



Kvalitetssikring Utviklingsplan
Rapport januar 2018
Helse Møre og Romsdal HF

Rapport

2018-01-12

Revisjonsteam: Elisabeth Lægdheim og Hedvig Hjertås Mauseth

Godkjent av: Arnt Ove Okstad

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Hensikten med kvalitetssikringsoppdraget	3
2	Metode	4
3	Kravdokumenter.....	4
4	Gjennomføring	5
5	Om foretakets arbeidsmåte og organisering	6
6	Presentasjon av funn.....	8
6.1	Åpenhet	8
6.2	Involvering	8
6.3	Forutsigbarhet	9
6.4	Risiko- og mulighetsanalyse	10
6.5	Oppfyllelse av føringer i mandat for lokal utviklingsplan og Veilederens krav til innhold i dokumentet.....	10
7	Konklusjon	12
	Vedlegg.....	12

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Som del av iverksettingen av Nasjonal helse og sykehusplan skal alle landets helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Målet er å legge til rette for god og fremtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Utviklingsplanen er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål. Den peker på ønsket utviklingsretning for helseforetakene og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Utviklingsplanen beskriver krav til kompetanse, arbeidsformer, bygg og utstyr for å møte framtidige utfordringer. Planen rulleres hvert fjerde år, og framskriving skjer mot 2022 til 2035. På oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet i 2016 de fire regionale helseforetakene en Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (heretter kalt Veilederen). Det er første gang det utarbeides utviklingsplaner etter den nye veilederen.

Helse Midt-Norge RHF har valgt WSP Norge AS til å utføre ekstern kvalitetssikring av at prosessen slik den beskrives i Veilederen er fulgt i arbeidet med de lokale Utviklingsplanene til St.Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord Trøndelag HF.

1.2 Hensikten med kvalitetssikringsoppdraget

Hensikten med kvalitetssikring av utviklingsplaner - heretter betegnet KSU - er å sikre at prosessen i Veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt at det er gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser.

2 Metode

KS-teamet består av personell med revisjonskompetanse, helsefaglig kompetanse og analysekompetanse.

Navn	Rolle
Hedvig Mauseth	Oppdragsleder/ kvalitetsrevisor
Elisabeth Lægdeheim	Kvalitetsrevisor
Milda Lunde Stene	Ekspertteam
Tarald Rode	Ekspertteam
Ingeborg Rasmussen	Ekspertteam

WSP sin metode for kvalitetssikring gjennomføres etter revisjonsmetodikk basert på både ISO- og COSO-regimet for revisjoner.

1. **Oppstart.** Innledende møte med ledelsen for arbeidet med lokal utviklingsplan i helseforetaket for å gjensidig informasjon og avklaring hvordan oppdraget skal gjennomføres.
2. **Dokumentgjennomgåelse.** Dokumentgjennomgåelsen skal verifisere at det finnes en «rød tråd» i dokumenthierarkiet som beskrevet i mandat fra HMN HF. Lokale Utviklingsplaner blir gjennomgått opp imot krav i veilederen og vurdert av KSU-teamet. Om nødvendig etterspørres supplerende dokumentasjon.
3. **Forberede intervjuer/ undersøkelser.** På bakgrunn av dokumentgjennomgåelse utarbeides intervjuguide for intervjuer med utvalgt personell i det aktuelle helseforetaket og andre relevante interessenter
4. **Intervju:** Det gjennomføres møter med utvalgt personell ved hvert av helseforetakene for å gjennomgå funn fra dokumentgjennomgåelsen samt å innhente supplerende informasjon.
5. **KSU-Rapport.** Resultatene fra dokumentgjennomgåelsene og møtene sammenstilles i en KSU-rapport (denne rapporten).
6. **Sluttmøte.** Resultatene presenteres for oppdragsgiver i et møte.
7. **Kategorisering av funn.** Rapporten oppsummerer de viktigste funnene, og funnene deles inn i tre kategorier:

