

**Årlig melding 2012  
for  
Helse Sør-Øst RHF  
til Helse- og omsorgsdepartementet**

**Hamar 15. mars 2013**

## Innhold

1.	Innledning.....	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012.....	4
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012.....	12
2.1	Særskilte satsningsområder.....	12
2.1.1	Kvalitetsforbedring.....	12
2.1.2	Pasientsikkerhet.....	14
2.1.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning.....	17
2.1.4	Samhandlingsreformen.....	18
2.1.5	Kreftbehandling.....	18
2.1.6	Behandling av hjerneslag.....	20
2.1.7	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	21
2.2	Andre områder.....	22
2.2.1	Psykisk helsevern.....	22
2.2.2	Habilitering og rehabilitering.....	23
2.2.3	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati.....	25
2.2.4	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling.....	26
2.2.5	Kjeveleddsdysfunksjon.....	26
2.2.6	Beredskap og smittevern.....	27
2.2.7	Forebygging.....	27
2.3	Utdanning av helsepersonell.....	29
2.4	Forskning.....	32
2.5	Innovasjon.....	33
3.	Rapportering på krav i foretaksprotokoll.....	35
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012.....	35
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012.....	39
3.3	Øvrige styringskrav for 2012.....	54
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2012.....	56
3.4.1	Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 7. juni 2012.....	57
3.4.2	Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 15. oktober 2012.....	62
3.4.3	Omtale av øvrige aktuelle saker.....	63
4.	Styrets plandokument.....	65
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser.....	65
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet.....	65
4.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger.....	71
4.1.3	Personell og kompetanse.....	72
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer.....	76
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	80
4.2.1	Innledning – om gjennomført strategirullering.....	80
4.2.2	Strategier for perioden 2013-2020.....	82
4.2.3	Regionale delstrategier og planer.....	85
4.2.4	Endring av sykehusstilørighet.....	86
Vedlegg 1:	Tabellrapportering.....	87
Vedlegg 2:	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2012 for Helse Sør-Øst RHF.....	100

## 1. Innledning

Årlig melding er hjemlet i helseforetakslovens § 34 og § 15 i vedtektene. I vedtektenes § 15 *Melding til departementet* heter det:

*”Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.”*

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene. Plandokumentet skal også vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering. Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale helseforetakets plandokument.

### Overordnet organisering i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med ca. 2,8 millioner innbyggere (per 1. januar 2013), som utgjør om lag 56 % av landets befolkning.

Helseforetaksgruppen har ca. 75 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2013 på om lag 68 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et ”sørge for”-ansvar i forhold til å yte spesialisthelsetjenester i regionen. Det regionale helseforetaket er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester. Internt i det regionale helseforetaket er disse rollene så langt som mulig adskilt. Rollen som eier av helseforetakene utøves gjennom vedtekter og beslutning i foretaksmøte.

Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldtjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2013 ti helseforetak organisert innenfor syv sykehusområder:

Helseforetaksstruktur 2013	
Sykehusområde	Helseforetak
Akershus sykehusområde	Akershus universitetssykehus HF
Innlandet sykehusområde	Sykehuset Innlandet HF
Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF
Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF
Telemark og Vestfold sykehusområde	Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
Vestre Viken sykehusområde	Vestre Viken HF
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF
	Sykehusapotekene HF har ansvar innen hele regionen

Helse Sør-Øst RHF er medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien.

Det er inngått avtaler om forpliktende samarbeid med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Martina Hansens Hospital AS
- Revmatismesykehuset AS

Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS ivaretar opptaksområde og funksjoner innenfor Oslo sykehusområde.

Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1 027 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratoriefag, radiologi og habilitering/rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere inngås av det regionale helseforetaket.

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å gi:

**Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi**

Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene ”*kvalitet*”, ”*trygghet*” og ”*respekt*” er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Virksomheten til Helse Sør-Øst er forankret i lovverket, blant annet helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og arbeidsmiljøloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtektene. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, samt tilknyttede nasjonale helseplaner, oppdragsdokument og foretaksmøter.

## 1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012

Dette kapittelet er organisert med bakgrunn i Helse Sør-Østs *overordnede mål for 2012* og de seks innsatsområdene i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*.

### Styrets overordnede mål for 2012

Helse Sør-Øst RHF har etablert fem hovedmål for perioden 2011-2014. Disse er en presisering av og kommer i tillegg til øvrige krav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet med å nå

disse målene forventes å gi en reduksjon i ventetider, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i pasientbehandlingen:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

#### *Ventetid og fristbrudd*

- Det nasjonale målet om ventetid ned mot 65 dager er ikke oppnådd. Det er bare små forbedringer i situasjonen sammenliknet med 2011. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) summert for alle tjenesteområder er redusert fra 74 til 73 dager. Reduksjonen må imidlertid ses i sammenheng med at antall henvisninger økte med 2,8 % fra 2011 til 2012 og at antall avviklede pasienter samtidig økte med 7,3 %. Tiltakene som er iverksatt for å redusere ventetider videreføres. Det er også igangsatt mange tiltak for å rydde i ventelister slik at de blir korrekte.
- Arbeidet med å redusere andelen fristbrudd for rettighetspasienter viser nå resultater, selv om flere helseforetak og private ideelle sykehus ennå er langt unna målet om null fristbrudd. Nedgangen i andel fristbrudd for hele 2012 sett under ett, var liten (fra 7,8 % til 7,6 %). Andel fristbrudd ble likevel betydelig redusert i annet halvår, og var i desember måned alene på 4,8 %. Det er fortsatt Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus som trekker opp regionens gjennomsnitt med andeler på henholdsvis 16 % og 14 % på årsbasis. Akershus universitetssykehus har en god utvikling, med kraftig reduksjon på slutten av året.
- Helseforetakene har levert oppdaterte planer for å redusere ventetidene, for å redusere fristbruddene til null og i henhold til Helse Sør-Østs egen ambisjon om at ingen pasienter skal ha ventetid på over et år. Kjøpsavtalene med private tjenestetilbud er utvidet slik at eventuelle kapasitetsutfordringer kan imøtekommes. Det er etablert fagråd innen områdene plastikk kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og nevrologi for å vurdere kapasitet og hvordan regionens ”sørge for”-ansvar best kan ivaretas.

#### *Sykehusinfeksjoner*

- I 2012 er det gjennomført fire prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner. Prevalensmålingene viser en reduksjon fra 5,2 % i 2011 til 5,0 % i 2012. De overordnede målene fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2012 om redusert antall sykehusinfeksjoner (”Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold” og ”Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner”) kan ut fra dette sies å være oppfylt for 2012. Akershus universitetssykehus har over langt tid vist at det også er mulig å oppnå en reduksjon til under 3 %, slik ambisjonen er definert i Helse Sør-Øst.

#### *Timeavtale sammen med bekreftelse*

- Det arbeides med at pasientene skal få bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev. Måling viser at 60 % av pasientene får bekreftelsen og tidspunkt i samme brev. Det er stor usikkerhet knyttet til tallet. Arbeidet med å innarbeide dette som et pålitelig styringsparameter videreføres.

#### *Involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen*

- Den regionale medarbeiderundersøkelsen er et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap. Alle helseforetak/foretak oppnådde en langt høyere deltakelse i

undersøkelsen i 2012 enn i 2011. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også klart forbedret.

#### *Økonomisk handlingsrom*

- Samlet har helseforetaksgruppen et foreløpig positivt resultat i størrelsesorden 100-150 millioner kroner, mot et negativt resultat på 478 millioner i 2011. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Det er helseforetakene utenfor hovedstadsregionen som leverer overskudd.
- Helseforetaksgruppens evne til å fornye utstyr og bygningsmasse er lavere enn ønskelig. Prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst skal bidra til å sikre at helseforetakene styrer samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer. Helse Sør-Øst RHF legger til rette for et investeringsregime der helseforetakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer. Helseforetakene legger til rette for at investeringer gis nødvendig prioritet innenfor den samlede økonomiske rammen som stilles til disposisjon og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå. Flere helseforetak i regionen har gjennom 2012 akkumulert likviditet gjennom positive regnskapsmessige resultater. Deler av disse midlene kan brukes i 2013 i tråd med etablerte prinsipper for likviditetsstyring. Utviklingsplaner for sykehusområdene hvor aktuelle investeringsbehov klarlegges, er under utarbeidelse. I forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2013-2026 ble det også satt i gang arbeid i helseforetakene med planer for erstatning av medisinsk teknisk utstyr, for planmessig gjennomføring av oppgradering og utskifting av slikt utstyr.

#### **Pasientbehandling**

- Antall pasientopphold innen somatikk er litt under budsjettmål for året. Sammenlignet med 2011 har antall polikliniske konsultasjoner økt med 0,9 % og antall døgnopphold med 1,2 %, mens antall dagbehandlinger er redusert med 2,0 %. DRG-resultatet for somatisk pasientbehandling ligger 1,0 % høyere enn i 2011 og 0,6 % over budsjett. DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus har hatt en kraftig vekst, slik at sum DRG innen "sørge for"-ansvaret har økt med henholdsvis 1,3 og 0,8 %.
- Aktiviteten innen psykisk helsevern (både til voksne og barn) er i tråd med budsjettmålene, bortsett fra at det har vært en vekst i døgnopphold psykisk helsevern for barn og ungdom med rundt 7 % fra 2011. Den polikliniske aktiviteten har økt med 4,0 % (psykisk helsevern for voksne) og 3,5 % (psykisk helsevern for barn og ungdom), men dette er likevel litt under de ambisiøse måltallene som var satt for 2012.
- Aktiviteten innen TSB viser en nedgang i antall liggedøgn på 3,1 %, en nedgang i antall utskrevne pasienter med 7 % sammenlignet med 2011, men en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 6,3 %. Samlet sett lå aktiviteten for 2012 på samme nivå som i 2011. Gjennomsnittelig ventetid innen TSB er redusert fra 65 til 59 døgn for alle pasienter og antall fristbrudd fra 6 til 5 %. Dette indikerer at det samlede tilbudet er styrket.
- Aktivitetstallene for 2012 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt på tjenesteområdene psykisk helse og TSB. Innen somatikk har poliklinisk vekst også vært betydelig på de fleste helseforetak og private ideelle sykehus. Regionale samletall påvirkes her av at Oslo universitetssykehus måtte endre registreringspraksis etter vedtak i *Avregningsutvalget* og dermed har fått registrert nesten 47 000 færre konsultasjoner enn budsjettet i 2012. Deres årsresultat ble derfor 8,9 % lavere enn i 2011.
- For døgnaktivitet somatikk har samhandlingsreformen påvirket 2012-resultatet. Langt færre utskrivningsklare pasienter har blitt lenge i sykehus etter at kommunen har fått melding om at pasienten er klar for utskrivning ("UK-melding"). Dette har bidratt til å redusere samlet antall liggedøgn i helseforetaksgruppen med nesten 100 000 (4,5 %) i 2012. På årsbasis er

antall registrerte mer-liggedøgn for utskrivningsklare redusert fra 84 208 i 2011 til 19 942 i 2012. Det tilsvarer en reduksjon på 76,3 %. Dette har gitt lavere liggetider og muliggjort at flere pasienter har vært innlagt. Foreløpig foreligger det ikke tall for om dette har påvirket andelen reinnleggelser.

- Andel korridorpasienter somatikk viser en liten nedgang fra 1,7 % i 2011 til 1,6 % i 2012. Fire helseforetak trekker opp resultatet, Sykehuset Telemark mest med 3,9 %, men også Sykehuset Østfold (3,4 %), Akershus universitetssykehus (3,1 %) og Vestre Viken (2,1 %).

### *Samhandling*

Samhandling med kommunchelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud er et prioritert innsatsområde. Det er etablert regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner. Kommunene og helseforetakene har arbeidet målrettet for å tilpasse eksisterende avtaler slik at kravene nedfelt i ny helse- og omsorgstjenestelov kan oppfylles. Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder.

Uvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. I den forbindelse er arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst prioritert. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå ca. 80 praksiskonsulenter.

### *Likeverdighetsprosjektene*

Det er ulikheter både på nasjonalt plan og innad i Helse Sør-Øst når det gjelder sykdomsbilde, risikofaktorer, opplevelse av sykdom, tilgjengelighet, fristbrudd, behandlingstilbud mv. Helse Sør-Øst har et særlig fokus på minoritetshelse og likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus er gitt i særskilt oppgave å legge vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Målet er å styrke helseforetakenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Det må sikres at arbeidet med likeverdige helsetjenester inngår i vanlig drift og etterlevs i praksis. Et viktig element i dette arbeidet er gode tolketjenester. Likeverdsprosjektet har i 2012 arrangert en nasjonal erfaringskonferanse med stor oppslutning. Konferansen presenterte konkrete resultater og viste gode eksempler fra tiltakene som er iverksatt.

### **Forskning og innovasjon**

I 2011 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for over 63 % av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen utgjør ca. 1,7 mrd kroner i 2011. Tall for 2012 foreligger ikke når årlig melding skrives.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet - regionalt helseforetak - helseforetak) hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene utgjøres av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet (239 millioner kroner) i tillegg til midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett (238 millioner kroner for 2012). Ca. 520 forskningsprosjekter- og tiltak fikk i 2012 regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige. Antall doktorgrader per år i regionen har økt betydelig de siste årene til over 160. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak.

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2012. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i *Inven2*, som er en felles kommersialiseringsenhet etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Antall innleverte patentsøknader holder høyt nivå. Det er igangsatt en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter

finansiert gjennom Innovasjon Norge. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og kreft.

## **Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis**

### *Pasientsikkerhet*

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst har gjennomført journalundersøkelse med *Global Trigger Tool (GTT)* for 2010, 2011 og 2012. Tallene for undersøkelsen i 2012 foreligger ikke enda. Gjennomgangene i 2010 og 2011 viser at de fleste pasientskadene i hovedsak skyldes sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil. Pasientsikkerhetskultur er målt ved en egen pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2012. Resultatene er fulgt opp med handlingsplaner og har bidratt til økt bevissthet og styrking av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen.

Det er bred enighet om at mange pasientskader kan forebygges ved målrettede tiltak. Innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen er gjennom enkle tiltakspakker et viktig bidrag for å oppnå dette. Lokal oppfølging på helseforetaksnivå, der både ledere og klinisk personell involveres i forbedringstiltak og refleksjon over resultater er det fundamentale i pasientsikkerhetskampanjen. Det arbeides med å stimulere til åpenhet og en meldekultur der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som bidragsytere i kvalitetsutvikling. Avvik, skader og tilsynsoppfølginger blir behandlet i ledelsens gjennomgang i helseforetakenes styrer.

Arbeidet med utvikling av behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp har pågått i flere år i Helse Sør-Øst. Behandlingslinjer er et verktøy for å sikre at pasienter blir møtt med like god behandling og informasjon, uavhengig av når og hvem de møter. Målet er at pasienten skal oppleve sammenhengende pasientforløp i kontakt med ulike deler av helsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF prioriterer det nasjonale arbeidet med helseregistre og pasientregistre og deltar ved administrerende direktør i styringsgruppen for *Nasjonalt helseregisterprosjekt*.

### *Ventelister og pasientrettigheter*

Helse Sør-Øst RHF har siden 2010 videreført og intensivert arbeidet med oppfølging av helseforetakenes arbeid med ventelister og pasientrettigheter gjennom et regionalt prosjektarbeid og gjennom dialog i den løpende oppfølgingen av det enkelte helseforetak.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i perioden fra oktober 2010 til august 2012 interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Det overordnede formålet med revisjonen har vært å gi helseforetakets styre og Helse Sør-Øst RHF som eier kunnskap om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas gjennom det pasientadministrative arbeidet. Dette omfatter om pasientene kommer til riktig sted til rett tid og om pasienter og henvisende instanser mottar riktig og fullstendig informasjon. Som ledd i revisjonene har konsernrevisjonen gitt alle helseforetak en rekke anbefalinger til tiltak, både for å rette opp svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet, og for å styrke helheten i helseforetakenes opplegg for interne styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Anbefalingene omfatter tiltak både for å øke evnen til å oppnå målene for pasientadministrasjon, etterleve lov- og regelverk (herunder pasient- og brukerrettighetsloven) og oppnå pålitelige styringsdata. Oppfølgingsrevisjoner skal gjennomføres i 2013.

Helse Sør-Øst RHF iverksatte i 2011 prosjektet *Pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid ("Glemt av sykehuset")*. Det regionale prosjektet er forlenget ut 2013 og har deltakelse fra alle



helseforetak samt private ideelle sykehus. Arbeidet med å finne årsakene til svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet er prioritert. Prosjektet har definert og iverksatt risikoreduserende tiltak i helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

### **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

Gjennom involverende lederskap, aktive og ansvarliggjorte medarbeidere, økt kompetanse og god ressursstyring arbeides det aktivt for en virksomhetskultur som er resultatorientert og praktiserer verdiene. God virksomhetsutvikling innebærer at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid i tråd med prinsipper for medvirkning i Helse Sør-Øst.

Med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel er det den enkelte medarbeider som bidrar til gode resultater. I helseforetakene er virksomhetsutvikling og medarbeiderutvikling uløselig knyttet til hverandre. Dette avspeiles i de helseforetaksvise strategiene for utvikling av medarbeidernes kompetanse. Oppgaveglidning kan være et vesentlig bidrag til å motvirke ”flaskehalser” og motivere/beholde arbeidskraft. Kompetanseutvikling knyttet til dette er derfor en sentral strategisk utviklingsoppgave. Det er etablert et bredt sammensatt regionalt utdanningsutvalg som arbeider med utdanningsspørsmål på strategisk nivå. I 2012 er det arbeidet med å identifisere og synliggjøre kompetansebehov for å bidra til at utdanningstilbudet har riktig kvalitet og kapasitet. Tilbudet skal dessuten være fremtidsrettet og i samsvar med demografisk endringer, utvikling av behandlingstilbud og internasjonale og nasjonale føringer, herunder samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010-2011 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020..

Prosjekt ”*Bedre ressursstyring*” i regi av Helse Sør-Øst RHF, involverer alle helseforetak og har medvirkning fra ansattes representanter. Hovedleveransene i 2012 har vært etablering av felles ressursstyrings og arbeidsplansystem (GAT) for Oslo universitetssykehus. Arbeidet videreføres til øvrige helseforetak.

Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. Helseforetaksgruppen brukte i 2012 gjennomsnitt 56 378 brutto månedsværk, som er 830 månedsværk eller 1,5 % over budsjettet. Arbeidskraftforbruket har stort sett vært som forventet, men det er likevel et betydelig misforhold mellom de enkelte innsatsfaktorer. Det er samlet et merforbruk av overtid og mertid på 503,5 millioner kroner (31 % over budsjett), og et merforbruk av innleid personell på 167,3 millioner kroner (80 % over budsjett). Helse Sør-Øst vil i 2013 fortsatt legge vekt på styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles tiltak tilpasset lokale utfordringer. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

Det er gjennomført en ”deltidsdugnad” for å fremme målet om at ansatte som hovedprinsipp skal være ansatt i hele og faste stillinger. Dette har ført til betydelige forbedringer. Tall per desember 2012 viser at drøyt 13 000 av nær 52 000 fast ansatte i helseforetakene i Helse Sør-Øst har deltidsstilling. Det er 2 300 færre enn hva som var tilfelle 12 måneder tidligere. Det arbeides også med å redusere deltidsandelen ved å redusere bruken av midlertidige ansettelser. Per desember var antall midlertidig ansatte 32 196. Dette er en reduksjon på 2 324 siden januar. Dermed er antallet av midlertidig ansatte redusert med 7,2 % i 2012.

Helse Sør-Øst RHF har, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for *Nasjonal ledelsesutvikling*, tatt initiativ til og ledet arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for å konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Innenfor den regionale lederstøtten er konsept for lederutvikling videreutviklet og dokumentert.

## Organisering og utvikling av fellestjenester

### *IKT*

Helse Sør-Øst har vedtatt ny IKT-strategi for 2013-2020 og IKT-langtidsplan for 2013-2016. Strategien er basis for et stort IKT-løft med fokus på forbedringer innen seks prioriterte områder:

- Regional klinisk dokumentasjon
- Felles regional radiologi
- Felles regionalt laboratoriesystem
- Digital samhandling
- Virksomhetsstyring og økonomi
- IKT plattform og infrastrukturmodernisering

Sykehuspartner ble etablert som felles tjenesteleverandør i 2009 med ansvar for forvaltning av alle IKT-tjenester i regionens helseforetak. Sykehuspartner IKT har gjennom i 2012 hatt en positiv utvikling og nøkkeltallsindikatorer underbygger dette. IKT-driften har stort sett vært stabil for alle helseforetakene i 2012, med en total oppetid for de viktigste applikasjonsgruppene på over 99,9 %. Imidlertid har det vært for mange kritiske driftsavbrudd i 2012.

### *Innkjøps- og logistikkprogrammet*

På området innkjøp og logistikk utnytter Helse Sør-Øst de fellestjenester som er etablert gjennom Sykehuspartner og Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS). Sykehuspartner følger opp driften av *Helse Sør-Øst Forsyningscenter*, og har sørget for at tjenesten leverer på de mål som er satt. Helse Sør-Øst RHF har vært pådriver for etiske leverandørkjeder med gode resultater. Det regionale helseforetaket leder an det nasjonale arbeidet med å tilrettelegge for innovasjon gjennom offentlige anskaffelser.

### *Eiendom*

Helseforetaksgruppen forvalter ca. 2,7 millioner m<sup>2</sup> bygningsareal. De samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen er ca. 35 milliarder kroner. Årlig brukes det anslagsvis 2,0 milliarder kroner til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader. Årlige investeringsbudsjetter knyttet til utvikling av bygg og eiendommer er 2,5-3,0 milliarder kroner. Viktigste prosjekt i 2012 har vært utbyggingen av nytt østfoldsykehus. Prosjektet har ved utgangen av 2012 som planlagt nådd en ferdiggrad på 34,9 %. Det er ikke registrert avvik som forstyrrer forutsatte planer for fremdrift eller økonomi.

### *Miljø og klimatiltak*

Sykehusdriften i Helse Sør-Øst har et stort potensial for å hente ut miljø- og klimagevinster. Helseforetakene påvirker det ytre miljøet gjennom forbruk av vann og energi, innkjøp av legemidler og produkter og gjennom behandling av avfall. Det ligger også belastninger i all transport ved nybygg og rehabilitering. Helse Sør-Øst RHF har vært deltager i det nasjonale miljø og klimaprojektet i spesialisthelsetjenesten siden oppstart i 2008 og alle helseforetak i regionen deltar i et nasjonalt miljø- og klimaforum som arrangeres fire ganger årlig. Dette har som mål å samordne miljøtiltak og øke kompetansen på miljøledelse i sykehussektoren.

