

Sørlandet sykehus HF

Årlig melding 2009

til Helse Sør-Øst RHF

Kristiansand, 26.2.2010

Innhold

DEL I: INNLEDNING.....	3
1. Om Sørlandet sykehus HF – oppgaver og organisering.....	3
1.1. Regionale, delregionale og spesielle funksjoner.....	4
1.2. Regionale og spesielle funksjoner innen somatikk.....	4
1.3. Nasjonale funksjoner.....	4
2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	5
3. Sammendrag.....	5
3.1. Resultater og utfordringer.....	5
3.2. Overordnet risikovurdering.....	6
DEL II: RAPPORT FOR 2009.....	7
4. Virksomheten i 2009.....	7
4.1. Ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid/internkontroll.....	7
4.2. Sentrale saker behandlet i styret.....	8
4.3. Oppfølging av driftsavtale og omstillingstiltak.....	8
4.4. Oppfølging av foretaksmøteprotokoller.....	13
4.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	15
4.6. Relasjon til omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst.....	15
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2010 – 2013.....	17
5. Sammendrag.....	17
5.1. Hovedutfordringer og prioriteringer i 2010 - 2013.....	17
5.2. Overordnet målbilde.....	17
5.2.1. Pasientbehandling.....	17
5.2.2. Forskning.....	19
5.2.3. Kunnskapsutvikling og god praksis.....	20
5.2.4. Organisering og utvikling av fellestjenester.....	20
5.2.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere.....	20
5.2.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring.....	21
5.3. Milepæler og rapportering til helseforetakets styre i 2010.....	21
5.4. Prosess og forankring.....	21
6. Utviklingstrender og rammebetingelser.....	22
6.1. Faglig og demografisk utvikling.....	22
6.2. Forventet økonomisk utvikling.....	23
6.3. Personell- og kompetansebehov.....	23
6.4. Bygningskapital – status og utfordringer.....	24
DEL IV: VEDLEGG.....	25
Vedlegg 1: Årsmelding brukerutvalget sshf 2009.....	25
Vedlegg 2: Aktivitet, indikatorer, HR-tall, årsresultat.....	28
Vedlegg 3: Rapportering av avvik etter tilsyn i Sørlandet sykehus HF i 2009.....	32

Vedlegg 4: Oversikt over gjennomførte ROS-analyser og risikovurderinger

Vedlegg 5: Ledelsene gjennomgang av driftsavtale og foretakprotokoll

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.

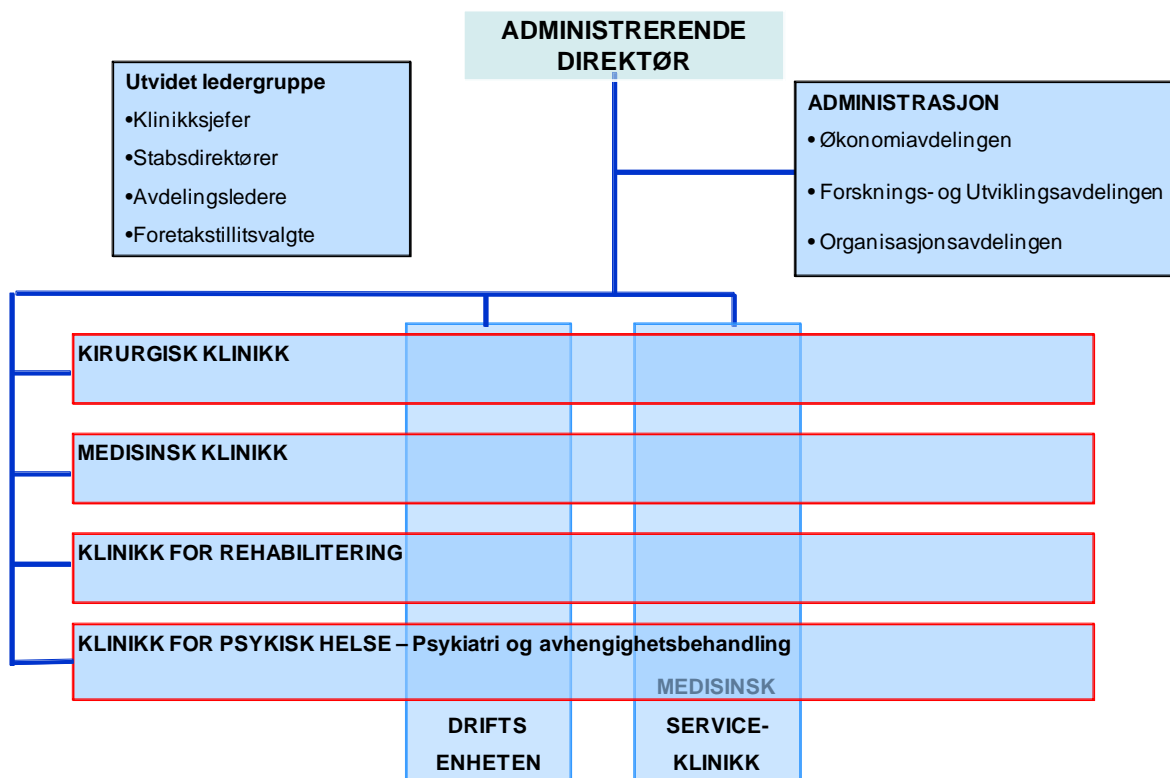
Foretaket har som mål å gi helhetlige og individuelt tilpassede behandlingstilbud til pasienter og pårørende, sikre effektive pasientforløp og drive målrettet opplæring. Helseforetaket skal gi behandling av høy kvalitet innenfor både somatikk og psykiatri, herunder prehospitaltjenester, habilitering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

SSHF omfatter somatiske sykehus i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. SSHF har videre psykiatriske sykehusavdelinger i Arendal og Kristiansand, og distriktpsykiatriske enheter i Kristiansand, Vennesla, Mandal, Kvinesdal, Flekkefjord, Arendal, Grimstad, Tvedestrand og Bygland samt rus- og avhengighetsenheter i begge fylkene. Administrasjonssenteret for Sørlandet sykehus HF ligger i Kristiansand.

Fra 1. juli 2009 ble Spesialistsykehuset for rehabilitering, Kristiansand, overført fra Oslo Universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF. Virksomheten på Kongsgård ble organisert i egen klinikk for Rehabilitering sammen med 4 avdelinger som ble overført fra Medisinsk klinikk og Medisinsk serviceklinikk.

De radiologiske enhetene som høsten 2008 ble skilt ut fra Medisinske serviceklinikk i en egen Radiologisk klinikk, ble i november 2009 tilbakeført til Medisinsk serviceklinikk.

SSHF er organisering med gjennomgående klinikker på tvers av geografi.



I 2009 hadde SSHF 612 somatiske senger, hvorav 80 senger til innlagte pasienter i interne pasienthotell. I tillegg kommer ca 80 tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser) og 295 senger i Klinik for psykisk helse. Antall senger i somatikken økte med 40 når Kongsgård ble overført fra Oslo Universitetssykehus til SSHF. Uten Kongsgård er sengetallet 572 i somatikken.

1.1. Regionale, delregionale og spesielle funksjoner

- Kompetansesenter affektive lidelser
- Regionalt LMS
- Områdefunksjon for alvorlig traumatisk hodeskade (ATBI)

1.2. Regionale og spesielle funksjoner innen somatikk

- Regionalt henvisningskompetansesenter (intensiv behandling av barn)
- PCI-senter
- ICD-senter
- Strålebehandlingssenter

1.3. Nasjonale funksjoner

- Barns Beste - 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.
- Avdeling for medisinsk mikrobiologi har referansefunksjon for diagnostikk av Borrelia

2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Visjon: Trygghet når du trenger det mest.

Verdier: Respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet.

I tillegg inneholder verdigrunnlaget lederkriterier og viljeserklæringer.

Verdigrunnlaget skal sette en standard for forholdet til pasienter og pårørende og mellom sykehusets ansatte. Verdigrunnlaget skal ligge til grunn for alle våre handlinger og vår kommunikasjon. Innholdet i dokumentet skal være en veiviser i de valg og utfordringer vi står overfor i hverdagen

Den raske og omfattende utvikling innen medisinsk teknologi, utstyr, behandlingsmetoder og diagnostikk gir oss stadig nye utfordringer. Det stilles nye krav til avstemning mellom faglige muligheter og forventninger, etikk og økonomi både internt og i samarbeid med andre.

Sørlandet sykehus HF vil legge forholdene til rette for å sikre nødvendig kvalitet, ressurstilgang og kompetanseutvikling for de brede behandlingstjenestene innenfor både medisin, kirurgi, psykiatri/rus og rehabilitering. Et godt utbygd akuttilbud er en viktig del av vår satsing på det lokale helsevernet. Pasientene skal oppleve at de får et helhetlig tilbud, til tross for at krav til kompetanse stadig krever større grad av spesialisering i de enkelte fagmiljøer.

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. Vurderinger og drøftinger rundt etiske dilemmaer forventes å øke i omfang og få stadig større offentlig interesse fremover.

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

3. Sammendrag

3.1. Resultater og utfordringer

Sørlandet sykehus HF gir pasientene på Sørlandet den helsetjenesten de har krav på. Det dokumenteres også ved de resultater foretaket ved årsskiftet kan vise til.

Aktiviteten ved både somatisk og psykiatrisk virksomhet er økt i 2009. På tilnærmet alle indikatorer som helseforetakene måles på, ligger Sørlandet sykehus HF enten på landsgjennomsnittet eller bedre. Det gjelder både innenfor pasientbehandling, epikrisetid, liggetid, høy grad av egenbehandling av pasienter fra Agder (84 %), korridorpasienter (0,3 %), sykefravær (7,8 %) og forskning (6 disputaser).

Rehabilitering er nå en integrert del av virksomheten ette at SSR Kongsgård ble overført til SSHF. Prosessen rundt virksomhetsoverdragelsen av SSR har vært god, og dette fagmiljøet er integrert i SSHF på en utmerket måte. God prosessledelse ved Organisasjonsavdelingen bidro til suksess. SSHF har gode systemer og erfaring knyttet til organisatoriske endringer, som har kommet til nytte i denne prosessen.

Den særlige utfordringen knyttet til SSR er manglende integrasjon av IKT-systemer, som gjør at to av tre avdelinger i klinikken lever med to Dips-versjoner, to styringssystemer og to meldesystemer for uønskede hendelser. Dette er en stor praktisk utfordring for det gode samarbeidet, og en potensiell pasientsikkerhetsrisiko.

SSHF har få fristbrudd (reduisert med 50 % i somatikken) og stabil ventetid. Den er gjennomsnittlig 63 dager for pasienter med rett til helsehjelp. Det er spesielt ØNH og ortopedi som har høye ventelister.

Å prioritere rett i henhold til prioriteringskriterier blir viktigere i årene fremover. Prioriteringsveilederne blir tatt i bruk etter hvert som de publiseres.

SSHF arbeider kontinuerlig med å forbedre pasientforløpene og utviklingen mot mer behandling i poliklinikk, dagbehandling og internt pasienthotell vil fortsette.

SSHF har relativt små rekrutteringsproblemer, men det er utfordringer innenfor noen områder. Det gjelder spesialister til radiologi, laboratoriefagene, rusbehandling og spesialsykepleiere. SSHF bør

tilstrebe å utdanne egne spesialister. SSA har fått gruppe 1 status innenfor utdanning av fordøyelsesspesialister i 2009.

Driftsresultatet for 2009 gikk i nær balanse. Kostnadsvekst til nødvendige prioriterte områder i 2010 er ikke fullt ut dekket inn. Inntektsmodellarbeidet har konkludert med at SSHF vil få tilført betydelige ressurser de 2-3 neste år. De skal brukes til å styrke IKT og investeringssiden.

Nåværende strategiplan har en varighet fra 2009- 2013. På bakgrunn av den medisinske utviklingen og de økonomiske rammebetingelser besluttet styret 16.12.09 å utarbeide en revidert strategiplan for perioden 2012 - 2014.

Det skal gjennomføres flere viktig utredninger i 2010. Det er akutt slagbehandling, områdeplan for rehabilitering og styrking av onkologitilbudet ved SSA.

For å lykkes med dette er det viktig å sikre god dialog internt og bygge en solid plattform. Det skal gjøres ved å ha åpne, brede og involverende prosesser.

SSHF har et årlig investeringsbehov i størrelsen 400 millioner til vedlikehold av MTU, IKT, bygg etc. Gjennom flere år med lave investeringsrammer er det opparbeidet et betydelig etterslep. For 2010 har HSØ gitt oss en investeringsramme på 52 millioner - forutsatt at driften forøvrig er i balanse. Det er for lite ressurser til investeringer av MTU noe som anses som den største utfordringen mot en god og effektiv drift.

3.2. Overordnet risikovurdering

Risikovurderinger i forhold til bestillinger er gjennomført ved å overføre momentene fra driftsavtale og foretaksprotokoll til en risikomatrix som har vært grunnlaget for ledelsens gjennomgang (LGG). Dette er nærmere beskrevet under kapittel 4.1 i denne meldingen.

Det er gjennomført risikovurderinger og –analyser for emner knyttet pasientsikkerhet og prosjekter, og oversikt over dette er vedlagt.

Det er gjort løpende risikovurderinger av foretakets økonomiske drift. Disse er rapportert løpende til styret gjennom året.

