god innsikt i rutiner og regler rundt sykefraværsoppfølging. På spørsmål i medarbeiderundersøkelsen om hvordan medarbeidere tror de vil bli fulgt opp av nærmeste leder dersom de ble syk over en lengre periode, ligger svarene over normen i HSØ. De fleste er enige i at de ville få en god oppfølging av leder.

SSHf etablerte i september et tilbud til gravide medarbeidere om mellom medarbeider, nærmest leder og jordmor tilsatt i SSHf. Det skal gjennomføres 3 samtaler ila svangerskapet. Målet er å redusere sykefraværet hos gravide medarbeidere med 8 uker. Pr. desember 2010 har ca 70 gravide medarbeidere vært fra 1 til 3 samtaler. Ordningen evalueres i august 2011.

Det totale sykefraværet var i 2010 på 6,2 %. Dette er ned fra 6,9 % i 2009 (oppdatert for ny beregningsmåte). Ingen klinikker hadde over 7 prosent, fraværet var altså ganske jevnt fordelt. SSHf følger trendene i samfunnet for øvrig men nedgang i sykefraværet i 2010. SSHf er et av helseforetakene med lavest sykefravær, ikke bare i HSØ, men også innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Mot slutten av 2010 hadde vi for øvrig en liten økning, i 4. kvartal var sykefraværet på 6,5 %.

Uføreandel årsverk ved SSHf ligger høyere enn ellers i Helse Sør-Øst. Vi har også høyere prosentvis gjennomsnittsalder i alle 3 pensjonsordninger enn ellers i Helse Sør-Øst. Kvinneandel ved SSHf er forøvrig ikke mye høyere enn ellers i Helse Sør-Øst.

SSHf har etablert egen bedriftshelsetjeneste, og denne ble godkjent etter den nye forskriften for bedriftshelsetjeneste.

Informasjon og kommunikasjon

2010 var et utfordrende år med krevende organisatoriske prosesser rundt revidering av strategiplan og funksjonsfordeling av tjenestetilbudet. Dette førte til et betydelig engasjement blant medarbeidere, befolkning, media og politikere. Viktige verdier som trygghet og tillit i befolkningen ble utfordret, og foretakets omdømme ble svekket ved at informasjon og kommunikasjonen til disse gruppene ikke alltid fungerte tilfredsstillende.

SSHf var i mye framme i media i 2010. Det var oppslag vedrørende organisering og strategi, sak om publisering av pasientopplysninger på internett, endringer i ledergruppen, streik blant ansatte, diverse eksterne ulykker, samt brann på sykehuset i Arendal. Dette satte foretakets evne til å kommunisere med media og befolkningen på prøve, og det vil bli iverksatt tiltak i 2011 for å gjenopprette et klima for kommunikasjon og gjensidig samarbeid. SSHf vil stimulere medarbeidere (fagmiljøene) til å bidra aktivt ved å fremme saker som gir positive omtale.

Deltid

SSHf har hatt fokus på deltid og har over flere år arbeidet for å øke stillingsstørrelsene. Totalt hatt noe økning i fulle stillinger, men andelen deltid er praktisk talt uendret. Det er likevel en del enheter som kan vise til gode resultater når det gjelder økning i stillingsandeler for medarbeidere som ønsker økt stillingsandel. Den rettighetsbaserte ordning som AFP, redusert stilling ved omsorg for barn får også betydning for andel deltid 2010 er det etablert et prosjekt for å analysere tiltak. Policydokumentet er under revidering og ytterlige tiltak planlegges i 2011. Flere enheter legger til rette for at medarbeidere kombinere stillinger mellom enheter. Det er etablert en ordning med at medarbeidere i turnus kombinerer stilling både i helseforetak og kommunehelsetjenesten. Medarbeiderundersøkelsen 2010 anslår at ca 26 % av medarbeiderne som arbeider deltid ønsker full stilling. Innføring av elektronisk ressurs- og arbeidsplansystem i 2011-2012 vil gjøre det mulig å tilby medarbeidere stillinger i flere avdelinger, eventuelt i kombinasjon med en vikar-/bemanningseenhet.

Innleie av helsepersonell fra byrå

SSHf har hatt som mål å redusere innleie, og det var en reduksjon på 1,5 mill kr til 33,3 mill i 2010. Det er fortsatt vanskelig å rekruttere nødvendig spesialister bl.a. innen radiologi og rus. Enkelte avdelinger har behov for spesialsykepleiere, særlig til ferieperioden om sommeren.

SSHf har i 2010 sørget for bedre etterlevelse av rammeavtalene ved innleie av helsepersonell fra vikarbyrå. En ganske stor andel av innleie er fra byråer er likevel utenfor rammeavtalene. Det skyldes at avtalebyråene ikke kan levere den kompetansen avdelingene trenger. Det gjelder spesielt for radiologer, spesialsykepleiere og jordmødre.

Utdanning av helsepersonell

SSHf samarbeider hovedsakelig med Universitetet i Agder og tilbyr bl.a. praksisplasser for sykepleie på bachelornivå, videreutdanning i AIOB, videreutdanning i psykisk helse. Det er etablert samarbeidsorgan på ulike nivå med utdanningsinstitusjoner. Her ivaretas gjensidig utvikling og utfordringer for å sikre god utdanning både i teori og praksis. Det gjennomføres praksisprosjekt for å styrke kvalitet i praksis.

SSHF har etablert avtaler med kommunene i forhold til lærlinger for helse og omsorgsfag. SSHF tar imot alle lærlinger i et program på 6 uker med spesielt fokus på samhandling. Tilbakemeldingene er gode på dette opplegget, og både SSHF og kommunene anser ordningen for å være tilfredsstillende.

SSHF har egne ambulansesarbeiderlærlinger.

I 2010 tok SSHF imot 9 radiografstudenter og 20 bioingeniørstudenter til veileder praktisk opplæring over flere uker.

SSHF har en koordinator for praksisplasser og det databaserte koordineringsverktøyet er tatt i bruk.

SSHF gjorde i 2008 en kartlegging av fremtidig kompetansebehov for høyskolegruppene. Det dannet grunnlag for at det er etablert et samarbeid mellom SSHF og UJA om et modulbasert utdanning innenfor geriatri. SSHF har avsatt kompetansemidler som rekrutteringsgrunnlag og har ca 20 medarbeidere fra alle klinikker som startet på utdanningen høsten 2010

4.3.6. Målområde 6 - bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Det er gjennom 2010 skapt balanse i driften ved sykehuset. Dette ved hjelp av god kostnadseffektiv drift og delvis implementering av inntektsmodeller i HSØ.

Da inntektsmodellene ikke vil være fullt ut implementerte før i 2013, gjenstår det enda mye før handlingsrommet til å foreta nødvendige investeringer er tilstede. Vi forventer en betydelig forbedring fra 2011 og fremover.

Virksomhetsstyring

Ledelsen og styret har hatt fokus på økonomistyring for at driften skal gå i balanse. Dette målet er nådd i 2010.

SSHF har på grunn av manglende investeringsmidler, utsatt investeringer i verktøy for virksomhetsstyring, og har derfor ikke effektive nok verktøy for helhetlig virksomhetsstyring. Dette forventes å forbedres gjennom 2011 og 2012.

Investering og drift

Det ble budsjettert samsvar mellom investeringsprosjekter og tilgjengelige midler, men på et alt for lavt nivå til å sikre gjenanskaffelse av nødvendig MTU utstyr og vedlikeholdsinvesteringer på bygningsmasse. Dette viser seg i form av økte havarier og påfølgende hastekjøp.

SSHF har forbedret driftsbudsjetteringen i 2010, og budsjettet viser et bedret samsvar mellom de ulike inntekts og kostnadsposter enn tidligere år.

Likviditet

Sykehuset har klart å drive innen tilgjengelig likviditetsbuffer gjennom 2010.

Stiftelser

Det er også i 2010 gjort et arbeid for å sikre at forholdet til stiftelser er i tråd med de gitte retningslinjer. Statusrapport ble sendt første halvår 2010.

Bemanning og lønnskostnader

Forbruk av årsverk ligger noe over, mens lønnskostnadene noe under budsjett også i 2010. Årsverk og lønn følges opp gjennom månedlige virksomhetsrapporter til styret.

Endringer i behandling med overgang fra innlagte til dagbehandling/poliklinikk har medført endringer i bemanningssammensetningen. Disse endringene har pågått over flere år, og har medført en reduksjon i antall årsverk for hjelpepleiere (helsefagarbeider). Det har også frigjort ressurser til å bedre vaktordninger for leger.

Oppfølgingsregime

Styret har vedtatt oppfølgingsregime for 2010. Risikovurdering av økonomi rapporteres månedlig til styret som del av dette regimet.

Finansiering av regionale funksjoner

SSHF støtter at det i det videre arbeidet med inntektsmodell avklares hvordan regionale funksjoner skal finansieres. For SSHF er dette aktuelt for PCI, ICD, kreftbehandling/stråleterapi og hodeskaderehabilitering.

4.4. Driftsavtale 2010

4.4.1. Avtalt aktivitetsnivå 2010

Driftsavtalen 2010 styrket aktiviteten ved SSHF på linje med de øvrige foretak i regionen, i takt med befolkningsveksten. Det er skjedd en ytterligere vridning mot poliklinisk og dagbehandling ved sykehuset i 2010.

Ventetidene ved sykehuset holder seg stabile, og det er i hovedsak to områder som fortsatt skiller seg negativt ut, ØNH og ortopedi. Dette forsøkes prioritert, men tilgang til ressurser er fortsatt vanskelig. Fordelingen av lege-ID nr i regionen vanskeliggjør også dette.

Prioriteringene av aktivitetsveksten i foretaket er forsøkt gjort i forhold til ventelistesituasjonen. Det arbeides kontinuerlig med å tilpasse dette i klinikkene.

4.4.2. Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

Inntektsmodell for somatikk i Helse Sørøst RHF er kun implementert med 10 % virkning i 2010. Dette gjør at det fortsatt er en stor underfinansiering av aktiviteten ved SSHF. For psykiatri og rus er det ikke implementert modeller, disse kommer fra 2011 til 2013. I sum antyder modellene at SSHF skal styrkes med mer enn 200 millioner kroner fremover.

Psykiatri og rus er gitt en vekst i foretakets budsjetter også i 2010. Inntektsmodellen viser at det blir ytterligere vekst innen dette området også i 2011 og 2012-13.

Investeringssiden har fått samme prioritet som tidligere år. Da inntektsmodell i 2010 kun er innfasert med 10 %, mens sykehuset tilbyr en pasientbehandling omtrent på befolkningens behov, har dette den konsekvens at det er for lite midler til investeringer. Dette området vil styrkes i perioden 2011 - 2013 når de regionale inntektsmodellene implementeres i sterkere grad.