Helse Sør-Øst RHF etablerte i 2011 en regional faggruppe for miljø hvor alle helseforetakene i regionen deltar. Her er det erfaringsdeling som er vektlagt og Sykehuset Vestfold, som er pilotsykehus for miljøsertifisering, har hatt en ledende rolle.

Ved utgangen av 2012 var alle helseforetak i gang med tiltaksplaner som sannsynliggjør å nå målet om sertifisering innen utgangen av 2014. Fire helseforetak har mål om sertifisering i 2013. Sykehuset Vestfold ble pre-sertifisert i november 2012 og vil bli det første helseforetaket i Norge

som er fullt sertifisert etter ISO 1400. Helse Sør-Øst publiserer i år for tredje gang en helhetlig miljørapport for hele regionen. Denne finnes på [www.helse-sorost.no/miljo](http://www.helse-sorost.no/miljo).

### **Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring**

Samlet har helseforetaksgruppen et foreløpig positivt resultat i størrelsesorden 100-150 millioner kroner, mot et negativt resultat på 478 millioner i 2011. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Helseforetakene utenfor hovedstadsområdet synes nå å ha god økonomisk kontroll og leverer overskudd. For helseforetakene i hovedstadsområdet er samlet foreløpig resultat ved årets slutt negativ i størrelsesorden 700 millioner kroner, noe som er en forbedring på omlag 300 millioner kroner fra 2011. Av det negative resultatet utgjør tillatt underskudd ved Oslo universitetssykehus 400 millioner kroner.

## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012

### 2.1 Særskilte satsningsområder

#### 2.1.1 Kvalitetsforbedring

##### Mål 2012:

- *Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning.*

Det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF har også i 2012 arbeidet med en felles infrastruktur for kvalitetsregistre i samarbeid med øvrige deler av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre. Arbeidet er i tråd med *Nasjonalt helseregisterprosjekt*.

Helse Sør-Øst RHF har fulgt de føringer som er besluttet i interregional styringsgruppe for kvalitetsregistre når det gjelder valg av infrastruktur for de nasjonalt godkjente kvalitetsregistrene i regionen. For å oppnå og ivareta nasjonal dekning er det gitt mulighet for tre typer teknisk registerløsninger, i tillegg til løsningen *Medisinsk Registreringsystem* (MRS) som Helse Midt-Norge IKT (Hemit) har utviklet. For enkelte av registrene, blant annet Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister er det valgt å beholde etablerte tekniske løsninger som har fungert og hatt en nasjonal dekning fra opp til ti år tilbake.

Med unntak av ovennevnte registre, har Helse Sør-Øst RHF i utgangspunktet arbeidet for at alle de nasjonale kvalitetsregistrene skal få en elektronisk løsning basert på den foretrukne nasjonale fellesløsningen. Det har vært store utfordringer knyttet til å få utviklet løsninger i MRS-strukturen. For *Nasjonalt traumeregister* og *Nasjonalt register for HIV* er den nasjonale fellesløsningen valgt, mens *Norsk gynekologisk endoskopiregister* har utviklet en innregistreringsløsning basert på en av de alternative løsningene.

Når det gjelder *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes*, har eksisterende infrastrukturenløsning for *Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister* vært tillagt vekt, blant annet for å sikre en god mulighet for nasjonal dekning.

*Kreftregisteret* har etablert et elektronisk meldingssystem for de nasjonale kvalitetsregistrene innenfor kreftområdet (KREMT). Fra høsten 2012 var det mulig for helseforetakene å bruke denne meldingsformen blant annet for de nasjonale kvalitetsregistrene for tykk- og endetarmskreft og prostatakreft.

Per 31. desember 2012 er følgende 11 kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF godkjent med nasjonal status:

- Cerebral pareseregisteret i Norge
- Gastronet
- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt register for HIV
- Nasjonalt traumeregister
- Norsk gynekologisk endoskopiregister
- Norsk kvalitetsregister for døvblindhet
- Norsk nefrologiregister
- Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister

Ytterligere 11 kvalitetsregistre venter på formell godkjenning av Helse- og omsorgsdepartementet som nasjonale medisinske kvalitetsregistre:

- Nasjonalt hjertestansregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for demens
- Nasjonalt kvalitetsregister for hjertekirurgi
- Nasjonalt kvalitetsregister for pacemaker
- Nasjonalt register for barnekreft
- Nasjonalt register for brystkreft
- Nasjonalt register for føflekkreft
- Nasjonalt register for gynekologisk kreft
- Nasjonalt register for lungekreft
- Nasjonalt register for malignt lymfom og KLL
- Norsk kvinnelig inkontinensregister

- *Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringen synliggjør i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.*

Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre arbeider med en felles elektronisk mal for årlig rapportering fra de nasjonale kvalitetsregistrene. Det er valgt obligatoriske elementer som samsvarer med de tidligere definerte stadiene i utviklingen av et kvalitetsregister. Representanter fra de nasjonale kvalitetsregistrene skal delta i den videre utforming av malen. Ferdigstilling og distribusjon til helseforetakene/kvalitetsregistrene er planlagt til juni 2013. Årsrapportene skal sendes innen 15. oktober 2013 til de regionale helseforetakene der databehandlingsansvarlig helseforetak er lokalisert. Disse rapportene skal utarbeides etter ny felles elektronisk mal.

- *Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Tiltakene legges ut på [www.nbrp.no](http://www.nbrp.no) etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er gjort kjent med dette kravet i oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst RHF. Flere har allerede gitt tilbakemelding om at initiativene i *Nasjonalt helseregisterprosjekt* og tiltakene som er beskrevet i *Strategi- og handlingsplan 2012-2013* vil følges opp. Helseforetakene rapporterer at det arbeides med de seks prioriterte områdene i ulike sammenhenger. Som eksempel kan nevnes at forskningsstrategi og handlingsplaner for forskning ved Oslo universitetssykehus har som særskilt prioritert område en videreutvikling av kvalitetsregisterområdet, i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt.

- *Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 deltatt i utarbeidelse av metodikk for bruk av metodevurderingsverktøyet mini-HTA (*Health Technology Assessment*) i regi av Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet og i dette arbeidet bidratt til å tilpasse metodikken etter helseforetakenes behov. Arbeidet med å ta i bruk nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder lokalt og regionalt videreføres i 2013.

*Prosjekt nytt østfoldsykehus* skal foreta innkjøp av medisinsk teknisk utstyr for om lag 800 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF og prosjektet har sammen startet et pilotprosjekt der målet er å implementere mini-HTA som en del av beslutningsprosessen i denne innkjøpsrunden. På bakgrunn av denne erfaringen planlegges spredning av metoden gjennom etablering av læringsnettverk med de andre helseforetakene i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidsgruppen for planlegging og etablering av et RHF-bestillerforum som settes i gang i begynnelsen av 2013. Forumet skal vurdere og prioritere hvilke metodevurderinger som skal gjennomføres av Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk. Forumet består av de nasjonale fagdirektørene og Helsedirektoratet, med Kunnskapssenteret og Legemiddelverket som observatører.

De fire regionale helseforetakene har planlagt et felles fagseminar for ledelsen i helseforetakene om mini-HTA.

- *Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).*

Helseforetakenes kliniske etikkomiteer legger nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer til grunn i sitt arbeid.

- *God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norske pasientregister.*

Krav om god datakvalitet i psykisk helsevern er definert som et lederansvar i alle regionale føringer. Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 061-2010 *Regionale utviklingsområder i psykisk helsevern* fattet eget vedtak om rapportering og datakvalitet. I helseforetakene og de private ideelle sykehusene er det en kontinuerlig prosess for å sikre god kvalitet i registreringen. Flere helseforetak beskriver at rapporteringen fra psykisk helsevern til *Norske pasientregister* (NPR) holder god kvalitet og at data er validert. Andre beskriver at det arbeides løpende og kontinuerlig med datakvaliteten i egne datasystem som er grunnlaget for uttrekket til NPR. Det er definert rapporteringsansvarlig og ressurspersoner som har dette som hovedoppgave og som har jevnlig møter/opplæring med lokale brukere.

Målet er ikke fullt ut nådd, men det arbeides godt i helseforetakene for å bedre kvaliteten på rapporteringene ytterligere.

### **2.1.2 Pasientsikkerhet**

#### **Mål 2012:**

- *Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.*

Alle helseforetak har gjennomført journalundersøkelse med har gjennomført journalundersøkelse med *Global Trigger Tool* (GTT), pasientsikkerhetskulturundersøkelse samt utarbeidet oppfølgings- og handlingsplaner. De fleste helseforetak og private ideelle sykehus deltar i læringsnettverk for å iverksette konkrete forbedringstiltak i klinisk hverdag og er i gang med spredningsplaner for å inkludere alle relevante enheter. Helse Sør-Øst RHF følger aktivt opp der det ikke er etablert handlingsplan eller tilstrekkelig tiltakspakke etter pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

- *Ledelsen i helseforetakene følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.*

Gjennomførings- og spredningsplaner rapporteres jevnlig til styringsgruppen for pasientsikkerhet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetaksdirektørene i forhold til spredning og oppfølging. Hvert helseforetak har en kampanjeleder som har en dedikert funksjon for å følge opp pasientsikkerhetskampanjens gjennomføring og spredning i eget helseforetak. Fagdirektørene blir jevnlig orientert om innsatsområdene og fremdrift.

- *Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen og sikret at denne informasjonen når ut til alle ansatte.*

Informasjonsmaterieell om meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, ble sendt til helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i juni 2012. Helse Sør-Øst RHF modifiserte og tilpasset materialet fra Kunnskapssenteret, og tilbakemelding fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene er at materialet var informativt og ble forankret i linjen.

- *Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.*

Konsernrevisjonens interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen har ført til at alle helseforetak har fått en rekke anbefalinger til tiltak, både for å rette opp svakheter og mangler i prosessfasene som det pasientadministrative arbeidet består av, og for å styrke helheten i helseforetakenes opplegg for interne styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Det arbeides kontinuerlig med forbedringstiltak for å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer. Indikatorene viser at det totalt sett i helseforetaksgruppen har skjedd forbedringer. Resultatene varierer fra område til område, og mellom helseforetakene. Mangelfull IKT-kunnskap anses å være bare en av årsakene til mangelfull kvalitet i det pasientadministrative arbeidet. Manglene som avdekkes er også knyttet til at flere av forbedringstiltakene forutsetter juridisk kompetanse, lik forståelse av definisjoner, begreper og veiledere. Fra helseforetakene rapporteres det også at det er en utfordring å sikre at opplæringen ivaretar juridiske forutsetninger og riktig tolkning samt tilstrekkelig IKT-kunnskap. Videre er det utfordringer knyttet til svakheter i den tekniske løsningen for det pasientadministrative systemet.

Denne type utfordringer fanges blant annet opp via de lokale kontaktpersonene i det regionale prosjektet ”*Glemt av sykehuseet*”, og følges opp i dialog med juridiske fagnettverk i Helse Sør-Øst og i dialog med systemleverandører. Det er stor bevissthet rundt behovet for tiltak for å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

Prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet ”*Glemt av sykehuseet*” ble 14. september 2011 vedtatt iverksatt av styret i Helse Sør-Øst RHF (sak 058-2011). Prosjektet er regionalt og har deltakelse fra alle helseforetak og private ideelle sykehus. Det fasiliterer læring, erfaringsutveksling og standardisering av arbeidsprosessene i det pasientadministrative arbeidet for å sikre korrekt og trygg oppfølging av pasientene.

En sentral del av arbeidet i det regionale prosjektet har vært å identifisere svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet og vurdere årsakene til at dette skjer. Det er gjort en gjennomgang av alle svake punkter, definert forbedringsområder og utarbeidet konkret beskrivelse av hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. Dette er grunnlagsmateriale for opplæring lokalt. Det avholdes opplæringsdager i helseforetakene hvor elementer fra denne risiko- og sårbarhetsanalysen med konkrete tiltak med mer, inngår.

Det regionale prosjektet er en viktig bidragsyter til Helse Sør-Østs program ”*Regional klinisk dokumentasjon*”. Under dette programmet arbeides det med standardisert opplæringsmaterieell for bruk av det pasientadministrative systemet. Problemstillinger, funn og løsninger som er kommet frem gjennom arbeidet med ”*Glemt av sykehuseet*” blir innarbeidet.

Helseforetakene rapporterer månedlig til Helse Sør-Øst RHF på tre indikatorer som er valgt ut for å gi en indikasjon på status i forbedringsarbeidet i pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ):

- gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til henvisningen er ferdig vurdert
- antall ikke-godkjente dokumenter i elektronisk pasientjournal (EPJ), som er mer enn 14 dager gamle
- antall pasienter som har hatt kontakt med sykehuset uten at videre oppfølging er tydeliggjort

Rapporteringen er et godt hjelpemiddel som gir hver enkelt enhet oversikt over pasienter som skal følges opp. I tillegg gir den ledere på alle nivåer et tydelig bilde av hvordan det pasientadministrative arbeidet følges opp i egen enhet. Samlet er det en markant forbedring gjennom året på indikator for *antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt* i sykehusenes datasystemer. Alle helseforetakene har gode tall når det gjelder indikator for *gjennomsnittstid fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert*. For de øvrige indikatorene går utviklingen sakte i riktig retning for helseforetaksgruppen samlet, inkludert de private ideelle sykehus. Ett helseforetak skiller seg ut med jevnt dårlige tall gjennom hele året på alle indikatorene, med unntak av *gjennomsnittstid fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert*. I sin årlige melding rapporterer dette helseforetaket at problemene erkjennes. Samtidig beskrives hvordan innsatsen vil bli styrket i 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette arbeidet særskilt.

For å kunne oppnå ønsket stabil og god utvikling på alle indikatorene er det behov for fortsatt ledelsesmessig fokus gjennom formelle styringskanaler og praktisk understøttelse gjennom det regionale prosjektet. God opplæring er avgjørende. Enkelte helseforetak har startet med obligatorisk opplæring. Sykehuset Telemark rapporterer at det *”har vært gjennomført opplæring/undervisning av kontorpersonell og leger i pasientadministrativt arbeid i dagens system. Dette vil også få stort fokus ved overgang til DIPS i mai 2013. Ingen ansatte får tilgang til DIPS uten å ha deltatt på obligatorisk kurs.”*

De ovennevnte indikatorene viser variasjon i forbedringsarbeidet. Et av helseforetakene med gode tall i forhold til indikatorene, rapporterer i årlig melding at det *”er gjennomført et omfattende forbedringsarbeid etter konsernrevisjonens gjennomgang av styring og bruk av det pasientadministrative systemet. Ansvar og roller er beskrevet og nye kontrollrutiner er innført. Ledelsen på alle nivåer følger opp ukentlig og det arbeides med opplæring for alt personell.”* Et helseforetak som ikke har hatt samme positive utvikling rapporterer at de *”har styrket oppfølgingsarbeidet i divisjonene og har vedtatt å tilføre ekstra ressurser til fem deltidsstillinger som divisjonskoordinatorer for ”Glemt av sykehuset”. Koordinatorene startet arbeidet ved utgangen av 2012, for å støtte avdelingssjefene i arbeidet med oppfølging av egne ansatte.”* Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at denne styrkede innsatsen vil vise seg i form av bedre resultater for indikatorene i 2013. Arbeidet i regi av det regionale programmet for klinisk dokumentasjon med å utarbeide standardisert opplæringsmaterieill vil bidra til å styrke forbedringsarbeidet i hele helseforetaksgruppen.

Flere av helseforetakene har i 2012 etablert innsatsgrupper eller organisert gjennomføringsprosjekt for å følge opp anbefalte tiltak fra konsernrevisjonen og *”Glemt av sykehuset?”*. I helseforetak som skal innføre DIPS i 2013 er dette satt i sammenheng med innføringsprosjekt.

Oslo universitetssykehus rapporterer ikke på de ovennevnte indikatorer. Helseforetaket har etter sammenslåingen hatt store utfordringer knyttet til forskjellige pasientadministrative systemer ved de enkelte lokalisasjoner. Arbeidet med å etablere ett felles system pågått kontinuerlig, og det er



etablert et eget prosjekt i forhold innføringen av DIPS ved alle lokasjoner. Kvalitetsforbedring i det pasientadministrative arbeidet, oppfølging av forbedringspunkter identifisert gjennom ”*Glemt av sykehuset*” og lukking av avvik fra konsernrevisjonens gjennomgang er integrert i dette prosjektet.

Styrene i helseforetakene har et selvstendig ansvar for å sikre at pasientenes rettigheter og behandlingsbehov ivaretas i henhold til lover og forskrifter. Forbedringstiltak utarbeidet i regional regi er et supplement til helseforetakets egne tiltak.

### **2.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning**

#### **Mål 2012:**

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg.*

Det er gjennomført to informasjonskampanjer i 2012. En i regi av Helsedirektoratet og en hvor Helse Sør-Øst RHF samarbeider med Helse Vest RHF og Helsedirektoratet. Resultatene av informasjonskampanjene har vært gode. Blant annet har det vært en økning i antall telefonhenvendelser i regionen fra oktober og ut året. Fritt sykehusvalg har bidratt i helseforetaksgruppens utarbeidelse av brevmalere til bruk ved kapasitetsproblemer ved helseforetak i helseregion. Helse Sør-Øst RHF arbeider videre i 2013 med implementering av malene i helseforetakene.

- *Alle helseforetak har styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.*

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet allerede i 2009 sine *13 prinsipper for brukermedvirkning*. Disse er forankret i foretaksmøter og gjort gjeldende for hele helseforetaksgruppen.

Seks av 14 aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer at de har styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning eller at dette vil bli gjort våren 2013. Oslo universitetssykehus har særlig utmerket seg med et tydelig, strategisk og godt forankret mål og strategidokument. Fire av helseforetakene og de private ideelle sykehusene redegjør for at mål og strategier for brukermedvirkning er innarbeidet i de generelle styrevedtatte plandokumentene. Helse Sør-Øst RHF vil i forbindelse med godkjenning av årlige meldinger for 2012 presisere kravet om at mål og strategier for brukermedvirkning skal behandles i styrene.

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 gjennomført rullering av sitt eget strategidokument. Det regionale brukerutvalget har medvirket aktivt i arbeidet og strategidokumentet har en tydelig brukerorientert profil med strategier som skal sikre delmål om at ”tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov”. Revidert strategi gir føringer som blir fulgt opp gjennom eget mål og strategidokument for brukermedvirkning som skal styrebehandles første halvår 2013. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet utkast til veileder for brukermedvirkning i brukerutvalg og for brukerutvalgenes deltagelse i arbeid med årlig melding. Disse dokumentene er sendt helseforetak og relevante brukerorganisasjoner for innspill. Siktemålet med disse dokumentene er å løfte og samordne brukermedvirkningen i helseforetakene.

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.*

Helse Sør-Øst RHF vurderer at det er tilfredsstillende fremdrift i arbeidet med å offentliggjøre kvalitetsmålinger hos de fleste helseforetak og private ideelle sykehus. En egen oppfølging av de som ikke har rapportert tilfredsstillende fremdrift i forhold til styringskravet vil bli gjennomført i 2013.

Status per mars 2013 er at alle helseforetak og private ideelle sykehus publiserer pasienterfaringsundersøkelser helt eller delvis på nett. Syv helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer også at de i anonymisert form publiserer de mest alvorlige avvikene (3-3-meldinger) eller arbeider med å få dette på plass i 2013.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har vært særlig opptatt av at kvalitetsmålinger skal offentliggjøre, og vil bli holdt orientert om status og oppfordret til å gi tilbakemeldinger til arbeidet i samarbeid med brukerutvalg/brukerorganisasjoner lokalt.

#### **2.1.4 Samhandlingsreformen**

##### **Mål 2012:**

- *Det er inngått samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.*

Helse Sør-Øst RHF ga oppdraget om inngåelse av lovpålagte avtaler med kommunene til sine helseforetak og private ideelle sykehus med lokalsykehusfunksjon. Alle aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus har inngått avtaler med sine kommuner innen fristene 31. januar 2012 og 1. juli 2012. Den politiske behandling i kommunene ble slutført noe etter fristen i mange kommuner, men helseforetaksstyrene godkjente avtalene innen fristen. Oslo universitetssykehus og Oslo kommune har inngått overordnede samarbeidsavtaler, men har fortsatt pågående samarbeid og dialog vedrørende det detaljerte innhold i tjenesteplanene.

- *Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.*

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har inngått overordnede avtaler om etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud. Svært få tilbud i kommunene var etablert i 2012, og det er derfor for tidlig å si noe om effekten. Ingen helseforetak har planer om å redusere sine øyeblikkelig hjelp-tilbud før en ser effekten av tilbudene i kommunene. Alle helseforetak melder om god dialog med sine kommuner og en bevissthet knyttet til hvilke pasientgrupper tilbudene skal betjene og at tilbudet skal utvikles som en del av helhetlige pasientforløp.

- *Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.*

Alle aktuelle helseforetak har inngått avtaler om jordmortjenester med kommunene i sine opptaksområder, herunder følgetjeneste for gravide og beredskap der dette er aktuelt.

#### **2.1.5 Kreftbehandling**

##### **Mål 2012:**

- *Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.*

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst fikk i 2010 i oppdrag å bidra til å formalisere behandlingsforløpene som også skulle inkludere plastikk-kirurgi etter kreftbehandling der det er nødvendig. Da de normerte forløpstidene for kreftbehandling ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i juli samme året, ble oppdraget til kreftrådet omdefinert til å arbeide med å implementere og identifisere flaskehalsene i forløpene. Arbeidet pågår fortsatt, og forventes slutført i løpet av 1. halvår 2013. Utredningen skal blant annet ta opp i seg ny nasjonal kreftstrategi hvor regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst har medvirket i utarbeidelsen. Ny nasjonal kreftstrategi er for tiden under ferdigstilling i Helsedirektoratet. Selv om utredningen ikke er ferdigstilt, er det fortløpende iverksatt tiltak hvor flaskehalsene er åpenbare:

- I invitasjonen til helseforetakene om å søke legestillinger av regional kvote for 2012 la Helse Sør-Øst RHF inn en tilleggsføring om at stillinger til kreftrelaterte spesialiteter skulle prioriteres (i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementets prioritering av utdanningskapasiteten innen onkologi og patologi). Tiltaket resulterte i tildeling av 14 overlegestillinger og til sammen fem utdanningsstillinger for spesialitetene i patologi, onkologi og plastisk kirurgi. Det vil si at 40 % av de faste overlegestillingene og 20 % av utdanningsstillingene av legeknoten for 2012 gikk til kreftrelaterte spesialiteter.
- Helse Sør-Øst RHF anser at føringen om at stillinger til kreftrelaterte spesialiteter skal prioriteres bør videreføres i et par år til. Det er et mål å etablere spesialistutdanning innen alle sykehusområder slik at helseforetakene settes i stand til å utdanne og rekruttere sine egne spesialister. For tiden er det et særlig fokus på kreftområdet.
- I arbeidet med kjøp av private helsetjenester føres det dialog om hvordan enkelte pasientgrupper kan få utredning og oppfølging/etterkontroll ved private institutt og derved frigjøre kapasitet ved de offentlige sykehusene. En forutsetning for dette er at de private instituttene benytter felles protokoller med helseforetakene.
- Med basis i styrevedtak i sak 085-2010 er helseforetakene i Helse Sør-Øst med store avdelinger for kreftbehandling pålagt å organisere seg med egne kreftkoordinatorer som går inn i behandlingsforløpene, purrer opp prøvesvar og bistår med viderehenvisning, jf. rapportering om kreftkoordinatorer nedenfor.

