



## Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

## I) Om arbeidet med utviklingsplan

### Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

### Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring

Alle helseforetakene skal ha utviklingsplaner.

Utviklingsplanene må ses som del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

De regionale helseforetakenes ansvar innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene må således avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som er gjeldende. Deretter beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det gjøres en framskriving.

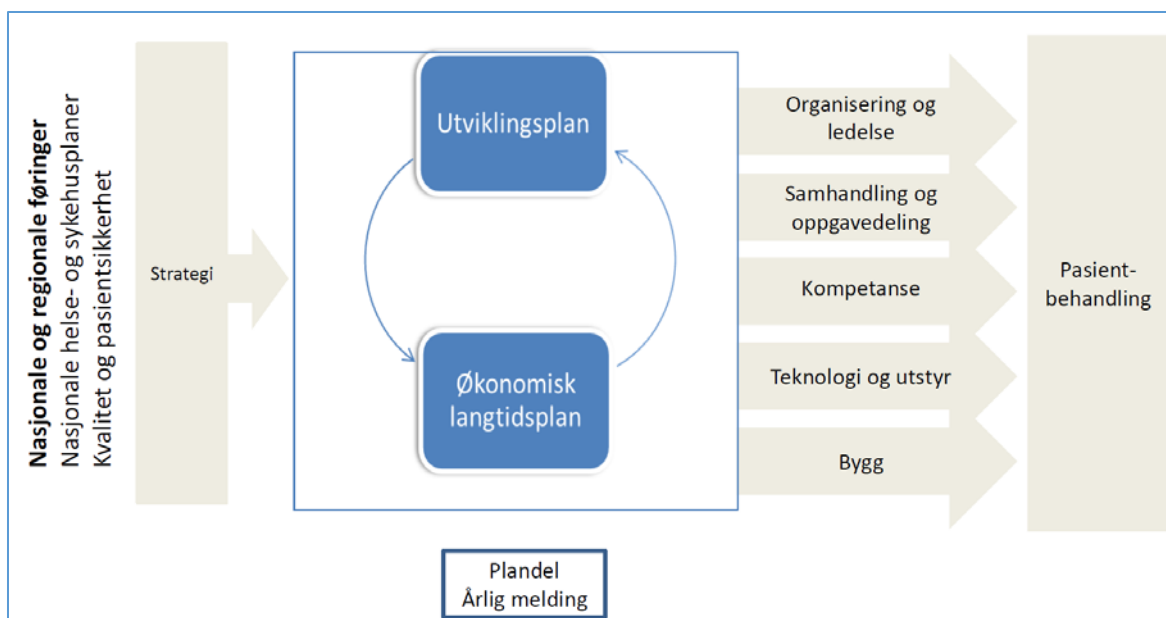
Dette er grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten, og for å prioritere nødvendige tiltak.

Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk er basis for utviklingsplanene.

Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Utviklingsplanen vil typisk ha en planhorisont på 10-15 år. Økonomisk langtidsplan oppdateres hvert år, og denne prosessen starter alltid med en vurdering av virksomheten som bør baseres på utviklingsplanen.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.



Figur 1. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling

## Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Målet for denne veilederen er å beskrive en prosess som er åpen, involverende og forutsigbar.

### Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet.

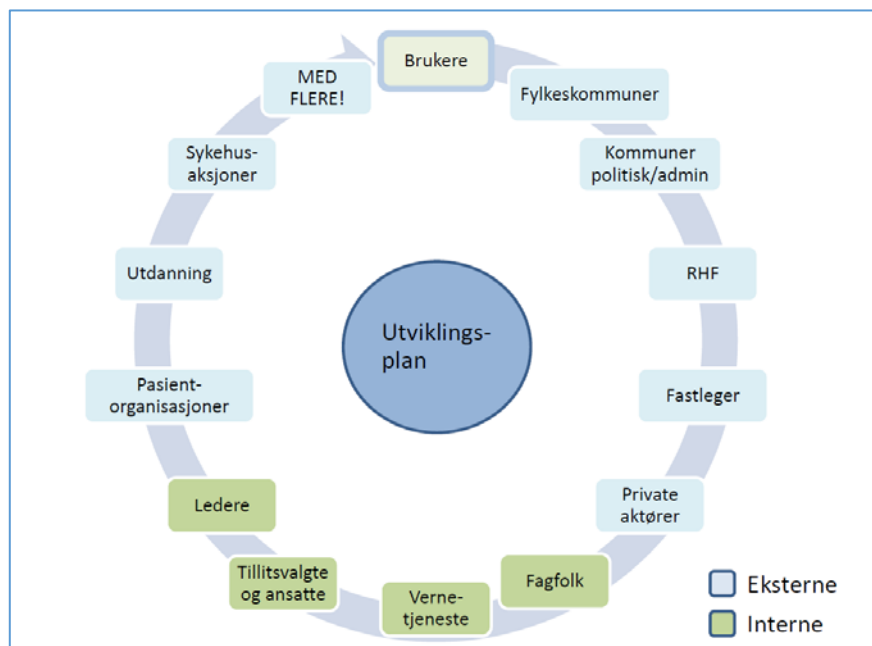
Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Det betyr for eksempel at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle.