Foretakets likvidetsramme ble i 2010 justert opp fra 350 mill. til 516 mill. som følge av pensjonsendringene samt innføring av nytt likvidetsregime i HSØ. Ved utgangen av 2010 er likviditeten tilfredsstillende grunnet forskyvninger i investeringsutbetalinger til 2011. SSHF har kun en måned i 2010 benyttet forskudd fra HSØ, da knyttet til betaling av pensjonspremie høsten 2010.

Finansiering av fellesprosjekter

Felles regionale prioriteringer gjør at investeringsrammene til de enkelte HF til MTU og bygg blir lave. Omtrent 130 mill er holdt tilbake fra SSHF til sentrale IKT prosjekter og store byggeprosjekter. I 2010 fikk SSHF ny IKT plattform finansiert gjennom denne potten.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2011 - 2014

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1. Faglig og demografisk utvikling

Agderbefolkningens sammensetning og behov endres

Fremskrivingen av befolkningsutviklingen i Agder-fylkene viser en sterk økning i alderskullene over 65 år i planperioden. Vi kan anta at de eldre har noe bedre helse, og at behovet for sykehusinnleggelse dermed ikke stiger i samme takt som antall eldre de neste 10-20 årene. Forbruket av spesialisthelsetjenester vil være størst de siste leveårene. Alder er den faktor som sterkest bestemmer sykkelighet.

I dag er ca hver syvende pasient minoritetsspråklig, og over 10 % av befolkningen på Sørlandet har minoritetsbakgrunn. For ansatte ved SSHF krever dette øket kompetanse, og et holdningsskapende arbeid for likeverdige helsetjenester, for eksempel ved å sikre riktig bruk av tolketjenester og sikre nødvendig kunnskap om særlige helserelterte utfordringer i ulike folkegrupper. Utfordringer med utgangspunkt i etnisitet, traumatisering og kultur hos blant annet flyktninger og asylsøkere representerer en risiko for utvikling av helseplager, og kunnskap om dette er en forutsetning for forebygging, behandling og integrering.

Sykdomspanorama endres

Gjennomsnittelig levealder øker, og gamles helse og funksjon bedres. Særlig er det en merkbar nedgang i atherosklerotisk sykdom. Tydeligst merkes dette i hjertemedisin, men andre vanlige alvorlige sykdommer som hjerneslag kan også bli mindre utbredt. Fortsatt er det økning av røykrelatert sykdom hos kvinner. Vektøkningen og økning av diabetes er den viktigste negative helseendring.

De medisinske framskritt i kreftbehandling har gitt økt levetid med god livskvalitet ved mange kreftformer. Medisinsk behandling er i dag en hovedårsak til økt levealder.

Økningen i sykdomsforekomst relateres til høyere gjennomsnittlig levealder og det faktum at risikoen for disse sykdommer tiltar med økende alder. Typisk er dette for kreft. I 2008 ble det diagnostisert 26 121 krefttilfeller i Norge, herav 1580 i Agder. Aust-Agder har relativt sett flest krefttilfeller i Norge, mens Vest-Agder ligger på topp hos kvinnene. Insidensen forventes å øke med 1,5 % pr år, prevalensen 4 %. Den store veksten kommer først nærmere 2020. Det økte omfanget av vanlige krefttyper, som bryst-, tarm- og lungekreft kompenseres delvis av at det blir færre tilfeller av flere andre krefttyper, blant annet magekreft hos begge kjønn og livmorhalskreft hos kvinner. En stor del av det økte antallet kreftdiagnoser kan tilskrives at befolkningen øker og at gjennomsnittlig levealder blir høyere.

Verdens helseorganisasjon angir psykisk helse som ett av de tre viktigste globale innsatsområdene for folkehelsen. Befolkningens bruk av rusmidler er økende og forekomsten av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser øker. Dobbelt diagnoseproblematikk fordrer systematisk utredning og integrert behandling av rus-, psykisk- og somatisk lidelse på tvers av organisatoriske skillelinjer. Bruken av ulike former for medikamentell behandling ved avhengighet vil trolig øke og med det også behovet for langvarige og koordinerte tjenester i første- og andrelinjetjenesten

Levekår og livsstil påvirker helsetilstanden.

I levekårsindeksen til SSB fra 2007 ligger de fleste kommunene på Agder klart dårligere enn gjennomsnittet for landet. Dette gjelder begge Agder-fylkene, den relativt dårlige plassering på indeksen har holdt seg konstant, og snarere forverret seg enn forbedret seg det siste tiåret. Levekår har betydning for helse.

Det er en sammenheng mellom helse og utdanning. I 2007 var andelen 30-39 åringer bosatt i Aust-Agder med grunnskole som høyeste utdanning på 17,7 %, mens den var 16,2 % for Vest-Agder og 15,1 % for landet. Jo høyere utdanning og inntekt man har, jo mer fysisk aktiv er man. Slike forskjeller

i levevaner medvirker til sosiale ulikheter i helse. En undersøkelse viser at fysisk aktivitetsnivå på Sørlandet (Agder-fylkene og Rogaland) er lavere enn regionene Østlandet, Vestlandet og Trøndelag. Bare regionen Nord-Norge har et lavere aktivitetsnivå. HUNT-undersøkelsen viser at det er blitt tre ganger så mange overvektige nordtrønderske menn siden den første undersøkelsen på midten av 80-tallet. Sannsynligvis gjelder samme forhold i Agderfylkene. Overvekt og fedme øker risikoen for diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer.

Av ungdom i alderen 15-20 år som i perioden 2004-2008 oppgav at de røykte daglig skårer Aust-Agder dårligst i landet med en andel på drøye 21 %, Vest-Agder drøye 11 %.

Begge Agderfylkene ligger over landsgjennomsnittet i forbruket av antidepressiva, sovemidler og angstdempende midler.

5.2. Forventet økonomisk utvikling

Sørlandet sykehus HF oppnådde balanse i driftsregnskapet for 2010. I 2011 tilføres somatikken betydelige midler fra inntektsmodellarbeidet i HSØ, ca 70 mill.kr. I perioden 2011-2013 forventes det tilførsel av ytterligere vel 100 mill.kr til psykiatrien. Begge disse modellene understøtter behovet for å frigjøre betydelige midler til investeringer i foretaket. Situasjonen er etter en årrekke med underinvesteringer, spesielt i Kristiansand, nærmest prekær på MTU siden og på bygningsvedlikehold.

Det er et investeringsetterslep på ca 350 mill. kr kun på MTU, og nær 1,5 milliard på bygnings siden. Her vil store prosjekter komme i årene 2015-2020. Dessuten har foretaket de laveste kapasitetene i regionen på både CT og MR undersøkelser, noe som blir investeringskrevende de neste få årene. Utover dette er det også nødvendig å skifte ut de to strålekanonene for kreftbehandling i 2012 og 2013.

SSHF er pålagt å budsjettere med 42 mill i overskudd for 2011, noe som vil gå til å bedre de 55 mill som er gitt i kontantramme til investeringer. Dette nivået vil øke i årene som kommer ut fra inntektsmodellenes innslag. Det er videre gitt et lån på 50 mill. kr til operasjonsstueprosjektet i Kristiansand, slik at dette kan starte i 2011. Det arbeides videre med å frigjøre kapital til investeringer ved salg av eiendom, herunder salg av Mandal sykehus som ble godkjent i desember 2010.

5.3. Personell- og kompetansebehov

Foretaket har i all hovedsak en god rekrutteringssituasjon. For enkelte grupper er imidlertid rekruttering krevende, det gjelder særlig for radiologer, rusbehandlere og spesialsykepleiere. Å sikre god rekruttering og beholde medarbeidere er avgjørende for å unngå langvarig og betydelig vikarbruk, og sikre fortsatt god kvalitet i pasientbehandlingen.

For enkelte spesialsykepleiergrupper (anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere) ved SSHF er gjennomsnittsalderen høy, og flere av våre ansatte nærmer seg pensjonsalder. Det er nødvendig å iverksette tiltak som sikrer rekruttering, og at man beholder medarbeiderne. Det er også viktig at SSHF bidrar til at utdanning av tilstrekkelig personell med relevant kompetanse gis høy prioritet de nærmeste årene.

SSHF vil i større grad benytte e-læring som opplæringsverktøy. Det er gode erfaringer med dette innenfor rutiner for innkjøpsordninger, opplæring i sak/arkiv og ressursstyringsprogrammet. Foretaket vil ha økt fokus på rett person på rett plass i neste planperiode. Dette for å sikre riktig ressurs og bemanningsbehov.

Et strategisk kompetanseplanverktøy vil gjøre det enklere for lederne å ha oversikt over kompetanse samt planlegge og legge til rette for fremtidig kompetansebehov.

For å sikre fremtidig rekruttering av sykepleiere, må foretaket legge til rette for at unge medarbeidere kan tilbys full stilling.

Det vil også være nødvendig å legge til rette for og prioritere kompetanseheving innenfor geriatri i planperioden.

SSHF har behov for flere legespesialister på noen områder. Manglende tilgang på nye NR ID-nummer er en stor utfordring. Innenfor enkelte spesialiteter er arbeidspresset særlig høyt og tilbudet sårbart som en konsekvens.

Utdanning av helsepersonell

SSHF skal videreutvikles som en læringsarena gjennom kunnskapsbasert praksis og gode holdninger. For å sikre gode praksisplasser ved SSHF er det nødvendig at egne ansatte er motivert til daglig undervisning og veiledning. Ledere og ansatte skal legge til rette for en god dialog med student og utdanningsinstitusjon slik at studentoppgaver kan relateres til reelle utfordringer i klinikken.

Virksomhetens behov for kompetanse på alle nivå skal være styrende for valg av utdanningsløp for egne ansatte. Moderne IKT- løsninger brukes i forhold til utdanning, kompetanseutvikling, undervisning og veiledning.

5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

SSHF har i en årrekke vært underfinansiert i forhold til den høye produksjonen sykehuset har ytt til beste for befolkningen. Dette sammen med lave bevilgninger fra Vest-Agder fylkeskommune i tiden før reformen, har skapt et betydelig etterslep på investeringsiden.

Det har vært solgt bygningsmasse for ca.130 mill kr siden 2005 for å skape handlingsrom.

Utfordringer knyttet til investeringer illustreres av følgende forhold:

- Bygningsmasse på 252 000 m² med gjennomsnittsalder 35 år
- Stort etterslep på vedlikehold, 60 % i tilstandsgrad 2 og 3
- Investeringsbehov bygg 2,5-3,0 mrd
- Historisk kost på utstyrsparken ca 1 mrd
- MTU årlig behov 100 mill + etterslep 300-400 mill

Det arbeides konstruktivt med å øke handlingsrommet på investeringsiden fra rundt 55 mill. pr. år som gis i kontanttilskudd, til et nivå som er mellom 100 og 150 mill.kr pr år. Selv dette vil være for lite for å gjenanskaffe dagens utstyrspark samt opprettholde akseptabel bygningsstandard.