Som ledd i arbeidet med forløpstider for pasienter med kreft har Helse Sør Øst nedsatt en regional prosjektgruppe innenfor området *Behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp* som koordineres av Akershus universitetssykehus. Kolorektalcancer, brystkreft og lungekreft er valgt som satsningsområder for dette arbeidet i 2012 og 2013.

- *Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.*

I 2012 er det ikke etablert et gjennomgående system for Helse Sør-Øst som innebærer at pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Koordineringsbehovet er erkjent, og i budsjett for 2013 er det foreslått oppretting av forløpskoordinatorer ved alle de større avdelinger som har høyspesialisert kreftbehandling. Dette kom som en direkte oppfølging vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 85-2010 som omhandler funksjonsfordeling av kreftbehandling i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har mottatt et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 30. januar 2013, som avklarer en del spørsmål om hvordan pålegg om ”kontaktperson ved mistanke om kreft” skal forstås sammenholdt med de øvrige utviklingsprosessene på kreftområdet. Helse Sør-Øst RHF vil etter dette videreføre den planlagte fremdriften i oppnevning av kontaktperson som et understøttende tiltak for å oppfylle fristene som er satt for kreftbehandling. Tiltaket med kreftkoordinatorer settes i verk generelt fra 2013, samtidig med at det er avsatt prosjektmidler på to millioner kroner for etablering og drift av pilotutprøvinger med egne stillinger ved de større kreftavdelingene ved tre helseforetak. *Regionalt fagråd for kreft* i Helse Sør-Øst vil få i oppdrag å konkretisere rolleutformingene og også foreslå opplegg for evaluering.

Koordinatorerne er i Helse Sør-Øst forutsatt å følge opp og sikre kreftbehandlingens forløp for den enkelte pasient. Dette vil innebære kontakt med ulike nivåer/sykehus og førstelinjen. Koordinator kan ha helsefaglig bakgrunn. Det er forutsatt at *Regionalt fagråd for kreft* skal bidra til konkretisering og utdypende beskrivelse av funksjonen som også gir muligheter for lokale variasjoner. En tydeliggjort rolle skal først og fremst understøtte logistikken i behandlingsforløpet, hvor det er dokumentert flaskehals knyttet til prøvetaking, prøvesvar og

tidstap når det skjer overflytting mellom avdelinger/sykehus. Koordinator vil kunne holde pasienten oppdatert om selve forløpet og også avlaste behandlende lege og det tverrfaglige teamet med praktiske oppgaver. Det er behov for å prøve ut rollen for å se om den svarer til pasientens behov for å være oppdatert og kunne følge med i sitt eget behandlingsforløp.

Kunnskapsbasert og tilpasset informasjon om selve sykdommen, behandlingsmetoder og behandlingsutsikter bør fortsatt ligge til behandlingsansvarlig lege, evt. den i teamet som er utpekt som pasientens kontakt.

- *Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også Kap 8 - Utdanning av helsepersonell).*

Det er avgitt egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i denne saken i henhold til oppdraget. Økt spesialistutdanning innen kreftrelaterte medisinske spesialiteter er viktig for å møte utfordringene inne høyspesialisert kreftbehandling. Helse Sør-Øst RHF anser at økt tilførsel av leger til kreftbehandling bør ha prioritet i et par år til.

- *Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.*

Helse Sør-Øst RHF har iverksatt tiltak og økt kapasitet for å redusere ventetider for pasienter med behov for brystrekonstruksjon. Ved Oslo universitetssykehus er det igangsatt et eget prosjekt for å redusere ventetid for pasienter som står på venteliste og det planlegges ytterligere økt kapasitet fra primo 2013. Tiltak er også iverksatt ved øvrige helseforetak. Helse Sør-Øst RHF følger opp fremdrift gjennom særskilt rapportering og vil iverksette korrigerende tiltak dersom nødvendig.

- *Det er lagt til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.*

Oppdraget er videreført til aktuelle helseforetak og tilbakemeldingene viser at gjennomføringen har skjedd i direkte kontakt mellom Helsedirektoratet og enhetene for lindrende behandling/palliative team i helseforetakene.

### **2.1.6 Behandling av hjerneslag**

#### **Mål 2012:**

- *Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.*

En ny, internasjonal versjon av den elektroniske innregistreringsløsningen for *Norsk hjerneslagregister* ble klaggjort for bruk i helseforetakene fra 1. januar 2013. Målsettingen er at alle aktuelle helseforetak skal ha startet rapportering til *Norsk hjerneslagregister* innen 1. april 2013. Sørlandet sykehus har vært pilotsykehus for arbeidet med ny versjon av innregistreringsløsningen og har startet rapporteringen.

- *Det er iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.*

Det er gjennomført lokale tiltak i forhold til helse- og omsorgstjenesten og befolkning i alle sykehusområder. To helseforetak og ett privat sykehus med driftsavtale har mottatt prosjektmidler fra Helsedirektoratet til finansiering av lokale kampanjer. Av lokale tiltak og kampanjer kan nevnes:

- Sykepleiere og leger har oppsøkt kjøpesentra og informert befolkningen/delt ut informasjon og materiell om symptomer på hjerneslag.
- Undervisning i pasientforeninger.
- Innslag i lokal nyhetspresse og NRK.

- Temadag om hjerneslag for publikum.
- Undervisning internt for ambulanspersonell og AMK.
- Kompetanseutveksling med kommunehelsetjenesten gjennom ambulante slagteam.

### **2.1.7 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling**

#### **Mål 2012:**

- *Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.*

Helse Sør-Øst RHF la både i budsjettet for 2012 og i sitt oppdrag- og bestillerdokument til helseforetakene til grunn større vekst i behandlingsaktiviteten innen TSB enn innen somatikk. Tilbakemeldinger fra helseforetakene viser at driftskostnadene for TSB i 2012 er økt med 12,7 % i forhold til 2011, mens tilsvarende økning for somatikk har vært på 5,9 %.

Aktivitetstallene viser en nedgang i antall liggedøgn på 3,1 % og en nedgang i antall utskrevne pasienter med 7 % sammenlignet med 2011. Antall polikliniske konsultasjoner er økt med 6,3 %. Samlet sett er aktiviteten for 2012 om lag på samme nivå som i 2011. Den gjennomsnittelige ventetiden for avviklede pasienter, med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er gått ned fra 65 til 59 døgn samtidig som andel fristbrudd er redusert fra 6 til 5 %. Dette indikerer at det samlede tilbudet er styrket.

- *Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.*

Det er etablert et omfattende og varierende behandlingsforberedende samarbeid mellom helseforetakene og kommunene relatert til ventetid, pasientgruppe, behandlingsbehov og eventuelle endringer i pasientens livs- og rusmisbruk. Eksempler på slikt samarbeid vil være avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet og eventuelt behov for etablering av ansvarsgruppe.

- *Andel pasienter som fullfører TSB er økt.*

Andel pasienter som fullfører behandlingen er ikke et NPR-parameter, men de private avtalepartene rapporterer på dette til Helse Sør-Øst RHF. Tallene for 2012 viser en økning fra 69,7 % i 2011 til 74,3 % for døgnbehandling og en økning fra 79,3 % til 81,4 % for poliklinisk behandling. Bemanningsøkningene de senere årene har lagt forholdene til rette for økt gjennomføring av behandlingen. Det har også vært en bedring i oppmøte for poliklinisk behandling fra 39,8 % til 40,2 % samt for døgnbehandling fra 81,4 % til 85,4 %.

I kommunikasjonen med helseforetak og private ideelle sykehus har Helse Sør-Øst RHF lagt betydelig vekt på å få til en økt andel pasienter som fullfører TSB. Andelen gjennomførte behandlinger vektlegges både i årlige oppfølgingsmøter og ved inngåelse av nye avtaler. TSB-poliklinikkene er i stor grad organisert slik at det støtter samordning med lokalbaserte tilbud innen psykisk helsevern gjennom samlokalisering med DPS. Det er også etablert fast samarbeid med ruskonsulenter i bydeler og kommuner omkring oppfølging av pasienter og samordning av tilbud. Et tett samarbeid med rustjenesten i kommunene vektlegges under hele pasientforløpet enten i form av ansvarsgruppe eller samarbeidsmøter i enkeltsaker. Videre arbeides det med at pasientene får tilbud om hurtig re-inntak både på poliklinikk og eventuelt i døgnenhet før saken avsluttes.



- *Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.*

Kompetansen når det gjelder behandling av pasienter med skader og avhengighet av androgene steroider varierer betydelig i helseforetakene og mellom avtalepartene. Flere helseforetak har hevet kompetansen i det kliniske miljøet for å styrke tilbudet om behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider i 2012. Helse Sør-Øst RHF har med bakgrunn i bevilgningen på fire millioner kroner i statsbudsjettet for 2013 startet opp arbeidet med å styrke behandlingstilbudet ytterligere.

## 2.2 Andre områder

### 2.2.1 Psykisk helsevern

#### Mål 2012:

- *Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.*

Helse Sør Øst RHF mener dette målet er nådd i form av gode plandokumenter som er harmonisert med hverandre. Det gjenstår likevel en betydelig innsats med å gjennomføre tiltakene i planene. Arbeidet med tiltak er godt i gang, og vil videreføres i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om utarbeidelse av lokale planer i henhold til regional plan for ”Økt frivillighet”. Regional plan gjelder for fire år. Det er gjennomført oppfølgingsmøter med ledelsen i alle helseforetak og private ideelle sykehus innen psykisk helsevern med fokus på de samlede styringskravene. Alle helseforetak og private ideelle sykehus har lokale planer som svarer opp tiltak i regional plan og er harmonisert med denne. Tall for bruk av tvang legges på Helse Sør-Øst RHF's nettside for å sikre økt fokus på datakvalitet. Bruk av tvang i henhold til regionale og lokale planer, har i tillegg vært fulgt opp av Regionalt Fagråd for psykisk helsevern der alle helseforetak og private ideelle sykehus deltar sammen med brukere, universitet/høgskoler og kommuner. Nasjonal strategi er gjennomgått for å kvalitetssikre harmonisering av regionale og lokale planer.

- *Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.*

Helse Sør-Øst RHF mener det er iverksatt en mengde gode tiltak for å nå dette styringskravet og sier seg fornøyd med den samlede måloppnåelsen. Det presiseres likevel at det er utfordringer knyttet til denne typen samarbeid og at tilbudene ikke synliggjøres tilstrekkelig i offisiell statistikk.

Noen eksempler på tiltak som innrapporteres fra helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst:

- BUP har samkonsultasjoner med kommunale instanser, for eksempel i form av faste møter på helsestasjonen hvor man vurderer ”bekymringssaker” der det kommunale hjelpeapparatet er i tvil om det skal henvises til BUP eller ikke.
- TIPS- team (Tidlig Intervensjon ved Psykose) gjennomfører også konsultasjoner i samarbeid med BUP og DPS. TIPS- team kan være med på samtale hos fastlege, på skolen, med barnevernet eller med en familie for deretter å gi råd om videre tiltak.
- BUP har innført en samhandlingsmodell med kommuner som ivaretar drøfting med ulike instanser av pasienttilfeller som ikke er henvist etter samtykke.
- BUP og DPS har en åpen telefon med fast telefontid for 1.linjetjenesten og fastlegene. Et styrket akutteam har økt kapasiteten for samkonsultasjoner.

- Ved BUP skjer samkonsultasjoner med ikke-henviste pasienter på initiativ fra aktuelle instanser, og det er økende fokus på denne måten å arbeide på også i DPS.
- Dialoger og møter med henvisende instanser relatert til oppstart, evaluering og avslutning av behandling

Omstillingen i tråd med opptrappingsplanens mål og intensjoner er videreført i Helse Sør-Øst i tråd med styrevedtak i plan for regionale utviklingsområder i psykisk helsevern. Arenafleksibelt, tverrfaglig samarbeid er en del av denne omstillingen der DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Det pågår betydelig omstillingsarbeid.

○ *Det gis opplæring i og tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser.*

Oppdraget er ikke gjennomført i 2012, men det er lagt en framdriftsplan for arbeidet. Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold er i første pulje som starter med et slikt tilbud i 2013. Resterende helseforetak og private ideelle sykehus vil etablere tilbudet etter fastsatt plan i de to gjenværende år av prosjektperioden. Det er oppnevnt lokale koordinatorene i de enkelte helseforetakene for å sikre arbeidet. Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 71-2012 *Budsjett 2013*, bevilget midler til opplæringen.

Regional koordinator for arbeidet er utpekt. Det er avholdt møter med alle helseforetak og private ideelle sykehus med informasjon om dette nasjonale arbeidet. Ledelsesmessig forankring er sikret og det er lagt en plan for gjennomføringen i Helse Sør-Øst. Informasjonsmaterieell er distribuert og det samarbeides med nasjonal prosjektleder. Fagrådet for psykisk helsevern er involvert i prosessen.

○ *Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.*

Det er innhentet oversikt for dette området i aktuelle helseforetak og arbeidet. Arbeidet ses også i relasjon til regional plan og lokale planer for bruk av tvang. Ut fra dette konkluderes med at ambulansetjenesten i hele Helse Sør-Øst dekker både somatikk og psykisk helsevern og at det foregår kontinuerlig kompetanseutvikling på begge fagområder.

De aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus har arbeidet aktivt for å skape gode forhold for transportsituasjonen der mennesker med psykiske lidelser kan oppleve å være ekstra sårbare. Ambulansemedarbeidere blir skolert i aktuelle problemstillinger og kompetanse bygges blant annet ved direkte samarbeid innad i tjenesten, der ambulanser får med personell fra psykisk helsevern som bistand ved ekstra behov. Helseforetakene rapporterer om godt samarbeid innad i tjenesten (mellom ambulansetjeneste og psykisk helsevern) samt med politiet, selv om det fortsatt kan være enkeltepisoder som oppleves vanskelig for pasienter og/eller pårørende.

## **2.2.2 Habilitering og rehabilitering**

### **Mål 2012:**

○ *Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.*

Regionsenter for habiliteringstjeneste av barn og unge (RHABU) er etablert i 2012. RHABU er en regional kompetansetjeneste som skal utvikle langsiktige, systematiske kompetansehevede tiltak for ansatte i HABU/spesialisthelsetjenesten. Etablering av en tilsvarende kompetansetjeneste for voksenhabilitering planlegges etter at etableringen av RHABU er evaluert ultimo 2013.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst rapporterer at legedekningen er økt i habiliteringstjenesten, eller at de allerede har meget god kompetanse. Et av helseforetakene rapporterer at legedekningen i habiliteringstjenesten ikke har vært styrket i 2012. Helse Sør-Øst RHF vil i forbindelse med

godkjenning av årlig melding 2012 for dette helseforetaket presisere kravet om at medisinskfaglig kompetanse i habiliteringstjenesten skal styrkes.

- *Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.*

Arbeidet med å sikre tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, inkludert pasienter med sansetap, pågår kontinuerlig. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er beskrevet i egne områdeplaner i alle sykehusområder. Gjennom områdeplanene gis et bilde av hvilke tilbud som mangler til forskjellige pasientgrupper, og at det kan være tilbud som kommunene bør ivareta i en videre utvikling. Områdeplanene er en del av grunnlagsmaterialet både i pågående og kommende plan- og utviklingsprosesser, i anskaffelsesprosessene, i oppfølgingsmøtene med helseforetakene og som grunnlag for oppdrag til de ulike fagrådene.

Tilbud til pasienter med sansetap er et område som i liten grad er omtalt i områdeplanene. Kunnskapsgrunnet knyttet til habilitering og rehabilitering for denne gruppen er i dag for svakt. Fagråd rehabilitering har derfor i 2012 arbeidet med å beskrive behov hos barn, unge, voksne og eldre med synstap. Det beskrives et behov for økt fokus på koordinering og kunnskap om relevante eksisterende tilbud uavhengig av nivået disse gis på. Kompetanse må styrkes hos fagpersoner i spesialisthelsetjenesten, særlig med tanke på å utrede og vurdere behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2013 fortsette arbeidet med å etablere et tilstrekkelig tilbud til pasientene med behov for spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester, inkludert pasienter med sansetap.

- *Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.*

Helsedirektoratet har sammen med Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi utarbeidet retningslinjer for behandling av voksne med narkolepsi og veileder for behandling av barn med narkolepsi. Disse er på høring til 14. mars 2013.

Det regionale fagmiljøet for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme har i tråd med mandat hatt ansvar for narkolepsi som en av de fire diagnosene fagmiljøet skal arbeide i forhold til. Det regionale fagmiljøet har ikke pasientansvar, men er et kompetansemiljø med fokus på forskning og kompetanseutvikling.

Det regionale fagmiljøet har i 2012 hatt økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, ved å nedsette et team på tre personer som skal ha et utvidet ansvar for denne brukergruppen. Teamet har samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter og Foreningen for Søvnssykdommer for å planlegge tiltak for gruppen. Det blir utarbeidet et opphold ved lærings- og mestringscenter (LMS) for ungdommer og et nettsted for barn og unge. Det regionale fagmiljøet tilbyr i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter undervisning til helseforetakene og skoler i regionen som har elever med narkolepsi.



### **2.2.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati**

#### **Mål 2012:**

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME er gjennomgått med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Gjennomgang av tilbudene til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) viser at denne pasientgruppen utredes ved medisinske poliklinikker i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er etablert behandlingstilbud i flere av helseforetakene, men tilbudet er fremdeles noe fragmentert og ivaretas av enkeltavdelinger. Det blir i flere helseforetak arbeidet for å sikre bedre pasientforløp for pasientgruppen:

- Sykehuset Innlandet har i 2012 arbeidet med utarbeidelsen av en behandlingslinje for pasienter med CFS/ME. Dette arbeidet har resultert i et informasjonshefte til fastleger og annet helsepersonell med tanke på felles retningslinjer rundt diagnostisering og viktige verktøy til fastlegene.
- Sykehuset i Vestfold har etablert prosjektet ”Behandlingslinje og vurderingsteam CFS/ME” i helseforetaket.
- Sørlandet sykehus opprettet i 2012 et poliklinisk tilbud til voksne pasienter med CFS/ME i medisinsk avdeling, Kristiansand.

- *Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.*

Behandlingstilbudet til pasienter med CFS/ME har hatt en positiv utvikling etter etablering av en regional poliklinikk for behandling av pasienter med CFS/ME ved Oslo universitetssykehus i 2008. CFS/ME-senteret ved Oslo universitetssykehus tilbyr denne pasientgruppen tverrfaglige polikliniske konsultasjoner, mestringskurs, pårørende kurs og ambulant tjeneste. I tillegg har Medisinsk klinikk to utredningssenger til de sykeste pasientene. Senteret har også kurs for helsepersonell og deltar på møter for blant annet å overføre sin kompetanse til andre deler av helsevesenet.

Ved Kvinne- og barneklivikken er det etablert et landsdekkende helsetilbud til barn og unge med CFS/ME. Det er utarbeidet et program for somatisk utredning og en tverrfaglig behandlingsveiledning. Tjenesten inkluderer klinisk-, fag- og metodeutviklings-, forsknings-, undervisnings- og veiledningserfaring der pasienter og pårørende er målgruppe sammen med lokalt og regionalt fagpersonell. Det arbeides både i forhold til diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av pasienter og pårørende samt faglig samarbeid mellom det lokale og regionale hjelpeapparatet.

*Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME* er etablert ved Oslo universitetssykehus i 2012.

- *Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.*

Det er i 2012 jevnlig tilbudt lærings- og mestringskurs til pasienter (både voksne og barn/ungdom) med CFS/ME ved flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst. Helsepersonell i noen av helseforetakene holder også foredrag i andre regioner.

Det er etablert ME-telefon ved Sykehuset Innlandet som et nasjonalt lavterskeltilbud. Tilbudet har som målgruppe pasienter, pårørende, helsepersonell og andre som ønsker informasjon og veiledning. Antall henvendelser har økt høsten 2012. Åpningstiden for telefonen er 8 timer per uke. Samtaletiden er gjennomsnittlig i underkant av 45 minutter per innringer. Lærings- og mestringscenteret har fått tilbakemeldinger om at dette oppleves som et viktig tilbud hvor pasienter og pårørende kan få kunnskapsbasert råd og veiledning om ulike temaer rundt sykdommen.

- *Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.*

Oslo universitetssykehus tilbyr kurs for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, deltar på seminar/møter og underviser. Det er etablert eget ambulant team og regional poliklinikk. Poliklinikken arbeider målrettet med kunnskapsoverføring til fastleger og andre som henviser pasientene.

Noen helseforetak har i samarbeid med kommunehelsetjenesten/fastlegene utarbeidet et informasjonshefte til bruk hos fastlegen, slik at det meste av utredning kan skje i allmennpraksis før pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

Flere helseforetak ivaretar dette gjennom delavtaler knyttet til samhandlingsreformen og konkret i behandlingslinjen.

#### **2.2.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling**

##### **Mål 2012:**

- *Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Fagråd for nyfødtdisin, fødsels- og svangerskapsomsorg i Helse Sør-Øst har vurdert tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling for å identifisere og gi råd om hva som er riktig behandlingsnivå med god kvalitet. Fagrådet ble gitt i oppdrag å belyse/drøfte om organiseringen av behandlingstilbudet til de minste premature (for tidlig fødte barn) er hensiktsmessig eller bør endres. Det ble også bedt om å gi råd om hypotermibehandling (nedkjøling) av nyfødte fortsatt kun skal gis ved Oslo universitetssykehus.

