Strategiplan
Sørlandet sykehus HF
2012 – 2014

Strategiplanen er utarbeidet i klinikkene i et samarbeid mellom ledelsen, ulike faggrupper og representanter for de ansatte. Planen har vært på høring til ulike samarbeidspartnere, tilsyn og til alle kommuner i Agder.

Sørlandet sykehus HF har en sentral plass i Agder og har ambisjons mål. Foretaket vil i perioden videreføre arbeidet med og kontinuerlig forbedre helsetjenesten til beste for Agders befolkning, i et nært samarbeid med kommunene og våre samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt.

Takk til alle som har vært med i arbeidet og gitt sine innspill til planen.

Jan-Roger Olsen
Adm.dir
Strategiplanen vedtatt: 22. juni 2011 av styret i Sørlandet sykehus HF
Kontaktperson: Enhetsleder Gerd V. Slettedal

Foto: Anders Martinsen/SSHF
Grafisk produksjon: Eggen Press AS
Trykk: Møklegaards Print Shop AS
1.utgave 2011

Ønsker du planen tilsendt: postmottak@sshf.no - Tlf: 0047 380 74405
Innhold

1  Sørlandet sykehus HF og strategiplan 2012-2014 .......................  7

2  Fem strategiske satsingsområder .......................................................  9
2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet – i trygge hender ..............................................................  10
2.2 Kultur for helhet...............................................................................................................  11
2.3 Samhandling for høyere kvalitet og effektivitet .............................................................  11
2.4 Rusbehandling – SSHF i bresjen for kunnskapsbasert behandling ...................................  12
2.5 Kreftbehandling – det beste helseforetaket utenfor regionsykehus .................................  12

3  Utfordringer i planperioden ................................................................. 13
3.1 Agderbefolkningens sammensetning og behov endres ...................................................... 14
3.2 Sykdomspanoramaet endres ............................................................................................ 15
3.3 Levekår og livsstil påvirker helse tilstanden .................................................................... 16
3.4 Økte krav til dokumentert kvalitet i behandling/ pleie ..................................................... 16
3.5 Spesialisthelsetjenesten får trangere budsjetter ................................................................. 17
3.6 Bestilling fra Helse Sør-Øst RHF ..................................................................................... 18
3.7 Etterlevelse av lover og forskriftskrav ............................................................................. 18

4  Verdigrunnlag og etikk ........................................................................... 19

5  Strategi for 2012 – 2014 - foretaksnivå...................................................... 21
5.1 Pasientbehandling ............................................................................................................ 22
5.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående ......................................................... 23
5.1.2 Tjenestetilbudet/rollefordelingen i pasientbehandlingen .............................................. 24
5.1.3 Pasientbehandling med spesielt fokus .......................................................................... 26
5.1.4 Brukermedvirkning ....................................................................................................... 29
5.1.5 Samhandling med kommunene ..................................................................................... 30
5.1.6 Forebyggende medisin - oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. 33
5.2 Forskning ........................................................................................................................ 34
5.3 Kunnskapsutvikling og god praksis ................................................................................ 35
5.4 Organisering og utvikling av fellestjenester ................................................................... 37
5.4.1 Teknologi og infrastruktur ............................................................................................ 37
5.4.2 Bygninger ....................................................................................................................... 37
5.4.3 Medisinsk teknisk utstyr ................................................................................................ 38
5.4.4 IKT .................................................................................................................................. 38
5.5 Mobilisering av medarbeidere og ledere .......................................................................... 39
5.6 Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring ........................................................ 42
5.7 Skape trygghet gjennom god informasjon utad og innad ................................................... 43
5.8 Internasjonalt samarbeid ................................................................................................. 44
6  Strategisk plan 2012-2014 - klinikknivå ................................. 45
6.1 Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling ................................................................. 46
6.1.1 Faglig tilnærming ........................................................................................................................................... 46
6.1.2 Organisering og utvikling av tjenestene .................................................................................................. 47
6.1.3 Personell ....................................................................................................................................................... 48
6.2 Medisinsk serviceklinikk (MSK) ...................................................................................................................... 49
6.2.1 Tilpasning til den teknologiske og faglige utviklingen .............................................................................. 49
6.2.2 Rekruttere og beholde kritisk kompetanse .............................................................................................. 50
6.2.3 Tjenestetilbud og forhold til private aktører .......................................................................................... 50
6.3 Kirurgisk klinikk ................................................................................................................................................ 51
6.3.1 Behandling av alvorlig skadde pasienter .................................................................................................. 51
6.3.2 Kirurgi og ortopedi ..................................................................................................................................... 51
6.3.3 ØNH/kjeve ................................................................................................................................................... 52
6.3.4 Øye .............................................................................................................................................................. 52
6.3.5 Gynekologi og fødtilbud ............................................................................................................................ 53
6.3.6 Prehospital tjenester (PTSS) .................................................................................................................... 53
6.3.7 Anestesi ..................................................................................................................................................... 54
6.3.8 Operasjon ................................................................................................................................................... 54
6.3.9 Sengeavdelingene og poliklinikk .............................................................................................................. 54
6.3.10 Merkantile funksjoner i kirurgisk klinikk .............................................................................................. 54
6.4 Medisinsk klinikk ............................................................................................................................................. 56
6.4.1 Indremedisin – Medisinsk avdeling Arendal og Kristiansand/Medisinsk avdeling Flekkefjord ....... 56
6.4.2 Barnesenteret .............................................................................................................................................. 56
6.4.3 Neurologisk avdeling ............................................................................................................................... 58
6.4.4 Revmatologisk avdeling ........................................................................................................................... 58
6.4.5 Senter for kreftbehandling ....................................................................................................................... 59
6.4.6 Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering .................................................................................... 60
6.4.7 Fellesavdelingen for fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester ......................................................... 60
6.4.8 Avdeling for voksenhabilitering ............................................................................................................. 60
6.4.9 Organisering ............................................................................................................................................... 60

7  Vedlegg .................................................................................................................. 61
7.1 Status funksjonsfordelinger, somatikk SSHF ............................................................................................... 62
7.2 Status funksjonsfordelinger, Rehab/hab, SSHF ......................................................................................... 64
7.3 Status funksjonsfordelinger, KPH, SSHF ..................................................................................................... 65
7.4 Oversikt over handlingsplaner som iverksettes i 2011-2014 ................................................................. 66
7.5 Oversikt over Utredninger i 2011-2014 ....................................................................................................... 66
Sørlandet sykehus HF og strategiplan 2012-2014
SSHF har stor bredde i behandlingstilbudet, og god rekruttering av medarbeidere med høy kompetanse innen de fleste fagområder. Medarbeidere med god kompetanse ved alle tre lokasjoner, høy grad av forskning og et godt organisert kvalitetsarbeid, høy prioritering av pasientsikkerhet og høy kostnadseffektivitet, gjør at SSHF har et godt utgangspunkt for videreutvikling av virksomheten i tråd med befolkningens behov.

Strategiplanen for SSHF 2012-2014 er førende for prioriteringer i og utvikling av helseforetaket i planperioden. Planen skal skape nødvendig forutsigbarhet og trygghet for tjenestetilbudet for både virksomhetens pasienter, medarbeidere, samarbeidsparter, og samfunn og befolkning for øvrig. Samtidig skal planen gi nødvendig handlingsrom for videreutvikling av SSHFs virksomhet i tråd med endringer i rammevilkår, og forvirksomhetens behov for spesialisthelsetjenester.

Selv om planen har en tidsramme på 3 år, er beskrivelser av satsingsområder, utfordringer og muligheter mer langsiktige. For at SSHF skal sikre kunnskapsbaserte helsetjenester i tråd med befolkningens behov i årene fremover, må virksomheten allerede i planperioden innrette seg for å møte disse. Endringer i befolkningens alderssammenheng og gjennomføring av samhandlingsreformen, kan eksempler på dette.


Rekkefølgen av underpunkter i strategiske valg (kap 5) er ikke uttrykk for prioriterte valg.

Utvalgte områder i planen skal følges opp med handlingsplaner slik det er listet opp i vedlegget.

Det er tre dominerende drivere i utvikling av spesialisthelsetjenesten: 1) endring i befolkningens behov og forventninger. 2) utvikling av medisinsk metode og teknologi. 3) endring i helsetjenestens rammevilkår (politisk og økonomisk).

1 Stortingsmelding nr 47 (2008-2009)
2 Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2010
3 Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009 - 2020

Sørlandet sykehus HF og strategiplan 2012-2014

Sørlandet sykehus HF (SSHF) er områdesykehus for befolkningen i Agderfylkene, og har også lokalsykehusfunksjon for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland. Befolkningsgrunnlaget er ca 280 000 mennesker.
2
Fem strategiska satsningsområden
Fem strategiske satsingsområder


- Kvalitet og pasientsikkerhet – i trygge hender
- Kultur for helhet
- Samhandling for høyere kvalitet og effektivitet
- Rusbehandling – SSHF i bresjen for kunnskapsbasert behandling
- Kreftbehandling – det beste foretak utenfor regionsykehus

I det følgende omtales de fem områdene i større bredde.

2.1. Kvalitet og pasientsikkerhet

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

- SSHF skal utvikle bred kompetanse og en sterk kultur for å bedre pasientsikkerhet og redusere risiko i pasientbehandling. Se også kapittel 5.1.1 og 5.1.3.
- Kunnskap om risiko og om egne resultater skal prioriteres av alle ledere.

- SSHF skal ha en kultur for å
  - vite hva som er rett: Ved kvalitetssikring av rutiner og prosedyrer, bør 25 % av fagprosedyrer være kunnskapsbaserte\(^2\) innen utgangen av perioden. SSHF skal implementere nasjonale veiledere/retningslinjer.
  - vite at vi gjør det rette: Komplikasjonsregister og deltagelse i lokale, regionale og nasjonale kvalitetsregister skal gi økt kunnskap om egen kvalitet, rapportering der dette anses hensiktsmessig, sertifisering og akkreditering av deler av virksomheten.
  - finne feil: SSHF skal være en lærende organisasjon, preget av åpenhet med lav terskel for å registrere uønskede hendelser.
  - analysere svake områder: Gjennom risikovurderinger, analyse av uønskede hendelser, bruk av andre relevante analyseverktøy.
  - videreutvikle en lærende kultur og utvikle evne til forbedring: Kritiske områder knyttet til pasientsikkerheten skal systematiske avdekkas for å bedre kvaliteten på prosedyrer og rutiner.

\(^4\) Definisjon av «pasientsikkerhet» - Kunnskapssenteret
\(^5\) Kunnskapsbasert praksis innebærer en systematisk gjennomgang av tilgjengelig forskningslitteratur, dokumentasjon av erfaringsbasert kunnskap – som faglige veileder – og dokumentasjon av brukergruppers vurderinger
2.2. Kultur for helhet

- Alle avdelinger i Sørlandet sykehus skal legge et Agderperspektiv til grunn, og bidra til tjenester av høy faglig kvalitet til alle pasienter på Agder.
- SSHFs ledere og ansatte skal bidra til å styrke en kultur for helhet ved etterlevelse av visjon og verdigrunnlag samt bygge videre på det vi har felles og som det er enighet om.
- Arbeidsgiver, tillitsvalgte og verneombud skal gjøre sitt beste for å skape og opprettholde et godt samarbeid på arbeidstedet, slik at partene kan løse eventuelle problemer på en konstruktiv måte.
- Virkemidlene skal bidra til positiv omdømebygging og respekt i kommunikasjon internt og eksternt.
- Alle skal opptre enhetlig overfor samarbeidsparter og befolkningen.
- Enhetlige pasientforløp, felles prosedyreverk, medikamentlister, terapiplaner samt felles henvisningsrutiner og ventelister vil bidra til en kultur for helhet.
- Felles fagutvikling, forskning og utviklingsprosjekter samt enhetlig struktur for samhandling med kommunehelsejenesten er vesentlig.
- Systematisk kommunisere en kultur for helhet til nye medarbeidere.
- Tilrettelegge for økt mobilitet/fleksibilitet hos medarbeidere (mellom enheter) når målet er bedre pasientbehandling.

2.3. Samhandling for høyere kvalitet og effektivitet

- Samhandlingsreformen skal implementeres i tråd med nasjonal helse og omsorgsplan, ny helselovgivning, sentrale føringer som konkretiseres i lokale inngåtte avtaler.
- Fokus på øyeblikkelig hjelp, de store pasientgruppene med kroniske lidelser, pasienter med sykelig overvekt.
- Arbeid med å utvikle helhetlige pasientforløp/behandlingslinjer fra hjem til hjem.
- Praksiskonsulentordningen for fastlegene styrkes i planperioden.
- Ulke former for ambulante polikliniske tilbud og modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste skal vurderes i perioden, eks. psykisk helsevern.
- Det skal arbeides med å videreutvikle og etablere nye modeller for kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Det skal arbeides systematisk med å videreutvikle pasient- og pårørendeopplæring både på gruppe og individnivå basert på helsepedagogiske prinsipper.
- Meldingsløftet implementeres mellom alle aktører i behandlingskjeden for å styrke kvalitet og effektivitet i dokument- og kommunikasjonsflyten.
- Behov for velferds- og omsorgsteknologi for å styrke enkeltes evne til å klare seg hjemme lengst mulig. Telemedisinske løsninger som bidrar til å effektivisere utredning og behandling, kartlegges og testes.