DEL II: RAPPORT FOR 2009

4. Virksomheten i 2009

4.1. Ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid/internkontroll

Ledelsens gjennomgang (LGG) er sentralt element i internkontroll og risikostyring. Risikostyring tar utgangspunkt i lovkrav og mål, og innebærer identifisering og risikovurderinger av suksessfaktorer for måloppnåelse. SSHF besluttet å anvende denne metodikken på driftsavtale og foretaksprotokoller for 2009. Med utgangspunkt i malen for rapportering av risikovurderinger ble det laget en matrise som omfattet de gitte oppdragene/oppgavene, og denne ble gjennomgått og risikovurdert i ledergruppen tidlig i 2009. Intensjonen var videre at klinikkene skulle foreta en tilsvarende LGG av relevante punkter for egen klinikk etter hvert tertial.

Erfaringen i 2009 er at matrisen ble for detaljert, og at det ikke ble sørget for nødvendig avgrensning og forenkling. LGG og risikovurderinger ble i liten grad et dynamisk verktøy "innarbeidet i allerede etablerte prosesser i helseforetakene ..." slik det formuleres i veilederen "Risikostyring i Helse Sør-Øst". Dette må man ta hensyn til for prosessen i 2010.

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.

I enkelte klinikker har avdelingene gjennomført "Ledelsens gjennomgang – internkontroll" to ganger i 2009 og lagt resultatet til grunn for en gjennomgang på klinikknivå.

Matrisene for driftsavtale/ foretaksprotokoll (oppdatert 2.12.2009) og internkontroll (oppdateres iht. årshjul OKU) er vedlagt.

Risikovurderinger gjennomføres i forbindelse med en del større prosjekter og prosesser og for kritiske områder innen pasientsikkerhet. Driftenheten har gjennomført en rekke ROS analyser og risikovurdert pasientsikkerheten for hele enheten. (Se vedlegg).

Klinikkene har aktive og velfungerende Kvalitetsråd, og oppfølgingen av pasientskadesaker er blant sakene som behandles. I 2009 ble det etablert et felles kvalitetsråd for de tre avdelingene i administrasjonen.

SSHF har et overordnet kvalitetsutvalg (OKU), og mandat og arbeidsform ble drøftet og revidert i 2009. Konklusjonen ble at OKU i større grad skal arbeide overordnet og strategisk med kvalitet og pasientsikkerhet, i tillegg til vektlegging av foretaksovergrepene koordinering og kulturbygging. OKU skal også påse at klinikkene etablerer et virkningsfullt internkontrollsystem.

Registrering og behandling av uønskede hendelser

Registrering og behandling av uønskede hendelser skal være en del av SSHFs kvalitetssystem, en integrert del av sykehusledelsens styringssystem, og en naturlig del av ordinær drift. Etter innføring av et elektronisk system for hendelsesregistrering i 2007 har meldefrekvensen økt med ca 10 % hvert år. Oppfølging av uønskede hendelser har fått større fokus i organisasjonen, er blitt mer enhetlig og er et viktig bidrag i arbeidet med systematisk forbedring.

Status etter tilsyn

Statens Helsetilsyn gjennomførte tilsyn med Radiologisk avdeling i Kristiansand i september 2008. Tilsynet resulterte i ett avvik som omfattet store deler av virksomheten ved avdelingen. Det ble umiddelbart iverksatt en rekke tiltak i den hensikt å lukke avviket. Det har vært løpende kontakt mot Statens Helsetilsyn og avviket ble lukket høsten 2009.

Etter tilsyn fra DSB fikk SSHF bl.a. avvik på at opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr ikke er systematisk. Det kunne ikke legges fram dokumentasjon på opplæringen, og ledere fulgte ikke opp. DSB varslet tvangsmulkt da SSHF ikke hadde gitt tilfredsstillende tilbakemelding innen fristen. Plan for opplæring er utarbeidet for å lukke for å lukke avviket, og dette vil være fokus for vernerundene i 2010.

Sørlandet sykehus fikk ingen avvik etter arbeidstilsynets oppfølgingstilsyn av God vakt! som ble gjennomført i 2008.

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. Oversikten for 2009 er vedlagt.

4.2. Sentrale saker behandlet i styret

Virksomhetsrapportering er fast sak i alle styremøtene. Det er en sak med tema fra pasientsikkerhet eller arbeidsmiljø på hvert møte. Arbeidet med pandemiberedskap er eksempel på en slik sak i 2009. Budsjett for 2010 har vært en viktig sak, og styret har fått presentert de utfordringene SSHF har med å utarbeide et budsjett i balanse.

I desember behandlet styret en sak om rullering av strategiplanen. Forslaget var å framskynde strategiplanarbeidet, og styret vedtok å starte forberedelsene våren 2010. Målet er å vedta en ny strategiplan medio 2011 for perioden 2012 – 2014 som skal erstatte nåværende plan (2009 – 2013).

Av andre saker som har vært behandlet nevnes:

- ny fullmaktsstruktur for SSHF etter mal fra Helse Sør-Øst
- ledelsens gjennomgang
- oppfølgingsplan for SSHF ut fra HSØs plan for strategisk utvikling
- byggeprosjekt for operasjonsavdelingen i Kristiansand

En brukerepresentant deltar på styremøtene og orienterer om saker som er behandlet i brukerutvalget.

4.3. Oppfølging av driftsavtale og omstillingstiltak

Pasientbehandling

Å prioritere rett blir viktigere i åra framover, i henhold til prioriteringskriteriene. Helheten av disse kriteriene skal ligge til grunn for de valg som gjøres. I alle ledd i organisasjonen skal prioriteringskriteriene ligge til grunn for helseforetakets utvikling.

Prioriteringsveilederne er tatt i bruk av fagmiljøene etter hvert som de publiseres. Det gjennomføres opplæring i bruk av dem. Det er fokus på god prioritering, og på utvikling i ventetider og fristbrudd

SSHF har svært kort liggetid og praktisk talt ingen korridorpatienter (0,3 % i somatikken og = 0 % i psykiatrien).

Det arbeides kontinuerlig med å sikre optimale pasientforløp, og samme dagsinnleggelse som inngrep skal foretas er utvidet til også å omfatte kirurgiske avdelinger i 2009. Internt pasienthotell i Arendal er utvidet med 18 senger. Samtidig er ordinære sengepostsenger redusert tilsvarende.

Et sentralt satsingsområde i de siste to årene har vært å styrke vaktordninger, for å øke pasientsikkerheten. Frigjorte ressurser fra endring av pasientforløp er benyttet til å styrke vaktordninger innen gynekologi SSK, samt legge til rette for styrking av vaktordninger innen anestesilogi, gastrokirurgi og urologi, i hovedsak i Kristiansand.

Det miniinvasive senteret ved SSA er tatt i bruk, og simulatortrening er gjort tilgjengelig, noe som vil styrke mulighet for kompetanseheving for kikkhullskirurgi bl.a. for leger i spesialisering ved SSHF.

Pasientsikkerhetsarbeide er prioritert i Kirurgisk klinikk, Safe surgery er etablert ved enkelte avdelinger og ordningen med avdelingsvise kvalitetsråd er utvidet. Komplikasjonsregister er forberedt og vil bli pilotert i 2010. NOIS-registrering er utvidet til også å omfatte hofteproteser og galleoperasjoner i 2009, i tillegg til keisersnitt, og SSHF oppfyller derved anbefalingene fra myndigheten til deltagelse i nasjonal overvåking av sykehusinfeksjoner innen operative fag.

Antall behandlede pasienter er økt i Kirurgisk klinikk i 2009. Bemanning for å håndtere ø-hjelpspasienter på dag og kveld er styrket, både ved SSA og SSK. Dette reduserer pasienters ventetid på operasjoner og øker pasientsikkerhet. Ordning med beredskap for leger og sykepleiere til intensivtransport er etablert.

Aktiviteten på sykehuset i Flekkefjord har økt, og opptaksområdet for sykehuset ser ut til å utvide seg mot Lindesnes og Mandal. Muligens henger dette sammen med bedre infrastruktur/veier mot Flekkefjord.

Innenfor de økonomiske rammene som har vært tilgjengelige har SSHF ikke funnet plass til å tilføre ressurser for å styrke habiliteringstilbudet til barn og unge. HABU har imidlertid arbeidet systematisk med kvalitets- og effektiviseringstiltak innefor eksisterende ressursrammer. Det regionale henvisningskompetansesentret; Program for intensivert habilitering (PIH) er imidlertid styrket med en million fra HSØ. Det har tatt noe tid dette gir seg utslag i økt behandlingsvolum, men vi anser bevilgningen vil få full effekt fra 2010.

SSHF (klinikk for rehabilitering Kongsgård) er tildelt områdefunksjon for alvorlig traumatisk hodeskade (ATBI), og har et konstruktivt samarbeid med OUS Ullevål om pasientforløpene. Områdefunksjonen har tidligere vært praktisert slik at også andre tunge hodeskader har vært inkludert, både for inneliggende pasienter og i forhold til ambulant oppfølgingsvirksomhet. Denne funksjonen er nå begrenset til den flerområdefunksjonen SSHF skal oppfylle. Flerområdefunksjonen er viktig, fordi den betyr at pasienter med alvorlige hodeskader og lang gjennomsnittlig liggetid har mulighet for behandling nær hjemmet. Dette er en vesentlig fordel for både pårørende og pasienter.

Klinikk for psykisk helse har avdelinger med tradisjonell sykehuspsykiatri, distriktspsykiatriske sentra, rusavdeling, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og avdeling for psykosomatiske lidelser. Målsetningen om et differensiert og desentralisert tilbud er således oppfylt. Klinikken har fokus på aktivitetsvekst og økt effektivitet. Klinikken har økt aktivitet både for poliklinikk og innlagte.

Polikliniske konsultasjoner har økt både for voksne, barn og unge samt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innen psykisk helsevern for barn og unge har det vært en styrt endring i retning av økt poliklinisk virksomhet og redusert døgnvirksomhet.

Det er et høyt antall akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling, samtidig som det er et økende antall henvisninger til akuttambulante team. Det er videre en relativt høy andel voksne som legges inn til tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern.

Behandlingskapasiteten innen spiseforstyrrelser hos barn/unge og voksne er tilfredsstillende, det samme er kapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien på nivå 2.

Gjenstående investeringsprosjekter knyttet til opptrappingsplanen blir videreført mot ferdigstilling. DPS Strømme er det siste prosjektet i planen og nye bygninger tas i bruk våren 2010.

Andel epikriser innen 7 dager er over 81 prosent i Klinikk for psykisk helse. Epikrise til pasient ved utskrivningssamtale er i liten grad gjennomført i klinikken.

Klinikk for psykisk helse har utarbeidet planer og prosedyrer for å sikre gode overganger fra barn og ungdomstilbud til voksentilbud.

Klinikken har i forbindelse med innføring av Den Danske Kvalitetsmodellen funnet at rutiner for innhenting av kompetanse/ veiledning for sjeldne og spesielle tilstander må forbedres.

Pasientbehandling – kvalitet i tjenesten

I klinikk for psykisk helse pågår det et omfattende kvalitetsarbeid i forbindelse med implementering av Den Danske Kvalitetsmodell (DDKM). DDKM understøtter klinikkens arbeid med å sikre at tjenestene som ytes har god kvalitet og er i overensstemmelse med myndighetskrav og faglige retningslinjer. Målet er å sikre pasienter gode og forutsigbare helsetjenester gjennom enhetlige prosedyrer, god dokumentasjon og god rapportering ute i klinikkens avdelinger. DDKM er også styringsverktøy i risiko- og vesentlighetsvurderinger, samt i sikring av god praksis i utøvelsen av tjenestene. Det er et mål å bli akkreditert i løpet av 2010.

Legemiddelrutiner i Klinikk for psykisk helse er evaluert to ganger i løpet av året 2009 med tilfredsstillende resultat. I arbeidet med implementering av DDKM identifiseres eventuell feilmedisinering og tiltak gjennomføres fortløpende.

Sørlandet Sykehus HF har innført nye rutiner for administrering og registrering av henvisninger som vil sikre en enhetlig praktisering av ventelistedministrering samt mer korrekte ventelistetall. Det arbeides med å innføre nye maler for svar på henvisninger og av revidere informasjonsbrosjyren om fritt sykehusvalg.

Sykehusets første komplette behandlingslinje er ferdig utarbeidet og tatt i bruk på revmatologisk avdeling for pasienter med revmatoid artritt. I tillegg har vi flere behandlingslinjer utarbeidet på ulike diagnosegrupper ved tidligere SSR, Kongsgård. Det arbeides med å få de elektroniske systemene fra SSR og SSHF koordinert så behandlingslinjene kan legges på intranett og internett. Her kan pasienter og pårørende gå inn og få kunnskap om hva de kan forvente seg av behandling og oppfølging innen aktuell diagnose gruppe. Behandlingslinjene setter en standard for behandling og oppfølging og reduserer variasjon i behandlingen. Pasienten får samme behandling uavhengig av hvem som er på vakt. Med andre ord et godt verktøy for kvalitetssikring av fag, retningslinjer, logistikk, riktig ressurs bruk og en viktig kunnskapsformidler til nyansatte, vikarer og helsepersonell i førstelinjetjenesten.