Bygninger

Den bygningsmessige infrastrukturen forutsettes i hovedsak å ligge fast de neste tjue årene. I dette tidsrommet vil det være nødvendig med meget omfattende oppgradering og utvikling av bygningsmassen (2-4 mrd kroner). Eiers mål om 10 % arealreduksjon er oppnådd (utenom psykiatri/rus). Nå oppleves, særlig ved SSK, arealknapphet og uhensiktsmessige lokaler som en begrensning for optimal drift. Det byr på tilleggsutfordringer at hovedbygget i Arendal og de gamle psykiatribyggene på Eg er foreslått vernet i den nye nasjonale verneplanen for helsebygg. Foretakets byggeprosjekter under nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse er slutført, men sykehuspsykiatrien ved SSK har stort behov for bedre lokaler.

6. Planer for innsatsområdene

6.1. Pasientbehandling

Rollefordeling/differensiering mellom sykehus og sykehusområde

Organisering og prioriteringer skal ivareta likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet for pasientene i sykehusområdet Sørlandet, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk.

Sykehuset skal opprettholde nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Alminnelige tjenestetilbud skal i størst mulig grad være desentraliserte. Hvis det er nødvendig for kvaliteten, skal tjenestetilbudet utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner. For noen lavvolum diagnosegrupper med kan det være hensiktsmessig å videreutvikle spesialiserte team som driver pasientbehandling ved flere lokalisasjoner, eks., gastro – og urokirurgi ved kreft, palliativt team, rehabilitering og innenfor psykisk helse.

Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående, og er et av fem foreslåtte satsningsområder for SSHF i perioden 2011 – 2014

Det skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på hele pasientforløpet fra hjem, gjennom alle tjenesteledd og tilbake til hjem for de ulike lidelsene. Dette må bygge på beste kunnskap, og inkluderer forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten.

Det skal arbeides med å forbedre ordningen med pasientansvarlig lege/koordinator, særlig for alvorlig syke pasienter.

Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene

SSHF har et helhetlig ansvar for Agderbefolkningen ved å tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester (lokalsykehusfunksjon) og mer spesialiserte tjenester (områdesykehusfunksjon) for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering. Dekningsgraden opprettholdes på minst 85 %.

Alle de tre sykehuslokalisasjonene skal være bærekraftige og ha rekrutterende fagmiljø som kan sikre at befolkningen får gode lokalsykehusfunksjoner, herunder akutt- og fødetilbud. Videre skal strategiplanen legge til rette for at det også for fremtiden kan vedlikeholdes og videreutvikles gode områdefunksjoner som skal komme hele befolkningen på Sørlandet til gode.

Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Områdefunksjonene skal videreutvikles i samspill mellom Kristiansand og Arendal. De fagene som av hensyn til behov for større pasientgrunnlag ikke kan være fullt utbygget begge steder, skal fordeles mellom Kristiansand og Arendal på en måte som framstår som balansert. Dette gjelder både for akutte og elektive funksjoner.

SSHF dekker lokal- område- og flerområdefunksjoner. Det har vært en grundig og involverende prosjekt som resulterte i konsensus på beskrivelse av funksjons- og oppgavefordeling ved SSHF.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientsikkerheten skal overvåkes og styrkes i perioden. SSHF legger til grunn Kunnskapscenterets definisjon av pasientsikkerhet:

"Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser"

Bred kompetanse og en sterk kultur for å øke sikkerhet og redusere risiko i pasientbehandling, samt kunnskap om risiko og om egne resultater skal prioriteres av alle ledere. Komplikasjonsregister og deltakelse i lokale, regionale og nasjonale kvalitetsregistre skal gi øket kunnskap om egen kvalitet. Denne kunnskapen skal være kjent for ledere og medarbeidere, også på tvers av avdelinger, og danne grunnlag for prioriteringer og valg av satsingsområder for forbedringsarbeid og videreutvikling.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal være et strategisk fortrinn for foretaket i både pasientbehandling, rekruttering og faglig utvikling. I tillegg er dokumentert pasientsikkerhet også avgjørende for at foretaket fortsatt kunne ivareta nødvendig bredde i behandlingstilbudet på Sørlandet.

Kritiske områder knyttet til pasientsikkerhet skal systematisk avdekkes gjennom risikovurderinger, registrering og analyse av uønskede hendelser, kvalitetsmålinger og bruk av andre relevante verktøy. SSHF skal være en lærende organisasjon, preget av åpenhet og god meldekultur.

SSHF skal bidra til å gjennomføre den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som lanseres i januar 2011. Det skal i løpet av 2011 utarbeides en bred handlingsplan som skal legge til rette for satsingen på pasientsikkerhet.

Den økende kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten krever kontinuerlig kompetansebygging innenfor alle yrkesgrupper. SSHF skal prioritere fagutvikling, etter og videreutdanning av eget personell, og sikre at det frigjøres tilstrekkelige ressurser til at dette kan ivaretas i tråd med behovet.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon etter brukernes behov

Brukererfaring er en sentral kompetanse i arbeidet med kunnskapsbasert praksis. Ledere på alle nivå skal i planperioden arbeide aktivt for å styrke brukermedvirkning på system og individnivå. Reell brukermedvirkning innebærer og krever både respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet fra alle ansatte. Målet er styrket pasientsikkerhet og kvalitet, gjennom myndiggjøring av pasienter som deltager i veivalg for egne helsetjenester.

Brukerutvalget ved SSHF reflekterer bredden i brukerstemmene i forhold til geografi, alder, kjønn, etnisk bakgrunn og diagnosegrupper. Brukerrepresentanter skal delta i prosesser, prosjekter og opplæringsstiltak som berører pasienter og pårørende. Brukerutvalget utarbeider årlige handlingsplaner.

¹ Protokoll, SSHF-styret 28.okt 2010

Pasient og pårørendeopplæring skal bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre endret livssituasjon. SSHF vil i planperioden videreutvikle god pasient- og pårørende opplæring i samsvar med helsepolitiske føringer og målsettinger. Opplæringstiltakene skal baseres på kunnskapsbasert praksis og integreres i behandlingsforløpene.

Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring i HSØ (RLMS) er en av SSHFs regionale funksjoner. Arbeidet skjer i nært samarbeid med helseforetak, lærings og mestringssentra i regionen samt andre aktuelle regionale og nasjonale fagmiljø. RLMS skal i planperioden bidra til å implementere prinsipper og modeller som er beskrevet i "regional veileder for pasient- og pårørendeopplæring" i helseforetak og kommunene i regionen. RLMS vil bidra i arbeidet med å videreutvikle helsefilm som en nasjonal ressurs i pasientportalen helsenorge.no. Lærings- og mestringssenteret i SSHF (LMS) skal videreutvikles som et helsepedagogisk ressursmiljø for ansatte i klinikken. LMS har en rådgivende og koordinerende funksjon i forhold til pasient og pårørendeopplæring. Som følge av samhandlingsreformen skal LMS videreutvikle målrettede samhandlingsarenaer med kommuner og brukerorganisasjoner i henhold til vedtatt regional "veileder for pasient og pårørendeopplæring".

Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles

Samtidig med at strategiplanen for SSHF 2012 – 2014 utarbeides, gjennomfører helse- og omsorgsdepartementet (HOD) høring av forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovutkastet påvirker også pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven, og det foreslås endringer også i disse. Utgangspunktet for den nye loven og endringene i eksisterende lovverk er St. meld. Nr 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen, med fl.

Målene med samhandlingsreformen er (sitat):

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

SSHF legger til grunn at intensjonene i reformen og lovutkastet i all hovedsak skal implementeres, selv om endelig ny lov ikke vil foreligge før Strategiplanen behandles i juni 2011.

Lovutkastet slår fast at Samhandlingsreformen i stor grad er en kommunehelsereform, hva gjelder både oppgaver, krav til kvalitet og pasientsikkerhet, og ansvar. Samtidig vil endringene få konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, også på Sørlandet.

Sørlandet sykehus HF har over mange år arbeidet systematisk sammen med kommunene på Agder for å bygge opp et tett samarbeid. Samarbeidet er regulert i gjensidige samarbeidsavtaler, og Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS), som har et klart mandat og en felles strategisk plan for arbeidet.

Agderfylkene er små målt i befolkningsgrunnlag, og har mange kommuner med lave innbyggertall (under 5000 innbyggere). Inngåelse av svært konkrete samarbeidsavtaler (jf. lovutkastet) med den enkelte kommune vil måtte preges av dette, med mindre departementet gjennom forskrift pålegger interkommunalt samarbeid som kan sikre et sterkt faglig og administrativt apparat i kommunene.

At Sørlandet sykehus i realiteten ikke har korridorpatienter, og heller ikke ferdigbehandlede pasienter som venter på kommunalt omsorgstilbud, er et resultat av konkret samarbeid mellom ledere og fagfolk på alle nivåer i organisasjonene. Kommunene på Agder har i lengre tid arbeidet systematisk for å sikre at spesialisthelsetjenesten skal ha mulighet til å benytte sine midler til diagnostisering og behandling, ved å sikre gode pleie- og omsorgstjenester med riktig kapasitet – slik at pasienter med behov for kommunale tjenester etter behandling i sykehus, får disse raskt og uten unødig opphold. Samarbeidet er i tillegg til avtaler, fundert på felles, tillit og god kunnskap om lokale forhold. Foretaket og kommunene arbeider aktivt med veiledning, kompetansebygging og ulike samarbeidsprosjekter.

Større grad av fleksibilitet i kommunale døgninstitusjoner, hvor det er pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester som avgjør når på døgnet og hvilken dag pasienter mottas i for eksempel sykehjem, vil være en klar forbedring av tilbudet i mange kommuner. Dette vil være en følge av den nye loven.

Det henvises i høringsnotatet til HDs vurderinger av at anslagsvis 20-30 % av døgn og polikliniske konsultasjoner kan gjøres i kommunal helse- og omsorgstjenester. I andre deler av høringsnotatet eksemplifiseres de aktuelle pasientgruppene til å være eldre med generelle symptomer som magesmerter, pasienter med kroniske lidelser som forverres (KOLS og hjertepasienter) samt pasienter med behov for palliasjon. Utfordringer knyttet til dette er i liten grad drøftet; kommunenes kompetanse til å ivareta disse oppgavene, behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten samt behovet for diagnostisering.