«Alle avdelinger i Sørlandet sykehus skal legge et Agderperspektiv til grunn, og bidra til tjenester av høy faglig kvalitet til alle pasienter på Agder.»
2.4. Rusbehandling  
– SSHF i bresjen for kunnskapsbasert behandling

• Kapasitet og kvalitet innen TSB\(^6\) skal styrkes, blant annet gjennom økt rekruttering av spesialister.
• Rusbehandlingstilbudet til barn og unge under 25 år skal prioriteres. Satsingen skal, i tillegg til Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, involvere samtlige avdelinger innen psykisk helsevern, Barnesenteret og øvrige somatiske avdelinger, samt kommunehelsejennesten i Agder og andre relevante samarbeidsparter.
• Kunnskap om hvilke tiltak som har effekt på fagområdet, skal utvides. Forskning skal prioriteres, og kunnskapsbasert praksis legges til grunn for de tiltak som iverksettes.

SSHF vil sammen med aktuelle samarbeidsparter være i forkant av den faglige utviklingen på området, for best mulig å kunne møte et økende samfunnsproblem med særlige utfordringer for Agderfylkene.

• Rusfeltet har stort behov for forskning og dokumentasjon. Dette skal gis prioritet i planperioden. Se også kapittel 3 og 6.

**TSB** = tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

2.5. Kreftbehandling  
– det beste helseforetaket utenfor regionsykehusene

• SSHF har et sammensatt og velfungerende behandlingsstilbud.
• Det er et tett samarbeid mellom yrkesgrupper i kirurgiske og indremedisinske fag, radiologi, patologi, onkologi med stråleenheten og palliasjon samt medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin.
• God kreftomsorg er en vesentlig indikator på SSHFs fokus på kvalitet og pasientomsorg.

SSHF har som prioritert sikre Sørlandets befolkning kreftbehandling som kvalitativt er på nivå med eller bedre enn regionsykehusnivå for de kreftsykdommer som kan behandles i SSHF.

• Høy kvalitet skal prioriteres i alle ledd av behandlingslinjen: undersøkelse, diagnostikk, behandling og palliasjon. Nærhet til tjenesten er spesielt viktig ved langvarig behandling og i palliativ fase av sykdommen.

• Dokumentasjon og overvåking av kvalitet og pasient sikkerhet skal særlig prioriteres, og anses som nødvendig for å sikre behandlingsstilbudet på Sørlandet.

• Å få diagnosen kreft, og å vente på behandling, innebærer en stor mental belastning for de fleste. Gjennomføring av kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling har som regel stor innvirkning på øvrig helsestatus og livskvalitet. Ventetider for vurdering, utredning og behandling skal ikke overskride tidstimer som er nedfelt i regionale og nasjonale anbefalinger.

• Det fremtidige behovet for PET-skanner etter planperioden skal utredes, Se kapittel 3 og 6.
Utfordringer i planperioden
Utfordringer i planperioden

3.1. Agderbefolkningens sammensetning og behov endres

Økning av antall eldre

Fremvirkning av befolkningsutviklingen i Agderfylkene viser en sterk økning av alderskullene over 65 år i planperioden. De eldre har no bedre helse nå enn før, og behovet for sykehusinnleggelse vil dermed ikke stige i samme takt som antall eldre de neste 10-20 årene. Se kap 5.1.3. Forbruket av spesialisthelsetjenester vil være størst for eldre over 75 år.

Utfordringer med utgangspunkt i etnisitet

I dag er omrnt hvert syvende pasient minoritetsspråklig, og over 10 % av befolkningen på Sørlandet har minoritetsbakgrunn. For SSHF forutsetter dette økt bevissthet og ny kompetanse hos medarbeiderne. Se kap 5.1.3.
3.2. Sykdomspanoramaet endres

Den gjennomsnittlige levealderen øker, og gamles helse og funksjon bedres. Særlig er det en merkbar nedgang i hjerte-/karsykdommer. Tydeligst merkes dette i hjertemedisinen, men andre vanlige alvorlige sykdommer som hjerneslag kan også bli mindre ubrettet.

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


7 Folkehelseinstituttet 2010:2
8 Insidens = hvor mange nye individer i en bestemt gruppe som får en gitt tilstand i en gitt tidsperiode, eks nye tifeller kreft i Agder pr år
9 Prevalens = hvor mange individer i en bestemt gruppe som har en gitt tilstand eller sykdom på et gitt tidspunkt, eks hvor mange har kreft i Agder på et gitt tidspunkt

«De medisinske framskritt innenfor kreftbehandling har gitt økt levetid med god livskvalitet ved mange kreftformer. Effektiv medisinsk behandling er i dag en hovedårsak til økt levealder.»
3.3. Levekår og livsstil påvirker helse tilstanden


- **Det er en sammenheng mellom helse og utdanning.** I 2007 var andelen 30-39 åringer bosatt i Aust-Agder med grunnskole som høyeste utdanning på 17,7 %, mens den var 16,2 % for Vest-Agder og 15,1 % for landet.

- **Jo høyere utdanning og inntekt, desto mer fysisk aktiv er man.** Slike forskjeller i levevaner medvirker til sosiale ulikheter i helse. En undersøkelse viser at fysisk aktivitetsnivå på Sørlandet (Agder-fylkene og Rogaland) er lavere enn regionene Østlandet, Vestlandet og Trøndelag. Bare Nord-Norge har et lavere aktivitetsnivå.


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

- **Medikamentbruk.** Begge Agderfylkene ligger over landsgjennomsnittet i forbruket av antidepressiva, sovemidler og angstdemper midler.

- **Agderfylkene, og spesielt Aust-Agder, ligger hoyt mht unge uføre.** Aust-Agder har en andel unge uføre på 3,2 % og Vest-Agder på 2,7 %, mot 1,8 % på landssnittet. Tallene er fra 2005 og publiceret i forskningsrapporten «Et liv jeg ikke valgte» (UiA, 2010).

3.4. Økte krav til dokumentert kvalitet i behandling/pleie

Økende forventninger og krav fra brukere og eiere til å levere helstjenester som er kunnskapsbaserte, medfører at medarbeiderne må sikres faglig utvikling og kontinuerlig oppdatering. Dette er blant annet nedfelt i faggruppens krav til videre- og etterutdanning og økt bruk av sertifiseringsordninger, for eksempel bruk av medisinsk teknisk utstyr. En sterk satsing på kompetanseheving er nødvendig for å styrke den enkelte medarbeiders kompetanse, og for at helseforetaket får gjennomført en nødvendig oppgradering av faglige prosedyrer. I dag finnes en rekke nasjonale og internasjonale veileder for fag og organisering, som løpende må tilpasses og implementeres i pasientbehandlingen. SSHFs fagpersoner er involvert i arbeidet med å utforme kunnskapsbaserte prosedyrer og behandlingslinjer basert på disse veilederne, forskningsresultater, erfaringekompetanse og brukernes behov.
3.5. Spesialisthelsetjenesten får trangere budsjetter

3.6. Bestilling fra Helse Sør-Øst RHF


3.7. Etterlevelse av lover og forskriftskrav

SSHF vil etterleve det juridiske rammeverket gjennom følgende tiltak:
• tydelige bestillinger i ledelsesrapporter på områder man ser det er behov for ekstra fokus,
• oppbygging av juridisk kompetanse for ledere og medarbeider i forståelse og tolkning av lover og regler.
• sikre kjennskap til de mest brukte hverdagsavtaler.
• formidling av kravene til ledere og medarbeidere.
• systematiske internrevisjoner, stikkprøver og kontroller.
• ledelsens gjennomgang, f.eks. internkontrollforskriften.
• oppfølg og læring av eksterne tilsyn.
Verdigrunnlag og etikk

Bakgrunn


Etiske dilemmaer kan også oppstå i den interne samhandlingen mellom medarbeiderne og mellom enhetene. SSHF vil i planperioden arbeide for å fremme respekt i den interne kommunikasjonen, og utvikle en kultur for helhet på tvers av fag og geografiske enheter, for å forebygge suboptimalisering og intern rivalisering.

Strategiske valg

SSHF’s verdier skal være en del av prioriteringstrinnets grunnlag for ledere og medarbeidere i de valg som gjøres innenfor klinisk virksomhet, organisering og fordeling av økonomiske ressurser.

Visjonen trygghet når du trenger det mest og kjerneverdiene respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet skal etterleves i all virksomhet, og vektlegges i intern og ekstern kommunikasjon.

SSHF’s kliniske etikkomité skal ha en proaktiv rolle i sykehusets strategi og utvikling og ha fokus på kompetansehevende tiltak i forhold til klinisk etikk og normal praksis.

SSHF vil fokusere på økt kompetanse i etisk refleksjon og bruk av helseforetakets verdisett i det daglige profesjonelle arbeidet. Det er ønskelig med økt bevissthet og fokus på hvordan og hva slags kompetansehevende tiltak sykehuset ønsker i forhold til klinisk etikk, og normal praksis i det daglige profesjonelle arbeidet.

Det utarbeides en handlingsplan for klinisk etikk-arbeid i planperioden. Planen må inneholde en beskrivelse av implementeringen.

Videre arbeid
strategi for 2012 – 2014 - foretaksnivå
Strategi for 2012 – 2014 - foretaksnivå

Strategisk fokus i Helse Sør-Øst (HSØ) RHF rulleres hvert år mht målformuleringer og for å fange opp styringssignal fra eier, og endringer i behov. Mål for første år i planperioden uttrykker spissede prioriteringer med basis i nasjonalt politikk og regional risikovurdering.

HSØ har gjevende mål for planperioden:
- pasienten opplever ikke fristbrudd.
- sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- alle medarbeidere skal involveres i oppfølgelse av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
- det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Måloppnåelse prioriteres av SSHF i planperioden og områdene er omtalt i ulike deler av planen.

I perioden 2009 – 2020 har HSØ kategorisert seks innsatsområder:
- pasientbehandling.
- forskning.
- kunnskapsutvikling og god praksis.
- organisering og utvikling av fellesstjenester.
- mobilisering av medarbeidere og ledere.
- bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring.

Strategisk mål for SSHF følger den same inndelingen.

5.1. Pasientbehandling

Tilbudene til pasienter omfatter utredning, diagnostisering, behandling, pleie, omsorg og habilitation/rehabilitering. Tilbudene omfatter også pasientopplæring for å øke pasient og pårørendes evne til mestring og egenomsorg.

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. I tiden fremover blir det fler eldre og sykdomsbildet er preget av flere med kroniske og sammensatte sykdommer. Disse pasientene har ofte behov for nærvært til tjenestene, kontinuitet og oversiktighet samt at det er breddekompetanse i behandlingsapparatet bl.a. i form av tverrfaglige team. Pasientene vil også være helt avhengig av en tydelig og ansvarlig kontaktperson, og at det er etablert et tett samarbeid mellom kommune-

helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, både for det enkelte pasientforløp og i planleggingen og gjennomføringen av den samlede tjenesten.

Samtidig vil det på andre områder være behov for en ytterligere specialisering innen fagområder som tilsier behov for samling og styrking av kompetanse. Den faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten tilsier at flere pasienter behandles poliklinisk eller ved dagbehandling.

Bedre kunnskapshåndtering og videreutvikling av god faglig praksis gjør at behandlingen får høyere kvalitet med større forutsigbarhet. På den måten blir tjenestene i helseforetakene i enda større grad likeverdige.
5.1.1. Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående

**Bakgrunn**


**Strategiske valg**

### Systematisk pasientsikkerhetsarbeid
Det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet skal styrkes i perioden, og være et strategisk fortrinn for SSHF i pasientbehandling, rekruttering og faglig utvikling. Bred kompetanse og en sterk kultur for å øke sikkerhet og redusere risiko i pasientbehandlingen skal prioriteres av alle ledere.

### Vite hva som er rett
Fagmiljøene har alltid hatt fokus på å følge anbefalinger fra fagmiljø og forskning. Mer systematisk innhenting og sortering av forskningsdata og bruk av ekspertgruppers anbefalinger er vesentlig for raskere implementering av prosedyrer ved høyest mulig kvalitet for pasienten. Slik oppdatering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer kombinert med utvikling av behandlingslinjer/planer vil ha fokus i planperioden, (se 5.3 kunnskapsbasert praksis).

### Vite at vi gjør det rette

Dette må ivaretas gjennom flere ulike tiltak innenfor de fleste fagområder og avdelinger. Pasientsikkerhetsarbeide handler om en systematisk tilnærmning til pasientbehandling, punkt 1 – 6 nedenfor.

**Finne og registrere uønskede hendelser**
SSHF skal være en lærende organisasjon, preget av åpenhet med lav terskel for å melde uønskede hendelser.

**Analysere svake områder**
SSHF vil bruke mer tid på å analysere hendelser, finne mulige systemfeil for forbedring gjennom hendelsesanalyser, Global Trigger Tools/journalaudit. Ordringenen med kvalitetsråd på avdelingsklinikk- og foretaksnivå er en viktig del av dette arbeidet, som skal videreføres. Kritiske områder knyttet til pasientsikkerhet skal systematisk avdekkjes og forbedres gjennom risikovurdering (ROS - analyser). Eksempel kan være vaktsystemer som må planlegges slik at risikoen for feil i pasientbehandling minimaliseres.

**Videreutvikle en lærende kultur og evne til forbedring**
SSHF skal være en åpen og lærende organisasjon med kontinuerlig vurdering av risikoområder, registrering av uønskede hendelser og rapportering av oppnådde resultater. SSHF skal bruke resultatet av eksterne tilsyn på en systematisk måte, og slik at resultat av tilsyn i en enkelt klinikk eller avdeling også skal brukes til læring i andre deler av organisasjonen.

«SSHF skal være en lærende organisasjon, preget av åpenhet med lav terskel for å melde uønskede hendelser.»
5.1.2. Tjenestetilbudet/rolle-fordelingen i pasientbehandlingen

Bakgrunn

Organisering og prioritering skal ivareta likeverdighet og tilgjengelighet til tjenestetilbudet for pasientene i Agder, og skal ha en høy egendekning (80 – 90 %). SSHF skal opprettholde nærhet til behandlingsstilbud for de vanligste akutte og kroniske lidelsene, og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Alminnelige tjenestetilbud skal i størst mulig grad være desentraliserte i lokalsykehus. Hvis det er nødvendig for kvaliteten, skal tjenestetilbudet utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner. For noen lavvolum diagnosegrupper kan det være hensiktsmessig å videreutvikle spesialiserte team som driver pasientbehandling ved flere lokasjoner, eksempelvis gastro – og urologisk kirurgi ved kreft, palliativt team og innenfor rehabilitering og psykisk helse.