Samhandling

SSHF har gjennom overordnet strategisk samarbeidsorgan (OSS) etablert en arena for samhandling med kommunehelsetjenesten. Brukerrepresentanter og praksiskoordinator for praksiskonsulentordningen deltar i OSS sammen med representanter fra kommunene og sykehusets ledelse. Målet i 2009 har vært å etablere en strategisk plan for arbeidet i neste 5- års periode. Fokusområdene er kompetanseutveksling, FoU, IKT, videreutvikle hensiktsmessige arenaer for samhandling med spesiell vekt på pasientforløp med fra hjem til hjem fokus. I regi av OSS ble det arrangert et samhandlingsseminar i vår der statsråd Bjarne Håkon Hansen la frem prinsippene i samhandlingsreformen.

Det har pågått aktiviteter i samarbeid med Sykehuspartner for å underbygge målene knyttet til elektronisk samhandling. Det er gjennomført pilotprosjekt med Arendal kommune i forhold til elektronisk meldingsutveksling. Det er etablert en egen lokal prosjektgruppe som videre skal delta i og underbygge målene til det regionale meldingsløftprosjektet.

Det arbeides med elektronisk kommunikasjon og elektronisk sykepleiejournal.

Det ble i 2009 vedtatt en egen retningslinje for inn og utskrivninger for pasienter som har behov for kommunale pleie og omsorgstjenester.

SSHF har et forutsigbart og planlagt samarbeid med kommunene gir seg blant annet utslag i kort liggetid og praktisk talt ingen korridorpatienter fordi det er mulig å skrive ut pasientene så snart de er ferdig behandlet.

Rekruttering og felles ansettelse er et samarbeidsprosjekt mellom Kristiansand kommune og SSHF. Hovedmålsettingen er å tilrettelegge for gjensidig kompetanseutveksling i kombinasjonsstillinger for sykepleiere i turnus. Et delmål er å øke andelen heltidsstillinger.

Det er etablert et helsenettverk Lister, hvor SSHF Flekkefjord er en aktiv deltaker. Nettverket skal skape en arena for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling, kartlegge mulige samarbeidstiltak og øke robustheten på helse- og omsorgsfeltet og ta tak i Samhandlingsreformen på en offensiv og strukturert måte

I tillegg til brukerundersøkelser i regi av SSHF, har Klinikk for psykisk helse bruker- og pårørende undersøkelser som del av selvevaluering.

Det gjennomføres faste møter med avtalespesialister på Distriktpsikiatrisk sykehusnivå.

I forhold til indikatorer på samhandling, rapporterer psykiatrien på epikrisetid, individuell plan og liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

Klinikk for psykisk helse har fokus på samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, mellom tjenestenivåene og med private leverandører. Innen tverrfaglig rusbehandling er det et aktivt samarbeid med private aktører som Helse Sør-Øst har inngått avtale med og som tilbyr døgnbehandlingsplasser. Dette gjelder spesielt pasienter som trenger langtidsbehandling, har behov for spesialisert behandling eller som benytter seg av ordningen med fritt sykehusvalg.

For å sikre bedre koordinering av henvisninger innen psykisk helsevern, er det ved SSHF opprettet tre cluster: ett i Aust-Agder, ett i Kristiansands regionen og ett i vestre region av Vest-Agder. Det er en felles koordinator, og målet er å utvikle samhandlingsrutiner mellom fastleger, avtalespesialister og DPS samt utnytte den samlede kapasiteten bedre.

Brukerrepresentanter deltar i avdelingsledermøter og i prosjektarbeid i Klinikk for psykisk helse.

Utdanning av helsepersonell

SSHF er en god arena for utdanning av helsepersonell, og i 2009 er det arbeidet systematisk med å forbedre praksis for en rekke utdanningsløp. For sykepleiestudentene er det utviklet plan for praksis som beskriver konkret hva som forventes i de ulike avdelinger og enheter. Det er gjort i nær dialog mellom praksisfeltet og Universitetet i Agder. Det arrangeres årlig tilbud om veiledningspedagogikk for ansatte med veiledningsoppgaver. I 2009 er det også arrangert kurs i medisinsk veiledningspedagogikk i samarbeid med Dnlf.

Laboratorieavdelingene har samarbeidet med Universitetet i Agder om undervisning av bioingeniørstudenter og har studenter derfra i praksis.

Det er i 2009 gjennomført en kartlegging av nåværende og fremtidige kompetansebehov for høyskolegruppene. Oppsummeringen viser at SSHF i tillegg til spesialsykepleiere innenfor AIOB, er det behov for kompetanse innenfor rehabilitering og geriatri i flere klinikker. SSHF er i dialog med Universitetet i Agder for å tilrettelegge for dette.

Lærlinger fra helsefagarbeiderutdanningen har seks uker av sin lærlingperiode i SSHF. Ansatte som veileder lærlingene skal ha tilbud om instruktørkurs.

Utdanning av spesialsykepleiere pågår kontinuerlig og ansatte fra SSHF tilbyr veiledningsoppdrag for UIA i tillegg til den kontinuerlige oppfølgingen av ansatte i praksisperioden.

Utdanning av egne spesialister både for leger og psykologer er en strategisk viktig oppgave for SSHF. I denne forbindelse er forskningsstrategien lagt tett opp til nettopp etablering av robuste fagmiljø som også omfatter et godt læringsmiljø der ny kunnskap utvikles og tas i bruk som et naturlig element i klinisk arbeid. Urologisk seksjon er den første i Norge som er sertifisert av European Board of Urology (EBU) etter europeisk standard i forbindelse med spesialistutdanning i urologi.

SSA har fått gruppe 1- status i utdanning av fordøyelsesspesialister løpet av 2009. Flere spesialistutdanninger er i prosess med å søke godkjenning som gruppe 1 avdeling.

I Klinik for psykisk helse utdannes det lege- og psykolog spesialister. Annet helsepersonell tilbys mulighet for etter- og videreutdanning. I tillegg gjennomføres det et modulbasert kompetansehevingsprogram internt i klinikken innen prioriterte fagområder.

Antall turnuskandidater i psykiatrien i Aust-Agder er redusert fra 6 til 2. Det er per dags dato ingen turnuskandidater i psykiatrien i Vest-Agder, og det arbeides for å få på plass turnuskandidater også der.

Forskning

Forskningen i SSHF videreføres i henhold til regional forskningsstrategi og vedtatt strategi i SSHF. I 2009 har SSHF hatt 6 disputaser, hvorav 2 ble gjennomført ved klinik for psykisk helse (Klinik for psykisk helse). Forskningsaktiviteten i SSHF er primært klinisk rettet og bidrar til ny kunnskap om pasientgrupper som behandles her. Forskerne som har disputert vil få veiledningsoppgaver på sine fagområder samt bidra til å initiere ny forskning i klinikken.

Klinik for psykisk helse har 16 pågående doktorgradsarbeider, hvorav 3 er innen rusmiddelmissbruk og rusbehandling, 11 innen psykisk helsevern barn- og ungdom og 2 innen psykisk helsevern voksne.

I klinikken er det en stadig økende produksjon av vitenskapelige artikler i internasjonale journaler, kronikker og foredrag. Avdeling for barn og unges psykiske helse har også en relativt stor forskningsproduksjon.

Opplæring av pasienter og pårørende

LMS har begynt med to nye kurs. Økning av kurs innen habilitering og rehabilitering er prioritert. Gjennom å opprette brukerkontor ved SSA, er LMS som arena for samhandling med brukerorganisasjonene styrket. Opplæring av pasienter og pårørende er ikke tilrettelagt for fremmedspråklige. Lokalt LMS driver generelle og spesifikke mestringskurs for både pasienter og pårørende. Ansatte fra kommunehelsetjenesten deltar også i disse tilbudene/aktivitetene. LMS ønsker å prioritere opplæring av ansatte i helsepedagogikk fremover, for å gi avdelingene økt mulighet til å gjennomføre egne LMS-kurs.

Helsefilmprosjektet som er utviklet i regi av SSHF har i 2009 utviklet en rekke filmer som fokuserer på pasient og pårørende opplæring og mestring. Det pågår en dialog med helsebiblioteket for å sikre videre forvaltning av helsefilm som nasjonal ressurs. I 2009 ble det bl.a. produsert to filmer om

traumer og traumebehandling. I tillegg er det også produsert to filmer i regi av det nasjonale kompetansesenteret "Barns Beste".

Klinikk for psykisk helse har lagt til rette for likemannsarbeid gjennom samarbeid med brukerorganisasjoner. I tillegg er det likemannskontakter ute i klinikkens avdelinger og det er ansatt en likemannskoordinator som tiltrer våren 2010.

Pasienter og pårørende får nødvendig og relevant pasientinformasjon. Det fokuseres også på skriftlig kommunikasjon med pasientene for å sikre at nødvendig informasjon blir formidlet på en klar og god måte.

Brukermedvirkning

Det ble åpnet brukerkontor på sykehuset i Arendal i 2009. Her formidles kurs som arrangeres av LMS, det arrangeres likemannskurs og hjelp av ulike slag formidles til pasienter/brukere og pårørende. Det arbeides med mulighet for å åpne brukerkontor i Kristiansand også.

I forbindelse med utvikling og gjennomføring av LMS-aktiviteter er brukermedvirkning en naturlig prosess i både planlegging og gjennomføring. Regionalt LMS har også i økende grad involvert og engasjert brukerrepresentanter i plan- og utviklingsarbeidet. Helsefilmportalen som er utviklet av SSHF, peker på at formidling av erfaringer fra å leve med kroniske lidelser best kan skje gjennom at brukeren selv er stemmen som formidler.

Brukerutvalget har hatt utkast til Årlig melding til behandling og kommet med innspill til innholdet.

Regionalt LMS

SSHF har ansvar for regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestringssentra (RLMS) i regionen. RLMS fikk et utvidet mandat fra 2009 med økt fokus på brukermedvirkning og samhandling med kommunehelsetjenesten. Dette arbeidet er startet opp gjennom å etablere kombistillinger både med Sandefjord kommunale LMS og undervisningssykehjemmet i Songdalen. Videre er det i løpet av 2009 etablert et dialogforum i samarbeid med alle RHF og nasjonalt kompetansesenter for LMS for å koordinere oppgaver. Det er etablert faglig nettverk med lignende virksomhet i Danmark. 2009 har videre hatt fokus på å forberede en strategisk plan for opplæring av pasienter og pårørende i nær dialog med HSØ.

Medisinske støttefunksjoner

Laboratorieavdelingene og radiologiske avdelinger utøver sin virksomhet på oppdrag fra de kliniske avdelinger. Diagnostikk og behandlingsoppfølging som vurderes som øyeblikkelig hjelp utføres uten ventetid. For vanlige MR-, CT og ultralydundersøkelser er etterspørselen betydelig større en kapasiteten og ventetider kan komme opp mot 12 – 14 uker på disse undersøkelsene. Også innen patologi er det økt svartid, med topp på ca 6 uker forsommeren 2009. Utviklingen følges fortløpende med tanke på å sette inn tiltak for å motvirke ytterligere økning i ventetid.

Radiologisk avdeling har inngått en samarbeidsavtale med Røntgensenteret i Kristiansand. Bemanningen ved radiologisk avdeling er sikret med stabile langtidsvikarer på flere områder.

SSHF har representanter i det regionale fagrådet for medisinske støttefunksjoner.

Klinikken har et formalisert samarbeid med Sykehusapotekene. Klinikken legger til rette for kontakt mellom de kliniske avdelinger og apotekene når det er nødvendig å avklare behov knyttet til beredskap og vaktplaner for apotekene.

Klinikken har i noen grad utarbeidet standardisert informasjon til pasienter, både på internett og skriftlig. Dette arbeidet er under videre utvikling.

Ved alle avdelingene i medisinsk serviceklinikk pågår det et kontinuerlig kvalitetsarbeid der internrevisjoner og oppgradering av prosedyrer har vært vesentlige satsningsområder i 2009.

Opplæring og kompetanse medisinsk teknisk utstyr

SSHF har etter tilsyn fra DSB fått avvik på at opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr ikke er systematisk dokumentert. De påpeker at det mangler dokumentasjon på at opplæring er gitt, og at ledere følger for dårlig opp. DSB varslet tvangsmulkt, men har gitt utsatt frist for å lukke avviket etter dialog med SSHF om saken.

For å lukke avviket, har SSHF i løpet av 2009 startet innfasing av læringsportalen. Flere avdelinger har vært involvert i arbeidet med utvikling av e-læringspakker gjennom eget OFU prosjekt. Mange avdelinger har i noen grad tatt dette i bruk. Det utarbeides styrende dokumentasjon og maler/verktøy

for å forenkle dokumentasjonen på at opplæring er gitt. Dette vil gi gode systemer for opplæring innen MTU. Arbeidet blir prioritert i 2010.

Særskilte oppgaver for SSHF

Medisinsk klinikk har oppnådd faglig videreutvikling på flere viktige områder, blant annet innen flerområdefunksjonen i avansert hjertemedisin. Aktiviteten ved senteret for hjertestartere/pacemakere holder høyt internasjonalt nivå, og tilbudet mot Telemark er utvidet. PCI-senteret har hatt fast tilknyttet 2,4 PCI-operatører i 2009. Høsten 2009 er den 3. faste PCI-operatør ansatt for tiltredelse primo februar 2010. Dette innebærer at en i 2010 får døgnkontinuerlig vaktordning på PCI-senteret i Arendal.