En lovmessig plikt til å opprette døgnbaserte øyeblikkeligjelpstilbud med døgnkontinuerlig tilgjengelig medisinsk kompetanse vil bli en stor utfordring for mange kommuner – kvalitet og pasientsikkerhet må være førende for om og hvordan dette skal innrettes. En stor variasjon i kommunenes tilbud, slik departementets redegjørelse legger opp til, vil i seg selv kunne påvirke sikkerhet for pasienter og brukere.

Både endringer i pasientstrømmer i betydelig grad når det gjelder kronisk syke og øyeblikkeligjelpstilbud vil i stor grad medføre endringer for både SSHF og kommunene på Agder, dersom lovforslaget blir stående slik høringsnotatet er utformet.

SSHF vil i planperioden legge betydelige ressurser inn i å sikre at intensjonene i samhandlingsreformen og de overordnede målene for denne iverksettes. De nye lovene vil være førende for hvordan arbeidet i sammen med likeverdige kommunale partnere skal innrettes, og foretaket legger til grunn at OSS vil ha et særlig ansvar for koordinering av dette. Det vil være nødvendig med en bred involvering av ulike fagmiljøer innenfor foretaket – og dette skal sikres i det videre arbeidet.

SSHF skal, med bakgrunn i avtaler, bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging for å bidra til en forsterket kommunehelsetjeneste. SSHF skal videre bidra til å sikre rekruttering av aktuelt helsepersonell og beholde eksisterende fagkompetanse for å møte fremtidens behov for helsetjenester.

Hensiktsmessige IKT løsninger implementeres i tråd med nasjonale og regionale føringer. Velferdsteknologi skal understøtte et best mulig tilbud og skal ivareta integritet og verdighet for den enkelte og spesielt for utsatte pasientgrupper. Arbeidet med å sikre effektiv informasjonsutveksling mellom nivåene skal prioriteres i planperioden. Det nasjonale prosjektet Meldingsløftet skal implementeres og bidra til å sikre effektiv dokumentflyt og optimal pasientflyt.

Fokus på ehelse vil være et av satsingsområdene i forhold til samhandling. Dette vil ta utgangspunkt i reelle behov som avdekkes i nær dialog med brukere og pårørende. Forebyggende tiltak vil prioriteres for å bidra at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig uten behov for pleie og omsorg. Tiltak som kan bidra til økt egenmestring hos pasienter med kroniske lidelser vil prioriteres.

Samhandlingen med fastlegene og kommunehelsetjenesten videreutvikles gjennom praksiskonsulentordningen som er et viktig bindeledd mellom helsetjenestenivåene.

Det er et felles ansvar for SSHF og kommunene, å sørge for at pasientens behov for helsetjenester sikres på en forsvarlig måte både i akutfase og oppfølgingsfase. Dette må være basert på kunnskapsbaserte kriterier og nasjonale veiledere.

Ulike former for ambulant poliklinikk og annen desentralisert spesialisthelsetjeneste skal utvides i perioden, i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Der er allerede slik tilbud, særlig innen psykisk helsevern men også innen somatikk. Fagområder som pr i dag har ambulant virksomhet er psykisk helse og rus, rehabilitering, geriatri, palliasjon, hjemmedialyse, kirurgisk og gynekologisk poliklinikk i Farsund og habiliteringstjenesten for både barn og voksne. Pasientnære spesialisttilbud og "hjemmesykehus" (hospital at home) videreutvikles for å unngå unødige/forkorte innleggelser og etablere tett kontakt med medisinsk spesialkompetanse hjemme hos pasienten – i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Pasient- og pårørende opplæring skal tilpasses ulike pasientgrupper og dette arbeidet vil styrkes i forhold til samhandlingsfokus.

Ventelig vil behovet for helsetjenester øke mer enn ressurstilfanget i årene som kommer. Det er derfor viktig å videreføre og styrke samarbeid med private avtalespesialister, samt styrke det faglige samarbeidet med private avtaleinstitusjoner innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Videre er samhandling med fastleger sentralt. Det er et mål å styrke kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene, herunder relevant informasjon om status i behandling av pasient, eksempelvis gjennom halvårlig utsending av oppdatert tverrfaglige behandlingsplan.

Det er inngått samarbeidsavtale mellom NAV Aust- og Vest-Agder og SSHF. Et aktivt og målrettet samarbeid med NAV om visse pasientgrupper kan legge til rette for mer effektive og koordinerte tiltak i forkant, underveis og i etterkant av et behandlingsopplegg. Dette gjelder spesielt gruppen unge personer som står i fare for å bli uføre på grunn av psykiske problemer. Tilrettelegging for tilpasset (yrkesrettet) rehabilitering og ivaretagelse av sosiale og økonomiske behov vil understøtte behandlingen i spesialisthelsetjenesten og lette overgang etter utskrivning. Det kommunale sosial- og helsetilbudet er selvsagt en viktig og integrert del av dette.

Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres

Ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommuner for helsefremmende og forebyggende arbeid er i dag uklar. Samhandlingsreformen og forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjør imidlertid kommunenes samlede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og fastsetter en klarere ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunene. Kommunene gis et tydeligere ansvar for opplysning, råd og veiledning, lærings- og mestringsaktiviteter, frisklivstilbud, forebyggende psykisk helsearbeid, forebygging av rusmiddelavhengighet og forebygging i omsorgstjenesten.

Dersom veksten i spesialisthelsetjeneste skal begrenses, må helseforetakenes oppgaver spisses mot spesialisert utredning og behandling. Helseforetaket vil imidlertid også i fremtiden ha viktige oppgaver knyttet til pasient- og pårørendeopplæring og veiledning av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Forebygging har ofte en sentral rolle i behandlingen innenfor spesialisthelsetjenesten. Det blir dermed viktig i strategiplanperioden ytterligere å tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter en tett dialog mellom helsetjenestenivåene.

Lokalbaserte tilbud

Lokalsykehusfunksjon ved SSHF, kjennetegnes av:

- nærhet
- likeverdige tjenester sikres for pasienten
- akuttfunksjon for nærområdet inkludert akuttmottak, traumemottak og fødetilbud som bemannes og organiseres som akuttmedisinske behandlingsskjeder for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt
- døgntilbud innen indremedisin og kirurgiske tjenester
- bredt spekter av polikliniske tjenester i samarbeid med mer spesialiserte sykehusfunksjon
- DPS / BUP / psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon
- ambulante spesialisthelsetjenester, distriktsmedisinske sentra og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud
- tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- lærings- og mestrings-sentra i et nært samarbeid med kommunene, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet

Akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder

Akuttfunksjon for nærområdet inkluderer akuttmottak, traumemottak og fødetilbud som bemannes og organiseres som akuttmedisinske behandlingsskjeder for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Nasjonale standarder og føringer legges til grunn i arbeidet.

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

Områdefunksjoner ved SSA og SSK kjennetegnes av:

- Spesialiserte områdefunksjoner som av faglige og ressursmessige vurderinger har et opptaksområde som tilsvarer sykehusområdet
- spesialiserte funksjoner/ tjenester for lav-volum lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig spisskompetanse og faglig standard
- tverrfaglige team som skaper en faglig avhengighet mellom ulike spesialiserte funksjoner, som i noen grad betinger at funksjoner lokaliseres samme sted

Regionale funksjoner samles og rendyrkes

SSHF har flerområdefunksjoner ved SSHF for noen få fagområder, og spesialiserte tjenester som dekker opptaksområde fra flere sykehusområder.

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes

SSHF skal fra 2011 implementere områdeplan for rehabilitering.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

Tilbudet innen rusbehandling til barn og unge prioriteres.

Kunnskap om hvilke tiltak som har effekt er svak i fagområdet, forskning må derfor prioriteres og kunnskapsbasert praksis skal legges til grunn for de tiltak som iverksettes. Det stilles krav til dokumentasjon av kunnskapsgrunnlag og evaluering av effekt – og dette skal fremmes for ledelse og for styret i SSHF, som beslutningsgrunnlag for videre prioritering av innsatsområdet. Satsingen skal involvere ABUP, VOP, Barnesenteret og øvrige somatiske avdelinger i tillegg til avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, samt kommunehelsetjenesten på Agder og andre samarbeidsparter.

SSHF vil sammen med aktuelle samarbeidsparter være i forkant av faglig utvikling på området, og vil derved også bidra til å møte et økende samfunnsproblem hvor Agder har særlige utfordringer

6.2. Forskning, utvikling og innovasjon

Kompetanse og forskning

Forskningen i SSHF skal videreutvikles i tråd med nasjonale og regionale føringer. Formell forskningskompetanse på doktorgradsnivå er et krav for å kunne utdanne kliniske spesialister og oppnå gruppe 1-status. Forskningen skal bidra til å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere, i tillegg til å fremskaffe ny, verdifull kunnskap.

Resultatet av forskningen skal bidra til bedre pasientbehandling og skal publiseres i anerkjente nasjonale og internasjonale vitenskapelige tidsskrift. Forskningsmiljøet i SSHF har som ambisjon å bidra til videreutvikling av nasjonale og internasjonale forskningsnettverk.

Forskningsmiljøene skal videreutvikles i samarbeid med aktuelle universitet. Samarbeidsavtale med UiO innen forskning og undervisning av medisin -studenter iverksettes.

Vedtatt strategi for samarbeid med UiA iverksettes. Samarbeidet omfatter forskning, utdanning, fagutvikling og innovasjon. Det skal arbeides for å opprette profesjonsstudie i psykologi ved UiA. Samarbeid om å utvikle senter for e-helse ved Campus Grimstad er et av flere satsingsområder. Dette samarbeidet omfatter også kommunene i Agder.

Arbeidet med å styrke internkontroll og infrastruktur inklusiv bibliotek tjenester for forskningen skal videreføres. Medisinsk fag- og forskningsbibliotek skal være en pådriver for å gi de ansatte på SSHF best mulig tilgang til forskningsbasert kunnskap. Biblioteket skal være aktivt deltakende i regionale og nasjonale fora, som er med på å legge føringer for bl.a. tilgang til elektroniske ressurser for helsepersonell. Videre skal biblioteket være en tydelig aktør i implementeringen av kunnskapsbasert praksis ved SSHF.

Forskningsaktiviteten skal være konkurransedyktig i forhold til regionale, nasjonale og internasjonale forskningsmidler. Forskningsprosjekt skal som hovedregel være eksternt finansiert. Det skal i planperioden arbeides videre med å sikre forutsigbare og langsiktige økonomiske rammer for administrative forskningsstøttefunksjoner ved SSHF. KPH har som uttalt mål at det enhver tid skal være 10-15 pågående doktorgradsarbeider i klinikken.

SSHF har høy kompetanse innenfor flåttbårne infeksjoner. Avdeling for medisinsk mikrobiologi, SSHF, ivaretar nasjonal referansefunksjon for borrelia og har etablert forskningssamarbeid med UiA.