Bedre kvalitet i pasientbehandlingen skal sikres gjennom større fokus på helhetlige pasientforløp fra hjem, via alle tjenesteledd og tilbake til hjem, for de ulike lidelsene. Arbeidet skal være kunnsskapsbasert, og inkludere forpliktende samhandling basert på avtaler med kommunehelsetjenesten.

Videre arbeid

- Handlingsplan for pasientsikkerhet implementeres i 2011.
- Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen gjennomføres i 2011.
- Innen høsten 2011 skal det utarbeides handlingsplaner for hvert av de fem satsningsområdene for SSHF i planperioden.
Strategiske valg

Akuttsykehusfunksjon
- innebærer akuttomtak, traumatomtak og fødetilbud, som bemannes og organiseres som akuttmedisinske behandlingskjeder for å sikre kvalitet i initial sorting/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt.
- kjennetegnes av nærhet/korttreist beredskap.

Lokal- og områdefunksjon
- SSHF har et helhetlig ansvar for Agderbefolkningen, og skal tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester (loksykehusfunksjon) og mer spesialiserte tjenester (områdesykehusfunksjon) for sitt område, herunder akutfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og spesialisert rehabilitering.
- SSHF dekker både lokal-, område- og flerområde-funksjoner. Dekningsgraden opprettholdes på minst 85 %. Oversikten er beskrevet i tabellene i kap 7, vedlegg
- Alle de tre somatiske sykehuslokasjonene skal være bærekraftige og ha rekrutterende fagmiljø som kan sikre at befolkningen får gode lokal-sykehusfunksjoner, herunder akut- og føde-tilbud. Strategiplanen skal videre legge til rette for at det også i fremtiden kan vedlikeholdes og videreutvikles gode områdefunksjoner, til gode for hele befolkningen på Sørlandet.

Lokalsykehusfunksjoner i SSHF, kjennetegnes av
- nærhet/korttreist beredskap.
- at målgruppen er pasienter med vanlige lidelser og sykdommer som kan håndteres uten ressurs-krevende utredning/behandling.
- likeverdige tjenester sikres for pasienten.
- akutfunksjon for nærområdet inkludert akuttmottak, traumemottak og fødetilbud bemannes og organiseres som akuttmedisinske behandlingskjeder for å sikre kvalitet i initial.

Områdefunksjoner ved SSA og SSK
- spesialiserte funksjoner/tjenester for lavvolum-lidelser, der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig spisskompetanse og faglig standard.
- funksjoner som av faglige og ressursmessige vurderinger har et opptaksområde svarende til ett sykehusområde.
- tverrfaglige team, der det foreligger en faglig avhengighet mellom ulike spesialiserte funksjoner, som i noen grad betinger at funksjoner lokaliseres samme sted.

Flerområdefunksjoner ved SSHF for noen få fagområder, se vedlegg 1
- Spesialiserte tjenester som dekker opptaksområde fra flere sykehusområder, se ovenfor.

Private tjenester
Private aktører inngår i oppgave- og funksjonsde-lingen innenfor sine respektive sykehusområder, jf. vedtatt strategi for Helse Sør-Øst. Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.

«Akutfunksjon for nærområdet inkludert akuttmottak, traumemottak og fødetilbud bemannes og organiseres som akuttmedisinske behandlingskjeder for å sikre kvalitet i initial.»
5.1.3. Pasientbehandling med spesielt fokus

**Bakgrunn**

**Økning av antall eldre**

Samhandlingsreformen er tenkt å demme opp for det som kommer. Men det kan være en fare for at samhandlingsreformen svekker gamle pasienters rett til diagnostikk og eventuell behandling på sykehus.

**Utfordringer med utgangspunkt i etnisitet**
I dag er omtrent hver syvende pasient minoritetsspråklig, og over 10 % av befolkningen på Sørlandet har minoritetsbakgrunn. For SSHF forutsetter dette økt bevissthet og ny kompetanse hos medarbeiderne. Holdningsskapende arbeid for likeverdige helsetjenester, for eksempel ved å sikre riktig bruk av tolketjenester og nødvendig kunnskap om særlige helsetilfeller i ulike folkegrupper, er også viktig. Det er en rekke utfordringer når det gjelder innvandreres helsetilstand og selvrapportert helse, som muskel-/skjelettsygdommer, diabetes, kroniske sykdommer og lidelser, svangerskap, fødsel, barsel og psykiske lidelser. Risikofaktorer er sosioøkonomiske forskjeller, traumer før, under og etter flukt/flytting, kosthold, fysiske aktiviteter, røykevaner, alkoholinnntak, lavere inntak av D-vitamin og overvekt.

Utfordringer med utgangspunkt i etnisitet kombinert med traumatisering og kultur hos flyktningene og asylsøkere, representerer en risiko for utvikling av helseplager. Kunnskap om dette er en forutsetning for forebygging, behandling og integrering.

**Sykelig overvekt**
I tillegg er overvekt et av de viktigste helse-problemene i verden. WHO definere «Fedmebølgen» antas å tilla og bli en betydelig utfordring for spesialisthelsetjenestene. WHO klassifiserer BMI ≥ 25 som overvekt og BMI ≥ 30 som fedme. I Norge er ca 60 % overvektige, 24 % har fedme. 2 % er sykelig overvektige, den siste gruppen utgjør ca 6000 personer i Agder. I gruppen «sykelig overvektige» er det en klar sammenheng med kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, diabetes og andre hormonelle lidelser, ulike kreftformer samt belastningslidelser. Mange får søvnnapnae, spiseforstyrrelse. En betydelig andel har psykiske lidelser; har vært utsatt for seksuelle overgrep, omsorgsvikt, oppvekst hos alkoholiserte foreldre, mobbeofre, depresjon, angst med mer.


**Smittevern**
Overvåking og registrering av sykehusinfeksjoner er et viktig hjelpemiddel for å kunne forebygge slike infeksjoner. Postoperative sårinfeksjoner, ventilatorassosierede nedre luftveisinfeksjoner (lungebetennelser) og blodbaneinfeksjoner som resultat av behandling i sykehus, utgjør i antall flest sykehusinfeksjoner, og forårsaker i tillegg størst lidelse for pasientene, og økonomiske kostnader for sykehusene.

**Beredskap**
SSHF har gode beredskapsplaner og er toneangivende i det regionale beredskapssamarbeidet. Det er viktig kontinuerlig å holde fokus på beredskapsarbeidet gjennom øvelser og øvelsesnivå.
Strategiske valg

Tiltak for å møte behovene for behandlingstilbud til et økt antall eldre
- SSHF vil i planperioden starte oppbyggingen av tjenestetilbudet til eldre pasienter for å møte kapasitetsutfordringene nærmere 2020. Det må legges til rette for gradvis styring av enheter og tjenester i sykehusene som sikrer kvalitet i helsetjenesten til eldre, med spesielt fokus på eldre med flere kroniske lidelser og følgetilstander av tidligere sykdom og skade.

Behandlingstilbud til minoritetsbefolkningen
SSHF er et av de første sykehus i landet som er klassifisert som «migrant friendly» via nettverket Helsefremmende sykehus. Arbeidet skal viderefosse for å sikre likeverdige tjenester til minoritetsbefolkningen i landsdelen. I løpet av høsten 2011 skal det utarbeides en egen handlingsplan for minoritetshelse ved SSHF.

Sykelig overvekt

Smittevern
SSHF vil i strategiplanperioden prioritere arbeidet med medarbeidernes holdninger til og kunnskap om god og riktig håndhygiene samt aksept for SSHFs nulltoleranse for bruk av smykker i arbeidstøy.

SSHF vil i strategiplanperioden øke oppmerksomheten omkring tiltak for å forebygge sykehuspåførte infeksjoner, disse skal reduseres til under 3 % i planperioden.

Dette vil kreve
- ytterligere omstillinger og tiltak som må beskreves i en revidert handlingsplan.

- utvidet infeksjonsovervåking.
- periodisk innrappertering av overvåkningsdata for postoperative sårinfeksjoner.
- systematisk overvåking og registrering av nedre luftveisinfeksjoner hos ventilatorbehandlede pasienter og sykehuspåførte blodbaneinfeksjoner.
- pålegg om systematisk forbedringsarbeid relatert til påviste resultater av infeksjonsovervåking.

Utredning av nødvendig isolatkapasitet ferdigstilles i 2011.

SSHF vil utvide samarbeidet med kommunene i Agder om smittevern med vektlegging av økt kunnskapsformidling, økt samhandling omkring utbruddssituasjoner og tilsvarende utbruddsøvelser, og samhandling omkring enkeltpasienter med påvist bærerskap av multiresistente mikrober.

Beredskap
SSHF vil kontinuerlig oppdatere og videreutvikle sitt beredskapssystem. Beredskapsplaner og varslingslisten er tilgjengelige i EK-web, 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 beredskaps-elementene (akuttmeldesentral (AMK), akuttmottakene, stedlig og overordnet beredskapsledelse) innår i det faste øvingsopplegget.

I beredskapsituasjoner skal intranett og internett tas i bruk for å gi informasjon til medarbeidere på jobb og til medarbeidere som har fri.

Det skal gjennomføres minimum 2 årlige øvelser på foretaksnivå, inkludert den årlige øvelsen i LRS-regi. SSHF skal være et foregangssykehus i det regionale beredskapsarbeidet.

Foretaket skal ha planmessig beredskap for nødvendige medikament, væsker, blod og forbruksmateriell til pasientbehandlingen.
Videre arbeid

• Handlingsplan for «Endring av behandlings-tilbudet som følge av økningen av antall eldre 2011-2020» utarbeides tidlig i perioden.
• I samarbeid med kommunene i Agder utarbeides en handlingsplan for geriatri i området.
• Behandlingsstilbud for ortogeriatriske pasienter etableres ved SSA fra 2011.
• Handlingsplan for minoritetshelse utarbeides i planperioden.
• Handlingsplan for smittevern oppdateres for å møte kravet om at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 % i planperioden.
• Områdeplaner for psykisk helse, rus, habilitering og rehabilitering skal utarbeides.
• Behandlingsstilbud for ME-pasienter utredes i 2011 og implementeres i planperioden.
• Et samlet behandlingsstilbud for sykelig overvekt utredes i 2011 og implementeres i planperioden.
• Behovet for å styrke behandlingsstilbudet til kronisk syke innen psykisk helsevern skal utredes.
• Behandlingsstilbud i brachyterapi\textsuperscript{17} ved prostatacancer utredes og implementeres i planperioden i nært samarbeid med Oslo Universitetssykehus.
• Behovet for etablering av kardiologisk ablasjonsbehandling skal utredes.
• Tjenestetilbudet i intervensionssradiologi bør utredes.
• Det fremtidige behovet for PET-skanner etter planperioden bør utredes, særlig sett i sammenhang med satsingsområde kreft. Dette krever utredning av drift samt behov for utstyr og kompetanse.

\textsuperscript{17} Brachyterapi = Stråleterapi som gis ved at radioaktive kilder plasseres inni eller tett ved svalsten. Prinsippet brukes oftest ved svalster i kroppens naturlige hulrom (gynekologisk kreft, spiserørskreft), ved prostatakreft og ved kreft i hode/ hals regionen.
5.1.4. Brukermedvirkning

Bakgrunn


Pasient- og pårørendeopplæring kan fremme helse og livskvalitet ved å bidra til økt uavhengighet, selvstendighet og kompetanse til å mestre eget liv. Pasientens egenansvar for liv og helse blir vektlagt gjennom hele prosessen med vekt på forebygging og mestring i et livsløpsperspektiv.

Systemnivå: Brukerutvalget med 11 medlemmer fra sentrale pasient- og pårørendeorganisasjoner, er et rådgivende organ som skal bidra til at brukersynspunkt får en sentral plass i utforming av SSHFs tjenestetilbud. Slik brukermedvirkning er også sentral i utarbeidelsen av rutiner og fagprosedyrer basert på modellen «kunnskapsbasert praksis», se kap 5.3.

Strategiske valg

- Ledere på alle nivåer skal i planperioden fortsette arbeidet for å styrke brukermedvirkningen på individ- og systemnivå.
- Samarbeid med brukerorganisasjoner er sentralt i dette arbeidet.
- SSHF vil aktivt bidra til rekruttering til og sikre adekvat brukerkompetanse i brukerutvalget.
- Brukere skal involveres i alle viktige prosesser og prosjekter hvor deres erfaring kan gi verdifull kunnskap.
- Det bør legges til rette for og oppmuntres til at pasient og behandler tar beslutningene sammen.
- Pasientopplæring på individnivå samt læring og mestringstiltak skal utvikles for pasienter i alle aldersgrupper; barn, ungdom, voksne og eldre.
- Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring i Helse Sør-Øst (RLMS) er en av SSHFs regionale funksjoner. Senteret skal bidra til at regional veileder for pasient og pårørendeopplæring implementeres ved alle helseforetak i HSØ og samtidig bidra til å styrke samhandling i forhold til pasient og pårørendeopplæring gjennom nettverksmodeller.
- Lokalt lærings- og mestringssenter i SSHF (LMS) styrkes som et helsepedagogisk kompetansemiljø i nær samarbeid med brukere og medarbeidere i klinisk arbeid.