Aktivitet og økonomi

Den somatiske virksomheten ved sykehuset har i 2009 i vært stabil. Antall innleggelser er 42 516 som er – 0,6 % fra 2008. Antall polikliniske konsultasjoner er 232 341 som er en vekst på 3,6 % fra 2008. Beleggsprosent er 90,4 % som snitt i 2009.

Ventetidene for avviklede pasienter ved sykehusets somatiske virksomhet er stabile. 63 dager for pasienter med rett til helsehjelp og 70 dager for de uten rett.

For ventende pasienter er ventetidene 120 dager i snitt pr desember, som er opp 3 dager fra 1.1.09. Det er spesielt ØNH og ortopedi som har høye ventetider ved sykehuset.

Det er en relativt liten andel fristbrudd i den somatiske virksomheten. I løpet av året er de månedlige antall fristbrudd redusert med ca 50 % fra ca 600 til ca 280 i somatikken.

Klinikk for psykisk helse har hatt en aktivitet ut over budsjett 2009 innen både psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har aktiviteten vært lavere enn budsjett 2009. Manglende måloppnåelse innen TSB skyldes bl.a. mangel på spesialister og lav døgnbehandlingsskapasitet. Det arbeides aktivt med tiltak for å avhjelpe kapasitetsmangelen, bla omgjøring av DPS senger til senger forbeholdt ruspasienter, og for å rekruttere spesialister.

Informasjon fra det pasientadministrative systemet brukes i den interne oppfølgingen av klinikkens avdelinger. Aktivitetstall og kvalitetsindikatorer følges tett opp gjennom månedlig rapportering og gjennom analyser av virksomhetsdata. Ansvaret for registrering og kvaliteten på denne ligger på avdelingsnivå / behandlingssted.

I Klinikk for psykisk helse følges ventetider og fristbrudd månedlig gjennom avdelingsvise målekort. Ventetid er økende inne psykisk helsevern og innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innen psykisk helsevern voksne er det for året 2009 under ett ca 4 prosent fristbrudd. Tilsvarende tall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er på 6 prosent. Det er særlig langtidsbehandling innen rusbehandling som er en utfordring. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det tilnærmet ingen fristbrudd.

Status for omstillingstiltak 2009

SSHF har også i 2009 gjennomført en rekke omstillingstiltak for å bringe foretaket i økonomisk balanse og for å skape nødvendig handlingsrom til nye prioriterte tiltak. I størrelsesorden 70 millioner kroner er effektivisert i 2009. Av dette utgjør utsettelse av opptrapping i psykiatrien med i størrelsesorden 23 millioner kroner.

4.4. Oppfølging av foretaksmøteprotokoller

HR-området

Avdelingene har fokus på optimal ressursbruk og oppgavefordeling. Det er etablert flere prosjekt med betegnelsen "Rett person på rett plass".

Det er lagt føringer og gjort tiltak for å bruke egne medarbeidere ved ferieavvikling framfor innleie. Bruk av administrative tillegg for egne ansatte har medvirket til å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen under ferieavviklingen.

Sykefraværet i 2008 var på 7,8 % mens det i 2009 var 7,82 %. Målet på 7 % ble ikke nådd. Noe av årsaken til dette er influensa H1A1. I tillegg er SSHF blant de laveste sykefraværstallene i regionen, og en ytterligere reduksjon er mer krevende. I forbindelse med Influensa H1A1 er det gjort en stor innsats slik at ca 85 % av medarbeidere er vaksinert. Det er variasjoner pr. avdeling og pr. klinikk, og HMS-rådgiverne har ansvar for veiledning og oppfølging av enheter som har høyt sykefravær over lengre tid.

I medisinsk service klinikk har det vært en positiv utvikling med flere måneder med sykefravær rundt 5 %. Radiologisk avdeling har i 2009 fokusert på få opp driften og skape ro i avdelingen etter ett turbulent 2008. Tiltak for å bedre arbeidsmiljø er gjennomført, og resultatet er redusert sykefraværet og en positiv holdning i avdelingen.

I klinikk for psykisk helse er nedsatt en egen prosjektgruppe som arbeider med tiltak for å få ned sykefraværet og det har tidligere vært avholdt seminar med sykefravær som tema.

Uønsket deltid ble kartlagt i 2008, og det har i 2009 ikke blir gjennomført en systematisk oppfølging. Statistikken viser at 49,1 % av de ansatte har full stilling, mens 6,1 % har stilling under 50 %. Tilsvarende tall for 2008 var 5,9 % og 49,5 %. Selv om flere avdelinger har satt fokus på uønsket deltid og små stillingsbrøker, har ikke retningslinjen for uønsket deltid ført til ønsket resultat.

SSHf har i 2009 startet planleggingsarbeidet med å implementere elektronisk ressursstyringssystem. Oppstart av prosjektet var opprinnelig planlagt til høsten 2009 men ble utsatt på grunn av den økonomiske situasjonen i SSHf.

Medarbeiderundersøkelsen ble ikke gjennomført i 2009 siden det sentralt arbeides med anbud for et nytt felles system for alle helseforetak i HSØ.

Administrative støtteverktøy

SSHf tok i 2009 i bruk det felles elektroniske rekrutteringsverktøyet (Webcruiter). Systemet er integrert med personalportalen. Det ble gjennomført opplæring av ledere og andre som arbeider med rekruttering. Verktøyet fungerer tilfredsstillende, og har ført til mindre papirarbeid. En viktig gevinst er at ledere får tilgang til søknadene etter hvert som søkerne registrerer dem.

Investeringer og kapitalforvaltning

Det er tidligere gjort en tilstandsvurdering pr bygningsdel for alle bygg i SSHf. Denne tilstandsanalysen supplert med løpende faglige vurdering er utgangspunktet for teknisk/økonomisk motiverte vedlikeholdstiltak som fremmes i de årlige budsjettprosessene. Vedlikeholdsbehov avstemmes med de funksjonelle utviklingstiltak som klinikkene fremmer. Resultatet er rullerende ettårs planer for vedlikeholdsinvesteringer i bygg og anlegg. Planenes omfang er begrenset av foretakets investeringsrammer og omfatter i all hovedsak tiltak som er nødvendige for å lukke avvik fra lover og forskrifter og tiltak som er nødvendige for å opprettholde daglig drift. Utover dette foreligger planer for et lite antall utviklings- og oppgraderingsprosjekter som foreløpig ikke er vedtatt eller finansiert. Her nevnes spesielt rehabilitering av operasjon/anestesi ved SSK. Det er fremdeles et betydelig etterslep på vedlikehold av eiendomsmassen.

SSHf har de senere år gjennomført ROS-analyser for teknisk infrastruktur, logistikk etc. På grunnlag av disse er det gjennomført strakstiltak og det er utarbeidet beredskapsplaner som bl.a. omfatter vann- og strømforsyning.

Eiendom

Landsvernplan er gjort kjent. Det er et utstrakt samarbeid med Riksantikvaren med å lage tiltak på vernede områder. Det rapporteres også fortløpende til RHF.

SSHf deltar aktivt i nasjonalt miljø- og klimaforum.

Ved utleie og redusert leie har SSHf redusert sin egen arealbruk med ca 2000 m² (ca. 1 %) i 2009. Overtakelsen av lokalene til tidligere SSR på Kongsgård øker arealet, men tilsvarende reduksjon for OUS.

Parkering

Parkeringsforholdene for pasienter og ansatte er gode både i Kristiansand og Flekkefjord. I Arendal er ikke forholdene optimale, men et nytt parkeringsanlegg er påbegynt og vil stå ferdig i 2010.

IKT

SSHf samarbeider med Meldingsløftet. Utsending av epikriser, røntgensvar og lab-svar går elektronisk til alle legekantor som kan motta. Applikasjonskwittering er under implementering. Arbeidet med å avvikle papirutsendelse er i gang men ikke fullført enda. Elektronisk melding fødselsregisteret er på plass.

Arbeidet med å implementere ny IKT-plattform startet i 2009. Arbeidet ble noe forsinket da det like før utrulling ble vedtatt å gå over til Windows 7 i stedet for Windows Vista. Dett forsinket prosjektet noe, og etter planen skal utrulling være ferdig i løpet av mars 2010

4.5. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Agderfylkene er ett av sykehusområdene i Helse Sør-Øst, og allerede i 2003 ble de tre sykehusene i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand etablert som ett helseforetak. SSR, avdeling Kristiansand, ble overført fra Oslo Universitetssykehus til SSHF 1. juli 2009 og rehabilitering ble integrert i SSHF.

SSHF har en overordnet foretaksstruktur med klinikker på tvers av geografi, og det er i 2009 gjort endringer både i klinikkinndeling og på avdelingsnivå.

Klinikk for rehabilitering ble opprettet etter at SSR Kristiansand ble virksomhetsoverdratt til SSHF i juli 2009. I tillegg til de tre avdelingene på Kongsgård, ble 4 avdelinger fra henholdsvis medisinsk serviceklinikk og medisinsk klinikk inkludert i den nye klinikken. Organiseringen ble drøftet høsten 2009, og antallet avdelinger ble redusert fra 7 til 3 ved utgangen av året. Formålet har dels vært å samle alle tjenester innenfor et fagfelt på tvers av geografi, og dels å sikre viktige fagfelt en plass i klinikkens ledergruppe. I 2010 vil organiseringen av avdelingene bli gjennomgått, slik at alle tjenester organiseres så rasjonelt som mulig, med fokus på god pasientbehandling.

Klinikk for rehabilitering har opprettet kvalitetsråd, arbeidsmiljøutvalg og faste arenaer for dialog med tillitsvalgte og vernetjeneste. Omstillingene har vært krevende for medarbeiderne, med tillitsvalgte, vernetjeneste og ledere har gitt tilbakemelding om at de mange prosessene er gjennomført med stor grad av medvirkning, og i en konstruktiv atmosfære. SWOT er brukt som redskap for å få frem alle argumenter, og det er lagt til rette for mest mulig direkte involvering av den enkelte, der dette har latt seg gjøre.

Det er en utfordring for et enhetlig og systematisk kvalitetsarbeid at IKT-systemene i avdelingene fra tidligere SSR ikke er fullt ut integrert i SSHF. Klinikken har i dag to dokumentstyringssystemer og to systemer for rapportering av hendelser og avvik. Dips er heller ikke slått sammen med SSHF.

I 2009 har SSHF hatt et tillatt underskudd på 12,8 mill knyttet til virksomheten på Kongsgård, mens tilskuddet reduseres til 9 mill for 2010. Rehabiliteringsklinikken har derfor gjennomført en rekke tiltak for å redusere styringsfarten inn mot 2010, slik at virksomheten er tilpasset et lavere budsjett.

Medisinsk klinikk har tverrgående ledelse som et bærende prinsipp og har i 2009 slått sammen Medisinsk avdeling i Arendal og Kristiansand til en avdeling med felles avdelingsleder.

I 2009 hadde SSHF 612 somatiske senger, hvorav 80 senger i interne pasienthotell. I tillegg kommer ca 80 tekniske senger (intensiv, oppvåkning og kuvøser) og 295 senger i Klinikk for psykisk helse. Med Kongsgård økte antall senger somatikk med 40. Uten Kongsgård er sengetallet 572 mot 281 i 2008. Andelen av senger i pasienthotell innen somatikken er 13,1 % i SSHF.

Klinikk for psykisk helse implementerer Den Danske Kvalitetsmodellen som styringsverktøy i risikovurdering og i sikring av god praksis i utøving av tjenestene. Klinikken bruker også avdelingsvise målekort som ledd i virksomhetsstyring. I tillegg gjennomføres det analyser av ulike deler av klinikkens tjenestetilbud.

Radiologisk klinikk har bestått litt over ett år, og ble lagt tilbake til medisinsk serviceklinikk høsten 2009.

Ved Radiologisk avdeling i Kristiansand har man sett en betydelig aktivitetsøkning. Parallelt med dette har den viktigste oppgaven vært å få opp driften og ro i avdelingen etter ett turbulent 2008.

Laboratoriene i Kristiansand har siden 2004 vært organisert i en felles laboratorieavdeling. Etter en evaluering valgte man å gå tilbake til at de fire laboratoriespesialitetene blir egne avdelinger. Dette for å styrke den faglige utviklingen. På sikt jobbes det mot å etablere tversgående fagavdelinger for hele SSHF.

4.6. Relasjon til omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst

SSHF er definert som et sykehusområde med Agder-fylkene som opptaksområde. SSHF har siden 2003, gjennom fusjonen og påfølgende funksjonsfordeling, utviklet større, mer robuste fagmiljøer. Dette gir en mer effektiv ressursutnyttelse og nye faglige muligheter, både innenfor forskning og utdanning, og bedre kvalitet for pasientene. Viktigheten av faglig samarbeid på tvers, og de mulighetene dette har gitt, fremheves av fagpersoner i SSHF.

Styret besluttet i desember at strategiplanen skal rulleres. I arbeidet vil man legge til grunn de føringene som Helse Sør-Øst har lagt i omstillingsprogrammet og utarbeide løsninger som er tilpasset SSHF. Man vil se hen til de seks Innsatsområdene fra plan for strategisk utvikling i arbeidet med å

utvikle en strategiplan for perioden 2012 – 2014. De seks områdene er pasientbehandling, forskning, kunnskapsformidling og god praksis, organisering og utvikling av fellestjenester, mobilisering av medarbeidere og ledere og bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring. Rullering av strategiplanen vil skje ved åpne, brede, involverende prosesser.

Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2008 at SSR avdeling Kristiansand på Kongsgård skulle integreres i SSHF fra 1.7.2009. Det innebærer at helseforetaket nå har et bredt og godt pasienttilbud innen rehabilitering. I 2010 vil SSHF utarbeide en områdeplan for rehabilitering, i et bredt samarbeid med kommunene på Agder. Mandatet for denne prosessen ble vedtatt i desember 2009. I forbindelse med integreringen er en rekke stabsfunksjoner som var plassert i Stavern overført tilsvarende stabsavdelinger i SSHF uten kompensasjon, med unntak av økonomi.

SSHF har relativ høy forskningsaktivitet og den videreutvikles i tråd med de føringer som er lagt regional og skjer gjennom forskningsfaglige nettverk regionalt, nasjonalt og internasjonalt. SSHF har en godt utviklet administrativt og forskningsfaglig infrastruktur i SSHF.

Ny helseforskningslov stiller tydelige krav til internkontroll, og arbeidet med å etablere internkontrollrutiner er startet opp og vil ferdigstilles i 2010. Arbeidet utføres i nær dialog med etablerte forskningsfaglige og administrative regionale nettverk. Det arbeides med å etablere samarbeidsavtaler med UiO som omfatter både utdanning og forskning. Også dette arbeidet skjer i nær dialog med RHF. Innovasjon skjer nå i nær dialog med Medinnova som er blitt en regional kommersialiseringspartner. SSHF har i 2009 4 pågående OFU- kontrakter i samarbeid med lokalt næringsliv som delvis har spunnet ut av lokale innovasjoner. SSHF deltar i alle regionale fora som omfatter forskning og innovasjon.

Kunnskapsutvikling og god praksis videreutvikles ved å integrere erfaringskompetanse, forskning og brukermedvirkning. Dette er et langsiktig arbeidet og må skje i nær dialog med helsepersonell. I 2009 er det gjennomført en rekke prosjekt for å sikre optimale pasientforløp. De fleste er gjennomført med tverrfaglige prosjektteam der både brukere og praksiskonsulenter samt representanter fra kommunehelsetjenesten har deltatt. SSHF har gjennom flere år utviklet gode erfaringer med å arbeide i nær dialog med brukerne og ser merverdien av dette. Flere av disse prosjektene videreutvikles til komplette behandlinglinjer etter mal fra HSØ. Helsefilmkonseptet fyller også krav til kunnskapsbasert praksis.

Arbeidet i 2009 i inntektsmodellutvalget i HSØ og de tilhørende styrebeslutninger knyttet til innfasing av resultatene, er særdeles viktig for SSHF, som gjennom dette vil tilføres betydelige ressurser i de kommende år. Disse vil gå til å styrke så vel IKT og investeringssiden i foretaket som driften i klinikkene.

Innkjøp- og logistikkarbeidet skjer i tett relasjon til RHF vedrørende innfasing av nye sentrale leverandøravtaler og bruk av felles forsyningslager. Dette vil øke ytterligere i 2010 og det er styrevedtatt sentral og lokal handlingsplan for dette arbeidet

SSHF har i løpet av 2009 startet nødvendige prosesser for å kunne tilpasse seg den nye samhandlingsmodell definert i regi av omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst.

SSHF kommer i 2010 til å implementere ny lokal IKT organisering som ivaretar SSHF sin del av den regionale samhandlingsmodell. I denne prosess kommer vi til å involvere helseforetakets kliniske avdelinger tettere i innføring og endring av systemløsninger og dermed utvikling av egen organisasjon. IKT-avdelingen ved SSHF er den relativt sett minste innen regionen i forhold til ansatte ved helseforetaket. For å kunne møte våre fremtidige utfordringer på en forsvarlig måte vil IKT-avdelingen ved SSHF styrkes med to ansatte i løpet av 2010. Det er sannsynlig at vi må fortsette denne oppbemanningsprosess også for 2011.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2010 – 2013

5. Sammendrag

5.1. Hovedutfordringer og prioriteringer i 2010 - 2013

SSHF vil i 2010 prioritere systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Dette vil bl.a. skje gjennom et kvalitetsregister, interne revisjoner og risikoanalyser.

Revisjon av nåværende strategiplan, som skulle gjelde for perioden 2009 – 2013, skal starte våren 2010 med tanke på å vedta ny strategiplan for perioden 2012 – 2014.

Det er en utfordring for SSHF å forberede seg på de endringene i befolkningens sammensetning som forventes og de behov som følger av det. Fra 2015 vil andelen eldre øke betydelig.

Flere viktige utredninger skal gjennomføres i 2010. Utredning om akutt slagbehandling i SSHF gjennomføres våren 2010 med tanke på styrebehandling i juni. Utredningen tar sikte på å, beskrive eksisterende praksis, evaluere eksisterende praksis og foreslå evt. ny organisering av akutt slagbehandling i SSHF.

Områdeplan for rehabilitering og økt tilbud innen onkologi i Aust-Agder skal også utredes i 2010.

Investeringsrammene til foretaket er en hovedutfordring fremover. Et teknisk beregnet investeringsbehov på nær 400 millioner kroner pr år, knyttet til et etter hvert gammelt sykehusanlegg i Kristiansand både innen psykiatri og somatikk, er svært utfordrende. HSØ sin prioritering av store nye sykehusbygg som Ahus og Østfold har begrenset investeringsrammen for foretaket til om lag 50 mill. kroner. Dette er langt fra i nærheten av behovet bare for å dekke normal utskifting av MTU utstyr. SSHF har levetid blant de høyeste i regionen på utstyr, og havariandelen stiger raskt fra år til år. Finansiering til ombygging av operasjonsstuene i Kristiansand de nærmeste årene er særdeles viktig. Dette er et prosjekt som vil i kreve i størrelsen 150 mill.kr som det så langt ikke er funnet rom for i HSØ.

5.2. Overordnet målbilde

Foretaket planlegger økonomisk balanse i 2010. For å få dette til må det gjennomføres omstillingstiltak i størrelsen 50 millioner kr. i 2010.

Det er en viss risiko i budsjettene, da implementeringen av inntektsmodell kun tilføres foretaket med 10 % i 2010 mot forventet minimum 33 %.

SSHF har behov for investeringer langt utover den gitte ramme på 53 mill. kroner. Mammografiutstyr må digitaliseres ved de tre sykehusene, og ny gjennomlysninglab og Spect CT må anskaffes. De resterende midler går til havari-pott og høyst nødvendig bygningsmessig vedlikehold. Så langt er det ikke gitt midler til videreføring av operasjonsstueprosjektet i Kristiansand, som vil kreve om lag 140 millioner kroner over de neste par årene.

5.2.1. Pasientbehandling

Innen pasientsikkerhetsområdet er etablering av komplikasjonsregister et sentralt satsingsområde i kirurgisk klinikk. Det er utarbeidet et pilotprosjekt, og systemet vil bli pilotert ved gastroseksjonen SSK og ortopedisk avdeling SSA fra våren 2010.

Prosjekter for å vurdere, og eventuelt forbedre, organisering og gjennomføring av pasientforløp gjennomføres ved flere avdelinger, blant annet anestesivdelingen SSA og Kvinneklinikken SSK. Effektene av disse vil være ulike, men målet er styrket pasientsikkerhet, god ressursfordeling og faglig kvalitet.

Grenvakt innen gastrokirurgi og urologi er etablert fra 1. januar 2010. Tilstedevakt for spesialist innen anesthesiologi etableres fra 1. mars 2010.

Det arbeides videre med prosjektet for oppgradering av operasjonsavdelingen i Kristiansand. Prosjektet krever bred deltagelse av fagmiljøene, samt nitid driftsplanlegging for å opprettholde behandlingsskapasiteten. Prosjektet forventes å trekke ressurser fra klinisk virksomhet i to-tre år fremover, det er imidlertid et uttalt mål at antall behandlede pasienter skal opprettholdes i perioden.

Foretaket har for lite ressurser til investeringer i medisinskteknisk utstyr. Manglende mulighet til å skifte ut utstyr og supplere med nytt og bedre utstyr, anses som den største trusselen mot god og effektiv drift i kirurgisk klinikk.

I medisinsk klinikk er aktiviteten i 2010 basert på prognosen for 2009. Dette betyr færre innleggelseser og noe økt aktivitet på dagbehandling og poliklinikk. I sum reduseres antall DRG poeng med 1,3 % og variabel inntekt tilsvarende. PCI aktiviteten er forutsatt å øke med om lag 75 pasienter fra Agderfylkene i 2010. En videre vekst i gjestepasienter fra Telemark må sees i sammenheng med evt. endringer i gjestepasientfinansiering. Det vil bli gjort et arbeid på RHF-nivå med å forbedre inntektsmodell for gjestepasientoppgjør i 2010. Dette gir håp om en noe bedre finansieringsordning fra 2011/2012 for de delregionale funksjonene innen hjertemedisin.

SSHF vil i 2010 utarbeide en områdeplan for den spesialiserte rehabiliteringen i helseforetaket. SSHF har valgt å inkludere både somatisk rehabilitering, voksenhabilitering og rehabilitering innenfor rus og psykisk helse i planarbeidet. Valget er gjort i samråd med de 30 kommunene på Agder. Planarbeidet vil bli svært omfattende, og førende for rehabiliteringsvirksomheten i år fremover. Planen skal resultere i forpliktende forslag til oppgavefordeling og kompetanseutveksling/-utvikling, og utforske mulighetene for samhandling. Innenfor rehabiliteringsområdet er det potensiale for samhandling på en rekke områder. En bedre avklaring av hvilket helsetjenestenivå som skal tilby ulike tjenester er nødvendig, særlig gjelder dette forebyggende helsetjenester. En mer hensiktsmessig oppgavefordeling vil kunne gi gevinster for pasientene, i form av et mer tilpasset tilbud og et mer tilgjengelig helsevesen. Fagpersonellet vil også nyte godt av at deres kompetanse utnyttes bedre.

Det er startet opp en felles aksjon i sykehusområdet for å skaffe investeringsmidler på 7,5 mill. kr. til tre screening-enheter til mammografi. Dette skal dekke behovet både i Aust- og Vest-Agder.

For nukleærmedisin er det startet en prosjektgruppe som vil ferdigstille sitt arbeid innen 1. mars 2010. Investering i gammakamera/Spect-CT i løpet av 2010 vil bli avgjørende for det videre tilbudet innen nukleærmedisin.

Videre planlegges driftsgjennomgang for CT, MR og konvensjonell røntgen i løpet av 2010.

Samhandling

Forutsetninger for gode samhandlingsløsninger med kommunene, er – sett fra SSHF's side – et forpliktende interkommunalt samarbeid, og en annen organisering av fastlegene. Samarbeidet mellom SSHF og de 30 kommunene på Agder er ikke preget av de problemer som fremheves fra andre deler av landet. Foretaket har blant landets korteste liggetider og knapt korridorpasienter, på tross av betydelig sengetallsreduksjon de siste årene. SSHF og kommunene på Agder har opprettet en felles arena for samarbeid, Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS). I strategiplanperioden 2009-2013 skal samarbeidet i OSS videreutvikles, for å finne gode samhandlingstiltak i fellesskap.

Intermediæravdelinger eller forsterkede sykehjemsavdelinger vil også i vårt område kunne være viktige tiltak for å ivareta pasienter som trenger oppfølging etter sykehusbehandling. SSHF vil kunne gi faglig bistand til slike opprustedde sykehjem. SSHF har en lav andel korridorpasienter, blant annet som et resultat av 10 års satsing på samhandling med kommunehelsetjenesten.

Utvikling av samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten skal skje innenfor tilgjengelighet, pasientsikkerhet og gjensidig kunnskapsoverføring. Arbeids- og ansvarsfordelingen mellom nivåene vil være i konstant endring, basert på prioriteringskriteriene og LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Det vil være viktig å skape gjensidig enighet om hvor ansvars- og oppgavefordelingen ligger. Samhandlingskultur skal initieres på makronivå og etterleves på mikronivå i møte med pasient og pårørende. For å sikre en kontinuerlig og helhetlig dokumentasjonsflyt skal hensiktsmessige IKT-løsninger etableres i tråd med nasjonale og regionale føringer. I planperioden skal ulike samdriftsmodeller vurderes for å sikre en effektiv og god utnyttelse av tilgjengelig ressurser på tvers av dagens forvaltningsnivå.

Samhandlingen med fastlegene som gruppe skal videreutvikles, i samarbeid med kommunene. Ny medisinsk teknologi skaper muligheter for mer kostnadseffektive behandlingsformer, som også gir

større fleksibilitet for pasientene. En del slike tiltak kan bare innføres i tett dialog med fastlegene, som følger opp pasienten etter avsluttet sykehusopphold. Det er derfor helt avgjørende med en god dialog med denne gruppen. Praksiskonsulentene i SSHF vil ha en viktig rolle i dette arbeidet. Fastlegene er i dag selvstendige juridiske subjekter, med privat avtale med kommunene. Det er i dag ingen som har myndighet til å koordinere samarbeidet med denne gruppen. Fastlegene er blant helseforetakenes viktigste samarbeidspartnere. Vi opplever at det i dag er vanskelig å komme i konstruktiv dialog med fastlegene som samlet gruppe, selv om helseforetaket har et utmerket samarbeid med de enkelte legene, og praksiskonsulenter som jobber aktivt.