Ikke samsvar med krav

Delvis samsvar med krav,
noen mindre funn

I samsvar med krav



3 Kravdokumenter

Følgende styrende dokumenter inngår:

- St. meld 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan
- Strategi 2030 Helse Midt-Norge
- Veileder for utviklingsplaner (utformet av Helseforetakene Juni 2016)
- Mandat fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene av 16.juni 2016, styresak 54/2016
- Mandat for lokal utviklingsplan 2018-2021, Helse Møre og Romsdal HF, styresak 54/2016, vedlegg

4 Gjennomføring

Oppdraget kvalitetssikring av utviklingsplaner var todelt. KSU del 1 omhandlet tema Kirurgisk Akuttberedskap, og rapport ble levert fra WSP i januar 2017.

KSU del 2 omhandler kvalitetssikring av arbeidet med utviklingsplan i sin helhet, med opprinneligfrist desember 2017. Rapporteringsfrist er senere endret til uke 2 2018.

Etter rapportering fra tema Kirurgisk Akuttberedskap kom det frem et ønske fra oppdragsgiver om tilbakemeldinger på arbeidet med utviklingsplanene fra WSP underveis i prosessen. Det ble derfor gjennomført to devalueringer med tilhørende rapport i tillegg.

Delrapport 1 (Vedlegg 1) ble levert i august 2017, og omfattet hvordan foretaket hadde lagt til rette for Veilederens krav til åpenhet, involvering og forutsigbarhet i sine planer.

Veilederen stiller krav om at alle kommuner skal involveres i arbeidet. KSU-teamet anså derfor at en nærmere undersøkelse av kommunenes opplevelse var nødvendig for kvalitetssikringsprosessen. Delrapport 2 (Vedlegg 2) ble levert i november 2017, og omfattet kommunenes opplevelse av åpenhet og forutsigbarhet, samt hvordan det var lagt til rette for involvering i arbeidet med utviklingsplanene. Evalueringen ble gjennomført som en spørreundersøkelse som gikk ut til alle kommuner i foretakenes nedslagsfelt i oktober 2017

En tilsvarende undersøkelse for interne interessenter har KS-teamet vurdert som mindre kritisk. Dette begrunnes med foretakenes organisering av arbeidet med utviklingsplanene, der interne interessenter, klinikker og tillitsvalgte, er bredt representert i styringsgruppe, prosjektgrupper/arbeidsgrupper.

Helseforetakene skulle opprinnelig styrebehandle sine utviklingsplaner før overlevering til det regionale helseforetaket innen 31.oktober 2017. Denne fristen er senere endret til 1. mars 2018. Foretakene har videre lagt inn en omfattende høringsrunde av utkast til utviklingsplanen. Høringsutkastene er under behandling. WSP sin rapport, denne rapporten, er derfor utarbeidet på grunnlag av prosessen før høringsrunde, høringsdokument og planlagt saksbehandling etter høring frem mot styrebehandling i det enkelte foretak i februar 2018.

KS-teamet har fått tilgang til all dokumentasjon som er etterspurt. Rapporten bygger på dokumentgjennomgang, informasjon fra prosjektgruppen, overvåking av internettside og resultater fra de to delrapportene som er utarbeidet av WSP tidligere i evalueringsprosessen. KS-teamet har fått mulighet til deltagelse som observatør på møter og andre aktiviteter, og valgte å delta i dialogmøte i juni 2017.

Prosesen som helhet vurderes i forhold til Veilederens krav knyttet til åpenhet, involvering og forutsigbarhet. I henhold til ønske fra oppdragsgiver er dokumenter/ prosessen også vurdert i forhold til hensiktsmessighet for å svare ut mandatet som er gitt foretaket i Sak 54-16 av styret i Helse Midt-Norge RHF, samt Veilederens krav til innhold i plandokumentet. Denne vurderingen gis på grunnlag av anerkjent prosjektmetodikk.