Videre arbeid

Det utarbeides handlingsplan for brukermedvirkning i planperioden.
5.1.5. Samhandling med kommunene

**Bakgrunn**

SSHF har gjennom mange år samarbeidet tett og systematisk med kommunene i Agder. Samarbeidet er regulert i gjensidige samarbeidsavtaler, og koordinert gjennom Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS). Det gode samarbeidet har spesielt vært gunstig for den gode pasientflyt ved et sykehusopphold med svært lav liggetid (< 3,5) for pasienter ved SSHF og nærmest ingen (< 0,3 %) korridorpasienter.


Pasienter skal få utvidet rett til medvirkning når det gjelder utforming av tjenestetilbudet. Det skal legges stor vekt på hva pasienten mener når tjenestene skal utformes.

Det er ingen felles oppfatning i de fire helseregionene om hvordan reformen skal konkretiseres. SSHF og kommunene må selv utforme tjenestene som følge av reformen. Dette må skje gjennom en kombinasjon av tilpasning til og tolkning av nasjonale vedtak kombinert med lokale grep. Forutsetningen i budsjetterne er lagt. SSHF får uttrekk i rammen som skal benyttes til tiltak i kommunene.

Agderfylkene har mange kommuner med lave innbyggertall (under 5000 innbyggere). Det vil være behov for å etablere robuste arenaer for å kunne skape et best mulig samarbeidsklima og dermed etablere forutsigbare og trygge pasient forløp.


Dette inkluderer rehabilitering samt lærings- og mestringstjenester. Videre vektlegges tverrfaglig tilnærming.


«Pasienter skal få utvidet rett til medvirkning når det gjelder utforming av tjenestetilbudet»
Strategiske valg

Fortsatt samarbeid om pasientflyt
SSHF og kommunene skal i planperioden fortsatt ha fokus på veiledning, kompetansebygging og ulike samarbeidsprosjekter. Arbeidet med å utvikle og videreutvikle behandlingslinjer for konkrete pasientforløp videreføres i planperioden, dette skjer i dialog mellom fagpersoner fra både SSHF og kommunehelsetjenesten og brukere. Pasientforløp med særlige utfordringer samt store volum som i dag bruker tjenester fra begge helsetjenestenivå, prioriteres.

Pasientgrupper som egner seg for mer og bedre samhandling
Erfaringer viser i dag at det er store forskjeller i forbruksmønster mellom både Aust- og Vest-Agder og mellom enkeltkommuner. I følge HOD kan 20–30 % av døgn- og polikliniske konsultasjoner gjøres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er pekt på aktuelle pasientgrupper som vil skape økte utfordringer. Disse pasientgruppene er eldre med generelle symptomer som magesmerter, pasienter med kroniske lidelser som forverres (KOLS og hjertepasienter) samt pasienter med behov for palliasjon. Arbeidet med å etablere løsninger for disse pasientgruppene skal prioriteres i planperioden basert på egne data.

Tilbud i kommunene med døgnkontinuerlig tilgjengelig medisinsk kompetanse

Lokalmedisinske sentra
I planperioden skal det arbeides for å planlegge, utvikle og evaluere ulike modeller for lokalmedisinske sentra. Det er allerede satt i gang forprosjekter for å finne gode løsninger mellom kommunesammenslutninger og SSHF. Dette krever at alle samarbeidspartnere bidrar med ressurser for å skape de beste løsningene samt at vi tilstreber god faglig kompetanse til å løse de oppgavene som er definert i de aktuelle modellene. Kravet til pasientsikkerhet og kvalitet skal være førende. Fokus på å sørge for at de forebyggende og helsefremmende perspektivet skal være rående i valgte modeller.

kompetanseoverføring
SSHF skal sørge for å etablere hensiktsmessige modeller for kompetanseutveksling for å møte krav om en forsterket kommunehelsetjeneste. Aktuelle samarbeidspartnere er utviklingsentra for sykehjem og hjemmetjenesten i begge Agderfylkene samt UiA.


Fokus på e-helse

Prioritering av forebyggende tiltak
Tiltak som kan bidra til å øke egenmestring hos pasienter med kroniske lidelser skal prioriteres. Forebyggende og helsefremmende tiltak skal fokusere for å bidra til at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig, uten behov for pleie og omsorg.
Praksiskonsulentordningen
Samhandlingen med fastlege og kommunehelse-tjenesten videreutvikles gjennom praksiskonsulentordningen. Praksiskonsulentordningen har som sitt prioriterte satsingsområde å bidra til effektive og kvalitativ gode IKT-løsninger i meldingsutvekslingen mellom nivåene. Dette er en forutsetning for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet i overgangene mellom nivåene. Videre arbeider praksiskonsulentene med kompetanseutveksling i forhold til konkrete pasientforløp gjennom den etablerte arenaen «Møteplassen».

Praksiskonsulentordningen er videre en sentral aktør i forhold til å etablere hensiktsmessige hospiteringsordninger for både leger og annet helsepersonell.

Ambulant spesialisthelsetjeneste
Ulike former for ambulant poliklinikk og annen desentralisert spesialisthelsetjeneste skal utvides i perioden i nært samarbeid med kommunehelse-tjenesten. SSHF har allerede slike tilbud innen psykisk helse og rus, rehabilitering, geriatri, palliasjon, hjemmedialyse, kirurgisk og gynekologisk poliklinikk i Farsund, habiliteringsstjenesten for barn og unge og voksenhabilitering. Pasientnære spesialisttilbud og «hjemmesykehus» (hospital at home) skal videreutvikles. Ved å etablere tett kontakt med medisinsk spesialkompetanse hjemme hos pasienten, i nært samarbeid med kommunehelsestjenesten, er det mulig å forebygge eller forkorte innleggelser.

Pasient- og pårørendeopplæring
Arbeidet med å etablere pasient- og pårørendeopplæring er avgjørende for å styrke pasientens mulighet til å mestre sykdom og egen helse. Som ledd i en forsterket kommunehelse-tjenesten med økt fokus på forebyggende og helsefremmende perspektiv, vil det være nødvendig å sikre kompetanse og forståelse for gode gruppebaserte og individtillatte opplæringstilbud hos ansatte i kommunehelsestjenesten.

Samarbeid med private avtalespesialister
Behovet for helsetjenester vil ventelig øke mer enn ressursstilgangen i årene som kommer. Det er viktig å videreføre og styrke samarbeidet med private avtalespesialister, og å styrke det faglige samarbeidet med private avtaleinstitusjonen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Videre er samhandling med primærleger sentralt. Det er et mål å styrke kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene for å sikre relevant informasjon om pasientenes behandlingsstatus, eksempelvis gjennom halvårlig utsending av oppdatert tverrfaglige behandlingsplan.

Samarbeid mellom SSHF og NAV

Regionale samhandlingsutvalg for flest mulige kommuner i Agder
SSHF legger til grunn at OSS vil ha et særlig ansvar for nødvendig forankring og koordinering. OSS skal tilstrebe en helhetlig tenkning, etablere konstruktive og målrettede samarbeids- og samhandlingsformer som bidrar til at det som kan behandles på 1-linjenivå faktisk behandles. SSHF vil stille til disposisjon nødvendige ressurser og kompetanse der det er behov.

Praktisk samhandling
Samarbeidet er, i tillegg til avtaler, fundert på felles tiltill og god kunnskap om lokale forhold. Foretaket og kommunene skal i planperioden fortsatt ha fokus på veiledning, kompetansebygging og ulike samarbeidsprosjekter.

Koordinering av samhandlingsprosessene
SSHF vil tilrettelegge for god koordinering av SSHFs ressurser til beste for samhandling med kommunene.

Videre arbeid
− Samarbeidsavtaler revideres og eventuelt nye etableres der dette er behov mellom SSHF og kommuner.
− Handlingsplan for Samhandling 2011 - 2012.
5.1.6. Forebyggende medisin - oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten


Dersom veksten i spesialisthelsetjenesten skal begrenses, må helseforetakenes oppgaver spisses mot spesialisert utredning og behandling. SSHF vil imidlertid også i fremtiden ha viktige oppgaver knyttet til pasient- og pårørendeopplæring og veiledning av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Forebygging har ofte en sentral rolle i behandlingen innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette gjelder spesielt i forhold til de levekårsumforhører hvor befolkningen i Agder kommer dårligere ut enn i resten av landet. Dette forutsetter en tett dialog mellom helsetjenestenivåene, både i forhold til tiltak for barn og unge, for voksne og for eldre.
5.2. Forskning

Bakgrunn

Forskningen i SSHF skal videreutvikles i tråd med nasjonale og regionale føringer, basert på eksisterende struktur og videreutvikling av avdelingsvise forskningsmiljøer. Formell forskningskompetanse på doktorgradsnivå er et krav for å kunne utdanne kliniske spesialister og oppnå gruppe 1-status. Forskningen skal bidra til å rekrutere og beholde dyktige medarbeidere, i tillegg til å fremskaffe ny, verdifull kunnskap. Arbeidet med å styrke internkontroll og infrastruktur for forskningen skal videreføres.

Resultatene av forskningen skal bidra til å bedre pasientbehandlingen, og skal publiseres i anerkjente nasjonale og internasjonale, vitenskapelige tidsskrift. Forskningsmiljøet i SSHF skal bidra til videreutvikling av nasjonale og internasjonale forskningsnettverk.

Strategiske valg

Forskningsaktiviteten opprettholdes på minst dagens nivå.

Samarbeid med universitetene


Spesialkompetanse

SSHF har høy kompetanse innenfor flåtbårne infeksjoner. Avdeling for medisinsk mikrobiologi ivaretar nasjonal referansegjennom for betrelia (flått) og har etablert forskningsarbeidet med UiA.

Finansiering av forskningen

Forskningsaktiviteten skal være konkurransedyktig i forhold til regionale, nasjonale og internasjonale forskningsmidler.


Innovasjon


Videre arbeid

• Strategi og tiltaksplan for samarbeidet mellom SSHF og UiA 2010 - 2015 videreføres.

• Det utarbeides en handlingsplan som følge av vedtatt strategi for samarbeid med UiA i planperioden.
5.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

**Bakgrunn**

Kvalitet i pasientbehandlingen står og faller på helsepersonellets kompetanse. SSHF vil på alle nivåer legge til rette for opplæring og kontinuerlig oppdatering av denne. Et av de sterkeste virkemidlene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er helsepersonellets kunnskap, kompetanse og glede ved å lykkes med jobben.

Det er et krav fra eier, fra fagmiljøene og fra pasientgrupper at spesialisthelsetjenesten følger **kunnskapsbasert praksis**. Dette innebærer en systematisk og kontinuerlig gjennomgang av tilgjengelig forskningslitteratur, dokumentasjon av erfaringsbasert kunnskap (nasjonale veiledere, retningslinjer) og dokumentasjon av brukergruppers vurderinger som grunnlag for rutiner og prosedyrer ved SSHF, se figur.

Det er et nasjonalt mål at de regionale helseforetakene skal ha mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer.

SSHF skal styrke det systematiske arbeidet med å oppdatere fagprosedyrer og behandlingslinjer/pasientforløp i tråd med kunnskapsbasert praksis.

«Kvalitet i pasientbehandlingen står og faller på helsepersonellets kompetanse.»
Strategiske valg

Implementering av nasjonale/ internasjonale veiledere
- SSHF skal styrke det systematiske arbeidet med tilpasning, godkjenning og implementering av nasjonale/internasjonale veiledere/retningslinjer i tråd med bestillerdokumentet i Helse Sør-Øst.

Styrke arbeidet med samordning og kvalitetssikring av rutiner og prosedyrer
- Det opprettes en redaksjon på foretaksnivå som sammen med klinikkenes nettverk av fagpersoner/kvalitetskoordinatorer skal samordne, rydde i og revidere gjeldende og nye fagprosedyrer.
- Flest mulige fagprosedyrer «sertifiseres» som kunnskapsbaserte ved hjelp av ulike typer verktøy. (Eksempelvis Agree)
- 25 % av fagprosedyrer skal være kunnskapsbaserende innen utgangen av strategiperioden.
- SSHF vil fokuseres på kompetanse i å hente inn validert kunnskap, til utarbeidelse av kunnskapsbaserede prosedyrer og behandlingslinjer.

Behandlingslinjer

- Statistisk prosesskontroll (SPC) er anbefalt/ foreslått som verktøy for fortløpende måling og forbedringsarbeid.
- Verktøyet understøtter pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid og samhandling innen hvert pasientforløp. SSHF vil med basis i kunnskapsbasert prosedyrer fortsette å utvikle slike behandlingslinjer.

Publisering av behandlingsprosedyrer og behandlingslinjer
- Flest mulig etablerte behandlingslinjer med tilhørende fagprosedyrer skal gjøres tilgjengelige på helseforetakets internetsider i løpet av 2011.
- Arbeid må tilrettelegges for publisering i nasjonal søkbar database på sikt.

Medisinsk fag- og forskningsbibliotek
- Være en tydelig aktør i implementeringen av kunnskapsbasert praksis ved SSHF.
- Være en pådriver for å gi medarbeidere på SSHF best mulig tilgang til forskningsbasert kunnskap.
- Delta i regionale og nasjonale fora, som er med på å legge føringer for tilgang til elektroniske ressurser for helsepersonell.

19 http://www.agreecollaboration.org/pdf/no.pdf
5.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

5.4.1. Teknologi og infrastruktur

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

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

5.4.2. Bygninger

Bakgrunn

Den bygningsmessige infrastrukturen forutsettes i hovedsak å ligge fast i det neste 20 år. I dette tidsrommet vil det være nødvendig med omfattende oppgradering og utvikling av bygningssiden (2-4 mrd kroner). Eiers mål om 10 % arealreduksjon er oppnådd (utenom psykiatri/rus). Nå oppleves, særlig ved SSK, arealknapphet og uhensiktsmessige lokaler som en begrensning for optimal drift. Det byr på tilleggsutfordringer av hovedbygget i Arendal og de gamle psykiatribyggene på Eg. Således blir teknologi og infrastruktur både en driver og et virkemiddel for organisasjons- og virksomhetsutvikling.