Innovasjon

Innovative prosesser skal være drivkraften til å fornye eksisterende pasientforløp, logistikk, metoder, rutiner produkter og arbeidsprosesser. Fremtidens behov for helsetjenester krever at ledere og ansatte er nysgjerrige, innovative, kreative og nytenkende. SSHF vil fortsatt legge forholdene til rette for innovasjon. Prosjekter innen e-helse skal prioriteres.

6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

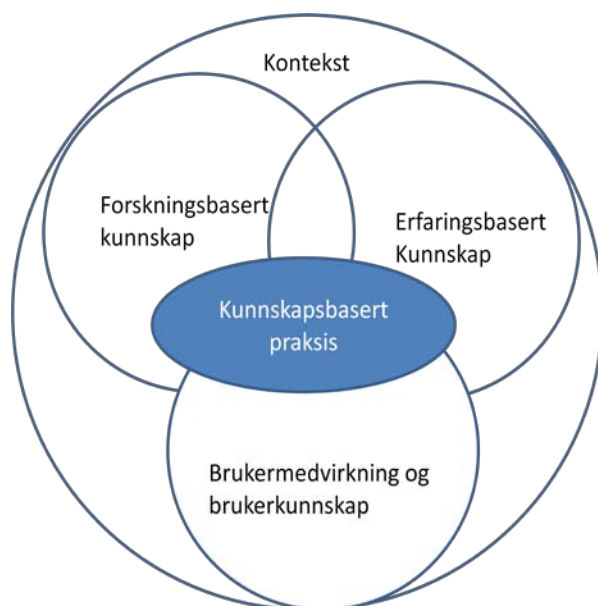
Økte krav til dokumentert kvalitet i behandling/ pleie

Forskningsresultater (evidens), fagpersonells erfaring og brukernes ønsker er i økende grad førende i hvordan vi utformer behandlingslinjer og organiserer spesialisthelsetjenesten. Sykehusets fagpersoner er involvert i utformingen av disse. I dag finnes en rekke nasjonale veiledere på fag og organisering som løpende vil tilpasses og implementeres i pasientbehandlingen. Med økte krav til å levere helsetjenester som er kunnskapsbaserte, er det økt behov for å sikre medarbeidere kontinuerlig, faglig oppdatering. Dette er nedfelt i faggruppers krav til videre- og etterutdanning, økt bruk av sertifiseringsordninger, for eksempel for bruk av medisinsk teknisk utstyr.

Ordningen med kvalitetsråd på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå er en viktig del av kvalitetsarbeidet, og skal videreføres. Risikoanalyser brukes i stadig større grad for å avdekke mulige risikoområder og avklare relevante tiltak for å redusere denne. Sertifisering, Global trigger tool, og hendelsesanalyser er andre eksempler på sentrale verktøy.

Kunnskapsbasert praksis

Det stilles krav til spesialisthelsetjenesten om bruk av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandling fra både eier, fagmiljøene selv og fra pasientgrupper. Kunnskapsbasert praksis innebærer en systematisk gjennomgang av tilgjengelig forskningslitteratur, dokumentasjon av erfaringsbasert kunnskap – som faglige veiledere og dokumentasjon av brukergruppers vurderinger, som grunnlag for rutiner og faglig praksis.



Arbeid med å styrke arbeidet med kvalitetssikring av rutiner og prosedyrer er viktig. 25 % av fagprosedyrer skal være kunnskapsbasert innen utgangen av perioden. SSHF skal implementere nasjonale veiledere/ retningslinjer.

6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

SSHF har siden 2004 i stor grad samordnet alle fellestjenester innen sykehusområdet ved tverrgående organisering og standardisering på tvers av geografi. Man har kontinuerlig fokus på effektivisering og rasjonalisering av fellestjenestene for å frigjøre mest mulig av de samlede ressurser til direkte pasientbehandling. Det foreligger ikke planer for vesentlige endringer av organisering eller omfang av fellestjenestene internt i foretaket. SSHF deltar aktivt og konstruktivt i regionale prosjekter og prosesser knyttet til utvikling av fellestjenester.

Teknologi og infrastruktur

Medisinsk teknisk utstyr, IKT-systemer og bygninger er viktige innsatsfaktorer i vår virksomhet. På alle tre områdene er det betydelige behov for vedlikehold og utvikling. Det vil i de nærmeste årene være nødvendig å frigjøre driftsmidler til investeringer i teknologi og bygg for å kunne støtte pasientrettet arbeid på en kostnadseffektiv og kvalitetsmessig tilfredsstillende måte i takt med den medisinskfaglige

utviklingen. IKT-løsninger åpner muligheter for omlegging av arbeidsprosesser og nye samhandlingsmønster både internt og eksternt. Samtidig kan begrensede midler til investering i bygg og utstyr påvirke plassering av funksjoner og virksomhet. Således blir teknologi og infrastruktur både en driver og et virkemiddel for organisasjons- og virksomhetsutvikling.

Medisinsk teknisk utstyr

Medisinsk teknologi kan ha avgjørende betydning for kvalitet i diagnostikk og behandling. På grunn av den raske medisinske og teknologiske utviklingen, blir utstyr ofte avleggs før det er teknisk utslitt. Tilgang på teknologi påvirker både kapasitet og produktivitet. Foretakets utstyrspark har en relativt høy gjennomsnittsalder og en betydelig andel er over 10 år. Særlig innen kreftbehandling, radiologi og operasjon/intensiv er det nødvendig med omfattende utskiftninger av utstyr de nærmeste årene.

Bruk av billeddannende teknikker, mini-invasive metoder og robotteknologi ventes å øke i omfang.

Samhandling og krav til dokumentasjon medfører økt behov for integrasjon med IKT-systemer, digital lagring og overføring av medisinske data, bilder og film. Fleksibilitet og mobilitet øker fordi utstyrsenheter blir fysisk mindre og løsninger for trådløs dataoverføring blir bedre. Mulighetene for å bringe spesialisthelsetjenesten ut til pasienten, f.eks. ved behandling i hjemmet, øker med nye teknologiske løsninger. I strategiplanperioden vil vi arbeide spesielt med:

- Prioritering og planmessig fornyelse av kritisk utstyr.
- Standardisering og optimal utnyttelse av utstyr på tvers av geografi.
- Økt utnyttelsesgrad på særlig kostbart utstyr.
- Teknologisk tilrettelegging for økt samhandling, fleksibilitet og diagnostikk/behandling utenfor sykehuset.

IKT

I planperioden forventes en vesentlig del av ikt-utviklingen å skje gjennom felles regionale tiltak. Etter betydelige oppgraderinger siste året, har vi nå en robust teknisk plattform, god infrastruktur og akseptabel PC-tetthet i foretaket. Satsningsområder er i første rekke samhandling/meldingsutveksling, elektronisk kurve, tilgangsstyring, digital diktering/talegjenkjenning og kvalitetssikring av informasjon og prosesser.

Med felles plattform, nettverk og applikasjoner i hele foretaket, ligger forholdene godt til rette for koordinerte arbeidsprosesser og effektiv ressursutnyttelse med en distribuert organisasjon. I planperioden vil vi spesielt arbeide med:

- Kommunikasjonsløsninger mot primærhelsetjenesten, private spesialister og andre foretak.
- Samhandling internt på tvers av geografi og utnyttelse av fagpersonell andre steder.
- Standardisere og optimalisere arbeidsprosesser administrativt og klinisk.
- Riktig og enhetlig systembruk. Økt kompetanse.
- Utvikling av et senter for e-helse i samarbeid med UiA.

Bygninger

Den bygningsmessige infrastrukturen forutsettes i hovedsak å ligge fast de neste tjue årene. I dette tidsrommet vil det være nødvendig med meget omfattende oppgradering og utvikling av bygningsmassen (2-4 mrd kroner). Foretakets byggeprosjekter under nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse er slutført, men sykehuspsykiatrien ved SSK har stort behov for bedre lokaler. I strategiplanperioden vil vi:

- Utarbeide langtidspan for vedlikehold og utvikling av bygningsmassen ved hovedlokasjonene.
- Fullføre oppgraderingen av operasjon-/anestesiavdelingen ved SSK.
- Fullføre samlingen av ABUP-SSK på Eg.
- Utarbeide forprosjekt for oppgradering, eventuelt nybygg, for voksenpsykiatrien på Eg.
- Planlegge ombygging og utbygging av akuttmottak, intensivavdeling og nyfødtpost ved SSK.
- Analysere og optimalisere den samlede arealbruken.

6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helseforetakets viktigste ressurs er alle ansatte, som samlet sett har en omfattende kompetanse, et betydelig engasjement og høye krav til egen yrkesutøvelse. Bred involvering av ansatte og fagmiljøer i viktige utviklingsprosesser og endringsarbeid skal fortsatt være høyt prioritert. SSHF skal legge til grunn prinsipper for medvirkning i omstilling utarbeidet av HSØ.

Samarbeid internt i foretaket, mellom fagmiljøer og avdelinger skal ytterligere styrkes i perioden, dette er nødvendig for å sikre god utnyttelse av tilgjengelig infrastruktur og god oppgavefordeling. Det forventes øket mobilitet for flere grupper av ansatte i årene fremover.

SSHF har fortsatt stor andel deltid, særlig blant pleiepersonalet. Det er et mål for perioden at andelen heltidsstillinger skal økes, og at ansatte som ønsker hel stilling skal gis mulighet til det. En økning i antall heltidsstillinger er også viktig for kontinuitet og kvalitet. SSHF vil i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeide for å oppfylle kravet fra departementet om å redusere andelen deltidsstillinger med 20 %.

Implementering av nytt ressurs- og arbeidsplansystem skjer i 2011 og ferdigstilles våren 2012. Dette er et omfattende OU-prosjekt, og SSHF vil arbeide aktivt for å sikre både kvalitative og kvantitative gevinster. Alle enheter vil i den forbindelse gjennomgå arbeidsoppgaver før bemanningsplanene videreføres og eventuelt justeres. Nødvendig kompetanse skal ligge til grunn når avdelingene lager sine bemanningsplaner, og det er naturlig å vurdere både tidsbruk og hvilken kompetanse enheten har behov for til å gjennomføre oppgavene. Samtidig skal ressursene benyttes best mulig.

Endringer i behandlingsmetoder gir over tid endringer i pasientforløpene (f.eks. overgang fra innleggelse til dagbehandling/poliklinikk). Det vil i mange tilfeller føre til endringer i kompetansebehovet hos medarbeiderne.