I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

### Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.



Figur 2. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres.

Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside. Dette skal beskrives i en kommunikasjonsplan.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier for utviklingsplanen.

### Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningspunktene er.

## II) Vesentlige endringer krever risiko- og mulighetsanalyse

Framtidens kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer.

Den største risikoen kan være at en ikke gjør endringer. Det betyr at analyse av både risiko og muligheter vil være viktige.

Det er et overordnet mål å flytte oppgaver slik at de løses nærmest mulig pasienten, på første tilstrekkelige kompetansenivå (LEON/BEON-prinsippet, ikke løfte oppgaver til høyere grad av spesialisert kompetanse enn nødvendig) og slik at ressursene samlet sett utnyttes best.

Rett og tilstrekkelig kompetanse på rett sted vil være en av morgendagens største utfordringer innen helse. Det krever spesiell oppmerksomhet på kompetanseoverføring mellom nivåer og profesjoner.

Endringer i samhandling og oppgavedeling krever involvering fra alle berørte parter. Oppgaver kan ikke overføres uten at dette skjer i forståelse mellom avgivende og mottagende part.

### Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver.

Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte.

Endringer i akuttfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.

### Spesielt om endring i akuttfunksjoner

Alle vesentlige endringer i oppgaver krever risiko- og mulighetsanalyser enten det gjelder planlagt virksomhet eller akuttfunksjoner. Ivaretagelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere har betydning for hele helseforetakets utvikling, og utviklingsplanene må gjennomgås når endringer planlegges.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best løser øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

Dette samarbeidet må involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktpspsykiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.

Helseforetaket skal beskrive sykehusene utfra de definisjoner av sykehustyper som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

### III) Om planprosessen og kvalitetssikring

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert dialog med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer. Disse gis gjennom en regional utviklingsplan eller andre styrende dokumenter.

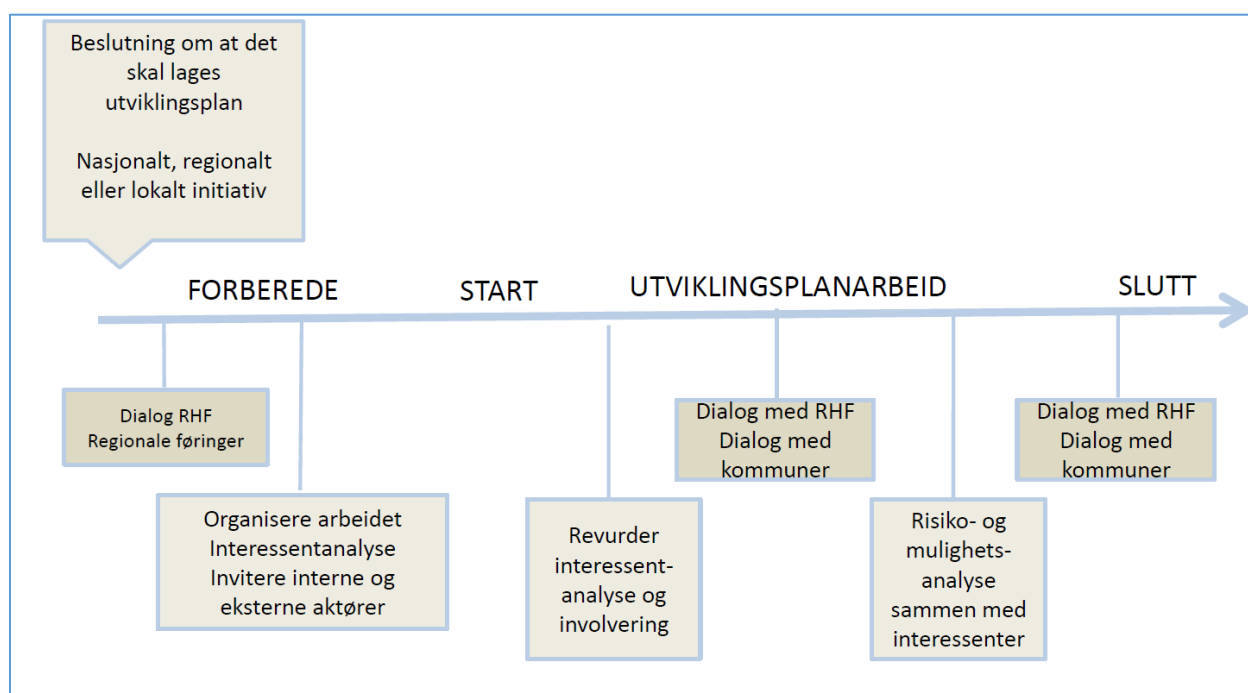
En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sikrer at alle interessenter er involvert på riktig måte.