Strategiske valg

- samlet plan for oppgradering av bygningssiden og utstyr må lages.
- analyse og optimalisere den samlede arealbruken.
- utrede samlokalisering av akuttmottak og legevakt i Kristiansand.

Veien videre

- utarbeide langtidsplan for vedlikehold og utvikling av bygningssiden ved alle lokasjonene.
- utarbeide plan for ombygging og utbygging av akuttmottak, intensivavdeling og nyfødtavdeling SSK.
- utarbeide forprosjekt for oppgradering, evtl. nybygg, for voksenpsykiatrien på Eg.
- utrede samlokalisering av ABUP i Kristiansand.
- plan for samlokalisering av AVUP i Kristiansand skal ferdigstilles og bygging søkes startet.
5.4.3. Medisinsk teknisk utstyr

**Bakgrunn**

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


**Strategiske valg**

- prioritering og planmessig fornyelse av kritisk utstyr.
- standardisering og optimal utnyttelse av utstyr på tvers av avdelinger og geografi, for eksempel ultralydapparater.
- økt utnyttelsesgrad på særlig kostbart utstyr.
- teknologisk tilrettelegging for økt samhandling, fleksibilitet og diagnostikk/behandling utenfor SSHF.
- det fremtidige behovet for PET-skanner etter planperioden bør utredes, sett i sammenheng med satsingsområde kreft. Dette krever utredning av drift samt behov for utstyr og kompetanse.

5.4.4. IKT

**Bakgrunn**


Med felles plattform, nettverk og applikasjoner i hele SSHF, ligger forholdene godt til rette for koordinerte arbeidsprosesser og ressursutnyttelse i en så mangfoldig og utbredt organisasjon.

**Strategiske valg**

- kommunikasjonsløsninger mot primærhelsetjenesten, kommuner, private spesialister og andre foretak.
- samhandling internt på tvers av geografi, og utnyttelse av fagpersonell andre steder.
- standardisering og optimalisering av arbeidsprosesser, administrativt og klinisk.
- riktig og enhetlig systembruk, økt kompetanse.
- bedret tilgang til informasjon gjennom innføring av trådløse, bærbare PC/Pad-løsninger.
- utvikling av et senter for e-helse i samarbeid med UiÅ.
- følge opp regionale planer for felles anskaffelse av fagsystem innen laboratoriefagene og radiologi, inkludert bildebehandling.
5.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Bakgrunn

SSHF skal i planperioden vektlegge medarbeidernes faglige kompetanse, motivasjon og trivsel. Dette er viktige faktorer i forhold til rekruttering, arbeidsnærvær, lojalitet til organisasjonen, kulturbygging og etablering av SSHF som en lærende organisasjon med en god meldekultur. Bred involvering av medarbeidere og fagmiljøer i viktige utviklingsprosesser og endringsarbeid skal fortsatt være høyt prioritert. Det er SSHF sitt ansvar at bemanningsressursene benyttes og fordeles på en riktig måte. SSHF vil fortsatt planlegge og fordele ressursene i forhold til planlagt aktivitet og gjennomføre nødvendige prioriteringer og evt. omfordelinger. SSHF skal legge til grunn prinsipper for medvirkning i omstilling utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF. Samarbeid internt i SSHF, mellom fagmiljøer og avdelinger skal ytterligere styrkes i perioden. Dette er nødvendig for å sikre god utnyttelse av tilgjengelig infrastruktur og god oppgavefordeling. Det forventes økt mobilitet for flere grupper av medarbeidere i årene fremover.
Strategiske valg

Utdanning av helsepersonell
SSHF skal videreutvikles som en læringsarena gjennom kunnskapsbasert praksis og gode holdninger. For å sikre gode lære- og praksisplasser ved SSHF, er det nødvendig at medarbeiderne er motivert til daglig undervisning og veiledning. Ledere og medarbeidere skal legge til rette for en god dialog med studenter og læringer og opplæringskontor/utdanningsinstitusjoner, slik at studentoppgaver kan relateres til reelle utfordringer i klinikken.


Kompetansebygging for egne medarbeidere
Den økende kompleksiteten i spesialisthelsetjenestene krever kartlegging av SSHFs behov og kontinuerlig kompetansebygging for alle yrkesgrupper. Kompetanseoppdatering, etter- og videreutdanning er et særlig viktig virkemiddel i utviklingen av SSHFs konkurranseevne. SSHF vil fortsette samarbeidet med UiA for ulike typer etter- og videreutdanning.

Deltid

Rekruttering
SSHF har i hovedsak en god rekrutteringssituasjon.

For enkelte grupper er imidlertid rekruttering krevende, det gjelder særlig innefor grupper hvor det nasjonalt er for få personer med relevant kompetanse. SSHF har hatt vansker med å rekruttere personer både til barneavdeling og HABU. For eksempel er det vanskelig å rekruttere personer til HABU i Arendal samt psykologer til HABU i Kristiansand. Det er vanskelig å rekruttere personer til HABU i Lista. Dette gjelder også psykologspesialister.

I Flekkefjord er det bekymring for muligheten av å rekruttere og beholde legespesialister. Det samme gjelder røntgen ved SSF og SSK.

Rekruttering skal fortsatt sette inn nødvendige ressurser for å rekruttere nøkkelpersonell. Dette er av avgjørende betydning for å unngå langvarig og betydelig vikarbruk – noe som også kan påvirke pasientsikkerheten.

For etablert spesialistarbeid, har SSHF tradisjonelt lagt til rette for videreutdanning ved UiA, og er gjenomsnittsalderen høy. Flere medarbeidere nærmere seg pensjonsalder. Behovet for å få utdannet tilstrrekkelig personell med relevant kompetanse må gis høy prioritet de nærmeste årene.

Oppgaveglidning
Rett person på rett plass er en forutsetning for god ressursutnyttelse. SSHF skal ha fokus på oppgaveglidning. Mulige områder for oppgaveglidning kan være forskjellige områder, for eksempel leger, spesialsykepleiere og sykepleiere.

Dette kan være viktige bidrag, både for å sikre tilstrøkkelig spesialkompetanse, og for å ressursene kan benyttes best mulig.
**Lederutvikling**

God ledelse er et grunnleggende element for at SSHF skal nå sine strategiske målsettinger. Ledere i SSHF skal være gode rollemodeller, faglige pådrivere, ha helhetssyn, være resultatorientert og ha fokus på sine medarbeidere. Lederutvikling må ha sitt utgangspunkt i SSHFs strategi. Målsettingen er at ledere på alle nivåer gjennomfører SSHF sine lederutviklingsprogram. Talentutvikling, etterfølgerplanlegging og langsiktig ressursplanlegging skal sikre at viktige posisjoner kan fylles gjennom intern rekruttering. Det innebærer både å identifisere medarbeidere med lederpotensial og å lage utviklingsløp som sikrer at disse medarbeiderne motiveres og blir i stand til å bekle lederstillinger.

**Medvirkning**


**Helse, miljø og sikkerhet og arbeidsmiljø**

SSHF har gode verktøy for systematisk HMS-arbeid, og skal oppfylle avtaler og lovverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS). SSHF vil aktivt arbeide med å fastsette konkrete mål for dette arbeidet, samt foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt. (jf. AML §§ 3-1. (2) a og c.).

SSHF vil ha økt fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet på enhets- og avdelingsnivå og på tvers av geografi. Det skal iverksettes tiltak som skal bidra til at alle medarbeidere deltar i oppfølgingen av den årlige medarbeiderundersøkelsen. SSHF vil i planperioden vektlegge forebygging av sykefravær og kontinuerlig tilstrebte økt jobbnærvær. Avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA) ligger til grunn for å sikre bred deltagelse i arbeidslivet.
5.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

SSHF har på linje med de øvrige helseforetakene et krav om økonomisk balanse i driften og til å strenge innenfor den likviditet SSHF tilføres årlig. Dette innebærer prioritering mellom drift og investeringer. De siste årenes investeringsnivå har ikke vært tilfredsstillende. Det er opparbeidet betydelige etterløp i størrelsen 2 milliarder kroner. Investeringsiden vil derfor måtte styrkes i betydelig grad i planperioden. Dette krever et positivt resultat fra driften for å frigjøre investeringsmidler på om lag 80 millioner kroner pr år i strategiperioden.


Det prioriteres å benytte i overkant av 100 millioner kroner pr år til gjenaskaffelsesinvesteringer, spesielt innen radiologi år (35 millioner kroner/år) og annen MTU (20-25 millioner kroner/år), men også innen tekniske installasjoner og bygningsvedlikehold og tilpasninger. I tillegg kommer større prosjekter som operasjonsstuer Kristiansand (ca 150 millioner kroner), strålekanoner til senter for kreft (ca 100 millioner kroner) og ABUP bygg (ca 50-70 millioner kroner) i perioden.

Dette bringer det totale investeringsnivået opp til over 200 millioner kroner pr år i strategiperioden.


Netto økning til foretaket blir likevel i størrelsen 100 millioner fra 2011 nivå, da midler blir overført til kommunene i samhandlingsreformen knyttet til utskrivningsklare pasienter (32 millioner kroner) og økende overføringer til Ø-hjelpsfunksjoner i kommunene fra 2012-2015 (15 til 60 millioner kroner/år over 4 år). Nettoøkningen blir ut fra inntektsmodellene fordelt til psykiatri og rus, samt til investeringer i bygg og MTU.

I løpet av våren 2012 har SSHF innført GAT som IKT-hjelpemiddel for all arbeidstidsplanlegging. Det skal iverksettes tiltak som skal sikre at styring av personellressursene vil ha en positiv kostnadsspesielt knyttet til ekstern innleie, variabel lønn og uforutsette vakter.


I sum tilsier dette at det er påkrevet med driftsmessige tilpasninger/effektivisering og prioriteringer i somatikk på 0,7 til 1,0 % pr år i de kommende årene. Usikkerheten rundt samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser er en faktor som vil få stor betydning for de økonomiske handlingsrommet i somatikk og MTU-planlegging. Dette kan komme til å bety en – vekt i rammer. Samtidig vokser befolkningen med om lag 4 % i strategiperioden.

Psykiatri og rus, skal slik det ser ut i dag, ha en beskjeden vekst knyttet til behandlerkapasitet i de neste årene. Her forventes det også å komme utfordringer knyttet til samhandling med kommunene i løpet av de neste 3 årene. Pr i dag er det ikke fra sentralt hold lansert mekanismer rundt samhandlingsøkonomi på disse feltene. Det samme gjelder for rehabiliterings- og habiliteringsfeltene.
5.7. Skape trygghet gjennom god informasjon utad og innad

«Meir enn nokon gong er god kommunikasjon ein nøkkel til god kvalitet i offentleg sektor.»

**Strategiske valg**

- SSHF skal på alle nivåer vise respekt og imøtekommenhet i kommunikasjonen internt og eksternt.
- Medarbeidere, samarbeidspartnere og befolkningen skal oppleve å være godt informert og ha mulighet for å være involvert i SSHFs planarbeid. SSHF skal bidra til å åpen kommunikasjon gjennom etablerte informasjonskanaler og gjennom samhandling med primærleger, kommuner og brukerorganisasjoner.
- SSHF skal utvikle systemer som sikrer at informasjonen om behandling, er oppfattet ut fra pasientenes egne forutsetninger og at informasjonen er gitt en på en måte som pasienten og pårørende er fortrolige med. Samtidig skal vi sikre at informasjonen går uten opphold til fastlege og kommunehelsetjenesten.
- Foretaket skal ta i bruk sosiale medier der det kan være med på å styrke vår evne til å kommunisere og informere.

**Videre arbeid**

Utarbeidelse og implementering av en kommunikasjonsplan i perioden vil bidra til bedre kvalitet og effektivitet i både intern og ekstern informasjon. Dette vil bidra til trygghet og forutsigbarhet hos ledere og medarbeidere i SSHF og i befolkningen, og vil styrke en helhetlig kultur og et godt omdømme.
5.8. Internasjonalt samarbeid

Internasjonalt arbeid skal være en del av SSHFs satsing i årene fremover.

Satsingen forutsettes å gi økt kompetanse på internasjonale forhold og sykdommer som ikke er vanlige i Norge. Slik kunnskap er spesielt viktig i en tid hvor internasjonal migrasjon preger hverdagen. Satsingen skal gi et positivt bidrag til de organisasjoner SSHF velger å samarbeide med. Samarbeidet med andre organisasjoner skal alltid baseres på likeverd, også i de tilfeller hvor prosjektet har karakter av «bistand».

Internasjonalt arbeid planlegges organisert i en enhet ledet av en internasjonal koordinator. Enheten skal rapportere til administrerende direktør. Enheten skal arbeide for å utvikle og koordinere SSHFs internasjonale engasjementer, være orientert om hvor man kan søke midler og kunne hjelpe til ved søknader, inneha sekretariatsfunksjonen for Internasjonalt utvalg som ledes av internasjonal koordinator, være orientert om og delta i internasjonalt samarbeid på nasjonalt vegne.

SSHF søker samarbeid med UiA, for å utvikle det internasjonale arbeidet. Begge institusjonene har allerede utstrakt internasjonalt engasjement og det er etablert godt samarbeid innen forskning. På sikt bør det utvikles en felles strategi, eller et så sterkt samarbeid at synergieffektene blir tydelige.