Foretaket har i all hovedsak en god rekrutteringssituasjon. For enkelte grupper er imidlertid rekruttering krevende, det gjelder særlig innenfor grupper hvor det nasjonalt er for få med relevant kompetanse i forhold til etterspørsel. Foretaket skal fortsatt sette inn de ressurser som er nødvendig for å rekruttere nøkkelpersonell – dette er avgjørende viktig for å unngå langvarig og betydelig vikarbruk – noe som også påvirker pasientsikkerhet.

For enkelte spesialsykepleiergrupper som foretaket tradisjonelt har lagt til rette for videreutdanning av ved UiA er gjennomsnittsalderen høy, og flere av våre ansatte nærmer seg pensjonsalder. Behovet for å få utdannet tilstrekkelig personell med relevant kompetanse må gis høy prioritet de nærmeste årene.

For å sikre god rekruttering og riktig bruk av ressursene, er det nødvendig å vurdere oppgaveglidning (rett person på rett plass) mellom ulike yrkesgrupper. Oppgaveglidning innebærer at spesialopplært personell kan ivareta oppgaver som tidligere har vært utført av andre yrkesgrupper. Dette kan være viktige bidrag for å sikre tilstrekkelig spesialkompetanse innenfor mange fagområder. SSHF vil i planperioden kartlegge framtidig behov for nåværende og framtidige yrkesgrupper.

SSHF skal oppfylle avtaler og lovverk for HMS/arbeidsmiljø, og skal sikre at IA-avtalen legges til grunn for å sikre bred deltakelse i arbeidslivet. Alle ansatte skal delta i oppfølgingen av den årlige medarbeiderundersøkelsen og det skal legges til rette for at alle medarbeidere involveres i oppfølgingen av arbeidet.

God ledelse er et grunnleggende element for at SSHF skal nå sine strategiske målsettinger. Lederutvikling må ha sitt utgangspunkt i SSHF sin strategi og langsiktige ressursplanlegging. Aktiv talentutvikling, etterfølgerplanlegging og langsiktig ressursplanlegging skal sikre at viktige posisjoner kan fylles gjennom intern rekruttering. Det innebærer både å identifisere medarbeidere med lederpotensial og å lage et utviklingsløp, slik at disse medarbeiderne blir i stand til, og motivert for å bekle slike stillinger lengre frem i tid.

SSHF vil forsette arbeidet med å legge tilrette for åpne, gode og involverende prosesser med bred medvirkning. Det skal legges tilrette for at 12 prinsipper for medvirkning i omstilling for ansatte og 13 prinsipper for brukermedvirkning ivaretas. Prosjektledere og prosjektmedarbeider skal ha differensiert opplæring i prosjektarbeid og prosessveileder. Prosesser skal planlegges og beskrives slik at de er forutsigbare og forståelige for medarbeidere /befolkningen og ikke skaper unødig utrygghet

Informasjon og kommunikasjon skal ha økt fokus i planperioden. Et av satsningsområdene i perioden er å bygge en felles helhetligkultur i SSHF. Det skal gjøres ved å iverksette tiltak som bedrer intern kommunikasjon og øker lojalitet til helseforetaket. SSHF vil også fokusere på ekstern kommunikasjon ved å formidle områder hvor SSHF har gode pasienttilbud eller på andre områder fremhever seg.

6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

SSHF har på linje med de øvrige helseforetak et krav om økonomisk balanse i drift, samt krav til å styre innenfor den årlig gitte likviditet foretaket tilføres. Dette betyr at prioriteringer mellom drift og investeringer må foretas i foretaket. De siste års investeringsnivå har ikke vært tilfredsstillende, det er

opparbeidet betydelige etterslep, og det vil måtte foretas en betydelig styrking av investerings siden i planperioden.

Det forventes ikke en generell vekst i økonomiske rammer til sektoren i planperioden.

Til tross for dette antas Sørlandet sykehus i perioden 2011-2013 å få en økning i sine årlige rammer i størrelsesorden 200 millioner kroner ut fra de inntektsmodeller som er etablert for somatikk og psykiatri.

Store deler av dette vil måtte gå til investeringer i bygningsmasse og medisinskteknisk utstyr. I tillegg ligger det en økonomisk utfordring knyttet til stadig økende bruk av nye høykostnadsmedisiner, nye behandlingsmetoder og bedre IKT løsninger. I sum tilsier dette at det er påkrevet med driftsmessige tilpasninger og prioriteringer i driften også i de kommende årene. Usikkerheten rundt de økonomiske insentivene i samhandlingsformen er også en faktor som vi antar vil få betydning for det økonomiske handlingsrommet i foretaket.

7. Oppfølging av mål for planperioden

1. Pasienten opplever ikke fristbrudd

SSHF har en utfordring med for høy andel fristbrudd, særlig i kirurgisk klinikk. En egen arbeidsgruppe har det siste året arbeidet med forbedring av rutiner rundt håndtering av henvisninger, vurdering, prioritering og utsendelse av bekreftelse. Det er en målsetting at det ikke skal være fristbrudd i 2011.

Det er utarbeidet en retningslinje som skal sikre at SSHF innfrir pasientenes rettighet samt sikre en enhetlig håndtering i forbindelse med fristbrudd. Retningslinjen fokuserer på:

- rapport over fremtidige fristbrudd
- informasjon til pasient
- samhandling merkantil/lege
- ressursbruk

Det vil rapporteres på fristbrudd som del av den ordinære rapporteringen både til Helse Sør-Øst og til styret.

Retningslinjen følger som vedlegg.

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Overvåking og registrering av sykehuspåførte infeksjoner er et viktig hjelpemiddel for å kunne forebygge infeksjoner. Postoperative sårinfeksjoner, ventilatorassosierte nedre luftveisinfeksjoner (lungebetennelser) og blodbaneinfeksjoner som resultat av behandling i sykehus, utgjør både de i antall fleste sykehuspåførte infeksjoner, og er de med størst lidelse for pasientene og kostnad for sykehusene.

Både internasjonalt og nasjonalt har en de senere år sett med stor bekymring på økningen i utvikling av mikrober med økt resistensutvikling mot antibiotika. Denne utviklingen krever større evne til å isolere pasienter i sykehusene. Det pågår en utredning blant annet for å vurdere behov for flere isolater i helseforetaket.

Tiltak for å oppnå reduksjon i sykehusinfeksjoner

- Prege ansattes holdninger til og kunnskap om god og riktig håndhygiene.
- Skape aksept for SSHFs nulltoleranse for bruk av armbåndsur, ringer og andre smykker når man bruker arbeidstøy.
- Utvide infeksjonsovervåkingen.
- Utvide samhandlingen med kommunene i de to Agder-fylkene
 - med vektlegging av økt kunnskapsformidling
 - omkring utbruddssituasjoner og tilsvarende utbruddsøvelser
 - omkring enkeltpasienter med påvist bærerskap av multiresistente mikrober
- Ta i bruk Global trigger tool som analyseverktøy.
- Delta aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" med fokus på bl.a. sykehusinfeksjoner.

Det er utarbeidet strategiplan og handlingsplan for smittevern som også beskriver tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner. Disse vil bli revidert for å gjenspeile det nye målet om å redusere sykehusinfeksjon til under 3 % i planperioden 2011-2014. Det forventes at større omstillinger og ytterligere tiltak blir nødvendig planperioden for å oppnå fastsatt mål for sykehusinfeksjoner i planperioden. Gjeldende handlingsplan for smittevern i SSHF vedlegges.

3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

En arbeidsgruppe er nedsatt for å arbeide med dette målet. I 2011 vil man arbeide med å finne løsninger for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Handlingsplan vil bli presentert for styret.

4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen (MBU) med etablering av forbedringstiltak for egen enhet

SSHF har som mål at alle medarbeidere skal delta i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen, og dette er også formidlet til lederne. SSHF har ikke rutiner eller verktøy for innsamling av gjennomført oppfølging etter medarbeiderundersøkelsen. Gjennom medarbeiderundersøkelsen i 2011 vil vi få svar på om medarbeiderne har deltatt i oppfølgingsarbeidet.

Oppfølging skjer i 2011 gjennom ledere og i klinikkvise arbeidsmiljøutvalg som etterspør handlingsplaner etter MBU. Mange enheter har integrert handlingsplan etter MBU i HMS-handlingsplanen. Rådgivere i organisasjonsavdelingen bistår ledere med opplæring og veiledning.

I de faste oppfølgingsmøtene på alle nivå i organisasjonen vil oppfølging av MBU være tema. Der vil det også bli understreket at det er leders ansvar å følge opp resultatene og sørge for at alle medarbeidere blir involvert.

SSHF vil i 2011 planlegge implementering av elektronisk oppfølgingsverktøy med tanke på å ta det i bruk til oppfølgingen av MBU høsten 2011. Det vil da bli mulig ta ut rapporter som viser antall enheter som har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen.

Verneombud er aktivt med i å planlegge oppfølging. Det er gjennomført lederopplæring i oppfølging av MBU. Hvor mange som har deltatt har vi ikke oversikt over. Ledere har et stående tilbud om veiledning og støtte i oppfølgingsarbeidet, og dette blir benyttet relativt hyppig. Sammenlignet med tidligere oppfattes engasjementet som stort.

5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Budsjett for 2011 er vedtatt med et driftsoverskudd på 42 mill kr. Overskudd på driften er nødvendig for å frigjøre midler til nødvendige investeringer. Dette forventes videre styrket i årene 2012-2014 i takt med inntektsmodellimplementeringen.