Dokumentgjennomgåelse

I tillegg til dokumenter som er gjennomgått og referert i tidligere rapporter, er følgende gjennomgått i forbindelse med denne rapporten:

- Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF, høringsutkast publisert oktober 2017, med vedlegg
- Høringsvar fra Sunnmøre regionråd, ØRKide, Romsdal regionråd og FFO Møre og Romsdal
- Referater fra dialogmøter som er publisert på nettsiden
- Referat fra koordineringsgruppen 21.09.2017, 06.10.2017, 12.12.2017
- Protokoll og saksdokumenter, styringsgruppemøte 19.12.2017
- Notat til styret i helse Møre og Romsdal HF 19.12.2017 fra dir Espen Remme (datert 26.11.2017)

I tillegg har KS-teamet fulgt nettsiden, og lest referater fra Samhandlingsutvalg og presentasjoner fra dialogmøtene mer overfladisk.

5 Om foretakets arbeidsmåte og organisering

Foretaket har vedtatt at arbeidet med Utviklingsplanen skal skje i linja.

- Styringsgruppen er satt sammen av ledergruppa, vernetjeneste, tillitsvalgte og brukerrepresentant.
- En koordineringsgruppe skal sørge for fremdrift og innhold i arbeidet. Representasjon fra alle klinikker og staber.
- Partssammensatte arbeidsgrupper arbeider med spesifikke tema i utviklingsplanen. Kommunene er representert i disse gruppene gjennom oppnevning fra regionrådene.
- Fortløpende orientering om arbeidet skjer i overordnet samhandlingsutvalg, lokale samhandlingsutvalg og regionråd

For å ivareta samhandlingsperspektivet har det i tillegg vært arrangert flere dialogmøter for å forankre arbeidet på overordnet administrativt og politisk nivå. Dette er dagsmøter hvor alle kommuner blir invitert til å delta. Det skal etter planene også arrangeres dialogmøte i etterkant av høringen av utkast til utviklingsplan, før endelig utviklingsplan presenteres for styret.

Arbeidet med Strategisk utviklingsplan har vært organisert som et eget prosjekt med følgende organisering:

Prosjekteier Administrerende direktør

Styringsgruppen

- Assisterende direktør
- Fagdirektør
- Økonomidirektør
- Hr-direktør
- Kommunikasjonsdirektør
- Klinikksjef for akuttbehandling
- Klinikksjef for diagnostikk
- Klinikksjef for drift og eideom
- Klinikksjef for kirurgi
- Klinikksjef for kvinner, barn og ungdom
- Klinikksjef for medisin og rehabilitering
- Klinikksjef for psykisk helse og rus

- Føretakstillitsvalt nsf
- Føretakstillitsvalt dni
- Hovudverneombod
- Brukarrepresentant

Koordineringsgruppe:

Det er etablert en koordineringsgruppe med representanter fra klinikkene, fagavdelinga og kommunikasjonsavdelinga. Koordineringsgruppa legger til rette for god koordinering av aktiviteter og fremdrift i planarbeidet.

Helse Møre og Romsdal HF har valgt å arbeide med planene ut fra tre perspektiver.

- Foretaksperspektivet
- Klinikperspektivet
- Samhandlingsperspektivet.

For hvert av disse områdene er det etablert arbeidsgrupper som har jobbet med ulike satsningsområder. Kommunene er representert i arbeidsgruppene knyttet til Samhandlingsperspektivet.

I planarbeidet har det vært gjennomført en rekke aktiviteter med hensikt å sikre en åpen, involverende og forutsigbar prosess. Aktivitetene er vært rettet internt i foretaket, og eksternt mot kommuner.

Det er gjennomført en rekke dialogmøter med bred deltagelse i løpet av arbeidsperioden. Det er planlagt et dialogmøte også etter høringsperioden. Det er videre gjennomført flere aktiviteter i hensikt å sikre intern involvering etter at høringsutkastet til utviklingsplanen ble lagt til høring.