Det skal være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket underveis, for eksempel når første utkast foreligger eller når særskilte forhold tilsier det. På tilsvarende måte skal det være en formalisert dialog mellom helseforetak og kommuner underveis i arbeidet.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer og analysen skal dekke både foretakets og kommunenes perspektiv.

Det skal videre være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket og kommunene før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og godkjennes av det regionale helseforetaket.



Figur 3. Arbeidet med utviklingsplan.

## Kvalitetssikring av utviklingsplaner

Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. For gjennomføring av kvalitetssikringen foreslås det å etablere en gruppe bestående av regionenes planansvarlige. Ved behov kan ekstern kvalitetssikring benyttes.

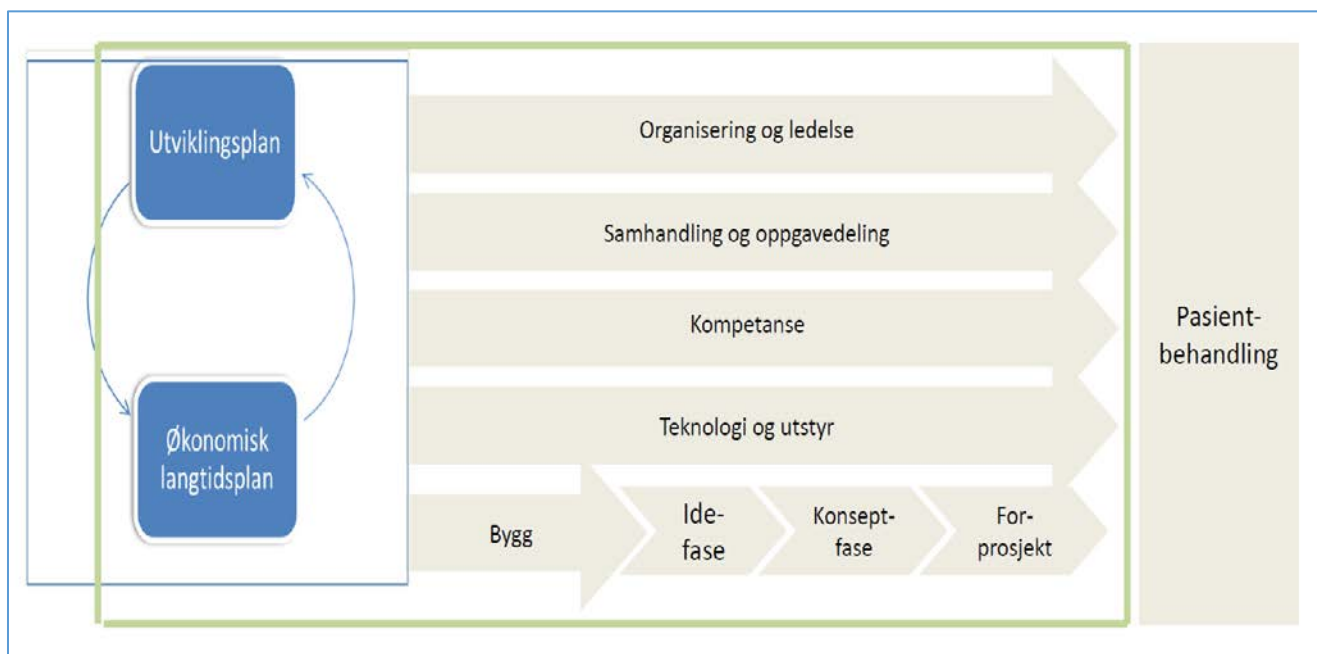
## Videre bruk av utviklingsplanen

Etter gjennomførte risiko- og mulighetsanalyser og ferdigstilling av utviklingsplanen, må helseforetaket vurdere behov for oppretting/justering av mer detaljerte planer innen følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Planlegging av sykehusbygg følger veileder for tidligfaseplanlegging som før (denne er under revisjon).

Utviklingsplanen vil danne grunnlag for årlige vurderinger i langtidsbudsjett.



Figur 4. Sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfaseplanlegging for sykehusbygg

## IV)Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og en harmonisert planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner. Det presiseres at formatet er anbefalt og ikke obligatorisk.

### Veiledende innholdsfortegnelse for utviklingsplaner

#### Sammendrag

#### 1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

- 1.1 Historikk for helseforetaket.....
- 1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det) .....

#### 2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet .....
- 2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 2.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 2.5 Organisering og ledelse.....
- 2.4 Bemanning og kompetanse .....
- 2.7 Forskning og innovasjon .....
- 2.8 Økonomi .....
- 2.9 Teknologi og utstyr .....
- 2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter.....

#### 3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

#### 4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

- 4.1 Demografi og sykdomsutvikling .....
- 4.2 Endringsfaktorer.....
- 4.3 Kapasitetsberegning.....

#### 5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

- 5.1 Alternative veivalg for helseforetaket .....
- 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser .....