De internasjonale engasjementer SSHF allerede har, skal videreføres, og nye skal søkes utviklet i tråd med nasjonale føringer, og/eller for å utvikle kompetanse innad i SSHF og hos samarbeidspartnere.
Strategisk plan 2012-2014 - klinikknivå

6.1. Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling


Et godt utbygd tilbud innen psykisk helsevern for barn- og ungdom er viktig, ikke minst sett i lys av levekår undersøkelser for Agder og et forebyggingsperspektiv. Gode forløp i overgangen fra psykisk helsevern barn- og ungdom til psykisk helsevern voksne skal prioriteres.

6.1.1. Faglig tilnærmning


I planperioden prioriteres følgende grupper særskilt:
- personer med rusavhengighet og sammensatte lidelser.
- eldre.
- barn og unge.
6.1.2. Organisering og utvikling av tjenestene

Framtidig organisering av tjenestene skal understøtte målet om sammenhengende og helhetlig pasientbehandling. Det er et mål å sikre relasjonnell kontinuitet, bl.a. å legge til rette for at pasienter skal forholde seg til så få ulike behandlere som mulig i løpet av et behandlingsforløp. Tjenestene skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå og innleggelser i sengepost skal benyttes kun der det er faglig berettiget. Det er et mål å vri aktiviteten ytterligere i retning av mer poliklinisk og ambulant behandling.

Ny kunnskap om sykdomstilstanden og effektive behandlingsstiltakninger vil kunne endre innhold i og organisering av tjenestene som ytes. Mye av dette må skje innen allerede tilgjengelige økonomiske rammer. En utvikling i retning av å integrere kunnskapsbasert traumaforsvarende behandling av pasienter med alvorlig personligningsproblematikk vil kunne innebære mer ressurskrevende behandlingsforløp, men vil være kvalitetshevende og sannsynligvis ressurssparende på sikt. Også slike «prosjektorienterte» pasientforløp må finne sine økonomiske løsninger ved intern prioritering i klinikkene.

Distriktspsykiatriske sentra (DPS) skal utgjøre hovedfundamentet innen psykisk helsevern for voksne og skal være «veien inn og ut» av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at DPS skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne og skal ivareta målet om en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Proessen med omfordeling av ressurser fra psykiatrisk sykehus til distriktspsykiatriske sentre må i planperioden videreføres i tråd med nasjonale føringen om en 40/60 prosent fordeling i de to innen 2015. Parallelt med dette vil oppgaver måtte flyttes fra sykehusavdeling til DPS.

En tverrgående sykehusavdeling med lokasjon i Kristiansand og Arendal videreføres. Tjenestetilbudet innen sykehusavdeling skal spisses og vil innebære tjenester som krever særskilt tilrettelegging av bygg og utstyr, eksempelvis sikkerhetspsykiatri og lukket akuttbehandling, samt tjenester som forder spesiell kompetanse. Mål om ressursfordeling mellom psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og ungdom (80/20) er oppfylt og skal opprettholdes.

For å understøtte målet om at DPSer skal være ‘veien inn’ til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, skal DPS i løpet av planperioden rutes opp til å kunne yte døgnkontinuerlig akutt- og krissetjeneste. Disse skal samtidig ha en «dørvokter»-funksjon i forhold til innleggelser i sykehusavdeling. DPS vil i større grad yte tjenester også til den eldre befolkningen, mens sykehusavdeling ivaretar et mer spisset alderspsykiatrisk behandlingstilbud.

Innen tverrfaglig spesialiseret rusbehandling (TSB) er det behov for å tilføre ressurser for å kunne ivareta en døgnkontinuerlig akuttfunksjon, samt øke kapasitét innen avrussing, døgn- og poliklinisk behandling. Økt ruskompetanse i DPS vil bedre tilgjengeligheten for pasienter med både rus- og psykisk lidelse. Det vil i løpet av planperioden ferdigstilles en områdeplan for TSB på Agder og i denne vil ventelig tiltak for å nå målsettingen om å sikre en effektiv akuttkjede i behandling av rusavhengige pasienter være identifisert. Det er etablert et behandlingstilbud for innsatte ved Arendal fengsel Evje, og det vil arbeides med å videreutvikle samarbeidet mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten.

Mange rusmiddelavhengige har vedvarende og sammensatte somatiske, psykiske og rusrelaterte lidelser, og kommer først til somatiske behandling i forbindelse med eksempelvis ulykker, intoksikasjon eller annen lidelse. Svært mange av disse blir ikke fanget opp for videre behandling av sitt avhengighetsproblem, verken i primært eller i spesialisthelsetjenesten. Rusfaglig kompetanse og godt samarbeid mellom de ulike tjenesteytene er derfor viktig, og må styrkes. Økt rekruttering av spesialister innen TSB er nødvendig for å kunne yte ønsket nivå og kvalitet på tjenestene til rusmiddelmisbrukere.

En stor andel rusavhengige trenger langvarige og godt koordinerte tjenester. Samhaling og koordinering av behandlingstilbudet, både internt i SSHF og eksternt i forhold til kommuner og andre samarbeidende tjenester, er derfor svært viktig. Øyeblikkelig-hjelpstilbudet til ruspasienter må videreutvikles. Tiltak for å sikre forpliktende samarbeid mellom Avdeling for rus og avhengighetsbehandling og øvrige avdelinger i Klinikk for psykisk helse, er viktig.
Rusfeltet er generelt forskningssvakt, og selv om forskningsmiljøet ved SSHF er sterkt sammenlignet med andre helseforetak, må forskningssinnsatsen styrkes.

Innen psykisk helsevern for barn- og ungdom videreføres utviklingen i retning av mer desentraliserte og lokalbaserte tjenester. Etablering av flere leiligheter for barn, unge og deres familier vil sammen med økt tilgjengelighet til døgnpost i Arendal, kunne bidra til at færre ungdommer blir innlagt i akuttposter i sykehusavdeling.


Pasienter som i utgangspunktet utredes for somatiske lidelser kan ha oppdagede psykiske og/eller ruslidelser. Dette er gjerne pasienter som har et omfattende forbruk av spesialisthelsetjenestene. Et godt tverrfaglig samarbeid internt mellom klinikken, herunder et godt utbygd tilbud innen psykosomatisk liaisontjeneste (22) er derfor viktig. Samhandling omkring områder som rus, medikamentavhengighet og kronisk smerte må også ha fokus. Et akuttilbud innen rus bør videreutvikles i nært samarbeid med eksisterende akuttilbud i somatikk og psykiatri. Det arbeides med å få på plass forpliktende og gode samarbeidstrutiner, godt somarbeidsklima og god kunnskap om kompetanse og ressurser tilgjenglig internt i SSHF og i klinikken. Dette kan til en viss grad kunne kompensere for manglende fysisk nærhet mellom de ulike aktorene. Det er viktig å sikre gode og koordinerte pasientforløp på tvers av klinikker og avdelinger, og å iverksette tiltak som ivaretar målet om helhetlige og effektive behandlingsforløp.

20 Avdeling for barn og unges psykiske helse
21 Dette er konsultasjon og rådgivning overfor de somatiske avdelingene, samt eventuelt å gjøre en psykiatrisk vurdering og begynne psykiatrisk behandling overfor pasienter i de somatiske avdelingene.

6.1.3. Personell


Klinikken vil i planperioden fortsatt arbeide for å sikre at personalet har tilstrekkelig kompetanse og vil prioritere kompetanseoppbygging hos medarbeidere. Klinikken vil i samarbeid med Universitetet i Agder (UiA) arbeide for å få på plass et embetsstudium i psykologi. Det gode samarbeidet med UiA for øvrig skal videreføres, herunder utvikling av kliniske studier og relevante mastergradsstudier og gjennom medarbeideres bidrag i undervisning, veiledning og praksis.
6.2. Medisinsk serviceklinikk (MSK)

De medisinske servicefunksjoner omfatter laboratorierspesialitetene medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, immunologi og transfusjonsmedisin (inkl. spesiallaboratorium for klinisk immunologi), samt patologi. Billeddiagnostikk er representert med spesialitetene radiologi og nuklearmedisin.

På SSF er fysio- og ergoterapijenter organisert i MSK. Sykehusapotekene er representert i klinikkledermøtene i MSK, dette for å ivareta den organisatoriske kontakten mot SSHF. Hovedmålssettingen for MSK er å gi pasientene riktige tjenester av god kvalitet til riktig tid. Tjenestene skal ytes kostnadseffektivt og med respekt for pasient og prøvemateriale. SSHF skal ha medisinske servicefunksjoner av god, internasjonal standard. Repertoaret skal dekke behovet til de kliniske avdelinger og primærhelsetjenesten på Agder innenfor fagområdene som tilligger MSK og utviklingen må følge utviklingen i de kliniske fagene. Det er en målsetting å oppnå en samlet akkreditering22 av alle laboratoriene i SSHF i planperioden.

6.2.1. Tilpasning til den teknologiske og faglige utviklingen

Den teknologiske utviklingen innen de medisinske servicefagene stiller store krav til investeringer og utskifting/nyanskaffelser av utstyr. SSHF må ha tilstrekkelig kapasitet på radiologi- og laboratoriumstyr til å levere de tjenestene som skal utføres i SSHF. Det må reserveres investeringsmidler til anskaffelse av nytt teknologisk utstyr, både for å møte kravene til nye undersøkelsesmetoder og økt undersøkelsesvolum. I tillegg skal det i samarbeid med Medisinsk teknisk avdeling utarbeides en plan over utskifting av medisinsk teknisk utstyr i forhold til estimert levealder på dette utstyret.

Særlig for de store utstyrinvesteringene er det viktig at driften i SSHF samordnes og tilrettelegges for optimal bruk av utstyr, arealer og personell. I utstyrstunge fagområder må det vurderes endrede åpningstider slik at virksomheten som krever store investeringer i større grad kan brukes utenfor ordinær arbeidstid.

SSHF skal være selvforsynt med blodkomponenter og levere plasma i et omfang som minst tilsvører SSHFs forbruk av plasmaderiverte legemidler. Hensiktsmessige produksjonslinjer og oppgavefordeling mellom sykehusene skal ligge til grunn for produksjon av blodkomponenter.

Utviklingen de senere år viser økende etterspørsel etter tjenester fra de medisinske serviceavdelingene. Bakgrunnen for dette er blant annet bedre muligheter for diagnostikk, større andel eldre med behov for helsetjenester, økt vektlagsbetydning av undersøkelser, bedre kontrollmuligheter for evaluering av kreftbehandling, påtrykk fra pasienter, samt juridiske aspekter ved å gjenomføre undersøkelser. MSK skal bidra til riktig bruk av undersøkelser gjennom å tilrettelegge sin virksomhet på et hensiktsmessig og kostnadseffektivt servicenivå. Dette innebærer at klinikken i samarbeid med interne og eksterne rekvirenter skal bidra til å utarbeide lett tilgjengelige, standardiserte prosedyrer, retningslinjer og anbefalinger.

Tjenestetilbudet i intervensjonsradiologi må utredes.

22 Mot standard ISO 15189
6.2.2. Rekruttere og beholde kritisk kompetanse

Forholdene må legges til rette for å sikre riktig og tilstrekkelig personellressurser i alle avdelinger. Rekrutteringssituasjonen har vært særlig vanskelig for legespecialister innen de medisinske servicefagene. Løsningen har vært å satse på utdanning av spesialister lokalt da det viser seg å være lettere å rekruttere til LIS-stillinger. SSHF må prioritere å legge til rette for å beholde leger som er under utdanning gjennom et kvalitetsmessig godt undervisningstilbud og tilbud om lønn som ligger på nivå med andre, sammenliknbare helseforetak. Tidlig i utdanningsløpet må det legges til rette for muligheten for å tilrette en overlegestilling ved endt utdanningstid. Det må være en høyt prioritert oppgave å rekruttere personell til å ivareta akuttbereaksjon ved SSF, dette gjelder både bioingeniører og radiografer.

6.2.3. Tjenestetilbud og forhold til private aktører

Det må i planperioden avklares hvilket omfang av radiologibehovet i Agder som skal dekkes i SSHF. Tilpassing av utstyr og bemanning må gjennomføres i henhold til dette på de forskjellige lokasjoner. Under dette arbeidet må MSK ha en åpen dialog med private aktører som bl.a. innebærer forslag til funksjonsfordeling mellom sykehus og private røntgeninstitutt.
6.3. Kirurgisk klinikk

Kirurgisk klinikk har følgende visjon for sin virksomhet i planperioden:
Kirurgisk klinikk SSHF – det naturlige førstepall for pasientene i vår region. Våre tjenester kjen-
etegnes ved god faglig kvalitet, tilgjengelighet og høy pasientsikkerhet.

6.3.1. Behandling av alvorlig skadde pasienter

Traumapatienten ivaretas av en kjede, fra skade-
sted via AMK og PTSS, akuttmottak, undersøkelse og behandling, til rehabilitering. Dette betyr samhandling og samordning på tvers av avdelinger og klinikk, og krever bl.a. systematisk, vedvarende opplæring i vurdering, teknikker og samhandling, samt koordinering, systembyg-
ging og registrering. Dette følger også av regional
traumeplan. Det skal legges til rette for mottak og stabilisering av alvorlig skadde pasienter (traumemottak) ved alle tre sykehus, inkludert nødki-
rurgiske prosedyrer.

6.3.2. Kirurgi og ortopedi

SSHF skal sikre videreutvikling av solide fagmiljøer innen kirurgi og ortopedi i SSHF. Økning i antall eldre i befolkningen de nærmeste årene vil gi økt behov for avdelingenes tjenester, det er viktig å forberede for dette i perioden. Sørlandet sykehus sin geografiske beliggenhet nødvendig-
gjør høy grad av egenbehandling. Dette både for elektive pasienter og ikke minst i akutte situasjo-
ner. Som beskrevet i rapport ad traumebehand-
ling fra 2007, må volumet av større kirurgi opp-
rettetholdes, for å kunne løse denne oppgaven på en god måte for befolkningen.