Møtekalender på www.helse-mr.no viser at det er planlagt møter i prosjektet frem til april 2018

6 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funn som er gjort i kvalitetssikringsarbeidet. Funnene er strukturert i henhold til Veilederens prosesskrav om åpenhet, involvering og forutsigbarhet. Videre er kravet om risiko- og mulighetsanalyser for vesentlige endringer i oppgaver vurdert. KS-teamet har også vurdert hvordan føringene i mandatet fra Helse Midt- Norge RHF er fulgt opp.

6.1 Åpenhet

Krav i Veilederen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidet skal foregå i åpenhet. 2. 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. 3. I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.
Funn	Det har vært mulig for interne og eksterne interessenter å følge arbeidet med utviklingsplanen. Arbeidet har foregått i åpenhet, relevante prosjektdokumenter har vært tilgjengelig på oppdatert ekstranett og intranett.
Beskrivelse	<p>Konklusjonen i delrapport 1 var at det er mye og god informasjon på www.helse-mr.no. Her er fremdriftsplaner, saksdokumenter, prosjektorganisasjon og referat fra møter angående arbeidet med utviklingsplanen presentert. Rapporten anbefalte at møteplan ble publisert når denne er klar, noe foretaket har fulgt opp.</p> <p>Etter evalueringen fra juni 2017, er nettsidene oppdatert kontinuerlig, også med sakspapirer til møtene, herunder intern evaluering av arbeidet i koordineringsgruppa. Høringsrunden har vært offentlig, og alle hørings svar er publisert på nettsiden.</p> <p>Konklusjonen i delrapport 2 «Spørreundersøkelse kommuner» var at kommunene var godt fornøyd med HMR sin åpenhet i arbeidet med lokale utviklingsplaner.</p> <p>KS-teamet konkluderer med at det har vært mulig for alle som ønsker det å følge arbeidet med utviklingsplanen gjennom en åpen og tilgjengelig nettside.</p>
Forbedringspunkter til neste rullering av planen	

6.2 Involvering

Krav i Veilederen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter. 2. Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres. 3. Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres. De skal involveres 3 ganger i løpet av prosessen. 4. 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. 5. 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.
-------------------	---

KS Utviklingsplan – Helse Møre og Romsdal HF

Funn	<p>Veilederens krav er oppfylt.</p> <p>For eksterne interessenter oppleves involvering som god. For interne interessenter er bildet av opplevd involvering mer nyansert. Det er iverksatt tiltak for å møte kritikk som er fremkommet internt i forhold til opplevd involvering.</p>
Beskrivelse	<p>Konklusjonen i delrapport 1 var at Helse Møre og Romsdal HF har planlagt og lagt til rette for å ivareta Veilederens krav til involvering i prosessen fram imot ferdig utviklingsplan.</p> <p>Delrapport 2 om kommunenes opplevelse av involvering konkluderer med at kommunene er godt fornøyd med måten foretaket har lagt til rette for involvering.</p> <p>Foretaket har fulgt Veilederens krav til deltagelse av tillitsvalgte i styringsgrupper og arbeidsgrupper, og det er lagt til rette for at fagmiljøet er involvert, spesielt gjennom arbeidet i klinikkene. Til tross for dette har det kommet kritikk i forhold til intern involvering og medvirkning i utarbeidelse av høringsutkastet til utviklingsplan fra tillitsvalgte og enkelte fagmiljø i forbindelse med at utkast til utviklingsplan ble sendt på høring. Evalueringsteamet har ikke gjort ytterligere undersøkelser på hva som ligger til grunn for denne kritikken, men forholder seg til Adm. dir. sitt notat til styret, datert 26.11.2017 der han redegjør for situasjonen og hvilke tiltak som skal settes i verk i høringsperioden for å gi rom for ytterligere medvirkning og involvering. Tiltakene som er skissert vil kunne forsterke opplevelsen av involvering også internt, men dette er ikke verifisert.</p> <p>KS-teamet konkluderer med at Veilederens krav til involvering er innfridd i forhold til kommunene og andre eksterne interessenter. I forhold til involvering av interne interessenter er bildet noe mer nyansert. Veilederen stiller ikke krav til opplevd grad av involvering, men intensjonen med involvering må antas å være at de ulike interessentene skal oppleve å være tilstrekkelig involvert.</p>
Forbedringspunkter til neste rullering av planen	