Avtalespesialister og private ideelle institusjoner er økonomisk sett en del av sykehusområdet. For SSHF er det viktig at disse aktørene arbeider innenfor en samlet plan for optimal ressursutnyttelse og riktig prioritering. SSHF ønsker derfor at avtalene med de private spesialister inngås i tett samarbeid med sykehusområdet. På flere fagområder er det naturlig å vurdere felles ventelister, vaksamarbeid og faglig utvikling.

I tråd med nasjonale føringer vil SSHF øke tilgangen på legekompentanse ved akutte pasientmottak i strategiplanperioden 2009-2013, både gjennom interne prosesser og i samarbeid med kommunehelsetjenesten. SSHF har sammen med Kristiansand kommune utredet samlokalisering av legevakt og akuttmottak i Kristiansand i 2009. Videre arbeid med oppfølging av rapporten og anbefalingene vil skje i 2010.

Brukermedvirkning

SSHF arbeider for å styrke brukermedvirkningen, både på system og individnivå. Brukerutvalgets medlemmer deltar på modulopplæring, noe som er nødvendig for å øke forståelsen for medvirkning. Det gir også en innføring i organisasjonens oppbygging og faglige strukturer på foretaks- og avdelingsnivå. I 2010 skal brukerrepresentanter delta i aktuelle utredninger, i strategiske prosesser samt i delprosjekter på avdelings- og enhetsnivå som involverer brukere og pasienter. Brukerutvalgets medlemmer deltar i utviklingsarbeid og er aktive i samhandlingsprosesser mellom 1. og 2. linjetjeneste. Brukerutvalget arbeider med å gjøre arbeide og bidrag mer synlig både i og utenfor SSHF.

Arbeidet med å styrke brukermedvirkningen skjer bl.a. gjennom å delta i aktuelle utvalg og råd. Det er tydelig at den enkelte brukerrepresentant i brukerutvalget er mer bevisst sitt ansvar og utnytte mulighetene til å påvirke løsninger til beste for pasientene. SSHF opplever en økende forståelse for at brukerne utgjør en ressurs.

Klinikk for psykisk helse i SSHF har et aktivt forhold til brukerne. Sterk grad av involvering av brukerne både etableringen av klinikken i 2003 og i den videre utviklingen har vært et sentralt element. Denne involveringen har bidratt til at tjenesten totalt sett er blitt styrket.

Kvalitetsarbeid

SSHF arbeider med å sikre internkontroll i foretaket, innenfor både helsetjenester og HMS-området. Utvikling og forbedring av de elektroniske systemene er avgjørende, sammen med kompetanseutvikling og systematisk bruk av internrevisjon og risiko- og sårbarhetsanalyser. SSHF vil bruke styringsindikatorer og oppfølging av hendelsesregisteret som grunnlag for læring, kvalitetsstyring og interne prioriteringer. Verktøy for risikostyring skal tilpasses og tas i bruk på alle nivåer i foretaket.

Beredskap

SSHF oppdaterer og videreutvikler sitt beredskapssystem kontinuerlig. Beredskapsplaner og varslingslister er tilgjengelige i styringssystemet EKWeb, men skal også finnes i papirversjon på definerte punkter. Planverket beskriver klare ansvarslinjer for beslutninger om iverksetting av beredskapstiltak. Rutiner for effektiv varsling, kommunikasjon og informasjonsflyt mellom beredskapselementene inngår i fast øvingsopplegg. I beredskapssituasjoner skal intranett og internett tas aktivt i bruk for å gi informasjon til ansatte på jobb og til ansatte som har fri. Det gjennomføres minimum 2 årlige øvelser på foretaksnivå, inkludert den årlige øvelsen i LRS-regi

5.2.2. Forskning

Forskningen ved SSHF har en relativ kort historie. Etter hvert som flere og flere ansatte får forskningskompetanse vil fagmiljøene bli mer akademisk robuste. Det er samtidig nødvendig å sikre at denne nye kompetansen forvaltes og etterspørres i det kliniske arbeid og i forhold til utdanning av helsepersonell. Medisinsk utvikling går raskere og raskere og gir stadig nye muligheter til effektiv behandling. Å sikre et klinisk fokus på vår forskning som kan si noe om virkning på nye behandlingsmetoder. Arbeidet med å finne riktige kvalitetsmarkører må skje gjennom ny ervervet

kunnskap basert på forskning. SSHF skal som hovedregel ikke ha fokus på grunnforskning med sikre at kunnskap fra grunnforskning trekkes ned til det kliniske fagfeltet. Forskning innenfor rus og psykiatri samt andre forskningssvake områder skal videreutvikles i tråd med nasjonale og regionale prioriteringer og føringer. Stadig nye yrkesgrupper ønsker å bidra med forskning og det blir viktig å legge til rette for et styrket samarbeid både med UiO, UiA og andre aktuelle instanser. Videre blir det viktig å videreutvikle og etablere gode forskningsnettverk både nasjonal og internasjonal. Finansiering av forskning må sikre gode vilkår både for grunnforskning og klinisk forskning. Videre må rammevilkårene for forskning være langsiktige og forutsigbare.

5.2.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Arbeidet med kunnskapsutvikling og god praksis vil skje som en naturlig prosess med å forbedre integrasjon av eksisterende robuste elementer. SSHF ser at tradisjonen med å innhente oppdatert kunnskap varierer mye mellom våre fagmiljø. Å styrke bevisstheten, kunnskapen og ferdighetene ved å innhente oppdatert kunnskap som grunnlag for praksis i alle ledd av virksomheten er en viktig prioritert oppgave. Her blir bibliotekstjenesten en viktig hjørnestein i forhold til kurs, veiledning og rådgivning. SSHF vil samarbeide med regionale føringer både når det gjelder utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer og etablering av behandlingslinjer. Videre vil vi videreutvikle samarbeidet med kunnskapssenterets tjenester og ressurser. Dette er et langsiktig arbeid som krever fokus fra alle nivå både hos ledere og ansatte. SSHF deltar med representant i prosjekt kunnskapshåndtering og god praksis.

Masteroppgaver og andre publikasjoner som medarbeidere i SSHF produserer bør gjøres lett tilgjengelig i elektronisk utgave slik at de kan benyttes av de som har nytte av dem.

5.2.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

HR

SSHF vil i 2010 starte innføring av ressurs- og arbeidsplansystem. Verktøyet vil gjøre det enklere å planlegge og styre personalressursene samt frigjøre ressurser for ledere til andre pålagte oppgaver. Det er et omfattende OU-prosjekt som vil medføre endring av arbeidsprosesser med påfølgende endring av arbeidsoppgaver for medarbeidere.

IKT

Basert på ny regional samhandlingsmodell med klart definerte roller og ansvar mellom RHF, HF og Sykehuspartner, har SSHF nå definert en ny måte å organisere IKT/Organisasjonsutvikling (OU) funksjonen i foretaket. For å kunne møte forventningene i den nye regionale samhandlingsmodell, vil vi også øke kapasiteten til IKT / OU-området ved nyansettelser og økt involvering av de kliniske miljøer de kommende år. Vi vil jobbe for en implementering av den nye definerte samhandlingsmodell i løpet av 2010.

Eiendom

Innen eiendom er forvaltningen styrket, gjennom at tjenestene er organisert i en forvaltningsenhet og en driftsenhet.

Innkjøp, lokalt, regionalt og nasjonalt

Det vil også i 2010 være stort fokus på gevinstuttak på innkjøp. SSHF øker løpende andelen av varer forsynt gjennom sentrale avtaler (nasjonale og regionale) fra felles forsyningssenter, samtidig som andelen innkjøpt via elektronisk innkjøpssystem vokser mot de regionale målsettinger som er vedtatt. Arbeidet er nedfelt i styrevedtatt handlingsplan og gjelder alle klinikker ved sykehuset

5.2.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Det vil hele tiden være behov for omstilling. SSHF er en omstillingsdyktig organisasjon, og dette krever mye av både ledere og medarbeidere. SSHF har gode verktøy for konsekvensutredning, medvirkning og gjennomføring av omstillingsprosesser, med tanke på arbeidsmiljø og den enkelte ansatte.

Ledere i SSHF skal være gode rollemodeller, faglige pådrivere, ha helhetssyn, være resultatorienterte og ha fokus på sine medarbeidere. Høy ledelseskvalitet og en helhetlig og positiv organisasjonskultur er viktige ressurser for å møte utfordringene helseforetaket står overfor. SSHF satser i planperioden videre på interne lederutviklingsprogrammer for enhetsledere og avdelingsledere I tillegg videreføres et tre-dagers introduksjonskurs for nye ledere som har fått gode tilbakemeldinger. Det vurderes å lage

et opplæringsprogram for ledergrupper i avdelingene. Det gjennomføres regelmessig grunnopplæring i arbeidsmiljø for ledere, verneombud og tillitsvalgte.

SSHF forholder seg aktivt til arbeidsmiljø, og har utviklet gode verktøy for systematisk HMS-arbeid. Fra 1.1.2010 er det kommet ny forskrift for bedriftshelsetjenesten, og SSHF vil arbeide for å bli godkjent BHT.

Kulturen for å melde hendelser og avvik skal fortsatt forbedres. Rapporteringsmulighetene i det elektroniske hendelsesregistreringssystemet TQM skal utnyttes, som grunnlag for forbedring på HMS-området.

SSHF har inngått avtale om Inkluderende Arbeidsliv, og jobber aktivt for å inkludere arbeidstakere med redusert arbeidsevne. I 2010 vil tiltak i forhold til livsfaseorientert personalpolitikk bli iverksatt.

Arbeidet for å redusere uønsket deltid er en viktig del av likestillingsarbeidet. SSHF har vedtatt en politikk og utarbeidet en retningslinje som tilsier at helseforetaket forplikter seg til å jobbe aktivt for å redusere uønsket deltid. Organisasjonsavdelingen har startet en dialog med de tillitsvalgte for å identifisere uønsket deltid og finne tiltak for å redusere den. Det settes fokus på avdelinger som har mye små stillingsbrøker, og sammen med lederne vurderes mulige tiltak. Innføring av ressurs- og arbeidsplansystem som starter i løpet av 2010, gir SSHF større mulighet til å lage løsninger der ansatte kan få den stillingsbrøken de ønsker. Bemanningstjeneste/vikarpool er et tiltaks som vil bli vurdert i den sammenheng.

SSHF ønsker å øke andelen medarbeidere med innvandrerbakgrunn.

SSHF har generelle etiske retningslinjer, og en egen erklæring om etiske forhold knyttet til bemanningsreduksjoner. Rutiner for registrering av bierverv er også etablert.

SSHF deltar i et prosjekt om strategisk kompetanseutvikling i regi av HSØ.

SSHF har i relativt små rekrutteringsproblemer, men det er utfordringer på noen områder. Det gjelder spesialsykepleiere, jordmødre og legespesialister (bl.a. i Flekkefjord samt radiologi). Også innen rusbehandling er det vanskelig å rekruttere fagfolk. SSHF bør tilstrebe å utdanne egne spesialister i fremtiden.

5.2.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Tildelte investeringsmidler er minimale i forhold til estimert behov.

SSHF har et årlig investeringsbehov i størrelsen 400 millioner til vedlikehold av MTU, IKT, bygg etc. Gjennom flere år med lave investeringsrammer er det opparbeidet et betydelig etterslep. For 2010 har HSØ gitt oss en investeringsramme på 52 millioner - forutsatt at driften forøvrig er i balanse. En stor del av de 52 millionene er forhåndsdisponert til ferdigstilling av DPS Strømme, ny spect-CT, mammografi mm.

Situasjonen er alvorlig, og det arbeides aktivt overfor styret for SSHF og Helse Sør-Øst for å øke investeringsomfanget. Investeringsrammene på dagens nivå kan raskt få alvorlige og negative virkninger for behandlingstilbud og pasientsikkerhet.

5.3. Milepæler og rapportering til helseforetakets styre i 2010

SSHF har månedlig virksomhetsrapportering til Helse Sør-Øst og til eget styre.

5.4. Prosess og forankring

SSHF har en målsetting om åpne, brede og involverende prosesser. En prosessveileder er implementert og skal brukes for å kvalitetssikre grunnlaget for viktige beslutninger, medvirkning fra ansatte og gode prosesser.

SSHF har jevnlig drøftning - dialogmøter med tillitsvalgte. De skal være integrert i alle prosesser som gjennomføres. For å sikre dette benyttes prosessveilederen ved SSHF samt prinsipper og medvirkning og involvering. Tillitsvalgte gir tilbakemeldinger på at klinikkene er blitt flinkere med prosessene/medvirkning ved ulike omstillinger. Informasjonen til ansatte er også blitt bedre.

Utkast til Årlig melding ble drøftet i dialogmøte med de tillitsvalgte. Innspill fra de tillitsvalgte er innarbeidet i endelige versjon.

Det er etablert brukerutvalg ved SSHF og klinikk for psykisk helse har brukere i ledergruppen. Brukerne er representert i endringsarbeid.