De kirurgiske avdelingene skal samarbeide nært, og det skal stilles like krav til kvalitet og patient-
sikkerhet. Alle tre avdelingene har basisfunktjo-
nere, spesialiserte funksjoner fordeles i tråd med SSHFs strategiplan og krav til kvalitet og pasi-
entsikkerhet – i et nært samarbeid mellom de medisinskfaglige ansvarlige for avdelingenes virk-
somhet. Det generellkirurgiske behandlingstilbud-
et i Flekkefjord skal videreføres på dagens nivå, inkludert generellkirurgisk vaktordning. Arendal skal fortsatt ha en relatív høyere andel elektiv virksomhet for å sikre god ressursutnytting av til-
gjengelig infrastruktur. Dette vil også kreve mobi-
litet av personell. Avdelingene ved SSA og SSK skal være grenspesialisert (ved SSA gen/gastro og urologi og ved SSK gen/gastro, urologi, mamma/endokrin og karkirurgi).

Oppgavene som løses ved den enkelte avdeling eller kirurgteam ved lavvolumingrep, skal være avtalte og beskrevet innen utgangen av 2011, blant annet for å dokumentere god volum/kvalitetsmellomheng – ansvarlige for dette er avde-
lingslederne. Et nært og systematisk faglig samar-
beid mellom operatører og samarbeidende avde-
linger som for eksempel onkologisk avdeling skal sikres og følges nøyaktig opp. Avdelingene skal prioritere kvalitet og pasientssikkerhet i oppgave-
fordelingen. Innen både gastro og uro skal ope-
rasjoner gjøres både ved SSA og SSK i tråd med beskrevet plan og med dedikerte kirurger i team. Det karkirurgiske senteret i Kristiansand videre-
føres i nært faglig samarbeid med regionsykehus-
set. Mammene/endokrinsekjonen i Kristiansand videreføres. Det skal være urologi ved både SSK og SSA, og virksomheten skal organisere slik at begge seksjoner er attraktive og rekrutterer godt. En felles faglig plattform er en forutsetning for å kunne videreutvikle urologi som fag og behand-
ingstilbud på Sørlandet. Urologisk seksjon ved SSA skal ha et særlig ansvar for forskning og utvikling innen urologi ved SSHF. Dette innebær-
er blant annet å være pådriver og tilrettelegger for
FoU-arbeidet innen fagområdet, og videreføring av forskningstradisjonen ved enheten. Det skal i størst mulig grad samarbeides også om FoU ved de to urologiske seksjonene, og begge skal delta i dette arbeidet.

Urologisk grenvakt videreføres i Kristiansand. SSHF ønsker å etablere et felles vakt- eller beredskapssystem for urologi. I Arendal skal vaktordningen videreføres for gen/gastro.

Det miniinvasive senteret er lagt til Arendal, og det påligger ledere i kirurgisk klinikk i stadig større grad å nyttiggjøre seg dette til kompetanseutvikling for kikkhullskirurgi. Avdelingene i Arendal og Kristiansand skal samarbeide om utdanning av leger i spesialisering. Praksis for medisinstudenter forutsettes videreført ved SSA, og søkes utvidet til også å gjelde i SSK.

Ortopedisk avdeling ved SSA skal ha det største behandlingsvolumet av den elektive ortopedien på Sørlandet. Avdelingen skal ha hovedansvaret for faglig utvikling og forskning innen helseforetaket. En faglig god balansering av elektive og ø-hjelpsoppgaver skal sikres ved de to ortopediske avdelingene. Det skal legges til rette for at forholdstallet mellom ø-hjelp og elektiv ortopedi opprettholdes på dagens nivå ved begge avdelingene. Den avklarte funksjonsfordelingen mellom de to ortopediske avdelingene innen lavvolumningrep videreføres. Ortopedisk virksomhet utført av spesialister innen ortopedi i Flekkefjord, skal ha et tett faglig samarbeid med øvrig fagmiljø ved SSHF.

6.3.3. ØNH/kjeve


Kjevekirurgisk seksjon i Arendal har et delregionalt ansvar, og videreføres på dagens nivå i perioden.

6.3.4. Øye

6.3.5. Gynekologi og fødetilbud


Det tilligger Kvinneklinikken i Kristiansand et særlig ansvar for å være faglig pådriver og koordinere samordning av faglig virksomhet og samordne seleksjonskriterier, retningsliner og prosedyrer for fødeavdelingene, i tråd med helsedirektoratets anbefalinger. Vaktordninger videreføres på nivå med 2010, legebemanningen må kontinuert vurderes i henhold til oppgavemengde m.m. Regionale og nasjonale retningslinjer for å sikre et trygt fødetilbud legges til grunn. Pasientsikkerhet overvåkes og tiltak vurderes kontinuerlig gjennom arbeidet i avdelingsvise kvalitetsråd, klinikkens kvalitetsråd og Perinatalkomiteens arbeid.


6.3.6. Prehospitale tjenester (ptss)

PTSS skal videreføre arbeidet med kompetansebygging, for å underbygge pasientsikkerheten innen virksomheten. AMK og nødmeldetjenesten står trolig foran endringer på nasjonalt nivå. SSHF vil arbeide for at PTSS kan ivareta regional og delregionale tjenester i en eventuell ny struktur, gjennom strategisk tilpasning av virksomheten og en sterk prioritering av faglig kvalitet, samarbeid med andre fagområder og primærhelsetjenesten. For ambulansetjenesten videreføres dagens struktur, dette inkluderer luftambulansetjenesten.
6.3.7. Anestesi

Anestesiavdelingenes virksomhetsområde innebærer brede samarbeidsflater mot de fleste av SSHFs avdelinger. Samarbeid og samhandling, faglig utvikling og pasientsikkerhet er avgjørende prioriteringsområder for disse avdelingene for å sikre god kvalitet for pasienter i alle avdelinger i SSHF.

De tre akuttmottakene og de tre intensivavdelingene skal utvide sitt samarbeid på tvers, for i økende grad å bidra med felles systemer, rapportering og grunnlag for evaluering av virksomheten og drift.

Det vil i planperioden arbeides med en ytterligere styrking av lege- og sykepleierkompetansen i akuttmottakene. Man vil fortsatt arbeide med triagering av pasienter, og det vektlegges kurs for pleiepersonale og ytterligere systematisering av teamtreningskonsepter for å sikre at alle som deltar i akuttbehandling også er med på trening. I tillegg startes det et prosjekt som skal vurdere effekten av en økt tilstedeværelse av erfarne leger i akuttmottakene.

Det må vurderes tiltak for å styrke legekompetanse og legekontinuitet i akuttmottaket (f.eks. Teamtriage).


6.3.8. Operasjon

De tre operasjonsavdelingene er avgjørende for god logistik og faglig kvalitet innen den operative virksomheten. Dagkirurgi forventes å øke fortsatt i årene fremover. Dette skal prioriteres for å frigjøre ressurser i andre enheter til nødvendig behandlingskapasitet for å kunne ta imot økt pasientstøtromming pga økningen i antall eldre i befolkningen i årene fremover. Kompetansebygging, logistik og faglig kvalitet er de centrale satsingsområdene for operasjonsavdelingene.

6.3.9 Sengeavdelingene og poliklinikk

Sengeavdelingene inkluderer for Arendal og Kristiansand også interne pasienthotell, og til dels poliklinikk. Sengekapasitet skal til enhver tid utnyttes optimalt, og tilpasninger skal gjøres i tråd med pasienters behov og endringer i behandlingsstilbud. Tilstrekkelig og kvalifisert personell i poliklinikkene er avgjørende for å sikre god pasientbehandling og nødvendig kapasitet. Samarbeid og koordinering på tvers mellom sykehusene skal prioriteres for å sikre lik kvalitet, tilgjENGELighet og beste praksis.
6.3.10. Merkantile funksjoner i kirurgisk klinikk

De merkantile funksjoner i avdelingene er organisatorisk fordelt på mange enheter. Et prioritert område er likevel samarbeid og samordning av rutiner og internkontroll. Arbeidet i de merkantile tjenestene har stor påvirkning på pasient-sikkerhet, kvalitet og økonomi. Det skal prioritieres et tett samarbeid mellom de ulike merkantile enheter og mellom merkantilt personell og behandlere for å sikre beste praksis gjennomgående i klinikken.
6.4. Medisinsk klinikk

6.4.1. Indremedisin – medisinsk avdeling Arendal og Kristiansand/medisinsk avdeling Flekkefjord

Nesten alle de store folkesykdommene, og de viktigste sykdommer som behandles i de indremedisinske avdelingene skyldes økende alder. De indremedisinske avdelingene står derfor ovenfor store utfordringer knyttet til endringer i befolkningssammensetningen i denne og kommende planperiode.

Indremedisin er et samlefag for 8 ulike grenspecialiteter (hjertemedisin, lungenmedisin, fordøyelsessykdommer, nyremedisin, geriatri, blodsykdommer, endokrinologi og infeksjonsmedisin). Den grenspecialiserte kompetansen er i dag en nødvendighet i all indremedisin, også ved lokalsykehuset i Flekkefjord. Det som holder indremedisin sammen som spesialitet, er den generelle vaktkompetansen.

Det er et mål å utvikle gode samarbeidsselvajoner innenfor de ulike fagområdene på tvers av de tre sykehusene. Dette er nødvendig for å sikre behandlingskvalitet, kompetanseutvikling og videreutvikling av fagmiljøene.

Medisinsk avdeling i Arendal og Kristiansand har gruppe 1-status for utdanning i indremedisin. I tillegg har lungenseksjonen i Kristiansand og seksjon for fordøyelsessykdommer i Arendal gruppe 1-status. Medisinsk avdeling i Flekkefjord er godkjent med 3½ år for spesialistutdanning i generell indremedisin, og samarbeider med Kristiansand i å fullføre spesialistutdanningen. På lengre sikt er det et mål å få gruppe 1-status innen geriatri ved SSA/SSK. Gruppe 1-status er viktig for å sikre rekruttering til de ulike fagområdene.

De delregionale funksjoner i hjertemedisin, med PCI - senter i Arendal og elektrofysiologi i Kristiansand, krever fortsatt utvikling av samarbeidet innenfor det hjertemedisinske miljøet ved Sørlandet sykehus. PCI-senteret i Arendal har nå 24 timers vaktordning, noe som er krevenes å ivareta i forhold til dekning av spesialister. Behovet for etablering av kardiologisk ablasjonsbehandling skal utredes i planperioden.

Innen infeksjonsmedisin er det viktig å få tilsatt infeksjonsmedisinere som betjener alle lokasjonene. På grunn av økning av antall infeksjonspasienter, er det nødvendig å styrke isolatkapasiteten. I samarbeid med Senter for kreftbehandling har de medisinske avdelingene ansvar for lindrende behandling i Arendal og Flekkefjord.

Denne pasientgruppen trenger samordnet innsats og oppmerksomhet fra kommunehelsestjenesten og spesialisthelsetjenesten. Innen geriatri og i flere av de andre fagområdene vil de indremedisinske avdelingene være sentrale i forhold til samhandlingsreformen, med økt samhandling og oppgavefordeling med kommunehelsetjenesten. Eksisterende tilbud i Flekkefjord må videreutvikles. Tilbudet innen hematologi og endokrinologi må sikres og videreutvikles i løpet av planperioden.

6.4.2. Barnesenteret

Barnesenteret består av Barneseksjonen og Habiliteringsseksjonen for barn og ungdom (HABU), med lokasjoner i Arendal og Kristiansand.

Det ventes ingen store demografiske eller endringer i sykdomspanorama i kommende planperiode.

Barnesenterets visjon er å være lederende utenom universitetssykehuset i HSØ. Avdelingen skal gi et bredt tjenestetilbud innenfor pediatri og habilitering i tråd med nasjonale faglige føringer. Områdefunksjoner skal videreutvikles der det er hensiktsmessig i forhold til kompetanse og volum til beste for Agderpasienten.

Forskning skal være en del av avdelingens naturlige virksomhet og avdelingen skal til enhver tid ha minst en medarbeider i PhD prosjekt. Avdelingen skal være en attraktiv utdanningsavdeling og har som mål å oppnå gruppe 1-status for
utdanning av legespesialister i planperioden. Avdelingen skal ha et godt samarbeid med UiA i forhold til forskning og utdanning av spesialsykepleiere.

Begge enhetene i barneseksjonen skal ha øyeblikkelig hjelp for sitt opptaksområde. Man vil ta i bruk nye behandlingsmetoder som kjøling av nyfødte etter asfyksi, samt utvide bruken av ultralyd ved mage/tarm-lidelser.

Det skal legges til rette for følgende tilbud til barn ved SSA (Etter anbefaling fra arbeidsgruppe).

1. Det diagnostiske og behandlingsmessige tilbudet til barn ved SSA videreføres med en heltidens barnepost og nyfødtpost.
2. Øyeblikkelig hjelp - mottak av barn skal foregå 24/7, men med nødvendig adgang til overføring SSK når vakthavende pediater i SSA vurderer at det er faglig eller ressursmessig nødvendig.
3. Tilgjengelighet til pediatrik kompetanse for føde/barsel og Nyfødtpost opprettholdes i tråd med ny vaktordning.
4. Det etableres en vaktfunksjon med tilstedevarande minimum 12 timer på hverdager og minimum 7 timer lørdager/helligdager, samt hjemmevakt de øvrige av døgnets timer.
5. Elektriske funksjoner på dagtid videreføres og søkes videreutviklet i tråd med kompetanse og kapasitet ved begge sykehus.
6. Denne omfattende løsningen forutsetter at SSA tilfører ressurser tilsvarende én lege i spesialisering (LIS), og i den nåværende legeresurs situasjon engasjeres midlertidig én overlege i pediatri.
7. Selekjon av fødende i tråd med nye nasjonale retningslinjer og drøftinger i lokalt fagmiljø, forutsetter å medføre endret pasientstrøm mellom sykehusene.
8. Nødvendig remsursallokering mellom SSA og SSK må foretas i tråd med endret pasientstrøm.