DEL IV: VEDLEGG

7.1. Vedlegg 1: Tabeller rapport oppdrag og bestilling 2010

AKTIVITET

Somatikk	2009	2010
Somatikk – DRG poeng innlagte		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	48.602	50.544
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	1.589	1.684
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	1.728	1.407
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	-15	0
Sum DRG poeng innlagte	51.904	53.635
Somatikk – DRG poeng dagpasienter		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	8.499	6.648
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	180	156
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner		
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG poeng dagpasienter	8.679	6.804
Sum DRG poeng som gir ISF- ref (egne pasienter)	58.814	58.599
Sum DRG totalt (fra egen og andre regioner)	60.583	60.439
Polikliniske konsultasjoner		
Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	232.077	242.177
Ant. DRG poeng poliklinikk (egne pasienter)	214.958	*7.959

* Sammenlignbart tall for 2009: 6.533

Voksenpsykiatri	2009	2010
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	3723	3.603
Antall liggedøgn døgnbehandling	65281	66.086
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	70568	78.135
- Herav telefonkonsultasjoner	13327	14.125
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		
- Herav telefonkonsultasjoner		

Barne- og ungdomspsykiatri	2009	2010
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	98	88
Antall liggedøgn – døgnbehandling	1165	1.273
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	53642	56.203
- Herav telefonkonsultasjoner	23535	24.521

Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt – private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Antall polikliniske konsultasjoner private - Herav telefonkonsultasjoner		

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2009	2010
Antall utskrevne pasienter – døgntilrettelagt	789	795
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	18536	18.009
Antall oppholdsdager – dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner - Herav telefonkonsultasjoner	19534 5418	20.949 6.029
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt – private		
Antall liggedøgn døgntilrettelagt private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Antall polikliniske konsultasjoner private - Herav telefonkonsultasjoner		

Pasientopplæring	2009	2010
Antall kurs ved LMS	52	54
Antall kursdeltagere ved LMS	694	664

Rehabilitering, antall	2009	2010
Enkel rehabilitering (kode Z50.89)	171	263
Kompleks rehabilitering (kode Z50.80)	835	683

NASJONALE KVALITETSINDIKATORER:

Beskrivelse av mål	2009	2010
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner	6 %	6,7 %
14 Strykninger av planlagte operasjoner	5,8 %	5,5 %
17a Individuell plan barnehabilitering	55,5 %	56,2 %
17b Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni - voksne	39 %	42 %
17c Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge	85 %	87 %
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne)	3 %	0

STYRINGSPARAMETRE:

Beskrivelse av mål	2009	2010
5a. Andel korridorpasienter - somatikk	0,3 %	0,3 %
5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern	0 %	0 %
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	71 %	72,6 %
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	81 %	82 %
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	83 %	66 %
7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare - somatikk	1,2 %	5 %
7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	0 %	0
10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager	97 %	98 %
9a Andel fristbrudd - somatikk	4,2 %	3,6 %
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern	3,4 %	2,5 %
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	5,6 %	3,9 %
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	8 %	10 %

BEMANNING:

Beskrivelse av mål	2009	2010
Brutto årsverk	4861	4962
Månedslønnede årsverk	4348	4467
Årsverk variabellønnede	513	496
- herav overtid (Spekterkode OE)	73	74
- herav merarbeid (Spekterkode OU)	394	381
Innleide årsverk	39	19
Antall ansatte		6850
Antall sykefravæsdagsverk	70 896	67876
Antall mulige dagsverk	923 963	1151556
Sykefravær i %	7,8 %	6,2 %
• Tall fra månedlige rapporter til HSØ (lavere pga forsinket registrering)	7,7 %	
Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA)	3,6 %	4,0 %
Årsverk somatikk (årsverk annet skilt ut for 2010)	3537	2990 *
Årsverk psykiatri (årsverk annet skilt ut for 2010)	1135	1073 *
Årsverk rus (årsverk annet skilt ut for 2010)	189	183 *
Årsverk annet (* dette var ikke skilt ut i rapporten for 2009)		716 *
Årsverk leger	583	601
Årsverk sykepleie	1977	1999
Årsverk annet fagpersonell	659	748
Årsverk laboratoriepersonell	183	189
Årsverk forskning og fagutvikling	6	28
Årsverk ledere	254	256
Årsverk adm og teknisk personell	1204	1140

* Årsverk fordelt på funksjon er ikke sammenlignbare fra 2009 til 2010.

7.2. Vedlegg 2: Rapport resultat - oppdrag og bestilling 2010

RESULTAT

Beskrivelse av mål	2009	2010
= Sum inntekter	4 313 537	4 342 725
= Sum kostnader	4 323 118	4 056 831
= Driftsresultat	-9 581	285 894
= Resultat	-14 559	286 660
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger	0	505 000
Herav redusert basisramme som følge av reduserte pensjonskostnader		-214 200
Resultatet er 0,66 mill kr over styringsmålet da overskuddskrav for 2010 er 286 000 mill kr.		

7.3. Vedlegg 3: Rapportering årlig melding

Styringsparameter – indikator	2009	2010
• Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.		
• Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte HF (* det tas forbehold pga noe usikkerhet mht totalt antall hjerneslag)		15,7 % *
• Antall barn som fødes av kvinner i LAR- behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar En kvinne fødte i 2009, og fikk tett oppfølging fra barnevernet. I 2010 var det to kvinner som fødte. Diss har begge fått svært god oppfølging av forsterket helsestasjon og barnevern. I LAR teamet er det generelt et nært samarbeid med fastlege og føden når det gjelder gravide kvinner i LAR og etter fødsel med barnevernet og andre involverte.	1	2
• Antall cochleaimplantat operasjoner		

Antall behandlede pasienter 18 år og eldre i psykisk helsevern	I sykehus	I DPS
• Døgninnleggelse (<i>antall utskrevne pasienter</i>)	2006	1597
• Liggedøgn døgntilbud	37.127	28.959
• Oppholdsdager dagbehandling	-	-
• Polikliniske konsultasjoner	4.236	73.899
- herav ambulant tjeneste (<i>antall ambulante konsultasjoner</i>)		

Psykisk helsevern	
Antall tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelse per institusjon	For psykisk helsevern voksne er tallet redusert fra 30 i 2009 til 23 i 2010.
Andel ikke planlagte reinnleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere	Ingen
Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelse, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	Pr 10.000 innbygger 18 år eller eldre: <ul style="list-style-type: none"> • Antall innleggelse i sykehus: 95,5 • Antall innleggelse i DPS: 75 • Antall pol.konsultasjoner i sykehus: 200 • Antall pol.konsultasjoner i DPS (ekskl. ACT-team): 3.254 <ul style="list-style-type: none"> ○ Herav ambulante kons. I sykehus: 78 ○ Herav ambulante kons. i DPSer: 295
Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet.	Antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern voksne har økt med ca 7 500 konsultasjoner fra 2009 til 2010, hvilket tilsvarer en vekst på 11 %. Antall døgnopphold har i samme periode gått ned med 120 innleggelse, hvilket utgjør en reduksjon på 3 %. Behandlingstilbudet innen psykisk helsevern har mao. gått i retning av en stadig økende andel poliklinisk aktivitet.
Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne	Andel ambulante konsultasjoner inne psykisk helsevern barn og unge er på 15 % i 2010, tilsvarende tall for psykisk helsevern voksne er på 10 %.

Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern	Psykiatrisk sykehus: 47 % av årsverk DPS: 53 % av årsverk.
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern	Brutto årsverk: <ul style="list-style-type: none"> • Overleger DPS: 1,1 pr 10.000 • Psykologer i DPS: 2,8 pr 10.000 • TOTALT : 3,9 pr 10.000
TSB	
Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	Brutto årsverk: <ul style="list-style-type: none"> • Overleger TSB 5,7 • LIS Leger TSB 4,7 • Psykologer TSB 12,9 Sum 23,3
Forskning	
Antall søknader, prosjekter og midler fra Norsk forskningsråd og EUs 7. rammeprogram	2
Antall OFU-kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge	4
Antall bedriftsetableringer	1

7.4. Vedlegg 4: Risikovurderinger for SSHF etter 3.dje tertial 2010

		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5			<ul style="list-style-type: none"> • Infeksjonsrisiko ved opr.avd i Kr.sand • Behov for legehjemler 		<ul style="list-style-type: none"> • Investeringer herunder • Operasjonavdeling i Kr.sand • Bygg og vedlikehold • Medisinsk teknisk utstyr • Radiologi
	4		<ul style="list-style-type: none"> • Isoleringkapasitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfull helhetlig kultur i foretaket 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomisk balanse 2011 (+42 mill) • Fristbrudd for ØNH/ortopedi pasienter • Blodberedskap 	
	3				<ul style="list-style-type: none"> • Lite brukervennlighet i DIPS • Kapasitet til ruspasienter 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivkapasitet i Kristiansand
	2					<ul style="list-style-type: none"> • Epikrisetid • Stor andel deltidsstillinger
	1					

Iverksatte og planlagte tiltak i forhold til risikoområder med "rød" og "gul" status

Risikoområder med "rød" status	Tiltak
- Investeringer Herunder opr.stueprosjektet Bygg og vedlikehold MTU Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> • Oppgradering av operasjon- / anesthesiavd. SSK er det høyest prioriterte investeringsprosjekt. 1.byggetrinn (dagkirurgi) ferdigstilles til påske 2011. Videre prosjektering pågår. Forventet oppstart på byggeplass: desember 2011. Samlede kostander 150-200 mill. • Innenfor investeringsrammen prioriteres bygningstekniske anlegg som er kritiske for pasientsikkerhet og drift av vitale funksjoner. I tillegg prioriteres erstatning av MTU som bryter sammen, når dette er nødvendig for å opprettholde pasienttilbudet. • Driften i 2011 budsjetteres med et overskudd på 42 mill. Overskuddet forutsettes disponert til vedlikeholdsinvesteringer i bygg og utstyr. • Utarbeide fremdriftsplan for investeringer i MTU, herunder en plan for 2011/2012 med prioritering av investeringer i modaliteter til de radiologiske avdelinge.: MR på SSA, CT på SSK og gjennomlysningslab på SSK har høyest prioritet. Fremdriftsplanen legges til grunn for videre prioritering av investeringer.
Fristbrudd	<ul style="list-style-type: none"> • Opprettet sentral arbeidsgruppe med representanter fra medisinsk og kirurgisk klinikk og klinikk for psykisk helse, som ser på årsaker og tiltak mot fristbrudd. Gruppen gjennomførte i 2009/2010 opplæring for alle aktuelle avdelinger. • Fristbrudd er tema i adm. direktørs månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene. • Fristbrudd er tema i alle oppfølgingsmøter med avdelingene i medisinsk klinikk. • Riktig bruk av nasjonale veiledere er kontinuerlig tema i medisinsk klinikk • Kontinuerlig overvåking av svartider på radiologiske og histologiske undersøkelser. Sette inn ekstra ressurser så snart det avdekkes problemer med å overholde svartidene
Blodberedskap	<ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk og kirurgisk klinikk har startet et felles prosjekt, med en serie konsensumøter, der riktig bruk av blod er et av temaene • som tas opp. Senere følger tilsvarende konsensumøter om riktig bruk av laboratorieprøver og radiologi. På møtene deltar avdelingsledere, medisinskfaglige rådgivere og andre sentrale legespesialister • Anskaffe afereseutstyr til SSF, 2 maskiner til en total kostnad på ca.kr. 300.000 • Vedlikeholde blodgiverkorpset gjennom rekruttering av nye givere.. Krever personellressurser • Økt blodtapping. Krever personellressurser.
Økonomisk balanse	<ul style="list-style-type: none"> • Det er utfordringer i driften rundt Sykehuspartner IKT kost, energikostnader, og økte intensivkostnader. • Dette kan svekke overskuddsbudsjettet på 42 mill og vil i tilfelle gå ut over • Det er så langt ikke utarbeidet tiltak for å veie opp for dette • Håndteringen av merkostnad pensjoner er også uavklart for 2011
Infeksjonsfare på opr.avdeling Kr.sand	<ul style="list-style-type: none"> • Det planlegges oppstart av ombygging i desember 2011. Det er øket risiko for infeksjoner pga relativt høye målinger på partikkelmengder og dårlig temperaturkontroll. Infeksjonsrisiko forsøkes redusert ved diverse tiltak og nøye kontroll, men det er en reel risiko for at enkelte stuer må stenges dersom man ikke kan holde seg innenfor kvalitetskravene