SSHF har etablert et overordnet strategisk samarbeidsorgan med kommene på Agder. I tillegg har Listerregionen (6 kommuner) etablert et helsennettverk sammen med SSHF, Flekkefjord.

I 2010 vil SSHF ha fokus på å bedre dialogen og kommunikasjonen internt og internt for å legge til rette for revidering av 4.strategiplan i 2011. Det skal skje i dialog med etablerte organer (linjeledelse og tillitsvalgte) samt intranett og media.

6. Utviklingstrender og rammebetingelser

6.1. Faglig og demografisk utvikling

De neste 4 årene forventes å være preget av stabilitet i alderssammensetningen i befolkningen på Agder. Alder er den faktor som sterkest bestemmer sykkelighet. SSHF må likevel planlegge for de betydelige økningene i andelen eldre mennesker fra 2015. Disse endringene er så store at dagens helsetjeneste vil ha store utfordringer i å betjene en slik befolkningssammensetning, og tjenesten må dimensjoneres og tilpasses endringene i planperioden.

Det skjer en gledelig utvikling i helsetilstanden i befolkningen. De 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, men det blir etter hvert færre med lang røykekarriere og det vil over tid føre til mindre KOLS og lungekreft.

Det utvikles programmer for tidlig diagnostisering av de store kreftdiagnosene. Hvis disse viser seg effektive vil langt flere kunne helbredes for kreft. 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. Vektøkningen og økning av diabetes er den viktigste negative helseendring. Trusselen om økning av behandlingsresistente mikrober vil kreve økt beredskap.

Utfordringer med utgangspunkt i etnisitet, traumatisering og kultur hos blant annet flyktninger og asylsøkere representerer en risiko for utvikling av psykiske lidelser, og kunnskap om dette er en forutsetning for forebygging, behandling og integrering.

Befolkningens bruk av rusmidler er økende. Samlet sett medfører økningen av alkoholkonsumet den største endringen for befolkningen som helhet – med negative konsekvenser både for den psykiske og somatiske helse. I tillegg medfører ungdoms bruk av rusmidler fortsatt stor helseisiko og økte behov for helsetjenester. Det er en økende bruk av ulike former for substansjons- og vedlikeholdsbehandling ved avhengighet, og dette medfører også en økende pasientgruppe med vedvarende og omfattende behov for psykisk helsevern.

Det er grunn til å anta at den andelen av befolkningen som bor i byer og tettsteder fortsatt vil øke og at befolkningsstrømmen er sterkest mot de største byene. Omstillingen medfører at mange nye muligheter og ressurser utløses, men også at enkeltmennesket i større grad kan lide nederlag, bli sårbart og isolert. Dette vil særlig dreie seg om de såkalte "lettere" psykiske lidelser; depresjoner, ulike angstlidelser, krise- og tilpassnings- reaksjoner og rusrelaterte lidelser. De alvorlige sinnslidelser har vist seg forholdsvis stabile over tid i befolkningen.

Den medisinskteknologiske utviklingen er en av de sterkeste driverne i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av diagnostikk ved bilder og prøver er formidabel. Det utvikles stadig nye medikamenter og andre behandlingsmodaliteter. Felles for nyvinningene er at de er meget kostbare.

Utviklingen mot mer behandling i poliklinikk, dagbehandling og bruk av pasienthotell vil fortsette. Alvorlig syke med krevende behandlingsregimer vil kreve sengeposter med sykepleiere og utstyr som driver subintensiv medisin. Gamle mennesker, med sammensatt sykdomsbilde og funksjonssvikt, profiterer i stor grad på en tverrfaglig rehabiliteringsrettet tilnærming parallelt med diagnostikk og behandling. Dette er kjernen i geriatrisk metode. Disse pasientene vil finnes både i medisinske og kirurgiske sengeposter. Geriatrisk ekspertise vil i framtida ha en plass ved flere sengeavdelinger enn tilfellet er i dag.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

Sørlandet sykehus HF har som mål å gå i driftsmessig balanse i 2010 og videre. Økninger i basisramme som forventes de kommende årene som resultat av ny inntektsfordelingsmodell i RHF-et, vil primært bli prioritert til investeringer, IKT og tilbakeføring av midler til psykiatrien.

Det prioriteres betydelig økte kostnader til IKT og bygningsmessig vedlikehold i årene som kommer, basert på at dette i en årrekke har vært utsatt til fordel for å opprettholde aktivitetsnivå på somatisk behandling ved sykehuset.

Innen somatikken har foretaket 01.07.09 inkorporert aktiviteten ved SSR Kongsgård, og etablert et budsjett for 2010 som bringer denne virksomheten i balanse.

Innen psykiatri og rus vil det prioriteres å få til den gjenstående opptrapping som i de senere år har vært utsatt samt gradvis å tilbakeføre midler også i form av renter og avskrivninger på nybygg.

Økonomiske rammer – inntektsmodell

Sørlandet Sykehus HF har i årene siden reformen gått med betydelige underskudd, og har opparbeidet seg en driftskreditt på 350-400 millioner for å finansiere dette. Inntektsmodellarbeidet i 2009 vedrørende somatikk har konkludert med at sykehuset er og har vært noe underfinansiert i forhold til de øvrige sykehusene i dagens Helse Sør-Øst RHF. Dette er skjønnsmessig korrigert i budsjett 2010, og det er styrebehandlet i HSØ. Det er forhåpninger om at finansieringen innen somatikk skal styrkes med ytterligere om lag 110 millioner kroner i 2011 og 2012. Foreløpige analyser kan tilsa at også psykiatriområdet har vært noe underfinansiert, og at det kan forventes styrking også her fremover.

Driftsbudsjettet for 2010 er i balanse, basert på omstillingstiltak på ca. 50 millioner kroner, samt forskyvning av kostnadselementer og planlagte satsinger til 2011 og utsatt opptrapping i psykiatrien til 2011.

Likviditet

Likviditeten har i hele 2009 vært svært anstrengt. Det er pr i dag en driftskredittramme på 350 millioner for foretaket, mens det reelle behov på vel 400 millioner er løst ved forskudd fra Helse Sør-Øst RHF som rulleres månedlig. Det er solgt eiendommer for 110 millioner kroner i de siste årene, for å forbedre likvidsituasjonen. Dette har i tillegg gitt en positiv resultateffekt på ca. 40mill.

Driftskredittbehovet forventes å ligge på opp mot 450 millioner i deler av 2010 og foretaket har sterkt behov for å få etablert en varig driftskredittløsning eller gjeldssanering/konvertering på dette nivået.

Investeringer

Det er i 2009 foretatt investeringer på om lag ca 215 millioner kroner, inkludert regjeringens krise- og tiltakspakke. For 2010 har foretaket en foreløpig ramme på kun 53 millioner kroner. Dette, med tillegg av overhenget av påbegynte investeringer fra 2009 på ca 20 millioner kroner, gjør situasjonen meget vanskelig, da behovene er betydelig høyere bare for å skifte ut havarert og utrangert utstyr. Det vil innenfor denne rammen ikke være plass til å gjennomføre noen større prosjekter.

Videreføring av operasjonsstueprosjektet i Kristiansand er ikke tildelt finanseiring så langt.

6.3. Personell- og kompetansebehov

SSHF har hatt relativt god tilgang på mange faggrupper. . Det er imidlertid utfordringer med rekruttering innen enkelte fagområder. For spesialsykepleiere og jordmødre forventes utfordringene å øke, og for noen legespesialister og behandlere innen tverrfaglig spesialisert behandling vil trolig rekrutteringen bli krevende de neste årene. Også innenfor økonomifaget og noen grupper av driftspersonell må det jobbes aktivt for å rekruttere og beholde personell. SSHF må i stor grad selv utdanne og sørge for spesialisering av egne legespesialister.

Det arbeides aktivt med rekruttering, både nasjonalt og internasjonalt, og rekrutteringsarbeidet må styrkes videre. Fremskrivninger av personellbehov, definisjoner av kompetansekrav og spesielle rekrutteringstiltak er sentrale oppgaver som skal styrkes i årene fremover. SSHF vil fortsatt jobbe aktivt for å sikre god kompetanseutnyttelse, og derved rett person på rett plass. SSHF må vurdere fremtidig kompetanse behov bl.a. i forhold til teknologisk utvikling, kontinuerlig endringer og omfanget av revisjoner/tilsyn.

Det nødvendig å videreutvikle kompetanseutveksling for ansatte fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseutvikling er et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere. Gjennom oppfølgingen av den årlige Medarbeiderundersøkelsen vektlegges utvikling av individuelle kompetanseplaner. Kompetanseplanene skal utarbeides i forhold til fremtidige behov for prioriteringer. Å tilby ansatte kontinuerlig kompetanseutvikling er nødvendig for å møte nye faglige og menneskelige krav i arbeidet. Å legge til rette for effektiv kompetanseutvikling blir her sentralt. Bruk av e- læring og digitale medier må videreutvikles og utnyttes i langt større grad enn i dag.

Bemanningsutviklingen overvåkes og SSHF vil prøve å legge til rette for at det gjennomføres noe analysearbeid internt og eksternt i forhold til denne utviklingen.

Det er behov for økt satsing på helsepedagogikk for å forbedre opplæringen av pasienter og brukere.

Klinikk for rehabilitering bør i årene fremover styrke forskningsaktiviteten, for å opprettholde avdelingens gruppe I-status,

6.4. Bygningskapital – status og utfordringer

SSHF har et bygningsareal på over 200 000 m² med en gjennomsnittsalder på nærmere 40 år. Teknisk standard og egnethet er sterkt varierende. I Arendal og Flekkefjord er mye av bygningsmassen ny eller oppgradert til moderne standard. I Kristiansand er det derimot betydelig behov for fornyelse av arealer til psykiatri og rehabilitering av arealer til somatikk og fellesfunksjoner. Generelt er det et betydelig etterslep på bygningsmessig vedlikehold.

Når DPS Strømme (Kristiansand øst) tas i bruk våren 2010, er det innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse gjennomført betydelige strukturendringer og omstillingstiltak i psykiatrien i både Aust- og Vest-Agder. Psykiatrisk sykehusavdeling og deler av barne- og ungdomspsykiatrien i Kristiansand har derimot gamle og ineffektive bygg, og fornyelse av disse er høyt prioritert i henhold til foretakets strategiplan.

Innen somatikk er rehabilitering av operasjonsavdelingen i Kristiansand høyest prioritert. Dette prosjektet er påbegynt og første fase er avsluttet. Nåværende nivå på investeringsbudsjettene gir ikke rom for nødvendige vedlikeholdsinvesteringer og oppgraderinger.

Nytt parkeringsanlegg i Arendal er ferdig prosjektert og første fase er begynt. Dette er nødvendig for å sikre atkomst og tilgjengelighet. For å få et helt parkeringshus må man lånefinansiere, men prosjektet vil være lønnsomt.

SSHF arbeider systematisk for å redusere og effektivisere arealbruken. Strategien er å samle virksomheten på de store lokasjonene. De siste par år er en rekke eiendommer avhendet. Boliger er solgt på vanlig måte i markedet, mens sykehusbygg er solgt til de respektive vertskommuner. Det pågår konkrete prosjekter for å vurdere arealbruken i ulike deler av bygningsmasser og dette arbeidet vil bli styrket ytterligere i 2010.

Siden 2006 er bygningsarealet redusert med 11 000 m², dvs. 5 %. Netto reduksjon er innenfor somatikk og boliger, mens i psykiatrien er eldre bygg erstattet med nye.

DEL IV: VEDLEGG

Vedlegg 1: Årsmelding brukerutvalget SSHF 2009

OPPGAVER

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

ORGANISERING

Brukerutvalget ved SSHF består av totalt 11 medlemmer. FFO har 5 representanter, SAFO har 2 representanter, Eldrerådet har 2 representanter, Kreftforeningen har 1 representant og ROM har 1 representant. Disse er fordelt mellom Aust- og Vest-Agder. Funksjonstiden for Brukerutvalget følger styreperioden, og er 2 år. Medlemmene kan gjenvelges for 2 nye år. For å få kontinuitet i arbeidet skiftes ca halvparten av medlemmene ut annet hvert år. Det sittende utvalget fungerer ut året 2009.

Administrerende direktør og FoU direktør møter fast i Brukerutvalget. Direktørens sekretær er sekretær for utvalget.

Leder for utvalget er Jorunn Møll. Hun er representant for FFO i Vest-Agder.

Nestleder i BU er Harry B. Helleland, Eldrerådet Aust-Agder. Han har fungert som leder store deler av 2009.

Øvrige medlemmer er:

- Rolf Ivar Torstensen, FFO (død 10.11.09)
- Astrid Gustavsen, FFO
- Arvid Almedal, FFO (til 12.03.09)
- Svein Øvrebø, FFO (fra 12.03.09)
- Marion Karen Land, FFO
- Leiv Nyegaard-Larsen, SAFO
- Guro Smith-Tønnessen, SAFO
- Margith Seland, Vest-Agder Eldreråd
- Geir Wehus, Kreftforeningen
- Torill Holtan, ROM

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (AU) har 4 medlemmer, dette er Harry Helleland, leder, Guro Smith-Tønnessen nestleder og sekretær, Rolf Ivar Torstensen og Geir Wehus. Arbeidsutvalget skal forberede innkomne saker til BU, og lager uttalelser. BU er representert på styremøtene i SSHF med tale- og forslagsrett i saker som angår BU. Brukerutvalget foreslår brukerrepresentanter til mange ulike prosjekter, utvalg og samarbeidsorganer ved SSHF. Det er avholdt 5 møter i Arbeidsutvalget i 2009.