Ordningen forutsettes evalueret etter ett år (pasientstrømmen, vaktbelastning og total ressurs situasjon) i tillegg til den løpende evaluering som tilligger Barnesenterets ledelse i samarbeid med ansatterrepresentanter.

Endringer i vaktfunksjon ved barneseksjonen SSA med mindre tilstedetid av lege på kveld og natt, samt noe endret pasientstrøm i SSSH, vil gjøre det nødvendig med større mobilitet av personale mellom de forskjellige stedene og seksjonene. Dette vil samtidig sikre en god spesialistutdanning av leger.

18 års grense for habilitering av barn og unge bør innføres i tråd med nasjonale forøringar. Læring og egenmestring hos barn med kroniske lidelser er satsingsområde. Avdelingen vil i perioden tilrettelegge for at en større andel barn kan få dag- eller poliklinisk tilbud. Riktig prioritering av tilbud i forhold til førstelinjetjenesten må få større fokus.

Barnesenteret ved HABU drifter et eget pasienthotell (Familiehuset) ved sykehuset i Kristiansand. Hovedtyngden av brukerne er foreldre til barn som er innlagt på Nyfødtposten. Tilbudet må videreutvikles.

Sørlandet sykehus skal følge opp tilrådningene i Handlingsplan for habilitering av barn og unge (Helsedirektoratet, 2009). Handlingsplanen har som et av sine hovedtak et ressursmessig styring av Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU). Program intensivert habilitering (PIH) er et regionalt henvisningskompetansesenter til førskolebarn med alvorlige funksjonsnedsettelser i Helse Sør-Øst.
6.4.3. Nevrologisk avdeling


Det tilbys poliklinisk tjeneste ved SSA og SSK på dagtid. Dette tjenestetilbudet vil bli styrket i perioden.

6.4.4. Revmatologisk avdeling

Revmatologien er samlet i Kristiansand, men har poliklinikk, rehabilitering og tilsynsverksamhet i Arendal. Faget er i rivende utvikling med bedre mulighet for tidlig diagnostikk og nye terapeuter. Pasientforløpene vil fortsatt endres mot mer dagaktivitet og poliklinikk.

Det vil fortsatt være behov for døgnplasser ved akute, alvorlige eller komplekse revmatologiske tilstander. Høy grad av tilgjengelighet og revmatologisk kompetanse er påkrevet. De høye ambisjoner for revmatologifaget skal videreføres, og avdelingen vil ha høy fokus på forskning og fagutvikling. Avdelingen vil sikre kvaliteten i utdanning av legespesialister slik at avdelingen beholder gruppe I-status.
6.4.5. Senter for kreftbehandling

Behovet for onkologisk behandling vil øke med 5-6 % pr. år i perioden 2012-2014. Den viktigste årsaken til denne veksten ligger i økt insidens kombinert med stadig bedre behandlingsmuligheter. Takket være medisinske framskritt vil en stadig større andel av pasientene bli friske. For de som fortsatt har uhelbredelig sykdom vil gjennomsnittlig levetid øke signifikant. Målsettingen om å tilby ikke-kirurgisk kreftbehandling som dekker 90 - 95 % av alle indikasjonsområder står ved lag. Resterende 5 -10 % dekkes av regionsykehuset.


Tilgjengeligheten skal sikres gjennom utvidet kapasitet i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Veksten vil kreve økt personellressurser, forbedring av eksisterende arbeidsrutiner med innføring av effektive verktøy for kommunikasjon og dokumentasjon samt oppgaveglidning internt i SSHF og i samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Satsning på intern utdanning vil være den sikreste kilden for framtidig rekruttering.

6.4.6. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering er en flerfaglig sammensatt avdeling med et bredt pasienttilbud. Avdelingen har gruppe 1-status, og utdanner egne legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.


6.4.7. Fellesavdelingen for fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester
Avdelingen har ansvaret for det meste av fysioterapi, ergoterapi og sosionomtjenester til sengeposter i sykehusene i SSA og SSK og har en begrenset poliklinisk aktivitet innen visse spesialiserte områder. Avdelingens utfordring er å komme inn i prosesser som berører avdelingens tjenesteleveranser på et tidlig tidspunkt, siden andre avdelinger i stor grad er premissleverandører for avdelingens virksomhet.

6.4.8. Avdeling for voksenhabilitering

6.4.9. Organisering
Bortsett fra Medisinsk avdeling i Flekkefjord er alle avdelinger i Medisinsk klinikk overgående organisert med ansvar for pasienttilbudet i hele Agder. Det legges vekt på å etablere og drifte samarbeidsfora på tvers av avdelingsgrenser og lokaliser, også for å understøtte målet om å bygge en felles kultur. I alle avdelinger er sengeressurser og merkantile tjenester organisert som en integrert del av avdelingens virksomhet.
# Vedlegg

## 7.1. Status funksjonsfordelinger, somatikk SSHF

Tabellen viser hvordan funksjoner/tenester er fordelt ved SSHF høsten 2010, * = se merknad på samme rad til høyre

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lokalsykehus</th>
<th>Kristiansand</th>
<th>Arendal</th>
<th>Flekkefjord</th>
<th>Vakteger etter kl 16.00</th>
<th>Kommentar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Akuttfunksjoner</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Prehospital (ambulanse)</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>Til stede 24/7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Observasjonspost</td>
<td>x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSHF, SSK hj.vakte natt</td>
<td>Akuttmottak, akuttteam på sykehuset</td>
</tr>
<tr>
<td>Mortak anestesi, akuttmedisin</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF hj.vakte natt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Postoperativ enhet</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intensiv enhet kir/med</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF hj.vakte natt</td>
<td>Respiratorbehandling, &gt; 24 t ved SSF flyttes til SSK/SSA</td>
</tr>
<tr>
<td>Fødeenhet</td>
<td>x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF</td>
<td>Seleksjon ved SSF, SSK (2011): premature &gt; 34 u, tilpasset seleksjon</td>
</tr>
<tr>
<td>Traumasykehus (traumemottak i akuttsykehus)</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF</td>
<td>Akuttsykehusene som tilfredsstiller kravene til å ha traumafunksjon jf. nasj. rett.linjer</td>
</tr>
<tr>
<td>Akutt generell kirurgi</td>
<td>x x</td>
<td>x x</td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK og SSF</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akutt ortopedi</td>
<td>x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Til stede/hjemme SSA, SSK, SSK</td>
<td>SSF: generelle kir vakt behemer hj.kir</td>
</tr>
<tr>
<td>Gynekologi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>24/7 SSA, SSK, hjemme SSF</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indremedisin</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hjerteovervåkning</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Til stede 24/7 SSA, SSK, SSF</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akutt slagbehandling</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lab fag (klin kjemisk)</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blodbank</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Elektive funksjoner</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Generell Kirurgi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gynekologi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indremedisin</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Generelt alle indivis med tilstøtende</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologi</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lab fag (klin kjemisk)</td>
<td>x x x x x x x x x x x x x x x x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akuttfunksjoner</td>
<td>Kristiansand</td>
<td>Arendal</td>
<td>Flekkefjord</td>
<td>Vakteleg etter kl 16.00</td>
<td>Kommentar</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>---------</td>
<td>-------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Akuttfunksjoner</td>
<td>Total</td>
<td>Ohj</td>
<td>Pol</td>
<td>Seng</td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>AMK*, PTSS-ledelse</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kir gen/ gastro</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Kir mamma endokrin</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kir. Urologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Karkirurgi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Barne ortopedi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Revmakirurgi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gynekologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - kardiologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - hematologi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - endokr</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - lunge</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - nefrologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Dialysenhet</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - infeksjon</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - gastro</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Medisin - geriatri</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Revmatologi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nevrologi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn- nyfødt &gt; 32 u</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn- nyfødt intensiv &gt;26 u</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn onkologi</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kreftbehandling</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>-strålebeh</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-onkologisk beh</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lokalised Lillesand. Dekker hele SSHF
### Akuttfunksjoner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Områdesykehus</th>
<th>Kristiansand</th>
<th>Arendal</th>
<th>Flekkefjord</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Obj</td>
<td>Pol</td>
<td>Seng</td>
</tr>
<tr>
<td>-lindr enhet/team</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>-kref/kirurgi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>ØNH</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Øye</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Klin kjemisk</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Blodbank</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Immunologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Mikrobiologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x*</td>
</tr>
<tr>
<td>Patologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Flerområdefunksjoner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Områdesykehus</th>
<th>Kristiansand</th>
<th>Arendal</th>
<th>Flekkefjord</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total</td>
<td>Obj</td>
<td>Pol</td>
<td>Seng</td>
</tr>
<tr>
<td>PCI</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>El fys kardiologi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Oral kirurgi</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Luftambulanvebase*</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering av alvorlig traumatiserende hodetak (ATBI)</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Program intensivt rehabilitering (PIH)</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 7.2 Status funksjonsfordelinger, Rehab/hab, SSHF

<table>
<thead>
<tr>
<th>Seng</th>
<th>Pol</th>
<th>Dag</th>
<th>Ambulant</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Voksenhab</td>
<td></td>
<td></td>
<td>SSA/SSK</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehab (døgn)</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>SSK</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehab (dag/pol)</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>SSA/SSK, SSF</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.3 Status funksjonsfordelinger, KPH, SSHF

<table>
<thead>
<tr>
<th>Avd. for rus- og avhengighets-beh (ARA)</th>
<th>Ø-hj</th>
<th>Døgnbilud</th>
<th>Dagtilbud</th>
<th>Poliklinikk /Ambulant</th>
<th>Nasjonal utvikling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KPH</td>
<td>Kristiansand</td>
<td>Arenal</td>
<td>Lister</td>
<td>Kristiansand</td>
<td>Arenal</td>
</tr>
<tr>
<td>LAR</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avgiftning</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppebehandl</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Poliklinikk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Amb.ute</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tvang fleromr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rus/psykiatri/fleromr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykatrik sykehusavd</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liaison</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akutt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alderspsyk</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sikkerhetspsyk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dobbeldiagnose</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alvorlig allmennpsyk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykose rehab</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Førstegangs psykose</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PST</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Barns Beste</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DPS x 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABUP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.4 Oversikt over handlingsplaner som iverksettes i 2011-2014

Se også under relevante kapitler i strategiplanen

- Handlingsplan for smittevern oppdateres i forhold til at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 % i planperioden.
- I løpet av høsten 2011 skal det utarbeides - handlingsplaner for hvert av de fem satsningsområdene for SSHF i planperioden.
- Det skal utarbeides kommunikasjonsplan for SSHF.
- Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen gjennomføres i 2011.
- Handlingsplan for pasientsikkerhet iverksettes i 2011.
- Behandlingstilbud for ortogeriatriske pasienter implementeres ved SSA fra 2011.
- Handslingsplan for minorityets helse iverksettes i planperioden.
- Områdeplaner for psykisk helse, rus, habilitation og rehabilitering skal utarbeides.
- Behandlingstilbud for ME- pasienter utredes i 2011 og implementeres i planperioden.
- Det utarbeides en handlingsplan for klinisk etikkarbeid i planperioden.
- Det utarbeides en handlingsplan vedtatt strategi for samarbeid med UiA i planperioden.
- En handlingsplan skal beskrive implementeringen av regional traumaplan (fornote 16), se ovenfor.
- Det utarbeides en handlingsplan for brukermedvirkning i planperioden.

7.5 Oversikt over utredninger i 2011-2014

- En samlet plan for oppgradering av bygningsmassen og utstyr må lages
- Utarbeide langtidsplan for vedlikehold og utvikling av bygningsmassen ved alle lokasjonene
- Samlokalisering av akuttomtak og legevakt i Kristiansand skal utarbeides
- Utarbeide plan for ombygging og utbygging av akuttomtak, intensivavdeling og nyfødtpost SSK.
- Utarbeide forprosjekt for oppgradering, evt. Nybygg, for voksenpsykiatrien på Eg.
- Plan for samlokalisering av ABUP i Kristiansand skal ferdigstilles og bygging søkes oppstartet.
- Utrede arealbeovet for medisinske servicefunksjoner på SSK.
- Behovet for å styrke behandlingsstilbudet til kronisk syke innen psykisk helsevern skal utredes.
- Behovet for opprettelse av en ny avdeling for ungdom/unge voksne skal vurderes.
- Det fremtidige behovet for PET-skanner etter planperioden skal utredes, særlig sett i sammenheng med satsingsområde kreft. Dette krever utredning av drift samt behov for utstyr og kompetanse.
- Behandlingstilbud i brachyterapi ved prostatacancer utredes og implementeres i planperioden i nært samarbeid med Oslo Universitetssykehus.
- Et helhetlig behandlingstilbud inkl kirurgi for sykelig overvekt utredes i 2011 for evt. implementering i planperioden.
- Behovet for etablering av kardiologisk ablasjonsbehandling skal utredes.
- Behovet for etablering av kardiologisk ablasjonsbehandling skal utredes.
- Tjenestetilbudet i intervensionsradiologi må utredes.

26 Brachyterapi = Stråleterapi som gis ved at radioaktive kilder placeres inni eller tett ved svingen. Prinsippet brukes oftest ved svingen i kroppens naturlige hulrom (gynækologisk kreft, spiserørskreft), ved prostatakreft og ved kreft i hode/hals regionen.
Sørlandet sykehus HF

Telefon: +47 38 07 4400
E-post: postmottak@sshf.no
www.sshf.no

Postadresse:
Postboks 416, 4604 Kristiansand

Besøksadresse:
Eg, 4615 Kristiansand

Organisasjonsnummer: 983 975 240