Basert på fagrådets rapport og forslag støtter Helse Sør-Øst RHF en utvikling der avdelingene kan behandle pasienter basert på konkrete kompetansekrav og at det ikke er nødvendig å ha krav om pasientvolum. Kompetansekravene som vil ligge til grunn for å kategorisere en nyfødtintensivavdeling vil i tillegg komme andre barn med behov for intensivmedisinske tiltak til gode.

Rapporten fra fagrådet er i februar 2013 behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 010-2013 *Kvalitet på behandlingstilbud til nyfødte på intensivavdeling*. Styret slo fast at rapporten skal legges til grunn for helseforetaksgruppens og helseforetakenes videre arbeid med å gi et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå til nyfødte som trenger intensivbehandling. Flere av tiltakene i rapporten er innarbeidet som styringsbudskap til helseforetakene i oppdrags- og bestillingsdokument for 2013.

#### **2.2.5 Kjeveleddsdyfunksjon**

##### **Mål 2012:**

- *Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdyfunksjon.*

Helsedirektoratet inviterte blant annet de regionale helseforetakene til et arbeid for å iverksette nødvendige tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdyfunksjon (TMD), herunder utarbeidelse av en veileder for behandlingsforløp for personer med TMD. Helse Sør-Øst har deltatt i dette arbeidet gjennom hele året. Et behandlingsopplegg for pasienter med invalidiserende TMD er foreslått etablert ved Helse Bergen. I Helse Sør-Øst er det Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus som i hovedsak ivaretar denne pasientgruppen.

## 2.2.6 Beredskap og smittevern

### Mål 2012:

- *Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.*

Forutsetninger om erfaringsbaserte planrevisjoner av beredskapsplanene er videreført overfor helseforetakene i oppdrag- og bestilling for 2012 og i regional beredskapsplan. Alle helseforetak rapporterer om gjennomførte revisjoner i 2012. Til grunn for revisjonene ligger erfaringer fra alle beredskapshendelser, herunder også influensa A(H1N1), vulkanutbruddet på Island, hendelsene 22. juli 2011, en rekke hendelser internt i de enkelte helseforetakene samt lokale og nasjonale øvelser.

Flere av helseforetakene har på selvstendig grunnlag gjennomført interne evalueringer etter 22. juli. Dette har hatt stor verdi for helseforetakenes interne oppfølging og de nasjonale evalueringene. Helse Sør-Øst RHF samarbeider aktivt med Helsedirektoratet og de andre regionale helseforetakene om oppfølgingen av 22. juli-evalueringene, i tråd med oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 23. august 2012.

Beredskapsarbeidet i helseforetaksgruppen, herunder spørsmål knyttet til kompetanse, kapasitet, fordeling av pasienter, øvelser mv., samordnes gjennom regionalt beredskapsutvalg hvor alle helseforetakene deltar. Det arrangeres årlige beredskapsseminarer hvor blant annet erfaringer fra hendelser og øvelser oppsummeres og drøftes. Erfaringene fra de forskjellige hendelsene og konklusjonene fra de nasjonale evalueringene følges opp i planer og konkrete tiltak regionalt og i det enkelte helseforetak.

- *Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.*

Alle helseforetak og private ideelle sykehus har igangsatt kontinuerlig registrering av keisersnitt, hofteprotese, kolecystectomi og kolonkirurgi, dvs. alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS (*Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner*). For aortakoronar bypass er dette igangsatt ved Oslo universitetssykehus som er det eneste helseforetaket i regionen som utfører denne prosedyren. Registreringen ble igangsatt innen fristen 1. september 2012. Det arbeides med god kvalitet på registreringen ute i helseforetakene, samt med system for rapportering og synliggjøring internt som en del av forbedringsarbeidet.

## 2.2.7 Forebygging

### Mål 2012:

- *Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingenheter.*

Oppdraget er gitt videre til helseforetakene i deres oppdrags- og bestillingsdokument. Tilbakerapporteringene viser at organisering og innretning varierer en del, men at alle helseforetak har hatt fokus på arbeidet. For de fleste innebærer dette at ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger pasienten ved overføring. To av helseforetakene rapporterer at de bare delvis har gjennomført dette i 2012, men har iverksatt tiltak og prosess for å oppfylle kravet i 2013.

Det er en løpende prosess med å forbedre rutiner og systemer for i tilstrekkelig grad å ivareta pasienter med oppfølgingsbehov i forhold til ernæringsstatus. Som eksempel nevnes at Akershus universitetssykehus, siden høsten 2011, har hatt en stipendiat tilsatt i treårig 100 % stilling (finansiert av Helse Sør-Øst RHF) i forskningsprosjektet "Nutritional status and care for elderly patients". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom seksjon klinisk ernæring, Forskningscenteret ved

Akershus universitetssykehus og Institutt for helse, ernæring og ledelse ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

○ *Helseforetakene rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 intensivert arbeidet med å få helseforetakene til å rapportere på skader og ulykker til NPR. Det er blitt innledet et samarbeid med en regional gruppe med ansatte med kompetanse på pasientsystemer. Hensikten er å identifisere hvilke helseforetak som ikke rapporterer og hva de kan lære av de helseforetakene som har dette på plass.

Kravet om rapportering er i tillegg kommunisert til fagledelsen ved alle helseforetak gjennom fagdirektørmøtet 12. desember 2012 og er gjentatt i Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestillingsdokumentet til helseforetakene for 2013. Målsettingen er at alle helseforetak senest innen 1. tertial 2013 skal ha rapportering på plass.

Tabellen nedenfor viser status hentet fra helseforetakene og sykehusenes årlige melding. De fleste helseforetak i Helse Sør-Øst er i gang eller vil starte opp med registrering av personskade- og ulykke til NPR i løpet av 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp helseforetakene i forbindelse med godkjenningen av helseforetakenes årlige meldinger for 2012 og i de faste oppfølgingsmøtene. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp kvaliteten på rapporteringen basert på tilbakemeldinger fra Norsk Pasientregister.

Helseforetak	Status
Akershus universitetssykehus	Rapporteres til NPR
Oslo universitetssykehus	Har egen skaderapporteringsmodul i PAS.
Sunnaas sykehus	Rapporteres til NPR
Sykehuset Telemark	Rapporteres til NPR
Sykehuset Østfold	Rapporteres, men ikke komplett. Dette blir gjort i 2013
Sørlandet sykehus	Registrering er i gang, avholdt møte om felles praksis og retningslinjer
Vestre Viken	Oppstart pilot i desember 2012 med målsetning om implementering fra sommer 2013
Diakonhjemmet Sykehus	Sykehuset har som målsetning å rapportere kvalitetssikrede data 1. tertial 2013
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Ingen rapportering innen personskade og ulykke, men deltar i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og har implementert system for avviksmeldinger

○ *Sykehusene har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.*

Helseforetakene melder at det er etablert røykavvenningskurs som del av tilbudet ved lærings- og mestringssenter (LMS) og som egne tilbud knyttet til spesielle pasientgrupper. Tiltakenes organisering og omfang varierer. Oslo universitetssykehus har i sykehusets enhet for Preventiv kardiologi i mange år hatt et tilbud om tobakksavvenning i individuelle konsultasjoner og dette videreføres. Seksjonen får henvist pasienter for hjelp til røykeslutt fra fastleger og fra andre avdelinger.

○ *Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for drift og videreutvikling av Senter for helsefremmende arbeid ved Akershus universitetssykehus.*

Akershus universitetssykehus, som organiserer og drifter Senter for helsefremmede arbeid, melder at senteret er omorganisert for å kunne møte utfordringer i samhandlingsformen og ny folkehelselov på en bedre måte. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar i det forebyggende arbeidet gjennom hele pasientforløpet. Dette fremmes spesielt ved å sørge for at forebyggingsaspektet vektlegges tidlig i behandlingsforløpet for spesialisthelsetjenestens pasienter og at fagkompetansen brukes i samhandling med kommunehelsetjenesten både når det gjelder primær- og sekundærforebygging.

## 2.3 Utdanning av helsepersonell

### Mål 2012:

- *Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner er ivarettatt og utviklet.*

Omfanget av praksisstudier og opplæring i samarbeid med utdanningssektoren er videreført på samme nivå som tidligere år. Lokalt på helseforetaks-/sykehusnivå er det gjennomført en rekke utviklingstiltak i samarbeid mellom sykehus, helseforetak og høyskole finansiert ved samarbeidsmidler som ligger i høyskolenes budsjetter. På regionalt nivå er det i regi av samarbeidsorganet for høyskolene initiert et nærmere samarbeid med utviklingssentrene for hhv hjemmetjenestene og sykehjem i kommunene. Representanter fra utviklingssentrene er invitert til den årlige fagkonferansen og har fått sete som observatører i det regionale samarbeidsorganet.

Alle helseforetak i regionen samarbeider med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter. Akershus universitetssykehus har f.eks til enhver tid mange studenter fra ulike helsefaglige utdanninger i praksisstudier. I 2012 har 650 bachelorstudenter hatt veiledet praksis ved helseforetaket, i tillegg til ca. 80 studenter under videreutdanning i sykepleie. Helseforetakene i regionen oppfyller kravene til praksisopplæring for de høyskolene som Helse Sør-Øst RHF har et oppdrag i forhold til. Samhandling mellom høyskolene og kommunene innen praksisopplæring er i oppstartsfasen og vil utvikles videre i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har videreført tiltaket med tildeling av insentivmidler i helseforetakenes rammer (totalt ca. fem millioner kroner, første gang i 2010) øremerket til tiltak for økt volum og kvalitet på praksisplasser for høyskolestudenter. Midlene har stor betydning for opprettholdelse av engasjement i koordineringssamarbeidet for praksisstudier, som har et særlig stort omfang med mange aktører i Helse Sør-Øst.

Årlig foretas kartlegging av behov for spesialsykepleiere og tildeling av økonomisk støtte til sykepleiere som skal ta videreutdanning i anestesiv-, intensiv-, operasjons-, barne-, kreft- og nyfødtsykepleie.

Det gis opplæring på alle nivåer; foretaksovergrepene, foretaksvis, på divisjons-/avdelingsnivå og på den enkelte seksjon. Nyansatte og ledere får opplæring innen HMS og datasystemer (både administrative og pasientsystemer). En god del av opplæringen gjøres gjennom e-læringskurs, evt. kombinert med annen type opplæring. Til sammen 4 000 helsefaglige medarbeidere gjennomførte vel 6 000 kurs i E-læringsportalen i 2012. Helseforetaksgruppen er opptatt av å fremstå som en attraktiv læringsbedrift med tanke på fremtidig rekruttering av helsepersonell. Det er spesielt fokus på god organisering og kvalitet i praksisstudiene. Helse Sør-Øst RHF og utvalgte helseforetak deltar i regionalt utdanningsutvalg som er et samarbeid med universitet og høyskoler.

Det er nylig etablert et nasjonalt nettverk for utdanning og kompetanse mellom de regionale helseforetakene. Se nærmere beskrivelse under punktet med rapportering for planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv nedenunder.

- *Det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.*

Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver. I helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst arbeides systematisk med innhold og kvalitet i utdanningstilbudet for å sikre ansattes utvikling av nødvendig og riktig kompetanse, også med tanke på fremtidig behov for arbeidskraft og kompetanse. Det gis strategiske føringer for behov for spesialutdannet personell blant annet gjennom arbeidet med strategisk



kompetanseutviklingsplan. Arbeidet med risiko- og sårbarhetsvurderinger av fremtidig kompetansebehov fortsetter i 2013.

Helseforetakene har utarbeidet kompetanseutviklingsstrategier og legger planer for etter- og videreutdanning. Behovene er kartlagt ved bruk av ulike metoder. Kompetanseplanene følges opp i medarbeidersamtaler.

Planer og strategier utgjør eller vil utgjøre deler av HR-strategien og/eller utviklingsplaner for det enkelte helseforetak.

Noen helseforetak har rettet særlig oppmerksomhet på de grupper av helsepersonell der det er eller vil bli knapphet, vurdert ut fra rekruttering og også alderssammensetning. For å stimulere til økt tilgang, gir flere helseforetak stipender/støtte til videreutdanning/spesialisering av enkelte grupper der det er særlig behov.

Flere helseforetak rapporterer om aktivt samarbeid med høyskolene med utvikling av planer for utdanning av nye grupper personell. Dette gjelder blant annet servicemedarbeidere i Sykehuset Østfold og etter-/videreutdanninger ved Vestre Viken, som utreder behov for og innhold i en mastergrad i nevrologi.

Helse Sør-Øst RHF har utviklet et kompetanseprogram for informasjonssikkerhet, som er under gjennomføring i alle helseforetak. Dette bidrar til systematisk fokus og opplæring i håndtering av pasientopplysninger, spesielt knyttet til bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. Opplæringsmodul for nyansatte er også utarbeidet.

I samarbeid med Helsedirektoratet er det planlagt videreutvikling av det nasjonale e-læringskurset for medisinsk koding.

- *Helse Sør-Øst RHF har medvirket i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksettning av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning.*

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i omlegging og implementering av ny turnusordning for leger. Det regionale helseforetaket har en kontaktperson for samarbeid og informasjonsutveksling med Helsedirektoratet og ut mot helseforetakenes kontaktpersoner. Flere helseforetakene har deltatt i piloten for utprøving av Helsedirektoratets webportal. Dette sikrer ansettelse og god utnyttelse av alle tilgjengelige turnusplasser fra februar 2013.

- *Det er analysert og fremlagt planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.*

Helse Sør-Øst satser målrettet på strategisk kompetanseutvikling der hovedmålsettingen er å sikre pasientene oppdatert medisinsk og helsefaglig behandling av høy kvalitet i et langsiktig perspektiv. For å oppnå dette, er det behov for oversikt og analyser av kompetansen i helseforetakene og en beskrivelse av utviklingen av spesialisthelsetjenesten fremover. Et regionalt arbeid som skal gi overblikk over den kompetanse som er til rådighet i regionen på fag- og spesialitetsnivå er satt i gang i 2012 og vil avsluttes i 2013. Det vil deretter bli utarbeidet strategier og tiltak for å dekke kompetanse- og ressursbehov fremover. Arbeidet vil bli ferdigstilt i 2014.

I tillegg til det regionale arbeid gjennomføres også en rekke tiltak i helseforetakene for sikre at fremtidige kompetansebehov oppfylles. Arbeidet er på ulike stadier i de forskjellige helseforetakene. Noen er i slutfasen og konkretiserer nå arbeidet i handlingsplaner. De som har kommet lengst er Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold:

- I 2010/2011 kartla Oslo universitetssykehus kompetanse hos i overkant av 10 000 ansatte. Dette er et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Kompetanseoversiktene må løpende oppdateres. Det arbeides med elektroniske systemer som kan understøtte dette, blant annet via samarbeid med Sykehuspartner og Dossier. I 2012 har strategisk kompetansestyring vært ett av flere felt det arbeides med som et samarbeid mellom HR-stab og stab Medisin, helsefag og utvikling. Oslo universitetssykehus deltar i arbeidet med felles verktøyutvikling for regionen i regi av Helse Sør-Øst RHF.
- Sykehuset Østfold er gjennom *Prosjekt effektiv kompetansestyring (PEK)* i gang med å utarbeide en oversikt over nødvendig kompetanse for å ivareta pasientbehandling innen ulike fagområder. Denne oversikten vil danne grunnlag for kompetanseregistrering. Gapet mellom nødvendig og faktisk kompetanse vil tydeliggjøre kompetansebehovet. Med utgangspunkt i dette skal det utarbeides planer for kompetanseutvikling. Kompetansemodulet i GAT er tatt i bruk med tanke på å sikre at medarbeidere i Sykehuset Østfold har rett kompetanse innen de oppgavene de utfører. I tillegg til denne kompetansemodulet skal en overordnet plan for strategisk kompetanseutvikling 2013-2018 bidra til å sikre tilstrekkelig antall helsepersonell med videreutdanning innen prioriterte fagområder (ferdigstilles 1. februar 2013).

Det er gjennomført en foranalyse av kompetansekartleggingssystemer. Helse Sør-Øst vil ikke investere i nye felles kompetansesystemer, men bygge videre på eksisterende systemportefølje. Sykehuset Østfolds kompetansemodul (GAT) kan etter hvert tas i bruk av øvrige helseforetak. Det vil være frivillig for det enkelte helseforetak å ta i bruk dette elektroniske systemstøtteverktøyet.

De regionale helseforetakenes nasjonale nettverk for utdanning og kompetanseutvikling ble etablert i desember 2012, med deltakelse fra alle de regionale helseforetakene. Nettverket vil gjøre det mulig å utveksle erfaringer og å arbeide sammen om hvordan fremtidige kompetansebehov kan ivaretas.

○ *Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert.*

Gjennomgangen av utdanningskapasitet for disse faggruppene viste at det ikke er mange ubesatte stillinger, men noen problemer med å rekruttere ferdige spesialister utenfor hovedstadsområdet. Rekrutteringen til utdanningsstillinger er mye bedre, og rekruttering av spesialister går best i helseforetak som selv har funksjon som utdanningsinstitusjon. Det er et mål å få etablert flere utdanningsinstitusjoner innen kreftrelaterte spesialiteter, og helseforetakene som har kapasitet til det, må også opprette flere utdanningsstillinger. Tilføring av stillinger til kreftrelaterte spesialiteter må prioriteres et par år til.

○ *Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.*

Denne utdanningen dekker et behov sett fra klinikkens side, og den bygger bro over det tradisjonelle gapet mellom akademisk- og klinikknær forskning. Psykologene som deltar i ordningen tilegner seg en unik kompetanse i å vurdere kliniske og forskningsmessige dilemmaer opp mot hverandre. Slik bidrar de til utviklingen av gode rammer og kvalitet på den planlagte og igangsatte forskningen.

Kort status fra noen helseforetak/sykehus:

Helseforetak	Status
Akershus universitetssykehus	Psykisk helseverns FoU-avdeling har en psykolog tilsatt i avdelingen, som i tillegg innehar en 20 % stipendiatstilling ved universitetet.
Oslo universitetssykehus	Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved sykehuset som planlagt. Flere slike stillinger er allerede opprettet i samarbeid med Universitetet i Oslo.
Sykehuset Innlandet	Det er inngått avtale med Universitetet i Oslo om akademiske stillinger.
Sørlandet sykehus	Dette er på plass ved Sørlandet sykehus der man samarbeider med universitetene i Oslo og Bergen.
Vestre Viken	Det har vært avholdt møte mellom helseforetaket og Universitetet i Oslo i desember 2012 - enighet/avtale om 2 stipendier for dobbeltkompetanseløp i psykologi. Klinikken skal ta stilling til hvilke forskningsområder vi skal prioritere.
Diakonhjemmet Sykehus	Diakonhjemmet Sykehus har tilbudt praksisplass for i alt tre kandidater. To av disse har sluttført sin praksisperiode, mens den tredje er midt i sin praksisperiode. Begge de to psykologene som har ferdigstilt sin dobbeltspesialitet er tilbudt deltidsstillinger videre. Sykehuset vurderer det som svært positivt at denne dobbeltkompetanseutdanningen fortsetter i regi av helseforetakene, og vil gjerne legge til rette for å ta imot kandidater. Det at det følger egne lønnsmidler med stillingene er avgjørende for at dette kan gjennomføres i tråd med studieplanen til kandidatene.
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Barne- og ungdomspsykiatri har hatt en dobbeltkompetansestilling, avsluttet i 2012 etter fullført doktorgrad og spesialisering.

De øvrige helseforetak og private ideelle sykehus som ikke spesifikt nevnes er alle positive til utdanningsløpet.

## 2.4 Forskning

### Mål 2012:

- *Det er etablert en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.*

En arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og med medlemmer fra de andre regionale helseforetakene, Universitetet i Oslo, Regional etisk komité (SØ), NIFU og Norges forskningsråd leverte i februar 2011 en rapport som beskrev hvordan en slik database/rapporteringsystem for kliniske intervensjonsstudier kunne opprettes basert på datagrunnlag fra de regionale forskningsetiske komiteenes dataportal (SPREK-portalen) og i overensstemmelse med CRISTin. (*Current Research Information System In Norway*) Arbeidet med etableringen har vært avhengig av avklaring av ansvars plassering for teknisk videreutvikling og tilpasning av SPREK, eierskap til databasen og ansvar for vedlikehold, drift og funksjonelle innsyns- og rapporteringsmuligheter, samt kostnadsdekning. Helse Sør-Øst RHF har derfor anmodet om at Helse- og omsorgsdepartementer i samråd med Kommunaldepartementet avklarer prinsipielle spørsmål knyttet til dette før ferdigstilling og implementering av rapporteringssystemet kan skje, etter plan i løpet av første halvår og i nært samarbeid med SPREK og CRISTin.

- *Det er utviklet et forslag til felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.*

Arbeidet med å utvikle et felles forskningsadministrativt system er igangsatt og ivaretas av en arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og med medlemmer fra de andre regionale helseforetakene, Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, SPREK (REK Nord), CRISTin, NIFU og Forskningsrådet. Arbeidet har vært noe forsinket som følge av pågående utviklingsarbeid både innen CRISTin og SPREK. Arbeidsgruppens rapport vil foreligge før



sommeren 2013. Endelig utvikling av teknisk løsning og implementering vil blant annet avhenge av avklaring av overordnede spørsmål om eierskap og driftsansvar.

- *Helseforetakene har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.*

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i forhold til etableringen av NorCRIN. Helseforetakene i regionen er forberedt på å delta i NorCRIN-baserte multisenterstudier, når disse iverksettes.

- *Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.*

Helse Sør-Øst RHF er konsortiepartner i *Biobank Norge*. Som del av regional forskningsstøtte er det etablert en regional lagringsfasilitet for biobanker, lokalisert ved *Folkehelseinstituttet* (FHI). Det er videre igangsatt en prosess for å utvide denne til et regionalt biobanksenter gjennom et samarbeid mellom FHI, Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet er forankret i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo.

Prosjekt eBiobank ved Oslo universitetssykehus delfinansieres av regionale IKT-midler.

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med deltakelse fra NIFU, innen 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet i helseforetakene og foreslått eventuelle endringer.*

Arbeidet med gjennomgang og forslag til forbedringer av dagens forskningsindikatorer ble igangsatt høsten 2012 og ivaretas av en arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF med deltakelse fra de andre regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus og NIFU. Rapport vil foreligge innen mai 2013.

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF utviklet et forslag til revidert instruks for samarbeid med universiteter og høyskoler. Departementet vil spesifisere oppdraget i eget brev. Arbeidet skal ha vært forankret i samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidsgruppe under ledelse av Helse Vest RHF, som vil levere sin rapport i mars 2013.