- 5.3 Kriterier for valg mellom alternativene .....
- 5.4 Valgt hovedløsning .....

#### 6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

- 6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet .....
- 6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 6.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 6.4 Bemanning og kompetanse .....
- 6.5 Forskning og innovasjon .....
- 6.6 Økonomi .....
- 6.7 Teknologi og utstyr .....
- 6.8 Bygg .....



## Stikkord til de ulike kapitlene i anbefalt format for utviklingsplan

*Denne innholdsfortegnelsen og stikkordene er veiledende, ikke obligatoriske eller nødvendigvis komplette. De er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen*

### Sammendrag

*Sammendraget skal være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv, med hovedtyngde på kapitlene 5 og 6.*

## 1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

### 1.1 Historikk for helseforetaket

- Kort om tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer)
- Ved revisjon: hva har skjedd siden siste versjon av utviklingsplan
- Hva er utløsende årsak til ny plan (oppdrag fra RHF, planlagt revisjon eller lignende)

### 1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

#### 1.2.1 Mandat og organisering

- Mandat (føringer)
- Slik ble utviklingsplanarbeidet organisert

#### 1.2.2 Interessenter

- Hvilke interessenter har vært involvert og hvordan

#### 1.2.3 Medvirkning og aktiviteter

- Hvordan har man ivaretatt en åpen og gjennomiktig prosess der alle som ønsker det har hatt mulighet for å komme til orde/gi innspill?
- Hvilke aktiviteter og delprosjekter gjennomføres for å involvere/informere

## 2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- *Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, og det gjøres en enkel (ikke omfattende) vurdering og sammenligning med andre helseforetak. Skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder.*

### 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

- Pasientforløp
- Brukertilfredshet

### 2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer – faglig prioritering
- Helseatlas og forbruksrater
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Pasientopplæring

### 2.3 Oppgavedeling og samhandling

- Innen eget helseforetak
- Med andre helseforetak
- Med kommuner og fastleger (hvordan er samhandling/samarbeid organisert, hva har man fått til og hva er utfordringene i dag)
- Med private (samarbeid med private, både kommersielle og ideelle)
- Bruk av og samarbeid med avtalespesialister

## 2.4 Organisering og ledelse

- Dagens organisering
- Ledelse (struktur)
- Hva viser medarbeiderundersøkelsene om ledelse og arbeidsmiljø