VIRKSOMHET 2009

Økt fokus på brukermedvirkning på systemnivå har medført betydelig økt aktivitet.

Brukerutvalget har hatt 11 møter i 2008, pluss seminar med modulbasert brukeropplæring. Møtene i Brukerutvalget avholdes vekselvis i Arendal og Kristiansand, og det er også avholdt møter i Flekkefjord og på Spesialsykehuset for rehabilitering på Kongsgård. BU sine medlemmer har deltatt på konferanser og seminarer i regi av regionen og av helseforetaket.

Brukerutvalget har behandlet 94 saker i 2009.

Rehabilitering har i 2009 hatt stor oppmerksomhet. BU følger SSHFs videre arbeid på dette felt med stor interesse.

Psykiatri har i 2009 hatt stort fokus. Bruk av psykiatrimidler til somatikk har vært en stor sak i media og på styremøter i SSHF. Brukerutvalget følger saken nøye.

Summing. Dette har blitt en meget viktig sak på møtene. Her tar medlemmene opp saker de lurer på. Noen saker besvares i møtene, andre blir tatt opp igjen som ny sak i senere BU møte.

Andre saker som er behandlet i utvalget i 2009 er bl. :

- Årlig melding for SSHF
- Årsrapport fra pasientombudene/ Pasient- og brukerombudet – utvidet rolle
- Prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst RHF
- Pasientreiser/Helseekspressen – røyking på Helsebussen
- Prosess med overtakelse av Spesialsykehuset for rehabilitering til SSHF
- Hvordan oppdages overgrep mot barn, og hvordan følges disse barna opp?
- Nye nasjonale prioriteringsveiledere – implementering ved SSHF
- Status Pasienttilfredshetsundersøkelse/Pasientinformasjon
- Forskning og utvikling
- Smittevern/Orientering om Svineinfluensa
- Helsefilm/status og økonomi
- Legemiddelhåndtering
- Orientering om dr. gradsavhandling
- Pasientvenner – innføring av pasientguider på SSHF?
- Saker fra Eldreråd
- Evaluering BU
- Diverse saker fra media
- Direktørens informasjon om aktuelle saker som økonomi, kvalitetsarbeid, strategiarbeid, styresaker osv. I spesielle saker inviteres repr. fra SSHF inn i møter for å orientere, samt at det settes av tid til dialog.

Utvalg og prosjekter

Det er /har vært brukerrepresentanter i flere ulike prosjekter og utvalg, noen av disse er:

- * Arbeidsutvalget for Brukerutvalget
- * Overordnet kvalitetsutvalg
- * Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS)
- * Utskrivingsrutiner
- * Prosjekt optimale pasientforløp (POP)
- * Samarbeidsmøter med Lungeposten
- * Innovasjonsutvalget
- * Nytt parkeringshus Arendal
- * Arealutvalg
- * Samarbeid Legevakt/Akuttmottak
- * Servicetorg
- * Helsefilm

Vedlegg 2. Aktivitet, indikatorer, HR-tall, årsresultat

AKTIVITET

Vedrørende somatikk så er Kongsgård-aktiviteten (tidligere under SSR) inkludert i 2009-tallene for SSHF. Kongsgård ble en del av SSHF i år 2009 og aktiviteten ved Kongsgård er følgelig ikke med i de her rapporterte 2008 tallene. En del av økningen i tallene fra 2008 til 2009 skyldes dette forholdet.

Vedrørende rapporterte tall for antall refusjonspoeng så er de rapporterte tall, tall for alle pasienter behandlet ved SSHF.

Somatikk	2008	2009
Somatikk - innlagte		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	46.050	48.602
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	1.472	1.589
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	1.879	1.728
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	1.013	-15
Sum DRG poeng innlagte	50.414	51.904
Somatikk - dagpasienter		
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	8.296	8.499
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	210	180
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner		
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		
Sum DRG poeng dagpasienter	8.506	8.679
Sum DRG poeng som gir ISF- ref (egne pasienter)	57.238	58.814
Sum DRG totalt (fra egen og andre regioner)	58.920	60.583
Polikliniske konsultasjoner		
Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	216.933	232.077
Ant. Refusjonspoeng (finansiering via ISF - nytt fra 2008)	200.571	214.958

Voksenpsykiatri	2008	2009
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling	3503	3723
Antall liggedøgn døgnbehandling	67798	65281
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	64531	70568
- Herav telefonkonsultasjoner	10990	13327
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Ant. polikliniske konsultasjoner private		
- Herav telefonkonsultasjoner		

Barne - og ungdomspsykiatri	2008	2009
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	93	98
Antall liggedøgn – døgnbehandling	1491	1165
Ant. oppholdsdager dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	47533	53642
- Herav telefonkonsultasjoner	20360	23535
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling – private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Antall polikliniske konsultasjoner private		

- Herav telefonkonsultasjoner		
-------------------------------	--	--

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2008	2009
Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling	796	789
Antall liggedøgn døgnbehandling	18127	18536
Antall oppholdsdager – dagbehandling		
Ant. polikliniske konsultasjoner	18806	19534
- Herav telefonkonsultasjoner	3214	5418
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		
Antall liggedøgn døgnbehandling private		
Antall oppholdsdager dagbehandling private		
Antall polikliniske konsultasjoner private		
- Herav telefonkonsultasjoner		

Pasientopplæring	2008	2009
Antall kurs ved LMS	34	52
Antall kursdeltagere ved LMS	384	694

Rehabilitering, antall	2008	2009
Enkel rehabilitering (kode Z50.89)		
Kompleks rehabilitering (kode Z50.80)		

NASJONALE KVALITETSINDIKATORER:

Beskrivelse av mål	2008	2009
16 Prevalens av sykehusinfeksjoner	8,5 %	6 %
14 Strykninger av planlagte operasjoner	6,2 %	5,8 %
17a Individuell plan barnehabilitering	78,5 %	55,5 %
17b Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni - voksne	39 %	39 %
17c Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge	81 %	85 %
19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne)	0,8 %	3 %

STYRINGSINDIKATORER:

Beskrivelse av mål	2008	2009
5a. Andel korridorpasienter - somatikk	0,6 %	0,3 %
5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern	0 %	0 %
4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk	63 %	71 %
4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern	76 %	81 %
4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	75 %	83 %
7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare - somatikk		1,2 %
7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne	0 %	0 %
10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager	100 %	97 %
9a Andel fristbrudd - somatikk		4,2 %
9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern	3 %	3,4 %
9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	4 %	5,6 %
11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne	7 %	8 %

BEMANNING:

Tallene for 2009 inkluderer virksomhetene til SSR Kristiansand på Kongsgård som ble overført fra OUS 1.7.2009. Tallene for 2008 er tall som ble rapportert for 2008.

Brutto årsverk og årsverk variabel lønn som ble rapportert for 2008 er for lave pga feil i Profitbase. Sykefraværstallene er hentet fra månedlige rapporter og dekker perioden des 08 – nov 09.

Beskrivelse av mål	2008	2009
Brutto årsverk	4634	4861
Månedslønnede årsverk	4157	4348
Årsverk variabel lønnede	477	513
- herav overtid (Spekterkode OE)	70	73
- herav merarbeid (Spekterkode OU)	376	394
Innleide årsverk		39
Antall ansatte		
Antall sykefraværsdagsverk	69 000	70 896
Antall mulige dagsverk	940 000	923 963
Sykefravær i %	7,8 %	7,8 %
• Tall fra månedlige rapporter til HSØ (lavere pga forsinket registrering)	7,4 %	7,7 %
Endring snittlønn for månedslønnede (Spekterkode AA)	7,1 %	3,6 %
Årsverk somatikk	3282	3537
Årsverk psykiatri	1161	1135
Årsverk rus	187	189
Årsverk leger	556	583
Årsverk sykepleie	1879	1977
Årsverk annet fagpersonell	509	659
Årsverk laboratoriepersonell	183	183
Årsverk forskning og fagutvikling	6	6
Årsverk ledere	246	254
Årsverk adm og teknisk personell	1255	1204

	JA/NEI
Er bemanningsutvikling i hht mål for 2009	Nei
Er bemanningsutvikling i hht årsestimat	Ja
Er lønnsvekst i hht. mål	Ja
Er lønnskostnadene i hht. budsjett	Ja
Er det planlagt omstilling i foretaket i 2009	Ja
Hvis ja, er omstilling i hht. plan	Nei
Hvis ja, hvor mange årsverk skal omstilles i 2009	35
Er fullmakten til å ansette i foretaket på samme nivå som budsjettansvar	Ja
Godkjennes alle ansettelser av eget utvalg	Egen rutine for bemanningskontroll
Er rutiner for å redusere innleie etablert	Arbeides med å bruke egen ressurs i stedet for innleie
Foreligger det planer for sikre en kostnadseffektiv ferie avvikling (Rapporteres frem til juli)	
Er det etablert en omstillingspool ved foretaket?	Nei

RESULTAT

Beskrivelse av mål	2008	2009
= Sum inntekter	3 990 295	4 313 537
= Sum kostnader	4 066 047	4 323 118
= Driftsresultat	-75 753	-9 581
= Resultat	-87 017	* -14 559
- Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger	36 2 6	0

- Resultatet er – 1,8 mill fra budsjettet da tillatt underskudd for 2009 var på 12 mill.

Vedlegg 3: Rapportering av avvik etter tilsyn i Sørlandet sykehus HF i 2009

(Oppdatert 16.2.2010)

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 				
	Tilsyn med Intensivavd. SSF	1	1	0	Sikrer ikke forsvarlig legemiddelhåndtering 2 merknader
	Tilsyn med Intensiv avd SSA	1	0	0	
	Tilsyn med Intensiv avd SSK	1	0	0	1 merknad
	Tilsyn med DPS Lovisenlund/Mandal	1	0	0	3 merknader
	Tilsyn med DPS Lister	1	1	0	Sikrer ikke at utredning og behandling på alle områder er forsvarlig. Avvik lukket 11.12.2009
	Tilsyn med Ortopedisk avd, SSK	1	2	1	- Sikrer ikke at all informasjon blir dokumentert i journalen. Arbeid med å lukke avviket pågår. - Sikrer ikke alle med akutte skader hjelp innen forsvarlig tidsramme. Lukket innen fristen 1.2.2010.
	Personensitive data på intra-/internett	1	1	0	Helsetilsynet politianmeldte forholdet, men henlagt med henvisning til at det ikke er straffbart. Nye rutiner innføres for å hindre gjentakelse. Helsetilsynet holdes orientert om tiltakene.
Statens	<ul style="list-style-type: none"> Apotekloven 				

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
legemiddelverk					
Helsedirektoratet	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om medisinsk utstyr 				
	Tilsyn med blodbanken, SSK	1	6	0	Kvalitets- og avvikssystem er ikke tilfredsstillende. Mandal: utstyr ikke fulgt opp, godkjenning for tapping mangler og dokumentasjon av renhold 1 anmerkning
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Personopplysningsloven • Helseregisterloven 				
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Matloven 				
	Tilsyn med hovedkjøkken SSK	1	0	0	
	Tilsyn Med 2 A SSK	1	4	0	
	Tilsyn Pasienthotell SSK	1	2	0	
	Tilsyn Barsel SSK	1	4	0	
	Tilsyn Kir.avd. SSK	1	2	0	
	Tilsyn hovedkjøkken SSA	1	0	0	2 merknader
	Tilsyn Kir 3 C SSA	1	1	0	
	Tilsyn barneavd.	1	0	1	Arbeid pågår
	Tilsyn hovedkjøkken og postkjøkken SSF	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, 	1	4	3	Opplæring elektromed. utstyr, oppfølging nyinstallasjoner, vedlikehold elektrisk utstyr, instruks – har fått utsettelse med plan og gjennomføring. 2 av avvikene blir lukket når DSB har verifisert. 2 anmerkninger

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Merknad
	<ul style="list-style-type: none"> Sivilforsvarsloven 				Rapporten inneholdt 4 avvik fra 2005/2007. 3 er nå lukket, og det 4. blir lukket når tiltaket er iverksatt (oppdatering av tegninger).
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 institutt for folkehelse	<ul style="list-style-type: none"> Genteknologiloven 				
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 				
Kommunalt brannvesen	<ul style="list-style-type: none"> Brann- og eksplosjonsvernloven 				
	DPS Aust-Agder + ARA	1	4	4	Mangel i bl.a. internkontroll, systematikk, opplæring, øvelser – Tiltak gjennomført
	DPS Aust-Agder, Bjorbekk	1	4	4	Mangler i bl.a. oversikt/ansvar, jevnlig kontroll, brannfører, rømningsveier – Tiltak gjennomført
	Nyfødtposten SSK	1	2	2	Lagring i rømningsvei og tildekket sprinklerhode
Riksrevisjonen	<ul style="list-style-type: none"> Alle lovområder 	1			Undersøkelse av medisinsk koding

Avvik som ikke er lukket etter purring fra tilsynet eller etter seks måneder skal kommenteres.

Ikke-lukkede avvik fra tidligere år skal også registreres og kommenteres.