- *Helseforetakene har etablert mer effektive systemer for kvalitets sikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf. vedlegg 3.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i interregional arbeidsgruppe som skal foreslå forbedring av system for rapportering av ressursbruk til forskning. Rapport fra arbeidsgruppen er utarbeidet og det arbeides kontinuerlig med forbedring på helseforetaksnivå.

- *Helseforetakene har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.*

Tema er tatt opp med forskningsadministrativ ledelse ved helseforetakene, blant annet gjennom Administrativt forskningsledernetverk og gjennom regional forskningsstøtte som gir råd til helseforetakene om etablering av rutiner.

## 2.5 Innovasjon

### Mål 2012:

- *De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som formidles i eget brev.*

Det er ikke definert konkrete mål for dette området, men aktiviteten er stor både på den forskningsbaserte og den brukerdrevne innovasjon. Antall innovasjonsideer (DOFI) har økt

betydelig og en rekke tiltak er gjennomført for å øke overgangen fra forskning til innovasjon, blant annet gjennom oppsøkende aktivitet i de mest lovende innovasjonsmiljøer.

- *De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med CRISStin, ha etablert en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.*

Forberedende møter med CRISStin-miljøet er gjennomført for å avklare forutsetningen for etableringen av databasen. Samarbeidet med CRISStin, Oslo universitetssykehus, Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge om innhenting av tallmateriale og etablering av piloter er i startfasen. Fremdriften i arbeidet er ikke formalisert, men et arbeidsmål er at den første pilotuttesting skal gjennomføres i løpet av første halvår 2013.

- *Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien*

Det er laget en felles rapport fra de regionale helseforetakene, Difi, HINAS og Innovasjon Norge med gjennomgang av regelverk og forslag til utarbeidelse av veiledning og piloter på området. Rapporten er styrebehandlet i alle regionale helseforetak og gjennomføring er under forberedelse

### 3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

#### 3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012

##### Rapportering - økonomi

###### Resultatkrav for 2012

- *foretaksgruppen i Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2012 og gjennom god styring sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatte rammer og resultatkrav*

Samlet har helseforetaksgruppen et positivt resultat i 2012 på om lag 56 millioner kroner. Dette må ses i forhold til 2011 hvor helseforetaksgruppen hadde et negativt resultat på 478 millioner kroner. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Flere av helseforetakene kan vise til betydelige positive resultater i 2012. Helseforetakene i hovedstadsområdet har fortsatt økonomiske utfordringer med å få varig kontroll på sin driftsøkonomi, men viser en positiv utvikling i forhold til 2011.

Per 31. desember 2012 er den samlede driftskredittrammen på 3 628 millioner kroner trukket opp med 3 609 millioner kroner dvs. med nær 100 %.

Samlet sett er vurderingen at de økonomiske ressurser som er stilt til disposisjon fra eier i 2012 er benyttet i tråd med bestillingene gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoll.

###### Styring og oppfølging

- *Foretaksrådet presiserte at Helse Sør-Øst RHF må sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.*

Helse- og omsorgsdepartementets krav til det regionale helseforetaket om realistisk budsjettering på alle inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettet er videreført til alle helseforetakene i regionen i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2012.

Helse Sør-Øst RHF gjennomfører årlig både en kvalitetssikring av helseforetakenes budsjetter for kommende regnskapsår, og for langtidsperioden. Foruten å sikre at planene er i tråd med krav fra Helse Sør-Øst RHF, vurderes intern konsistens og det utarbeides analyser som illustrerer omstillingsutfordringer og muligheter. Kvalitetssikringsarbeidet skjer i nær samarbeid med helseforetaket og det legges vekt på god dialog og gjensidig læring.

Etter denne dialogen vurderes hovedrisikoen i budsjettet for 2013 å være knyttet til om helseforetakene når sine mål for reduksjon i månedsværk.

I tillegg kan det synes som det er en risiko for at budsjettet for 2013 innenfor innleie av helsepersonell, overtid og ekstrahjelp og offentlige tilskudd og refusjoner er for lavt sett opp mot erfaringstall fra tidligere år. Helseforetakene har imidlertid ambisjoner om i større grad å bruke egne ansatte enn å benytte innleie av helsepersonell, i tillegg til at det er en uttrykt målsetting å kunne redusere sykefraværet. Helseforetakene ønsker av denne grunn å budsjettere noe lavere på disse forholdene i 2013 enn faktiske resultater i 2012.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet iht. opplegget som er etablert i departementets oppfølgingsystem ØBAK (økonomi, bemanning, aktivitet, kvalitet).*

Helse Sør-Øst RHF har rapportert i henhold til opplegget i ØBAK, herunder rapportering på ventetider og fristbrudd.

- *Foretaksrådet ba om at den særskilte rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til utviklingen i hovedstadsområdet videreføres inntil videre i 2012*

Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF ble enige om at den særskilte rapporteringen knyttet til utviklingen i hovedstadsområdet som ble etablert i 2011 mest hensiktsmessig ble innarbeidet i den ordinære rapporteringen. Rapportering om utviklingen i hovedstadsområdet er derfor gjennom hele 2012 ivare tatt gjennom ØBAK med resultatoppstillinger for de tre aktuelle helseforetakene, samt omtale i kommentarene.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF bidrar til at rapporten fra arbeidet knyttet til indikatorsett og analyser av produktivitetforskjeller ferdigstilles og oversendes departementet innen første juli 2012*

Helse Sør-Øst RHF har bidratt i en felles arbeidsgruppe med øvrige regionale helseforetak for å utarbeide et konsept for felles indikatorsett knyttet til kostnadsnivå og produktivitet. En rapport er laget og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. juli 2012, etter forutgående behandling i det faste møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene. I tillegg er rapporten lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å sikre gode IKT-løsninger i de tre helseforetakene i hovedstadsområdet*

Blant annet ved å prioritere og fokusere ressurser og økonomiske midler inn mot hovedstadsprosessen og de berørte helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF prioritert videre standardisering av IKT-løsninger i hovedstadsområdet. Dette har vært en forutsetning for å kunne realisere enkelte potensielle gevinster. Samling av alle pasientjournaler fra de tidligere helseforetakene som nå utgjør Oslo universitetssykehus i samme database og å gjøre denne tilgjengelig for hele helseforetaket, har vært en viktig og vellykket milepæl.

Utvikling i hovedstadsområdet er i 2012 fulgt opp i alle oppfølgingsmøter med de aktuelle helseforetakene.

Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling vektlegger også i den videre utviklingen fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger som ett av to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering. Det andre hovedområdet er kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst og helseforetakene legger økt vekt på god kommunikasjon med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet.*

Helse Sør-Øst RHF har tatt dette styringsbudskapet til etterretning og også formidlet det videre i oppdrags- og bestillingsdokumenter for 2012 til de aktuelle helseforetakene.

Det regionale helseforetaket og de tre aktuelle helseforetakene i hovedstadsområdet har samarbeidet nært om å styrke kommunikasjonen med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet. Det har skjedd i styringslinjen fra Helse Sør-Øst RHF til styrene og ledelsen i de tre helseforetakene. Samme budskap er formidlet i faglinjen mellom kommunikasjonsmedarbeiderne i Helse Sør-Øst RHF og de tre helseforetakene.

En viktig oppgave har vært å skape en intern enighet om hvem som har ansvaret for informasjon om de forskjellige temaene som er kommet opp i media. Oslo universitetssykehus har etter hvert tatt et godt grep om de saker som er deres ansvar.

I kommunikasjonsarbeidet er det lagt stor vekt på økt åpenhet. Rask reaksjon på saker som er kommet opp gjennom organisasjonen i helseforetakene og i media har også vært vektlagt.

Utfordringene i å gi tilstrekkelig informasjon er store, og samtidig viktige for å skape den trygghet både hos ansatte og befolkning. Arbeidet med økt åpenhet og kommunikasjon omkring omstillingene videreføres i 2013 både i helseforetak og på regionalt nivå.

#### *Pensjonskostnader i gjestepasientoppgjøret*

- *Foretaksrådet for Helse Sør-Øst RHF tar hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppgjøret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning*

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle helseregionene kom frem til en felles anbefaling om hvordan dette skulle beregnes. Den anbefalte løsningen er lagt til grunn i det økonomiske oppgjøret mellom regionene i 2012.

#### **Låneopptak (kap.732 post 82)**

- *For 2012 tildeles Helse Sør-Øst RHF 1 300 mill. kroner i lån, med henholdsvis 1 000 mill. kroner til nytt sykehus i Østfold og 300 mill. kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus HF*
- *Foretaksrådet forutsatte at tildelt lånebevilgning i 2012 kun benyttes til nytt sykehus i Østfold og samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus HF*

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2012 tildelt og utbetalt 1 300 millioner kroner i lån, med henholdsvis 1 000 millioner kroner til nytt østfoldsykehus og 300 millioner kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Midlene er tilgjengeliggjort for disse prosjektene og utbetales i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

#### **Likviditet og driftskreditter**

- *Ved inngangen til 2012 er samlet driftskredittramme på 8 802 mill. kroner, jf. Prop 16S (2011-2012), berav utgjør driftskredittrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 938 mill. kroner. Det gjøres ingen endringer i Helse Sør-Øst RHF's driftskredittramme nå.*

De regionale helseforetak har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetak til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fastsett og fordele driftskredittrammene mellom de regionale helseforetak. De regionale helseforetak har som følge av flere år med underskudd, akkumulert et betydelig driftsunderskudd, og deler av dette underskuddet er finansiert med driftskreditter.

Helse Sør-Øst RHF har over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009) ble de regionale helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for de regionale helseforetakene. Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom endring av driftskredittrammer. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank innenfor rammer som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved inngangen til 2012 var samlet driftskredittramme for Helse Sør-Øst RHF på 3 938 millioner kroner. I Prop 111S (2011 - 2012) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012*, ble kravet til Helse Sør-Øst RHF's nedbetaling av driftskredittrammen som følge av endring i pensjonspremie satt til 200 millioner kroner, ned til totalt 3 738 millioner kroner for 2012, tilsvarende en nedbetaling av driftskredittrammen på 40 millioner kroner per måned fra og med august.

I omgrupperingsproposisjonen for 2012 i november 2012, Prop 22 S (2011-2012) viste nye beregninger at pensjonspremien for 2012 ville bli lavere enn det som var lagt til grunn i Prop. 111S (2011 - 2012) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012*. Dette medførte at Helse

Sør-Øst RHF fikk et økt nedbetalingskrav på driftskredittrammen med 110 millioner kroner, og driftskredittrammen ved utgangen av 2012 ble således satt til 3 628 millioner kroner.

### Investeringer og kapitalforvaltning

- *Helse Sør RHF legger prinsipper og føringer i Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner*

Helse Sør-Øst RHF har hatt en sentral rolle i utvikling av nevnte veileder, og har implementert den, med senere revisjoner, i alle relevante planprosesser for utvikling av bygningsmassen i helseforetaksgruppen. Sørlandet sykehus startet i 2011 opp arbeidet med utviklingsplan for helseforetaket, og har lagt veilederens krav til prosess og innhold til grunn for arbeidet.

I de øvrige helseforetakene med pågående større pågående planprosesser, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken er disse tilpasset veilederens krav.

- *i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene etablerer en nasjonal database for registrering av sykehusbygg. Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF leder dette arbeidet.*

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet i januar 2010 bedt om å registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet utviklet av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging med bakgrunn i målsettingene i *Nasjonal helseplan*, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007). En likeartet registrering vil gi muligheter for å sammenligne kapasitet og arealer og vil være nyttig i den strategiske planleggingen på alle nivåer.

Foretaksmøtet i januar 2012 ba Helse Sør-Øst RHF om å lede arbeidet med å etablere en nasjonal database for registrering av sykehusbygg i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene. Databasen skal være strukturert og tilrettelagt for kobling mot andre datakilder for informasjon om pasientbehandling, samt informasjon fra helseforetakenes FDV (forvaltning, drift, vedlikehold)-systemer.

Oppdraget med å registrere alle bygg etter klassifikasjonssystemet er koordinert interregionalt, med felles kontrahering og bruk av rådgiver som samordner registreringene. Arbeidet ligger etter planen fordi styringsgruppen for kompetansenettverket vedtok at klassifikasjonssystemet skulle revideres i 2011. Etter at revisjon ble gjennomført, har det vist seg at denne har medført en del feilkilder, som ytterligere har forsinket arbeidet i 2012. Arbeidet med etablering av databasen har pågått i siste halvår 2012 og vil etter planen ferdigstilles i 1. kvartal 2013. Helseforetakene vil deretter oppgradere/registrere data og importere til nasjonal database.

- *sørger for at hvert helseforetak, som en del av økonomisk langtidsplan inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for dette arbeidet.*

Helse Sør-Øst RHF har i eget brev i 2012 gitt underliggende helseforetak i oppdrag å:

- vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter
- utarbeide vedlikeholdsplaner, og sikre at budsjettet i tilstrekkelig grad er avstemt med disse og vedtatt eiendomsstrategi for helseforetaksgruppen. Planer og budsjett må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.
- følge opp de vesentligste avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport og sett i sammenheng med eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst.



- som en del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

Helseforetakene rapporterte status på oppdragene per 2.tertial.

Det er i 2012 etablert regionalt nettverk for drift og vedlikehold der alle helseforetak er representert. Nettverket har utviklet verktøy for tilstandsbasert vedlikeholdsplanlegging. Verktøyet ble klart for bruk i november 2012. Helseforetakene er i ferd med å kartlegge og beregne tiltak for dekomponert tilstandsgrad 2 og 3, basert på tidligere tilstandsregistreringer. Noen av helseforetakene er ferdig med planarbeidet, men ved utgangen av 2012 har ingen i tilstrekkelig grad implementert disse økonomisk i langtidsbudsjett 2013-2016.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge vedtatte prinsipper og føringer for planlegging av investeringsprosjekter til grunn i det videre planarbeidet for utvikling av sykehusstilbudet i Vestre Viken HF.*
- *Arbeidet med utviklingsplanen for Vestre Viken HF skal inneholde faglige og økonomiske konsekvenser av en mulig sammenslåing av sykehusene som nå er plassert i henholdsvis Drammen og Kongsberg. Disse analysene skal vurderes i forhold til opprettholdelse av dagens sykehusstruktur.*

Føringene i veilederen innebærer blant annet at utviklingsplanen skal vise hvordan ulike virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak kan løse aktuelle og fremtidige behov. Gjennom den bygningsmessige utviklingsplanen er det identifisert investeringstiltak for å understøtte den virksomhetsmessige utviklingsplanen, med ulike alternative strukturer. Forslaget til utviklingsplan ble ferdigstilt i desember 2011, og er for tiden ute til en bred hørings- og forankringsrunde i perioden fra februar til mai 2013.

I forslaget til utviklingsplan er det beskrevet fire alternativer for ny sykehusstruktur i Vestre Viken, i tillegg til 0-alternativet, som innebærer uendret struktur og som i realiteten er et utsettelsesalternativ.

Faglige og økonomiske konsekvenser av en mulig sammenslåing av sykehusene som nå er plassert i henholdsvis Drammen og Kongsberg inngår som alt. 2 i forslaget til utviklingsplan.

Tomtevalg og lokalisering av et nytt sykehus har ikke vært en del av utviklingsplanen. Det anbefales at tomtevalg og lokalisering blir en del av idéfasen, og det legges til grunn at lokalisering og tomtevalg skjer i løpet av 2013.

### **3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012**

#### **Oppfølging av samhandlingsreformen**

- *bidrar til at samhandlingsavtalene med kommunene dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling*

Helse Sør-Øst RHF bidrar til implementering av samhandlingsreformen gjennom en egen satsing for organisatoriske tiltak. De organisatoriske tiltakene gjenspeiler seg i intern organisering i det regionale helseforetaket, etablering av nettverk mellom helseforetakene, delegering av fullmakter til helseforetakene og samarbeidsavtaler mellom Helse Sør Øst RHF og KS i regionen og Oslo kommune. Styret i Helse Sør-Øst RHF har tidligere behandlet sak om fokusområder for samhandling i regionen. Disse fokusområder er i samsvar med samhandlingsreformenes intensjon og peker ut viktige områder for felles satsing.

Implementeringen av samhandlingsreformen er organisert som et programområde i Helse Sør-Øst RHF på tvers i organisasjonen med oppfølging i linjen. Det er blant annet opprettet et

samhandlingsteam med deltakelse fra alle avdelinger i det regionale helseforetaket. Medlemmer av teamet deltar i nasjonale nettverk og arbeidsgrupper i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, referansegruppe, arbeidsgruppe for kommunal medfinansiering og arbeidsgruppe for styringsdata.

- *sørger for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd til sin virksomhet fra Helse Sør-Øst RHF, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade ihht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven*

Det er etablert et samhandlingsnettverk hvor samhandlingsansvarlige i alle helseforetak deltar. Nettverket har avholdt syv møter. Her drøftes saker av felles interesse som blant annet ulike felles utfordringer og tolkninger og praktisering av lovverk. Sentrale temaer som er drøftet er; lovpålagte avtaler, sikring av gode pasientforløp, utskrivningsklare pasienter, elektroniske meldinger og kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud.

- *bidrar til å styrke samhandlingen og stimulere til etablering av tilbud i kommunene, berunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen*

På kontaktmøter mellom partene har sentrale temaer vært gjennomgang av status for samhandlingsreformen, IKT-utfordringer, likeverdige helsetjenester, rett til nødvendige helsetjenester for utenlandske pasienter, kompetanseutveksling og forskning. I tillegg har kontaktmøtene med Oslo kommune blant annet tatt opp storbylegevakt, oppfølging av avtale om observasjonsposten ved legevakten, oppfølging av *Samhandlingsarena Aker* samt utveksling av informasjon om aktuelle saker.

I 2012 ble det stilt ca. 20 millioner kroner i stimuleringsmidler til prosjekter som kan bidra til realisering av samhandlingsreformens mål og intensjoner. Siden 2007 er det tildelt ca. 60 millioner kroner til over 170 samhandlingsprosjekter. Det har vært krav om formelt samarbeid mellom helseforetak, kommuner og brukere. Nasjonalt kunnskapssenteret har evaluert 156 prosjekter som har fått tildelt midler i perioden 2007 til 2011. Kunnskapssenteret arrangerte en dialogkonferanse med inviterte deltakere fra de ulike prosjektene. En sluttrapport foreligger og viser at sentrale momenter for å lykkes blant annet er god ledelsesforankring, brukermedvirkning, forbedringskompetanse og kunnskap om metode og verktøy.

Helse Sør-Øst RHF har hatt dialog og deltatt på møter om samhandlingsreformen med blant annet pasientombudene i regionen, arbeidslivets organisasjoner på sentralt nivå, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Kompetansesenteret for legevaktsmedisin og pasientorganisasjonene SAFO og FFO samt en rekke medlemsorganisasjoner av disse.

- *tilpasser tilbudet i helseforetakene i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene*

Helseforetakene har fokus på å tilpasse sine tilbud i forhold til etablering av nye tilbud i kommunene. I 2012 har fokus stort sett vært planlegging og oppstart av nye tilbud, slik at en ennå ikke kan se endringer i tilbudet i spesialisthelsetjenesten i regionen. Det vil i løpet av 2013 komme endringer som følge av at kommunene skal ta over oppgaver.

- *bidrar til samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene, slik at disse områdene ikke nedprioriteres*

Dette oppdraget også gitt videre til de aktuelle helseforetak i oppdrag og bestilling. Alle helseforetakene melder tilbake at de har god dialog med sine kommuner. Flere har pågående tiltak/prosjekt for å bedre tilbudet til disse pasientgrupper. Et helseforetak melder likevel en



bekymring knyttet til at kommunene i området har redusert ressurstilgangen til disse områdene for å møte oppgave med å ta imot utskrivingsklare pasienter innen somatikk.

Det regionale nettverket for samhandling har i sine møter hatt oppe temaet om å bidra til at psykisk helsevern og TSB ikke nedprioriteres, og arbeidet innenfor området vil bli videreført i 2013. I anskaffelsen innen TSB som ble sluttført i 2012, la Helse Sør-Øst RHF stor vekt på samarbeidet mellom helseforetakene, kommunene og de private avtalepartene før, under og etter døgnbehandlingen for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende behandlingstilbud.

- *styrker forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger, jf. Helse- og omsorgsdepartementets Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling*

Helse Sør-Øst RHF mener det er nødvendig å sette fokus på forskning om samhandling. I oktober 2012 arrangerte Helse Sør-Øst RHF konferansen *Samhandlingsforskning i praksis*. På konferansen ble det presentert en blanding av forbedringsprosjekter og pågående og planlagte forskningsprosjekter. 140 personer fra brukerorganisasjoner, helseforetak, kommuner og ressurs- og kompetansesenter deltok på konferansen.

- *rapporterer på status samhandlingsreformen i oppfølgingsmøtene, med særskilt rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette.*

Helse Sør-Øst RHF har rapportert status og samhandlingsreformen har vært tema i oppfølgingsmøtene med Helse- og omsorgsdepartementet.

### **Internkontroll og risikostyring**

- *styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen minimum én gang per år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik*

Styret i Helse Sør-Øst RHF forelegges tertialvise rapporteringer som er utarbeidet for å gi samlet oversikt over tilstanden og graden av måloppnåelse i helseforetaksgruppen. Tertialrapporteringen bygger på en systematisk månedlig rapportering med omfattende krav til innhold og format. For Helse Sør-Øst RHF omfatter den månedlige rapporteringen også rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Tertialrapporteringen til styret er utvidet med en rekke elementer i forhold til den månedlige rapporteringen. Rapporteringen på forhåndsdefinerte styringsmål gir Helse Sør-Øst RHF mulighet til å følge utviklingen og analysere hva som påvirker denne. God og komplett rapportering er også en nødvendighet for at det regionale helseforetaket skal kunne gjøre gode bestillinger.

I sitt oppdrags- og bestillingsdokument til de underliggende helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Det er videre lagt til grunn at omstilling av virksomheten krever risikovurdering av konsekvenser for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring har vært en del av helseforetakenes tertialrapportering i 2012. Det redegjøres for dette arbeidet i helseforetakenes årlig melding. Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre, men har også krav om månedlig rapportering til Helse Sør-Øst RHF på samme måte som Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 gjennomført minimum fire oppfølgingsmøter med de ti underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetaket og vedtatt strategi.

I tillegg er det gjennom regelmessige direktørmøter en tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, samt en rekke fagnettverk på tvers av helseforetaksgruppen innen kommunikasjon, økonomi, medisinske direktører, HR etc. Det er også regelmessige møter mellom det regionale helseforetaket og brukerutvalget og de konserntillitsvalgte på regionalt nivå.