6.3 Forutsigbarhet

Krav i Veilederen	Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningspunktene er.
Funn	Det har vært mulig for interne og eksterne interessenter å følge arbeidet med utviklingsplanen. Arbeidet har foregått i åpenhet, relevante prosjektdokumenter har vært tilgjengelig på oppdatert nettsted. Gjennom en åpen nettside i hele prosessen, samt offentlig høring er beslutningspunktene i prosessen tydeliggjort for både interne og eksterne interessenter.
Beskrivelse	<p>Konklusjonen i delrapport 1 var at helseforetaket hadde lagt til rette for god forutsigbarhet i arbeidet. Eksternt har nettsiden vært oppdatert med fremdriftsplaner og frister. Internt har en, i tillegg til nettsiden, kunne følge arbeidet med utviklingsplaner gjennom informasjon internt.</p> <p>Konklusjonen i delrapport 2 «Spørreundersøkelse kommuner» var at kommunene opplevde god forutsigbarhet, til tross for at noen også opplever liten forutsigbarhet.</p> <p>Gjennom bred offentlig høring er beslutningspunktene i prosessen tydeliggjort for både interne og eksterne interessenter. Krav til forutsigbarhet vurderes derfor som oppfylt.</p>

Forbedringspunkter til neste rullering av planen	
--	--

6.4 Risiko- og mulighetsanalyse

Krav i Veilederen	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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 alltid være vesentlige) 2. Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre. 3. Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene og andre interessenter er involvert. 4. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.
Funn	<p>Det er gjort en omfattende ROS-analyse for pediatri tilbudet som grunnlag for anbefaling. Videre er muligheter og risiko drøftet for andre innsatsområder som beskrives i utviklingsplanen, uten at dette er vurdert som endringer som krever risiko- og mulighetsanalyse.</p> <p>Det framstår ikke tydelig for KS-teamet hvordan kriteriene for valg mellom alternativer i kapittel 5.3 er anvendt.</p>
Beskrivelse	<p>ROS-analyser er en av flere mulige metodiske tilnærminger til risiko- og mulighetsanalyser. Det er som trolig ikke hensiktsmessig å gjennomføre ROS-analyser på alle områder dette stadiet i planarbeidet. Allikevel må det med utgangspunkt i veilederens krav forventes at muligheter og risiko drøftes. Dette er drøftet for flere tema i utviklingsplanen.</p> <p>Videre er det gjennomført en omfattende ROS-analyse som grunnlag for veivalg i pediatri tilbudet.</p>
Forbedringspunkter til neste rullering av planen	

6.5 Oppfyllelse av føringer i mandat for lokal utviklingsplan og Veilederens krav til innhold i dokumentet

Føringer i mandat og oppfyllelse av Veilederens krav til innhold	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfyllelse av føringer i mandat 2. Samsvar med Veilederes overordnede punkter <ol style="list-style-type: none"> a. Peke på ønsket retning og angi hvilke tiltak som er nødvendig for å møte framtidens utfordringer b. Ses som del av helseforetakets samlede planansvar c. Speile samlet ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen d. Ta utgangspunkt i lovpålagt ansvar, nasjonale og regionale føringer i tråd med framtidige behov for helsetjenester med god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse e. Planhorisont på 10-15 år 3. Samsvar med Veilederens forslag til innholdsdisposisjon, inklusive detaljeringsgrad og redigering av innholdet
--	--