## 2.5 Bemanning og kompetanse

- Analyse baseres på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell
- Utdanning – og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

## 2.6 Forskning og innovasjon

- Strategier og planer innen forskning og innovasjon (kun beskrivelse av type og omfang av aktiviteter, forskningsmessige prioriteringer/profil, satsning på innovasjon)

## 2.7 Økonomi

- Dagens økonomiske situasjon (foretaket økonomiske bærekraft og handlingsrom)

## 2.8 Teknologi og utstyr

- Status for standardisering og utvikling (grad av plattformlikhet, grad av felles applikasjoner, telemedisin, etc.) innen IKT
- Pågående arbeid som vil åpne for nye arbeidsformer (internt eller eksternt)
- Gjennomsnittsalder medisinsk teknisk utstyr, fornyingsplaner, større satsninger
- Spesielle utfordringer/muligheter

## 2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

### 2.9.1 Areal

- Areal og kapasitet i forhold til kjernevirksomhet

### 2.9.2 Tilstandsvurdering

- Teknisk tilstand
- Egnethet (egnethet for dagens virksomhet)
- Tilpasningsdyktighet (fleksibilitet, generalitet og elastisitet)

### 2.9.3 Tomt og eiendomsforhold

## 3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

*Det regionale helseforetaket vil gi forutsetninger for arbeidet og dette vil inkludere nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer og føringer. Det samme gjelder faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm), og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akutfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Disse føringene vil foreligge før foretakene starter sitt arbeid.*

## 4. Utviklingstrekk og framskrivning (Hvordan vil trender påvirke oss?)

*Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten?*

### 4.1 Demografi og sykdomsutvikling

- Befolkningsutvikling (SSB-prognoser)
- Sykdomsutvikling

## 4.2 Endringsfaktorer

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, etc.)
- Generell effektivisering, reduksjon i interne ventetider
- Befolkningens etterspørsel og atferd
- Organisering og nye arbeidsformer
- Ny teknologi
- Andre

## 4.3 Kapasitetsberegning

- Framskrivning skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder

## 5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

*Kapitel 5 og 6 må sees i sammenheng. Punktene kan grupperes ulikt, og omtales i ulike rekkefølger.*

### 5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

- Her beskrives de ulike alternativene vedrørende sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

### 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

- De alternative veivalgene må vurderes for både risiko og mulighet før man velger

#### 5.2.1 Spesielle vurderinger ved endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

- Organisering og samarbeid med andre foretak og primærhelsetjenesten
- Aktivitet i aktuelt sykehus inkludert fødetilbud og skadepoliklinikk
- Bemanning og kompetanse
- Prehospitale tjenester (organisering, kapasitet, utstyrspark og kompetanse, endringer i transportforutsetninger (nye veier, tunneler, flyplasser), framkommelighet og regularitet (vei, sjø og luft))

### 5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

- Her beskrives hvilke kriterier helseforetaket har valgt å vektlegge (her er det mulig å definere felles evalueringskriterier som skal gjelde virksomhetsalternativene)

### 5.4 Valgt hovedløsning

- Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

## 6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

*Her beskrives målbildet med tilhørende tiltak, gjerne beskrevet som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Tiltak innen alle innsatsområdene skal peke mot formålet som er pasientens helsetjeneste og god pasientbehandling. Målbildet og tiltakene bør ha en kort og en mellomlang tidshorisont (f.eks. 4 og 10-15 år).*

*Organiseringen av både løpende driftsaktiviteter og tiltak beskrives.*

## 6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet

- Mål og tiltak for bedre pasientforløp
- Mål og tiltak for brukertilfredshet

## 6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Mål og tiltak for bedre pasientsikkerhet, kvalitet og brukeropplæring
- Faglige prioriteringer
- Framtidens aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer

## 6.3 Oppgavedeling og samhandling

- Overordnet målbilde for oppgavedeling er beskrevet i 5.4. Her beskrives eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.
- Her beskrives målbildet for samhandling mellom ulike enheter, eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.

## 6.4 Bemanning og kompetanse

- Hvordan påvirker framtidig aktivitet behovet for bemanning og kompetanse?
- Hvordan påvirker det behov for kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehus i et helseforetak og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste?

## 6.5 Forskning og innovasjon

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.6 Økonomi

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.7 Teknologi og utstyr

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.8 Bygg

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.