Helse Sør-Øst RHF har, i henhold til krav fra Helse- og omsorgsdepartementet, opprettholdt det særskilte og gjennomgående oppfølgingsregimet for helseforetakene i hovedstadsområdet. Oppfølgingsregimet innebærer både foretaksvis og samlet rapportering. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog har vært tilpasset vurdert risiko.

#### *Intern revisjon*

I tillegg til det fokus styret i Helse Sør-Øst RHF har på utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i linjestyrte aktiviteter, ivaretas styrets tilsyns- og kontrollrolle gjennom oppgaver lagt til revisjonskomiteen (fra 1. januar 2013 benevnt styrets revisjonsutvalg) og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonskomiteen avholdt åtte møter i 2012, hvor revisjonsrapporter i perioden og konsernrevisjonens årsrapport og revisjonsplan er behandlet. Videre har revisjonskomiteen gjennomgått risikovurderingen for helseforetaksgruppen og eksternrevisors risikovurdering, planer og utførte arbeid. Revisjonskomiteen protokollerer sitt arbeid og fremlegger protokollene for styret.

Konsernrevisjonen bistår styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern styring og kontroll. Konsernrevisjonen bidrar også til kontinuerlig kvalitetsforbedring av helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer gjennom revisjoner hvor det på vegne av styret ses etter om intern styring og kontroll er tilfredsstillende innenfor utvalgte områder. Konsernrevisjonen kan i tillegg utføre rådgivningsoppdrag.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF. I 2012 er det gjennomført flere interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder i helseforetaksgruppen, hvorav de tre mest omfattende er:

- *Revisjon av pasientadministrativt arbeid:*  
Konsernrevisjonen har fortsatt arbeidet med å gjennomføre revisjoner av pasientadministrativt arbeid, hvor det undersøkes om helseforetakene har etablert intern styring og kontroll som sikrer at pasientene kommer til rett sted og til rett tid, samt om pasientens rettigheter ivaretas. Revisjonen omfatter alle helseforetak i regionen. Revisjonsrapport fra den enkelte revisjon sendes administrerende direktør i det enkelte helseforetak og behandles i deres styrer. I sak 056-2012 behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF oppsummeringsrapporten fra alle revisjonene.
- *Oppfølging av revisjon av henvisningsområdet i Vestre Viken:*  
Konsernrevisjonen har gjennomført en oppfølgingsrevisjon av revisjon av henvisningsområdet fra 2010 ved Vestre Viken. Formålet med oppfølgingsrevisjonen var å identifisere i hvilken grad tiltak som helseforetaket har iverksatt, har bidratt til å lukke de svakheter og mangler som er beskrevet i revisjonsrapporten fra 2010.
- *Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus:*  
Konsernrevisjonen har gjennomført en revisjon av ventelistebehandling og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus. Revisjonen var et ad hoc-oppdrag etter

ønske fra helseforetakets ledelse. Den ble iverksatt i forbindelse med flere nyhetsoppslag våren 2012, hvor det blant annet ble vist til at helseforetaket trikket med ventelister. Det ble hevdet at ledelsen ved Oslo universitetssykehus hadde instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skulle prioriteres foran andre rettighetspasienter.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2012 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2012 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 7. februar 2013 sammen med revisjonsplan for perioden 2012-2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2012 er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen).

- *det ved omstilling av virksomheten, berunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.*

I Helse Sør-Øst er det i 2012 videreført store prosesser i hovedstadsområdet for å legge til rette for et godt og fremtidsrettet helsetjenestetilbud. Publikum, presse og tilsynsmyndigheter har alle hatt stor oppmerksomhet rettet mot disse prosessene, og mange har uttrykt bekymring for pasienttilbudet ved Akershus universitetssykehus etter tilsyn fra fylkeslegen i Oslo og Akershus i 2011. Det har også i perioden blitt reist spørsmål om pasienter og ansatte er godt nok ivare tatt gjennom endringene i hovedstadsområdet. Alle disse sakene bidro til å skape usikkerhet rundt pasientsikkerheten og kvaliteten ved tjenestetilbudet i vår region.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen gir oss åpenhet rundt uheldige hendelser i alle sykehus i Norge og har sammen med ledelsens gjennomgang og stadig bedre meldekultur gitt mulighet til kvalitetsforbedring. Det er ikke grunn til å frykte for at tilbudet er mindre sikkert i Helse Sør-Øst enn i resten av landet, men vi har en jobb å gjøre i stadig å forbedre oss. Fylkeslegens tilsyn fra 2011 viste at det har vært en svært krevende periode for de ansatte både på Akershus universitetssykehus og i Oslo universitetssykehus.

Åpenhet om feil og mangler er helt avgjørende for at vi kan lære av dem og sette inn tiltak for å bli bedre. Gjennom blant annet konsernrevisjonens rapport har Helse Sør-Øst fått fakta på bordet. Bare gjennom å kjenne hullene i systemet kan de tettes. Leger, sykepleiere og annet helsepersonell arbeider hver dag for å gi pasientene det beste tilbudet. Det regionale helseforetaket må, sammen med lederne i helseforetakene, arbeide like dedikert for å gi tilgang til systemer, teknologi og riktig opplæring slik at medarbeiderne kan yte sitt beste i pasientbehandlingen. Pasientsikkerhet og kvalitet er det aller viktigste for pasientene. Selv om åpenhet omkring feil og mangler koster i form av negativ oppmerksomhet, er det en helt nødvendig forutsetning for å bli bedre.

Risikovurderinger av slike prosesser er en nødvendig forutsetning for å kunne fange opp relevante problemstillinger på et så tidlig tidspunkt som mulig.

I oppdrags- og bestillingsdokument til de underliggende helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket skal se til at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

- *Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn*

Systematisk oppfølging av tilsynsrapporter gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF, alle underliggende helseforetak og ved de private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF.

For helseforetak og private ideelle sykehus blir rapporter fra tilsynsmyndigheter som inneholder avvik og/eller merknader på tilsynsområdene fulgt opp med tiltaksplaner og rapportering på status mht. gjennomføring av tiltakene. Det rapporteres, internt, til styret (tertialvis) og til aktuell tilsynsmyndighet. For eksempel publiserer Sykehuset Telemark eksterne tilsyn med tilhørende styresaker på internett: [www.sthf.no/tilsynsrapporter](http://www.sthf.no/tilsynsrapporter).

I tillegg tas resultat av eksterne tilsyn med i det systematiske forbedringsarbeidet internt. Ved alle helseforetak og private ideelle sykehus er det opprettet kvalitetsutvalg overordnet for virksomhetene, samt at de fleste også har kvalitetsutvalg på klinikknivå og enkelte også på avdelingsnivå. Det tilstrebes videre at forbedringsarbeid skal skje på laveste nivå og at ansvaret ligger i linjen.

Helse Sør-Øst RHF mottar kopi av eksterne tilsyn ved underliggende helseforetak og sykehus. Vanlig saksbehandling gjennomføres internt ved det regionale helseforetaket og helseforetaket/sykehuset følges opp i den grad det er nødvendig ved lukking av avvik. Videre legges oppsummering og oversikt over tilsynsrapporter frem for styret i Helse Sør-Øst RHF med status for lukking av avvik, samt hvilke forbedringstiltak som er igangsatt.

- *forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt*

Alle helseforetak og private ideelle sykehus med avtale i Helse Sør-Øst RHF legger vekt på at henvendelser fra tilsynsmyndigheter svares opp innen angitt frist.

Eksterne tilsynsrapporter følges opp, jf. foregående punkt. Helseforetak og private ideelle sykehus omfattes av mange eksterne tilsyn og det kan være krevende å overholde frister som er satt. I årlig melding rapporteres det fra flere at det legges vekt på systematikk, gjerne ved hjelp av elektroniske hjelpemidler for å kunne overholde frister.

Ved Oslo universitetssykehus ble det i 2012 gjennomført 26 eksterne tilsynsbesøk. Fordi det gjennomføres så mange tilsyn har helseforetaket etablert en funksjon som tilsynskoordinator for å sikre best mulig gjennomføring og oppfølging av tilsyn. Tilsynskoordinator har oversikt over alle tilsynsaktiviteter, gjør avtaler med tilsynsmyndighetene og er bindeledd mellom myndigheter og de enkelte tilsynsobjekter i klinikkene.

- *sikre at helseforetakene har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt*

Helse Sør-Øst RHF følger arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner fortløpende i helseforetakene gjennom prosjektet "Glemt av sykehuset" (nærmere beskrevet i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet* under oppdraget som pålegger Helse Sør-Øst RHF å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer). Gjennom prosjektarbeidet er det utarbeidet oversikter over hvilke kontrollrapporter som må, eller kan, benyttes som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet. En del av de utvalgte indikatorene er også innarbeidet i helseforetakenes faste månedlige rapportpakke til Helse Sør-Øst RHF. Oppfølging i forhold til svikt i systemene som brukes for å utføre det pasientadministrative arbeidet er også avhengig av et godt samarbeid med, og god oppfølging fra, systemleverandørene.

- *følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling*

I regi av det regionale prosjektet ”Glemt av sykehuset” er det utarbeidet detaljerte beskrivelser av hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. Det er også utarbeidet opplæringsmaterieill for å understøtte forbedringsarbeidet. Gjennom arbeidssamlinger i det felles, regionale prosjektet drøftes fremdrift, utfordringer og gode erfaringer. Helse Sør-Øst RHF's oppfølging i prosjektet viser at helseforetakene arbeider med organisasjons- og kompetanseutvikling for å forbedre og trygge de pasientadministrative rutinene.

## **e-Helse**

- *legge til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 startet implementeringen blant annet gjennom å etablere et foranalyse-prosjekt for identitets- og tilgangsstyring (etter krav i helseinformasjonssikkerhetsforskriften). Foranalysen skal identifisere og kartlegge nødvendige tiltak som må gjennomføres for å etterleve helseinformasjonsforskriften, herunder krav til funksjonalitet og bruk i behandlingsrettede helseregistre.

- *tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene*

Helse Sør-Øst RHF har dialog med det nasjonale e-resept prosjektet og arbeider videre med utvikling av en løsning med tilstrekkelig sikkerhet for helseforetakenes systemer, i henhold til strategi og regionale planer for realisering av eResept. Helse Sør-Øst har hatt en sentral rolle i det nasjonale arbeidet for medikasjonstjenesten, som vil legge grunnlag for utnyttelse av e-resept i sykehus. Medikasjonstjenesten er også en viktig premisse for den nasjonale Kjernejournalen.

- *bidra i de nasjonale prosjektene på e-helseområdet som bl.a. Helseportal, kjernejournal, elektroniske resepter, nasjonalt standardiseringsarbeid, helse- og kvalitetsregistrene, automatisk frikort og arbeidet med felles løsning for folkeregisteropplysninger*

Helse Sør-Øst RHF har gjennom 2012 bidratt aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området, gjennom vedtak av en revidert regional IKT-strategi med tilhørende IKT-langtidsplan for perioden 2013-2016. IKT-langtidsplan er knyttet opp mot føringer i regional økonomisk langtidsplan. Det er lagt vekt på å sikre etablering av et felles fundament i regionen, og gjennom dette legge til rette for god samhandling nasjonalt. Regionen har bidratt til realisering av de vedtatte satsinger som framgår i nasjonal handlingsplan for e-Helse og deltatt i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter, blant annet kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter. Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til standardiseringsarbeid og i forhold til nasjonalt arbeid for kodeforbedring.

Helse Sør-Øst RHF har to medlemmer i styringsgruppen for Nasjonal IKT og i prosjekteierforum. Det regionale helseforetaket er representert i Klinisk IKT fagforum og i Arkitekturforum underlagt Nasjonal IKT. Helseregionen er representert i styringsgruppen og referansegruppen for Nasjonal Kjernejournal. Helse Sør-Øst RHF deltar i styringsgruppen og prosjektgruppen for nasjonal foranalyse for logganalyse, gjennom Nasjonal IKT. Helse Sør-Øst RHF er også representert i styringsgruppen for helseportalen [www.Helsenorge.no](http://www.Helsenorge.no), og var representert med en sentral medarbeider i etableringsprosjektet. Leder av den regionale satsingen i Pasientsikkerhetskampanjen er også en sentral bidragsyter til den nasjonale kampanjeledelsen. Helse Sør-Øst har i tillegg ledet styringsgruppen for det nasjonale medikasjonsprosjektet og Nasjonal Sykehus-FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte tilpasset behov i sykehusene) i regi av Nasjonal IKT.

Helse Sør-Øst RHF bidro i arbeidet med den ny e-helsemeldingen, som ble lagt frem for Stortinget i november 2012.

Helse Sør-Øst RHF har bidratt med ressurser i arbeid med arkitektur og standardisering, initiert gjennom Nasjonal IKT og Helsedirektoratet (KITH). Det regionale helseforetaket har flere sentrale medlemmer i det nasjonale arkitekturforumet underlagt Nasjonal IKT, samt i forberedelsesarbeidet til en ny nasjonal EPJ som skjer i regi av Helsedirektoratet. Her er både arkitekter og klinisk kompetanse koblet inn i prosjektarbeidet. Regionen innehar sentral nasjonal kompetanse som er stilt til rådighet for myndighetene i forhold til standardisering av kodeverk, termer og symboler.

Helse Sør-Øst RHF har bidratt til systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av, elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. Det regionale helseforetaket er sentralt i det nasjonale arbeidet gjennom deltakelse i Klinisk IKT fagforum og med leder og sentrale representanter i det nyopprettede nasjonale PAS/EPJ systemeierforum.

Det er avsluttet forhandlinger med anskaffelse av nytt laboratoriesystem som medfører en betydelig forenkling og modernisering av støttesystem for fire laboratorieområder.

Avslutning av anskaffelse for nytt felles system for RIS/PACS nærmer seg. Det er gjort avrop på nytt PAS/EPJ-system for Oslo universitetssykehus og Sykehuset i Telemark. Dette medfører en samling om ett system i hele regionen og må sees på som en modernisering for de to aktuelle helseforetakene.

- *sikre at alle helseforetakene i regionen følger opp de nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forberedt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.*

Gjennom det regionale meldingsløftet er funksjonalitet for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten etablert ved alle helseforetak, bortsett fra Oslo universitetssykehus. Videre utbredelse av løsningen er knyttet til fremdriften i Helsedirektoratets prosjekt OSEAN (*Oppdatering og Søk etter Elektroniske Adresser. Integrasjon mellom legekontorsystem og NHN-Adresseregister*).

Ved Oslo universitetssykehus er innføring av funksjonalitet for mottak av henvisning fra primærhelsetjenesten planlagt til oppstart av nytt PAS/EPJ (DIPS) i oktober 2014.

- *bidra i arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning med vedlegg mellom helseforetakene og pilotere denne*

Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning. Videre fremdrift av planlegges i prosjektet ”*Elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak*”, som er planlagt som en del av program for *Digital Samhandling*. Oppstart av prosjektet er planlagt til 2013 og pilotering og innføring er planlagt i forbindelse med oppstart av DIPS ved Oslo universitetssykehus i oktober 2014.

Helsedirektoratet skal lede og videreutvikle Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT). Helse Sør-Øst RHF har prioritert utvikling av standard for henvisning mellom helseforetak i forhold til NUIT, og vil etter forespørsel delta i det aktuelle standardiseringsarbeidet.



- *bidra til å få på plass et system for elektronisk understøttelse av innføringen av melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3*

Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt koordinerende IKT-prosjekt (*Prosjekt §3-3 ny meldeplikt*) for å bistå helseforetakene i gjennomføring og samarbeid om ny meldingsløyfe, samt tilpasning av elektroniske løsninger.

## **Tiltak på personalområdet**

### ***Bemanning***

*Foretaksrådet viste til at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak skal planlegge og treffe tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt. Det skal føres en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk, som bidrar til gode arbeidsplasser og god og riktig bruk av medarbeiderne.*

Et kritisk innsatsområde for til enhver tid å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse er ressursstyring. Dette er også ett av tre innsatsområder i Helse Sør-Øst RHF's HR-strategi.

Helseforetakene ble i 2012 bedt om å understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1. linjeledere.

I 2011 ble det utviklet en felles regional metodikk for dette arbeid under navnet BRASSE (*’Bedre Ressursstyring, Arbeidstidsplanlegging, Systemer, Styring og Endringsledelse’*). For å fremme bedre ressursstyring og bruk av BRASSE-metodikken er det i løpet av 2012 gjennomført følgende regionale tiltak:

- Utprøving av metodikk ved Sykehuset i Vestfold (fire enheter). Herunder støtte til utarbeidelse av analyser og handlingsplaner, gjennomføring av handlingsplaner og dokumentasjon av resultater.
- Avholdelse av en erfaringskonferanse om ressursstyring med deltakelse fra alle helseforetak. I tillegg til direkte erfaringsdeling hadde konferansen til hensikt å identifisere behov for ytterligere støtte til kompetansebygging.
- Opplæring av rådgivere på helseforetakene. I alt 35 rådgivere fra ni helseforetak har høsten 2012 gjennomført et opplæringsløp i BRASSE-metodikken med fem samlinger av to dagers varighet. Disse rådgiverne skal lære opp og støtte ledere i eget helseforetak. Parallelt med, og som oppfølging av, opplæringen har de arbeidet med et konkret prosjekt i eget helseforetak.

I tillegg til metodearbeidet og opplæringen pågår det et arbeid for å sikre god systemstøtte til ledere rundt ressursstyring og arbeidsplanlegging (RAPS). I 2012 er den regionale fellestjenesten for RAPS gjort tilgjengelig for Oslo universitetssykehus. Arbeidet med å gjøre den tilgjengelig også for Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet er påbegynt og avsluttes i 2013. Etter dette gjenstår kun Sykehuset Østfold, der lokal installasjon av systemet må migreres til regional plattform.

### *Ansvarlig arbeidsgiverpolitikk*

Som en stor aktør innen offentlig virksomhet, påhviler det Helse Sør-Øst RHF et særlig ansvar for å sikre at de underliggende helseforetakene opptrer som seriøse og gode arbeidsgivere. Dette innebærer ikke bare å etterleve lov- og avtaleverk. Gjennom HR-strategien, som ble revidert i 2012, trekkes det opp en systematisk satsning på ledelse, kompetanse og ressursstyring. HR-strategien skal legge til rette for en bevisst arbeidsgiverpolitikk som prioriterer ressurser og tiltak etter behov og bidrar til gode og sikre arbeidsplasser. Alle helseforetak skal utarbeide egne strategier og handlingsplaner som gjenspeiler disse hovedprioriteringene.

- *legger til rette for å øke antall læreplasser i helseforetakene for elever i videregående opplæring*

Kravet om å legge tilrette for å øke antall læreplasser i videregående opplæring er videreført i Helse Sør-Øst RHF's oppdrag til underliggende helseforetak. Kravet omfatter både egne læreplasser og læreplasser der lærlingen har kontrakt med annen virksomhet (spesielt kommuner og fylkeskommuner), men har praksis også i helseforetaket.

I 2012 er det fokusert på utvikling av egne læreplasser og helseforetakene har rapportert inn en økning fra 214 læreplasser (gjennomsnitt per måned, helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst samlet) i 2011 til 280 læreplasser i 2012. Økningen er på over 30 %.

### **Heltidsstillinger, midlertidige stillinger og deltidstillinger**

- *som hovedregel bruker faste heltidsstillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og deltidstillinger*

De nasjonale deltidindikatorer (se tabell nedenfor), viser at korrigert andel deltidansatte i desember 2012 utgjør 25 % mot 30 % i januar. Korrigeringen innebærer at de deltidansatte som arbeider redusert tid på grunn av rettighetspermisjoner, uførhet, bierverv ved høyskoler og universiteter og annet, er tatt ut av gruppen. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant fast ansatte er i samme periode økt fra 91 % til nesten 94 %.

<b>Deltidsindikatorer Helse Sør-Øst foretaksgruppen</b>	<b>Jan</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Apr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Aug</b>	<b>Sep</b>	<b>Okt</b>	<b>Nov</b>	<b>Des</b>
Andel deltid av juridisk stillingsstørrelse - faste	33,3 %	33,4 %	33,2 %	33,1 %	32,9 %	32,8 %	32,6 %	32,4 %	32,4 %	32,5 %	32,4 %	32,3 %
Andel deltid av korrigert stillingsstørrelse - faste	30,2 %	27,9 %	26,7 %	26,3 %	25,9 %	25,7 %	25,6 %	25,4 %	25,4 %	25,5 %	25,4 %	25,4 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse av juridisk stilling(er) - faste	90,0	90,7	90,8	90,8	90,9	90,9	91,0	90,8	90,8	90,8	91,0	91,4
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse av korrigert stilling(er) - faste	91,1	92,4	92,9	93,0	93,2	93,2	93,3	93,1	93,1	93,1	93,3	93,7

- *i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeider for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger*

Alle helseforetak er pålagt å gjennomgå utlysings- og permisjonspraksis og drøfte endringer med arbeidstakerorganisasjonene for å få til en bedre praksis i tråd med hovedregelen. Helse Sør-Øst legger videre vekt på å følge opp deltidansattes fortrinnsrett etter arbeidsmiljøloven. Dette er nedfelt i oppdrag til helseforetakene for 2012. Det fremgår der at alle helseforetak skal ha skriftlige prosedyrer for praktisering av deltidansattes fortrinnsrett. I tillegg er det satt krav til individuell oppfølging. Alle som har registrert uønsket deltid skal ha fått en individuell vurdering av sine muligheter innen 31. desember.

- *fortsetter arbeidet med å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidstillinger*

I Helse Sør-Øst har det siden 2008 vært arbeidet målrettet for at ansatte primært skal ha hele og faste stillinger. Årets innsats for å redusere andelen deltidansatte er videreført fra 2011 i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer. I helseforetaksgruppen startet året med en "deltidsdugnad" for rydde opp i ansettelsesforhold og gi flest mulig som ønsket det, et tilbud om heltid eller større stillingsprosent. Helseforetakenes innsats i forlengelsen av dette er tydelig når man ser på resultatene ved årets slutt. Tallene per desember 2012 viser at drøyt 13 000 av totalt nær 52 000 fast ansatte nå har deltidstilling. Dette er 2 300 færre enn 12 måneder tidligere.



- *har systemer som gir oversikt over medarbeidere i deltidsstilling som ønsker høyere stillingsandel*

For å legge til rette for god, løpende oppfølging av den enkelte som ønsker utvidet stilling, ble det i 2011 etablert en funksjonell løsning for egenregistrering og rapportering knyttet til vårt felles regionale HR-system (Personalportalen). Alle deltidsansatte fikk nødvendig informasjon og veiledning om bruk av denne løsningen.