KS Utviklingsplan – Helse Møre og Romsdal HF

Funn	Høringsutkast til Utviklingsplan samsvarer med Veilederens krav. Disposisjonen av Utviklingsplanen følger Veilederens forslag til innholdsdisposisjon.
Beskrivelse	<p>1. Føringer i mandatet for Helse Møre og Romsdal HF er svart ut</p> <p>2. Samsvar med Veilederes overordnede punkter</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Høringsutkastet til Utviklingsplan peker gjennom målbildet i kapittel 6 på ønsket retning og angir tiltak som er nødvendig for å møte beskrevne utfordringer i kapittel 2. b. Utviklingsplanen er del av helseforetakets samlede planarbeid c. Utviklingsplanen speiler samlet ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen d. Utviklingsplanen tar utgangspunkt i lovpålagt ansvar, nasjonale og regionale føringer i tråd med framtidige behov for helsetjenester e. Planhorisonten er 2018 til 2022. Utviklingsplanen skal i henhold til veilederen dekke et 10-15 års perspektiv. Utviklingstrekk er drøftet i et lengre perspektiv, mens utviklingsplanen i hovedsak handler om et 4-årsperspektiv. <p>3. Disposisjonen av Utviklingsplanen følger Veilederens forslag til innholdsdisposisjon.</p> <p>Kapittel 5 analyse og veivalg skal ifølge Veilederen inneholde; Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi. HMR har valgt å sette ned arbeidsgrupper for de innsatsområder en har sett krever spesifikk oppmerksomhet i utviklingsplanarbeidet. Det vises i utviklingsplanen til vedlegg med utredninger fra de ulike gruppene. KS-teamet vurderer at det for pediatri tilbudet er det gjort en grundig analyse, med tilhørende anbefaling. For de øvrige gruppene er det også gjort analyser og fremmet anbefalinger, men ulike alternativer er ikke drøftet i samme grad.</p> <p>Utredninger i de ulike kapitlene i høringsutkastet, samt vedlegg, underbygger målbildet og tiltak i kapittel 6. Planen er generelt omfattende, og det kan oppleves krevende å sette seg inn i alle utredninger, spesielt for eksterne interessenter. Dersom målgruppen er både interne og eksterne interessenter, og den skal anvendes som et styringsdokument kunne det vært hensiktsmessig å redusere omfanget, alternativt utarbeidet en kortversjon/ sammendrag fra kapitlene.</p>
Forbedringspunkter til neste rullering av planen	

7 Konklusjon

Kvalitetssikring av arbeidet med utviklingsplaner ved Helse Møre og Romsdal HF har resultert i følgende funn:

- Åpenhet. I samsvar med krav.
- Involvering. I samsvar med krav.
- Forutsigbarhet. I samsvar med krav
- Risiko- og mulighetsanalyse. I samsvar med krav.
- Føringer i mandat og oppfyllelse av veilederens krav. I samsvar med krav, men detaljeringsgrad og struktur kan forbedres.

Planer som er lagt for å tilfredsstille veilederens krav i forhold til åpenhet, forutsigbarhet og involvering er fulgt. Planene er supplert med ytterligere aktiviteter for å møte behov som er fremkommet under prosessen. Det er gjort en omfattende ROS-analyse for pediatri tilbudet som grunnlag for anbefaling. Videre er muligheter og risiko drøftet for andre innsatsområder som beskrives i utviklingsplanen. Høringsdokumentet til utviklingsplanen er svært omfattende, men svarer ut krav gitt i mandat og følger veilederens anbefaling til innhold og disposisjon.

Vedlegg

Vedlegg 1

Delrapport 1- Delrapport Underveisevaluering

Vedlegg 2

Delrapport 2- Kommunenes oppfattelse av åpenhet, involvering og forutsigbarhet