Risikoområder med "rød" status	Tiltak
Mangel på legehjemler	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tilgang på et tilstrekkelig antall legehjemler skaper store utfordringer for driften, både i form av uforholdmessig stor arbeidsbelastning for noen legegutter, og i forhold til å skape rom for nødvendige pasientkontroller og tid til nødvendig journaldokumentasjon – fordi utredning og behandling av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp må prioriteres. • HSØ prioriterer SSHF ved av legehjemler
Intensivkapasitet i Kristiansand	<ul style="list-style-type: none"> • SSHF har etablert et prosjekt på tvers av medisinsk og kirurgisk klinikk under ledelse av fagdirektør. Det har et kortsiktig (straktiltak) og langsiktig perspektiv. Det kortsiktige løsningen har en frist på 1.4.2011 og omhandler nye tilsetninger av personell (sykepleiere). Den langsiktige delen omhandler fremtidige løsninger og har en tidsfrist på 1.7.2011.
Risikoområder med "gul" status	Tiltak
Isoleringskapasitet	<ul style="list-style-type: none"> • Det er økende forekomst av multiresistente mikrober, mer TBC og flere pasienter som må isoleres pga svekket immunforsvar. Akuttinntak, og sengeposter har for liten kapasitet for isolasjon av pasienter. Det ble utarbeidet detaljerte planer for pandemiberedskap som viste begrensinger i vår kapasitet. Det planlegges ombygging av flere enheter, men ingen av disse løsningene kan realiseres raskt. Operasjonsstue-ombyggingen revideres for å gi plass til en stue som kan håndtere pasienter med isolasjonsbehov.
Mangelfull helhetlig kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeidelse av handlingsplan er under planlegging • Er et av de viktigste satsingsområdene i utkast til strategiplan 2012-2014
Kapasitetsproblemer til pasienter med rusproblemer	<ul style="list-style-type: none"> • SSHF arbeider med en områdeplan for tverrfaglig spesialisert behandling. Her vektlegges det at rusmisbruk også skal kunne behandles i DPS og andre avdelinger i KPH. • Rus er også et spesielt satsingsområde for SSHF i forslaget til strategiplan.
Lite brukervennlighet i DIPS	<ul style="list-style-type: none"> • Systemene analyseres av ressursgruppe med ikt- og klinisk kompetanse for å avdekke kritiske svakheter. Nødvendige forbedringer fremmes overfor leverandør i samarbeid med SP og HSØ.
Epikrisetid	<ul style="list-style-type: none"> • Tema i direktørens dialogmøter med klinikkjefene • Medisinsk klinikk har dette som fast tema i oppfølgingsmøtene med avdelingene. Behovet for rask epikrise vektlegges.
Stor andel deltidsstillinger	<ul style="list-style-type: none"> • Tema på direktørens dialogmøte med klinikkjefene • Medisinsk klinikk har fokus på bruk av kombinasjonsstillinger. Tiltak for å redusere deltid er fast tema i oppfølgingsmøtene med avdelingene i klinikken. • Utarbeide en handlingsplan som følge av HOD sitt pålegg og bestiller- og oppdragsdokumentet 2011

7.5. Vedlegg 5: Oversikt over tilsyn 2010

Rapportering av avvik etter tilsyn i Sørlandet sykehus HF i 2010

(Oppdatert 19.01.2011)

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
Statens Helsetilsyn	<ul style="list-style-type: none"> Pasientrettighetsloven Helsepersonelloven Spesialisthelsetjenesteloven Lov om psykisk helsevern Smittevernloven Lov om helsemessig og sosial beredskap Øvrige helse- og sosiallover 				
	Ortopedisk avdeling SSA (16.06-15.11.2010)	1	0	0	1 merknad
	Kirurgisk avdeling SSF (hoftebrudd/-proteser) (12-13-09.2010)	1	0	0	
Statens legemiddelverk	<ul style="list-style-type: none"> Apotekloven 				
Hesledirektoratet	<ul style="list-style-type: none"> Lov om medisinsk utstyr 				
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> Personopplysningsloven Helseregisterloven 				
	Kontroll SSHF (29.4.2010)	1	5	4	Avvik på informasjonssikkerhet. Pålegges risikovurdering, system for sikkerhetsrevisjon, opplæring, rutiner og gjennomgang av avtaler med leverandører. Datatilsynet har godkjent framdriftplan med frister 31.12.2010 for 4 avvik og 31.03.2011 for det siste
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> Matloven 				

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
	Personalkantine SSK (4.3.2010)	1	0	0	
HMS: Arbeidstilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljøloven • Ferieloven, • Tobakkskadeloven, • Lov om lønnsgaranti, • Lov om 1. og 17. mai, • Permitteringsloven 				
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	<ul style="list-style-type: none"> • Brann- og eksplosjonsvernloven, • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, • Produktkontrollloven, • Siviltforsvarsloven 				
	SSHF (15 - 18.3.2010)	1	4	0	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det gjennomføres ikke forebyggende vedlikehold på elektrisk utstyr 2. Det er uklare roller vedr. funksjonen "å forestå drift og vedlikehold av elektriske anlegg" 3. Det mangler en risikovurdering for drift og vedlikehold av nød-/reservekraft-systemene 4. Det er mangler ved nød-/reservekraft-systemet til Flekkefjord sykehus.
HMS: Statens forurensningstilsyn	<ul style="list-style-type: none"> • Forurensningsloven • Miljøinformasjonsloven • Produktkontrollloven 				
Statens strålevern	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om strålevern og bruk av stråling 				
Statens Helsetilsyn/Statens	<ul style="list-style-type: none"> • Genteknologiloven 				

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
institutt for folkehelse					
Fylkesmannen	<ul style="list-style-type: none"> • Forurensningsloven 				
Kommunene	<ul style="list-style-type: none"> • Plan- og bygningsloven 				
Lokalt el-tilsyn	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr 				
	Nyanlegg Psyk. avd	1	1	0	Manglende dokumentasjon og sluttkontroll
Kommunalt brannvesen	<ul style="list-style-type: none"> • Brann- og eksplosjonsvernloven 				
	SSK (21-22.4.2010)	1	5	3	Manglende dokumentasjon, mangler branntetting, rutiner for rømningsveier (bl.a. feilplassert utstyr), lagring i trapperom 2 anmerkninger Det arbeides med å lukke avvikene. Brannteknisk vurdering av admin.bygget er gjennomført og følge opp. Kreves sprinkling.
	Trollhaugen barnehage (11.10.2010)	1	2	0	1. Kontroll og vedlikehold kan ikke dokumenteres 2. Risikovurdering mangler
	SSA (08.09.2010)	1	2	2	1. Ikke bygget/utstyrt etter gjeldende forskrifter. Sikkerhetsnivået ikke oppgradert som for nyere bygg. 2. Brannsikkerhet ikke tilfredsstillende dokumentert. 3 anmerkninger
	DPS Solvang (15.2.2010)	1	3	0	Lagring i trapperom og ventilasjonsrom ACT-brakka mangler brannslukkingsutstyr og merking av rømningsveier 3 merknader
	DPS Lovisenlund (19.2.2010)	1	1	0	Mangler risikovurdering og tiltaksplan 2 merknader Virksomheten har flyttet til nye lokaler

7.6. Vedlegg 6: Oversikt analyser 2010

Oversikt over gjennomførte analyser mv. 2010 med medvirkning fra SIB²

Sist endret 31.12.2010

<i>Klinikk</i>	<i>Risikoområde</i>	<i>Verktøy</i>	<i>Dato</i>	<i>Oppfølging</i>
Medisinsk klinikk	Forbedringsprosjekt kontortjenesten Med. avd. SSK	Risikovurdering	20.01.2010	Bearbeides videre i prosjektet
Driftsenheten	Evaluering av prosess byggeprosjekt	Flytskjema med oversiktsmatrise	22.01.2010	
SSHF v/ KPH	Overføring av pasient mellom klinikker	Flytskjema	17.02.2010	
Kirurgisk klinikk	Hendelse Fødeavd. SSK	Hendelsesanalyse	11.03.2010	
Kirurgisk klinikk	Samlokalisering PTSS	Konsekvensanalyse	11.04.2010	
Medisinsk klinikk	Akutt slagbehandling	Flytskjema	06.04.2010	
KPH	Brukerundersøkelse HABU	Risikovurdering	15.04.2010	
Driftsenheten	Strømforsyning til SSK	ROS-analyse	16.04.2010	
Kirurgisk klinikk	Hendelse Fødeavd. SSK	Hendelsesanalyse	30.04.2010	
Kirurgisk klinikk	Hendelse Fødeavd. SSA	Hendelsesanalyse	11.06.2010	
Kirurgisk klinikk	Avisoppslag ØNH	Årsaksanalyse	11.06.2010	
Med./Kir. klinikk	Hendelse nyfødt	Hendelsesanalyse	22.06.2010	
Med. klinikk	Kurve og kurveføring Barneposten SSK	Audit/risikovurdering	25.08.2010	
Med. klinikk	Intensivkapasitet SSK	ROS-analyse	31.08.2010	
Kir. klinikk	Samorganisering Gyn./Barsel SSK	Pro-kontra-analyse	13.09.2010	
Med. klinikk	Immunsupprimerte revmatologiske pas.	Risikoanalyse	20.09.2010	
Adm. dir.	Slagutredning SSA	ROS-analyse	11.10.2010	
Med. klinikk	Strategiutvikling Barneseksjonen	ROS-analyse	19.10.2010	
Adm. dir.	Strategiutvikling Barneseksjonen	ROS-analyse	27.10.2010	
Med. klinikk	Hendelse Barneposten SSK	Hendelsesanalyse	19.11.2010	
Rehab.	Fysioterapienheten SSA	Risikoanalyse	01.12.2010	
Kir. klinikk	Hendelse Fødeavd. SSK	Hendelsesanalyse	03.12.2010	
Rehab.	Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering	Risikoanalyse	15.12.2010	

² Seksjon for internkontroll og beredskap

Følgende vedlegg er egne dokumenter:

Vedlegg 7: Områdeplan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorg

Vedlegg 8: Områdeplan for rehabilitering (høringsutkast)

Vedlegg 9: Retningslinje for aktivitetsplikt ved fristbrudd

Vedlegg 10: Handlingsplan for smittevern 2009 - 2013

Vedlegg 11: Årsmelding brukerutvalget SSHF 2010

Vedlegg 12: Handlingsplan brukerutvalget ved SSHF 2011