- *i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene finner prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger. Det vises blant annet til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger.*

Det er i samarbeid med de ansattes organisasjoner, jf. blant annet avtalen mellom Spekter og Fagforbundet, gjennomført et bredt sett av tiltak for å redusere deltid i helseforetakene. Dette omfatter spesielt:

- Bruk av post-/avdelings-/klinikkovergripende stillinger
- Bruk av intern vikartjeneste/bemanningscenter som forvalter og fordeler personell på tvers av enheter
- Forbedrede arbeidstidsplanleggningssystemer, som blant annet legger tilrette for å kombinere oppgaver ved sengepost og poliklinikk/dagarbeidsplass
- Endrede arbeidstidsordninger, som for eksempel fleksibel turnus, lengre vakter og mer helgearbeid for ansatte med dagarbeid

For å prøve ut slike tiltak er det i stor grad organisert egne prosjekter. Nedenfor følger en kort beskrivelse av noen utvalgte prosjekter. Alle disse tiltakene bygger på en hypotese om at man ved større grad av fleksibilitet i fordeling av oppgaver, arbeidstid og ressurser kan balansere sykehusets behov for bedre utnyttelse av arbeidskraften mot ansattes behov for større stilling. Resultatene varierer, men tendensen er gjennomgående positiv.

Helseforetak	Status
Oslo universitetssykehus	Ved Medisinsk klinikk er det med støtte fra NAV etablert egen bemanningsenhet for sykepleietjenesten. Alle i deltidsstilling får tilbud om å øke til ønsket stillingsprosent. Dette på vilkår av at de siden av sin hovedstilling ved en av de pleiefaglige enhetene også dekker vakter/behov ved andre enheter innenfor klinikken.
Sykehuset i Vestfold	Foretaket har etablert en generell bemanningspool for sykepleiere/spesialsykepleiere og helsefagarbeidere. Alle som søker stilling der, også egne ansatte, får tilbud om 100 % stilling. Deltidsansatte får oppgaver ved et par nye enheter i tillegg til nåværende arbeidsplass. Foretaket har også innført 12-timersvakter for jordmødre ved føde og barsel for å redusere deltidsandelen. Kompensasjonen er blant annet at det arbeides hver fjerde helg. Foretaket arbeider ellers med å styrke ledere og tillitsvalgte kompetanse i arbeidstidsplanlegging ressursstyring/aktivitetsstyrt bemanning. Dette for å gi bedre muligheter til å øke stillingsprosent for ansatte i de fleste seksjoner.
Sykehuset Telemark	Foretaket har etablert et vikarsenter med lignende funksjon. Der ansettes sykepleiere/hjelpepleiere i 100 % stilling, men slik at 20 % av stillingen er definert til å kunne "ta topper" på ulike sengeposter. Helseforetaket planlegger samme modell for psykiatrien.

Helseforetak	Status
Sørlandet sykehus	Ved dette helseforetaket, som har hatt spesielt store utfordringer knyttet til deltid, har Prosjekt Bemanningsenhet SSA sett både på bruk av ekstravakter og arbeidstidsordninger, herunder også helgearbeid. I den forbindelse er en del av budsjettet for variabel lønn gjort om til faste stillinger. Prosjektet finansieres som et "spleiselag" mellom enhetene ved at hver enhet bidrar med variabel lønn. Foretaket har også i gang et Prosjekt Økt stillingsstørrelse - økt grunnbemanning - økt kompetanse Med. 2A. Dette skal utrede effekter av økt grunnbemanning i form av flere hele eller større stillinger på kompetanse, sykefravær, økonomi, pasientsikkerhet og trivsel. Prosjekt <i>Økte stillinger ved AMK-sentralen ved SSHF</i> er et tredje tiltak. Dette bygger på et mål om å redusere mange små deltidsstillinger ved å gå over til 12-timers vakter samtidig som arbeid hver 3. Helg fortsetter.

Parallelt med innsatsen for å redusere deltidsarbeidet, pågår det i alle helseforetak også en gjennomgang for å redusere bruken av midlertidige ansettelser. Per desember var antall midlertidig ansatte 32 196. Dette er en reduksjon på 2 324 siden januar måned. Dermed er antallet av midlertidig ansatte er redusert med 7,2 % i løpet av året.

Den store reduksjonen har skjedd i bruk av ekstravakter og vikarer etter sommerferien. Tendensen har vært en jevn avvikling av slike ansettelsesforhold utover høsten. Engasjementer og tidsbegrensede stillinger holder seg derimot på et konstant nivå. Ser man på månedsverk og ikke antall ansatte, er bruken av midlertidige ressurser foreløpig ikke redusert fra tidligere år.

### **Ledelse**

- *å sikre gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram*  
Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt i videreutviklingen og gjennomføringen av det nasjonale topplederprogrammet og har satt av i underkant av et halvt årsverk til denne virksomheten.

- *sikre gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå*  
Helse Sør-Øst RHF har et eget utviklingsprogram for helseforetaksinterne ledertrenere. Samarbeidet med Legeforeningen og Psykologforeningen om henholdsvis motivasjons-seminaret "Frist meg inn i ledelse" for kvinnelige leger og "Psyk meg opp i ledelse" for ledere med psykologbakgrunn innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, er på bakgrunn av svært gode tilbakemeldinger, omgjort til et nasjonalt tilbud i regi av Nasjonal ledelsesutvikling.

- *at nasjonal lederplattform ferdigstilles innen utgangen av andre tertial 2012 og inneholder plan for systematisk videreutvikling og revidering*

Arbeidet med etablering av en *Nasjonale plattform for ledelse i helseforetak* sluttføres med sak til de fire regionale styrene første tertial 2013 og et dokument som presenterer plattformen. I styresaken fremgår forslag til videre arbeid for utvikling av god ledelse i helseforetakene.

- *at nasjonal lederplattform tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere*  
Arbeidet med styrke ledelsesutøvelsen i regionen har i 2012 blitt videreført for fullt og aktiviteten er økende. Helse Sør-Øst RHF fortsetter å bistå de enkelte helseforetakene med å utvikle og gjennomføre egne ledelsesutviklingstiltak. Disse er i tråd med anbefalingene i Nasjonal plattform for ledelse, og de nasjonale lederkravene er innarbeidet i de helseforetaksvise tiltakene.

Nytt av året er at stadig flere linjeledere blir involvert som ledertrenere og bidragsytere i eget helseforetak, ofte med bakgrunn i egen deltakelse i det nasjonale topplederprogrammet. Dette gir programmene økt status og gjennomslagskraft.

## Regjeringens eierskapspolitikk

- *er kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk*

Helse Sør-Øst RHF har lagt krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk til grunn for sin virksomhet og også videreført styringsbudskapet om å være kjent med disse til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

- *er kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon*

Kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon er lagt til grunn i arbeidet i Helse Sør-Øst med etiske retningslinjer, også innenfor innkjøpsområdet.

- *har retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring*

Helse Sør-Øst RHF har lagt kravet om å ivareta samfunnsansvar til grunn for sin virksomhet og planlegging. Styringsbudskapet om å ivareta samfunnsansvar er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

- *bidrar til moderasjon i lederlønningene og er kjent med og følger retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011*

Helse Sør-Øst har videreført kravet til moderasjon i lederlønninger til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012. Det samme gjelder de spesifikke kravene til å følge opp ansettelsesvilkår for ledere i statlige helseforetak m.v. Styringskravene bekreftes fulgt opp av alle helseforetak. Et helseforetak opplyser videre at de har en systematisk dialog om lederlønnspolicy med andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Et annet orienterer om eget styreseminar. Flere dokumenterer dessuten en lønnsutvikling for ledere klart under gjennomsnittet for medarbeidere forøvrig.

- *er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012)*

Helse Sør-Øst RHF er kjent med innholdet i Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse og har lagt denne til grunn for sin lederlønnspolicy. Kravet om å være kjent med innholdet i lederlønnundersøkelsen er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

## Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner

- *gjør seg kjent med samarbeidsavtalen når den foreligger, og legger denne til grunn for sitt samarbeid med ideelle aktører*

Helse Sør-Øst RHF er kjent med samarbeidsavtalen som er utarbeidet mellom regjeringen og de ideelle organisasjonene. Avtalen reflekterer i stor grad de samme prinsipper for samarbeid som Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn for samarbeidet med ideelle aktører.

- *benytter mulighetene som ligger innenfor regelverket for offentlige anskaffelser for å bidra til forutsigbare rammevilkår for ideelle institusjoner, berunder vurderer lengre kontraksperioder, i hvilke tilfeller det er hensiktsmessig å inngå rammeavtaler og hvordan slike avtaler skal utformes for at de ideelle organisasjonene skal få tilstrekkelig forutsigbarhet*

Helse Sør-Øst RHF vurderer de private tilbyderne av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsytere til den offentlige helsetjenesten både der det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige, der de private har tilbud på områder som ikke finnes i den offentlige helsetjenesten og som et selvstendig alternativ til den offentlige helsetjenesten.

Innenfor de private tilbydere er de ideelle organisasjonene særlig viktige samarbeidspartnere og pådrivere for Helse Sør-Øst. Dette er organisasjoner/aktører som gjør en betydelig innsats, og som på mange områder har vært pionerer for fagområder som senere er blitt et offentlig ansvar. Innenfor rehabilitering og TSB står de ideelle organisasjonene for en betydelig andel av den samlede kapasiteten.

Det er viktig for oss å sikre ideelle organisasjoner forutsigbare rammebetingelser og legge til rette for en god utvikling av behandlingstilbudet.

Ved avtaleinngåelse innenfor rusfeltet, som ble gjennomført våren/sommeren 2012, ble det valgt å inngå løpende avtaler fordi denne avtaleformen gir de ideelle avtalepartene en større forutsigbarhet for fremtiden, noe som kan ha stor betydning i forhold til investering og utvikling av institusjonene. Det vil være naturlig å vurdere denne avtaleformen når det skal inngås nye avtaler innenfor rehabiliteringsfeltet fra 1. januar 2015.

- *har tydelig ledelsesforankring av innkjøpsaktiviteten og at overordnede målsettinger uttrykkes gjennom foretakets innkjøpsstrategier*

Kjøp av helsetjenester er innarbeidet i den overordnede innkjøpsstrategien for Helse Sør Øst. Kjøp av helsetjenester er omtalt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020 og i egen delstrategi for samarbeid offentlige og private helsetjenester. Overfor helseforetakene er dette omtalt i deres oppdrags- og bestillerdokument.

- *bidrar til å videreutvikle gode kvalitetskriterier og -krav for utforming av konkurransegrunnlag slik at de ideelle leverandørenes reelle fortrinn og kvaliteter blir verdsatt i de enkelte anskaffelsene*

I forbindelse med TSB anskaffelsen i 2012 ble det utarbeidet en forenklet anskaffelsesprosedyre etter forskriftens del 1, som ble tilpasset de ideelle institusjoner. Dokumentasjonsgrunnlaget som ble lagt til grunn fra leverandørene var også utformet med bakgrunn i dette.

- *har gode rutiner for kontraktsoppfølging, og løpende dialog med leverandørene for effektiv kontroll med at kontrakter oppfylles og sanksjonering ved mangelfull ytelse, for å sikre tjenestenes kvalitet*

Løpende avtaler gir økte muligheter, blant annet legges det med denne avtaleformen til rette for en sterkere fokusering og oppfølging av kvalitet og kvalitetsutvikling i tjenestetilbudet.

Avtaleformen vil også kreve tett og løpende kontakt og oppfølging for å sikre at behandlingstilbudet utvikles og endres i takt med befolkningens behov. Avtaleformen krever vilje og ønske om å bidra i endringsprosesser, men gir på den andre siden muligheter for å kunne legge langsiktige utviklingsplaner for kompetansebygging, drift og vedlikehold. Det er viktig med tett oppfølging og dialog, men også evne til å kunne sanksjonere dersom det skulle vise seg nødvendig. Som tidligere vil det være avregning i forhold til produksjon.

- *videreutvikler samarbeidet med de andre regionale helseforetakene om kompetanseutvikling om offentlige anskaffelser, og at forholdet til ideelle organisasjoner blir en særskilt satsing fremover. Det er viktig å ha god kunnskap om tjenestene og det aktuelle leverandormarkedet gjennom dialog med de ideelle organisasjonene.*

De fire regionale helseforetakene møtes fire ganger per år for å styrke og sikre samkjøring av innkjøpsprosesser. Forskjeller mellom regioner, for eksempel gjennom fordelingen av ideelle institusjoner, vil imidlertid tilsi at strategiene også kan bli noe forskjellige.

## **Kvalitet i anskaffelsesprosessene**

- *følger opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser av helsetjenester og anskaffelser generelt.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sitt møte 16. februar 2012 sak 005-2012 ”Kvalitet i anskaffelse av helsetjenester” som er en gjennomgang og oppfølging av den eksterne evalueringen i tillegg til at den også ivaretar forhold som ble påpekt gjennom intern revisjon i Helse Sør-Øst i konsernrevisjonens rapport fra 2010. I styresaken ble presentert en fremdriftsplan med konkrete tiltak for oppfølging av anbefalingene fra de to rapportene.

Helse Sør-Øst RHF var allerede ved behandling av sak 005-2012 godt i gang med å implementere forbedringstiltak omtalt i de to rapportene. Økt involvering av brukere og overgang til løpende avtaler var to endringer som allerede var ivarettatt i den prosessen som det siste halve året har vært gjennomført innenfor TSB. Løpende avtaler bidrar til en mer langsiktig og forutsigbar relasjon til de ideelle institusjonene, og vil bidra til økt stabilitet for institusjonene både i forhold til kontinuitet i pasienttilbudet, ansattes situasjon og institusjonenes behov for fremtidige investeringer.

Det er videre etablert et ansvarskart/prosessenplan som beskriver anskaffelsesprosessen og aktørenes rolle i denne. Det er også etablert oppfølgingsteam innenfor rehabilitering, psykisk helsevern, TSB og radiologi/kirurgi. Oppfølgingsteamene er i gang med å etablere et oppfølgingssystem som kan legges til grunn for den løpende oppfølgingen og dialogen mellom Helse Sør-Øst RHF og den enkelte institusjon.

Det regionale helseforetaket styre er i møte i februar 2013 blitt forelagt en egen sak om den strategiske utviklingen på samarbeidet mellom offentlige og private helsetjenester. Styresaken er en utdyping og konkretisering av punktet om etablering av tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester i det overordnede strategidokumentet for perioden 2013-2020, jf. styresak 075-2012 ”Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst - rullering”.

- *følger opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetak og HINAS i 2012 gjennomført en ny anskaffelse av rammeavtaler for innleie av helsepersonell. Forholdene påpekt av Riksrevisjonen er søkt ivarettatt med en ny innretning/oppsplitning av personalgrupper per avtale og flere avtaler. Videre er det gjennomført et bredere implementeringsregime i forhold til tidligere overfor helseforetakene ved iverksettelsen av de nye avtalene.

## **Landsdekkende utbygging av Nødnett**

- *ferdigstillelsen av første byggetrinn for Nødnett*
- *evalueringen av første byggetrinn og oppfølgingen av denne*
- *oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen*
- *planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i utbygging og ferdigstillelse av første byggetrinn av Nødnett. Arbeidet er gjennomført i henhold til gjeldende planer, i tett samarbeid med Helsedirektoratet. Andre byggetrinn, med landsdekkende utbygging, ble også igangsatt i henhold til Stortingsvedtak, føringer og planer fra Direktoratet for nødkommunikasjon samt Helse- og omsorgsdepartementet. Nødvendige rutiner og prosedyrer for bruk av nødnettet er utarbeidet og innført i samarbeid med Helsedirektoratet. Arbeidet med etablering av en nasjonal driftsorganisasjon for nødnett i helse er iverksatt.

### **Stabs- og støttefunksjoner**

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene lager et forslag til videre fremdrift i arbeidet og hvordan det videre arbeidet bør organiseres. Det bør også skisseres hvordan felles løsninger og tjenesteproduksjon best kan organiseres nasjonalt. Foretaksrådet ba om at forslag med fremdriftsplan oversendes innen 1. april 2012.*

Forslag til fremdriftsplan er oversendt innen fristen og arbeidet har vært fulgt opp gjennom flere oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet i 2012.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i et felles prosjekt for standardisering og harmonisering på økonomiområdet. Arbeidet med standardisert firesifret kontoplan skal fullføres i 2012. Det legges til grunn at det tas initiativ til ytterligere standardiseringer i 2012 bl.a. regler for fordeling av felleskostnader/-inntekter.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med å lage utkast til felles firesifret artskontoplan. Det har vært gjennomført flere møter mellom regnskapslederne i de regionale helseforetakene. Utfordringene er blant annet knyttet til forskjeller i regnskaps- og rapporteringssystemer. Arbeidet vil fortsette utover i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har også deltatt i en arbeidsgruppe på interregionalt nivå. Felles rapport ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2012. Det er identifisert åtte hovedområder for økt nasjonal og regional samhandling og standardisering.

### **3.3 Øvrige styringskrav for 2012**

#### **Rapportering av ulykkesskader til NPR**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF lage en tidsplan for gjennomføring av rapportering på ulykkesskader i NPR, jf. årlig melding 2011 der gjenstående arbeid omtales, innen 1. mars 2012.*

Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2012 kartlagt status og utfordringer knyttet til rapportering av ulykkesskader til NPR. Ut fra kartleggingen er det utarbeidet en tidsplan som er formidlet gjennom regionalt fagdirektørmøte og i oppdrags- og bestillingsdokument for 2013 til helseforetakene. Tidsplanen innebærer en gradvis gjennomføring av rapporteringskravet med sikte på at alle helseforetak skal ha rapportering på plass innen 1. tertial 2013.

#### **Avtalespesialister**

- *Rapporteringen fra avtalespesialister til NPR er ufullstendig. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF følge opp at avtalespesialister registrerer prosedyre- og tilstandskoder, og at det rapporteres elektronisk innen fristen til NPR.*

Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått oversiktene fra NPR og sendt brev til alle avtalespesialister som ikke rapporterer i henhold til fastsatte krav. Det vil bli gjort en gjennomgang for å vurdere hvilke videre oppfølging og eventuelle sanksjoner som bør iverksettes i forhold til avtalespesialister som ikke umiddelbart ordner dette, for å sikre at alle får et system som oppfyller kravet.

#### **Samhandlingsreformen**

- *Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enbet/enbet det henvises til. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at nye koder tas i bruk og rapportering i tråd med spesifisering.*

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet styringsdata på helseforetaksnivå der disse nye kodene brukes. I 2012 er det også gjennomført møter hos alle helseforetakene med bred deltakelse fra både Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. I møtene er rapportering diskutert med det enkelte helseforetak. Det er i tillegg informert gjennom felles regionalt nettverk for samhandling der alle helseforetakene deltar.



- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

I samarbeid med NPR arbeides det med en detaljert testrapportering for utskrivningsklare pasienter innen TSB. Når resultatene av testrapporteringen foreligger vil det være mulig å iverksette tiltak som kan forbedre registreringspraksis i det enkelte helseforetak.

### **Ventetider radiologi**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF i 2012 legge til rette for at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider til NPR fra 2013.*

Helse Sør-Øst RHF arbeider med klargjøring for at rapportering av radiologiske ventetider til NPR skal kunne starte opp i 2013. Det er blant annet utfordringer knyttet til at ulike datasystemer ved poliklinikkene ikke kan rapportere på gjeldende rapporteringsformat. Helse Sør-Øst RHF er i dialog med NPR via møter i *Nasjonalt Ventelisteforum* for å finne frem til gode løsninger på dette.

Helse Sør Øst RHF har i nye avtaler med private røntgeninstitutt fra 2012 tatt inn formuleringer som hjemler pålegg om rapportering til NPR.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at det ved nye avtaler med private røntgeninstitutt kreves rapportering om forventet ventetid for lavt prioriterte pasienter til informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg.*

Helse Sør-Øst RHF har i avtalene med private røntgeninstitutt fra 2012 tatt inn krav om at det skal rapporteres forventet ventetid for lavt prioriterte pasienter til informasjonstjenesten *Fritt sykehusvalg*.

### **Øvrige krav**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF informere NPR om nye avtaler med private tjenesteytere. Avtalepartene skal overholde rapporteringsfrister og rapportere elektronisk. Alle private sykehus og rusinstitusjoner skal rapportere ventelistedata.*

Det ligger som krav i alle våre avtaler at aktivitet skal rapporteres, til NPR eller til HELFO. Dette følges i stor grad, og sjekkes regelmessig for å sikre at rapporteringen er korrekt. Når det gjelder rusinstitusjonene ligger det som et krav i avtalene som ble inngått sommeren 2012 at det skal rapporteres ventelistedata.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sikre at sykehusene har rutiner for kvalitetssikring av data for rapportering til NPR.*

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak egne ansatte som har som oppgave å sørge for korrekt rapportering til NPR. Helse Sør-Øst RHF har jevnlig møter med disse gjennom et regionalt analysenettverk der problemstillinger knyttet til rapportering og standardisering av arbeidsoppgaver er kontinuerlig vurdert.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data. Dette er nødvendig blant annet for å kunne presentere ventelistedata og kvalitetsindikatorer på korrekt nivå.*

Helse Sør-Øst RHF er i dialog med NPR via Nasjonalt Ventelisteforum der hensikten er å få kartlagt helseforetak som ikke kan identifisere behandlingssteder. Arbeidet er utfordrende, særlig knyttet til organisasjonsstruktur og det underliggende PAS-systemet som støtter opp om dette, samt utfordringer knyttet til definisjonen av behandlingssted. I løpet av 2012 har Oslo universitetssykehus klart å rapportere behandlingssted og det planlegges at flere helseforetak med lignende utfordringer kan gjøre det samme i løpet av 2013.



### **Bruk av IKT funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet**

- *Foretaksrådet viste til at all dokumentasjon av medisinsk aktivitet i foretakene skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer bidrar til korrekt medisinsk koding i helseforetakene.*

Helse Sør-Øst RHF har besluttet regional standardisering på system for klinisk dokumentasjon (PAS/EPJ) fra DIPS. Foranalyse for innføring ble sluttført ved utgangen av 2012. Det ble gjort avrop på regional kurveløsning for Sykehuset Østfold i tillegg til samordning av samme løsning ved Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF har arbeidet målrettet med klinisk kodingskvalitet, kostnad per pasient (KPP), utvikling av kliniske indikatorer for måling av kvalitet i klinisk praksis, prosessstøtte, bruk av kunnskap samlet fra kvalitetsregistre (informasjon om pasientgrupper, behandlingsopplegg og resultater knyttet til prosedyrer), samt tilgjengeliggjøring av kliniske søkemotorer i det kliniske arbeidet i samarbeid med Helsebiblioteket. I samarbeid med Helsedirektoratet er det i 2012 gjennomført en foranalyse for utvikling av IT-beslutningsstøtte for medisinsk koding (Nasjonal kodingsmodul).

### **Fritt sykehusvalg**

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i 2012 iverksetter tiltak som sikrer at alle får informasjon og veiledning om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.*

Styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2012 er ”100 % andel ventetider oppdatert siste 4 uker” på [www.frittisykehusvalg.no](http://www.frittisykehusvalg.no). Helse Sør-Øst har oppnådd 82,5 %. Gjennomførte tiltak i 2012 har blant annet vært helseforetaksbesøk med opplæring av merkantilt personell for registrering av ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg. Hovedbegrunnelsen for et noe svakere resultat er manglende rutiner for oppdatering av forventet ventetid ved Oslo universitetssykehus. Planlagte tiltak er blant annet fokus på forbedrede rapporteringsrutiner gjennom tettere samarbeid som innbefatter oppfølging og opplæring av helsepersonell i aktuelle helseforetak og økt fokus i foretaksråder på manglende resultat på styringsvariabelen.

### **Regnskapshåndbok**

- *Foretaksrådet viste til at det er utarbeidet en regnskapshåndbok for regionale helseforetak. Regnskapshåndbokens del 1 gjenspeiler tidligere og nye føringer fra eiers side i regnskapsføringen. Det gjenstår en del 2 i regnskapshåndboken. Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å ferdigstille regnskapshåndbokens del 2 innen 15. mai 2012 og delta ved revideringer av håndboken. Regnskapshåndboken skal revideres løpende og det er til enhver tid den sist oppdaterte versjonen som gjelder. Foretaksrådet ba om at regnskapshåndboken legges til grunn for de regionale helseforetakene og helseforetakenes regnskapsføring.*
- *Foretaksrådet merket seg at regnskapshåndboken for regionale helseforetak nå foreligger og la til grunn at denne benyttes fra og med regnskapsåret 2012.*

Regnskapshåndboken for regionale helseforetak er benyttet ved regnskapsføringen for 2012, både ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene. Denne regnskapshåndboken er utarbeidet i samarbeid med alle regionene, og det er ingen forhold i regnskapshåndboken som ikke er dekket i Helse Sør-Østs kontoplaner og i egen økonomihåndbok.

## **3.4 Øvrige aktuelle saker i 2012**

I 2012 har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført fire foretaksråder med Helse Sør-Øst RHF. Kravene gitt i det første av disse, 31. januar 2012, er tatt inn i kapitlene ovenfor. I det siste møtet, 26. oktober 2012, ble bare en sak om salg av eiendom behandlet.

### **3.4.1 Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 7. juni 2012**

- *Foretaksmøtet merket seg at det fortsatt er negative resultater i hovedstadsområdet, og understreket viktigheten av at Helse Sør-Øst RHF har en kontinuerlig oppfølging av risikobildet og treffer korrigerende tiltak for å sikre god økonomisk styring og kontroll slik at eiers resultatkrav for 2012 nås.*

Både negative økonomiske resultater i helseforetakene i hovedstadsområdet, samt oppmerksomhet omkring krevende forhold knyttet til pasientbehandling og kvalitet, gjør at det fortsatt må arbeides målrettet for å gjenvinne nødvendig tillit til virksomhetene og pasienttilbudet til befolkningen i området. For helseforetakene i hovedstadsområdet er samlet foreløpig resultat ved årets slutt negativ i størrelsesorden 700 millioner kroner, noe som er en forbedring på omlag 300 millioner kroner fra 2011. Av det negative resultatet utgjør tillatt underskudd ved Oslo universitetssykehus 400 millioner kroner.

- *Foretaksmøtet forventet at hensynet til moderasjon i utviklingen av ledergodtgjøringene kommer til uttrykk i de årlige lederlønnserklæringene.*

Helse Sør-Øst RHF har tatt hensyn til dette kravet i sitt arbeid. Kravet til presisering i lederlønnserklæringene er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdragdokumentene. Alle helseforetak har fulgt opp dette i sine årlige erklæringer for 2012.

- *Foretaksmøtet forventet at styret etterspør kvalitet og pasientsikkerhetsresultater for helseregionen, og legger til rette for at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid prioriteres. Foretaksmøtet viste til avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere helseforetak, også tilbake i tid. Foretaksmøte viste til krav stilt i foretaksmøte i januar 2012 og forutsatte at dette følges opp.*

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i perioden oktober 2010 til august 2012 gjennomført interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Bakgrunnen er betydningen det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Det overordnede formålet har vært å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved styret og helseforetakets eier, om helseforetakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Konsernrevisjonen vil i 2013 igangsette oppfølgingsrevisjoner av revisjonene av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene som ble gjennomført i perioden 2010-2012.

Revisjonene viste da feil og mangler i det pasientadministrative arbeidet i flere av prosessfasene gjennom pasientforløpets vurderings-, ventetids- og behandlingsperiode. Dette var blant årsakene til at Helse Sør-Øst RHF iverksatte prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet ”*Glemt av sykehuse!*” i september 2011. Prosjektet er regionalt og har deltakelse fra alle helseforetak samt private ideelle sykehus. Det har som formål å legge til rette for og gjennomføre læring, erfaringsutveksling og standardisering av arbeidsprosessene i det pasientadministrative arbeidet for å sikre korrekt og trygg oppfølging av pasientene. Prosjektarbeidet og status i forbedringsarbeidet i helseforetaksgruppen generelt, og enkeltforetak spesielt, er omtalt i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet* under omtalen av kravet om å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

- *Foretaksrådet viste også til de nye kvalitetsindikatorerne innen kreftbehandling. Målsettingen er at 80 % av pasientene som henvises for kreftbehandling, skal være i gang med behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Foretaksrådet merket seg at det er utfordringer knyttet til denne indikatoren. I Helse Sør-Øst var det i 2011 67 pst. av de som fikk behandling for brystkreft, 32 pst. ved lungekreft og 58 pst. ved tykktarmskreft, som fikk behandling innen 20 dager. Foretaksrådet understreket at det er behov for å prioritere dette området slik at målene nås.*

I tillegg til formalisert rapportering, er styringskravene tema i oppfølgingsmøter med helseforetakene og regionalt fagdirektørforum. I tillegg arbeider det regionale fagrådet med kartlegging av flaskehalsene. Økt tilføring av legestillinger til kreftbehandling og budsjettmidler til pilotutprøvinger av kreftkoordinatorfunksjon er viktige regionale tiltak for å understøtte helseforetakenes arbeid med forløpstidene innen kreftbehandling.

- *Foretaksrådet viser til krav i oppdragsdokumentet 2012 om redusert ventetid. Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF innretter driften slik at målet nås.*

Situasjonen med fristbrudd og lange ventetider har hatt fokus i oppfølgingsmøter i 2011 og 2012, men er fortsatt utfordrende. Helseforetakene er tidligere bedt om å utarbeide fremdriftsplaner for å avvikle ventende over et år, med konkrete mål og tidsfrister for gjennomføring av tiltak. Helseforetakene har videre levert oppdaterte planer for å redusere ventetiden til målet på 65 dager for alle med og uten rett til nødvendig helsehjelp, for å redusere fristbruddene til null og for at ingen pasienter skal ha ventetid på over et år. I tillegg er kjøpsavtalene med private noe utvidet slik at eventuelle kapasitetsutfordringer kan imøtekommes. Helseforetakene gir tilbakemelding om at arbeidet målrettes og har sterkt ledelsesfokus. Fra høsten 2012 er oppfølgingen ytterligere forsterket gjennom månedlig oppfølging av helseforetakene hvor helseforetakene har gjennomgått planer, status og utvikling i arbeidet med å nå målene.

Den samlede gjennomsnittlige ventetid i 2012 var 73,3 dager (målt per 3. tertial). I desember 2012 var tallet 70,4.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.* Fristbrudd og ventetider er tema i alle lederfora i tillegg til styremøter i Helse Sør-Øst RHF. Oppfølging av fristbrudd har hatt høy prioritert og det legges stor vekt på dette arbeidet i helseforetaksgruppen. I tillegg til at Helse Sør-Øst RHF og helseforetaksgruppen som helhet har fokus på kontroll og risikostyring, pågår det et regionalt arbeid for å øke kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet. Det er videre nedsatt en arbeidsgruppe for korrekt håndtering av henvisninger og sikring av pasienters rettigheter ved kapasitetsproblemer. Hovedfokus er fortsatt på å etablere gode rutiner for håndtering av henvisninger, vurdering av frister, oppfølging av pasienter og å sikre at fristbrudd ikke oppstår.

Målet om at det ikke skal være fristbrudd er ikke nådd, og helseforetakene har i løpet av 2012 utarbeidet nye og mer detaljerte planer for hvordan målet skal nås.

Andel fristbrudd for alle i 2012 var på 7,6 % (målt per 3. tertial). I desember var tallet på fristbrudd nede i 4,8 %.

- *Foretaksmøtet viste til oppdragsdokumentet for 2011 hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å implementere nytt styringssystem for nasjonale tjenester. En gjennomgang viser at det mangler årsrapporter for flere tjenester og at et betydelig antall referansegrupper mangler. Det vil bli sendt et eget brev fra departementet om dette. Foretaksmøtet la til grunn at opprettelse av referansegrupper og rapportering bringes i tråd med stilte krav, og at Helse Sør-Øst RHF rapporterer særskilt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2012 om status.*

Helse Sør-Øst RHF sendte status på rapportering og på opprettelse av referansegrupper for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 1. oktober 2012.

Alle nasjonale tjenester har levert inn årsrapport for 2011. Årsrapportene var av forskjellig kvalitet og Helse Sør-Øst RHF har startet en prosess med å forbedre de innleverte årsrapportene for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten fra og med årsrapportering for 2012.

Ved årsskiftet har 21 av 29 nasjonale behandlingstjenester etablert referansegruppe, 17 av 21 nasjonale kompetansetjenester etablert referansegruppe og 7 av de 9 flerregionale behandlingstjenestene etablert referansegruppe.

- *Foretaksmøtet viste til rapportering fra Helse Sør-Øst RHF om hovedstadsprosessen hvor det presiseres at omstillingsprosessen i hovedstadsområdet er viktig og nødvendig. Foretaksmøtet viste også til Innst. 316 S (2011-2012) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus og korrespondansen i forbindelse med kontrollhøringen. Foretaksmøtet har merket seg styrets presisering om at det er viktig at kvaliteten på pasientbehandlingen prioriteres og at omstilling under trygghet sikres. Det legges til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp at helseforetakene har realistiske og konkrete planer som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og samarbeidsparter, herunder kommunene, og som er i tråd med gjeldende økonomiske rammer. Det må legges til grunn god medvirkning fra ansatte og brukere både i daglig drift og i utviklingen av helseforetaket. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF prioriterer arbeidet med utvikling av IKT-løsninger som understøtter organiseringen i hovedstadsområdet. Foretaksmøtet har videre merket seg Helse Sør-Øst RHF sine tiltak i forhold til risiko for det enkelte foretak i hovedstadsområdet. Det ble vist til identifiserte områder som skal følges opp særskilt, herunder utvikling i antall ansatte/ riktig bemanning, pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fristbrudd, ventetider og totalutnyttelse av kapasitet, arbeidsmiljø, kommunikasjon med ansatte, brukere og samarbeidspartnere og etablering av samhandlingsarena Aker. Foretaksmøtet la til grunn at dette fortsatt inngår i rapporteringen til eier om situasjonen i hovedstadsområdet, som videreføres i tråd med de etablerte oppfølgingsmøtene.*

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Helseforetakene skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktivitet planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivning. Oppdrag og bestilling til helseforetakene er utarbeidet med bakgrunn i styringskrav fra oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og protokoll fra det regionale helseforetakenes foretaksmøte med Helse- og omsorgsdepartementet. Tilsvarende legges til grunn samlede risikovurdering, overordnede rammer og økonomiske og faglige prioriteringer. I plan for strategisk utvikling konkretiseres to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering: *Et løft for kvalitet og pasientsikkerhet* og *Fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger*.

Utvikling i hovedstadsområdet 2012 har vært fulgt opp på hvert av oppfølgingsmøtene gjennom året med de berørte helseforetakene Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Vestre Viken. Rapportering til eier om situasjonen i hovedstadsområdet, videreføres i tråd med de etablerte oppfølgingsmøtene.

Helse Sør-Øst RHF har prioritert og fokusert ressurser og økonomiske midler inn mot hovedstadsprosessen og de berørte helseforetakene. Videre standardisering av IKT-løsninger i hovedstadsområdet har vært prioritert. Dette har vært en forutsetning for å kunne realisere enkelte potensielle gevinster. Samling av alle pasientjournaler fra de tidligere helseforetakene som nå utgjør Oslo universitetssykehus i samme database, tilgjengelig for hele Oslo universitetssykehus, var en viktig og vellykket milepæl.

Pasientsikkerhet er et av de områdene som har størst oppmerksomhet i arbeidet på regionalt og helseforetaksnivå i Helse Sør-Øst. Området er derfor berørt i mange av rapporteringspunktene i denne årlige meldingen. For rapportering i forhold til pasientsikkerhet, vises det spesielt til omtale i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet*.

*Overordnet bemanningsutvikling for hovedstadsområdet:*

Brutto månedsverk hovedstadsområdet - endringer 2011-2012															
Oslo universitetssykehus				Akershus universitetssykehus				Vestre Viken				Sum hovedstaden			
2012	2011	Δ		2012	2011	Δ		2012	2011	Δ		2012	2011	Δ	
17 219	17 231	-12	0 %	6 284	6 264	21	0 %	6 813	6 738	76	1 %	30 316	30 232	84	0 %

*Bemanningsutvikling for helseforetakene i hovedstadsområdet fordelt på faggrupper:*

Bemanning fordelt på faggrupper		
Oslo universitetssykehus HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	17376	17066
Antall ansatte (ved årets slutt)	23423	21869
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	2278	2322
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	6261	6075
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	931	909
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	2221	2164
Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	781	830
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	1169	1179
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	1943	1910
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	1733	1623
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	55	50
Akershus universitetssykehus HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	6 046	6241
Antall ansatte (ved årets slutt)	8 848	9062
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	793	862
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	1191	2047
Brutto månedsverk, helsefagarbeidere/hjelpepleiere (gjennomsnitt)	410	400
Brutto månedsverk, diagnostisk personell (gjennomsnitt)	267	287
Brutto månedsverk, pasientrettede stillinger (gjennomsnitt)	830	868
Brutto månedsverk, forskning (gjennomsnitt)	46	56
Brutto månedsverk, psykologer (gjennomsnitt)	319	317
Brutto månedsverk, administrasjon/ledelse (gjennomsnitt)	921	930
Brutto månedsverk, drifts- og teknisk personell (gjennomsnitt)	459	461
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	10	13
Vestre Viken HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	6767	6725
Antall ansatte (ved årets slutt)	9366	9428
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	878	909
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	2718	2720
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	291	299
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	1419	951

Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	63	73
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	418	393
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	500	679
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	483	679
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	22	22

### Omstilling og medvirkning.

I de pågående prosesser for interne omstillinger legger alle de tre berørte helseforetak til grunn Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven, samt ”12 prinsipper for omstilling” som er etablert av Helse Sør-Øst i samarbeid med de konserntillitsvalgte for de ansattes hovedorganisasjoner. Dette legger grunnlaget for samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud, slik at ønsket medvirkning ivaretas. Medvirkningen utgjør et viktig og nødvendig korrektiv til de vurderinger og beslutninger som treffes. Det er etter behov ved det enkelte helseforetak etablert supplerende retningslinjer for gjennomføringen av omstillingene.

Ved Oslo universitetssykehus har det fra de ansatte blitt fremført en opplevelse av at de ikke har tilstedeværende og synlige ledere i sin arbeidshverdag, blant annet som en følge av store lederspenn og mangel på stedlig ledelse. Helseforetaket har sammenholdt dette med registrerte utfordringer knyttet til involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. På denne bakgrunn har nå helseforetaket påbegynt et arbeid med å legge om lederstrukturen i sykehuset ved å innføre stedlig ledelse i mer enn 60 enheter.

### Arbeidsmiljø

Alle helseforetak gjennomfører årlig kartlegging av medarbeidernes opplevelse av det organisatoriske arbeidsmiljøet gjennom felles regional medarbeiderundersøkelse. Denne følges opp i samtlige enheter med lokalt forankret forbedringsarbeid og konkrete handlingsplaner. De tre hovedstadsforetakene skårer alle likt med øvrige helseforetak på forhold som berører kommunikasjon til medarbeidere:

	Leder er tilgjengelig for medarbeideren ved behov	Leder informerer om det som foregår i virksomheten	Leder følger opp det en er enige om
Akershus universitetssykehus	76	74	71
Oslo universitetssykehus	75	72	70
Vestre Viken	77	75	72
<b>Helse Sør-Øst totalt</b>	<b>76</b>	<b>73</b>	<b>71</b>

Oslo universitetssykehus har i tillegg laget seks egne spørsmål om omstillings- og endringsprosessen som mer enn 10 000 medarbeidere har besvart. Spørsmålene berører om medarbeidere opplever en større grad av felles kultur, tro på endringsprosessen og om de har vært tilstrekkelig involvert og ivaretatt under prosessen. Det finnes ingen referanseverdier som gjør det mulig å si om skårene ved Oslo universitetssykehus er høyere eller lavere enn det som er vanlig for slike omfattende omstillingsprosesser.

Resultatene fra kartleggingen følges aktivt opp av ledelse ved Oslo universitetssykehus.

- *Foretaksmøtet viste til at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ser ut til å virke etter intensjonen. Foretaksmøtet ba om at aktiviteten i sykehusene styres og tilpasses aktiviteten i kommunene og aktivitetsbestillingen i oppdragsdokumentet for 2012.*

Å overføre aktivitet og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er et sentralt mål i samhandlingsreformen. Utviklingen etter samhandlingsreformens første år viser at sykehusene og helseforetakene bør nedjustere egen sengekapasitet raskere enn tidligere planlagt, og overføre



ressurser til poliklinisk virksomhet og/eller til kommunene. Helse Sør-Øst RHF har hatt fokus på utviklingen gjennom året. Aktiviteten har vært fulgt i månedlige rapporter og har vært gjennomgående tema på oppfølgingsmøter med helseforetakene i regionen.

- *Foretaksmøtet påpekte at pasienter i livets slutfase, med forventet død innen kort tid, ikke skal vurderes som utskrivningsklare selv om de er medisinsk ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, dersom pasienten/pårørende og legen ut fra en forsvarlighetsvurdering kommer fram til at det beste for pasienten er å være på sykehus.*

Presiseringen og påpekingen har vært videreført i foretaksmøte med de aktuelle helseforetak. Tema er også tatt opp i nettverksmøter og på fagdirektørmøter.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF bidra til at det etableres øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i tråd med intensjonen. Eventuelle ubrukte midler til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2012 vil bli tilbakeført regionale helseforetak høsten 2012 etter samme nøkkel som midlene ble trukket ut.*

Alle helseforetakene har i løpet av 2012 vært i dialog med sine kommuner om etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud. Det er fra Helsedirektoratet innvilget søknad om etablering av slikt tilbud i 49 kommuner i regionen. Ingen av disse starter opp før 1. juli og det har derfor ikke vært utløst tilskudd fra det regionale helseforetaket til kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud i 2012. Det ble satt av 73,2 millioner kroner regionalt til delfinansiering av oppbygging av øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene i henhold til intensjonen i Samhandlingsreformen. Midlene ble derfor tilbakeført til helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF har pr. januar 2012 en samlet driftskredittramme på 3 938 mill. kroner, jf. foretaksmøte 31. januar 2012. Som følge av forslaget i Prop. 111 S (2011-2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012, reduseres Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt med 200 mill. kroner, slik at driftskredittrammen ved utgangen av 2012 settes til 3 738 mill. kroner. Driftskredittrammen vil bli nedjustert månedlig fom. august måned.*

Se rapportering under overskrift *Likviditet og driftskreditter* i kapittel 3.1 *Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012*.

- *Det er besluttet at det skal gjennomføres en pilot med felles nødnummer og felles nødsentraler for helsetjenesten, brannvesenet og politiet ved SAMLOK i Drammen med en utprøvsperiode på to år. Det er ikke tatt stilling til om det skal innføres ett felles nødnummer nasjonalt. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF understøtte/ sørge for at piloten med felles nødnummer og felles nødsentraler gjennomføres innenfor de rammer som fastsettes i eget oppdrag.*

Pilotprosjektet *Samlok* i Drammen er evaluert og en sluttrapport er overlevert. Helse Sør-Øst RHF har vært representert i styringsgruppen. Det regionale helseforetaket har avgitt ressurser til pilotprosjektet med felles nødnummer og felles nødsentral. Helse Sør-Øst RHF er også representert i referansegruppen.

### **3.4.2 Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 15. oktober 2012**

- *Foretaksmøtet ber Helse Sør-Øst RHF om å bidra i arbeidet med planlegging av et norsk senter for partikkelterapi. Arbeidet skal inneholde plan for etablering, organisering og drift berunder et omforent mandat med rammer for igangsetting av idéfase. Frist for oppdraget settes til 1. februar 2013.*

Helse og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøte den 15. oktober 2012 Helse Vest RHF om å planlegge for et norsk senter for partikkelterapi. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å bidra i arbeidet. For å løse oppdraget ble arbeidet organisert som et prosjekt med styrings-, prosjekt- og referansegruppe hvor alle helseregionene har vært representert. Prosjektets mål har vært å utarbeide en helhetlig plan for etablering, organisering og drift og en samarbeidsmodell mellom



de fire regionale helseforetakene som sikrer oppbygging av kompetanse i alle helseregionene. Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i arbeidet.

### **3.4.3 Omtale av øvrige aktuelle saker**

Ut over foretaksmøteprotokoller i 2012 har Helse Sør-Øst RHF mottatt Oppdragsdokument 2012 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012).

#### **Rapportering for krav gitt i Oppdragsdokument 2012 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012)**

- *Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd*

*Fra 2011 er det igangsatt pilotscreeningprogram for å avdekke tykk- og endetarmskreft. Innenfor programmet er det behov for flere patologitjenester, økt opplæring av skopører og en følgeevaluering av pilotprosjektet. Helse Sør-Øst RHF tildeles 3,1 mill. kroner, herunder 1 mill. kroner til evaluering.*

Det er god framdrift i arbeidet med pilotscreeningprogrammet for å avdekke tykk- og endetarmskreft. Pilotprosjektet har egen styringsgruppe og referansegruppe, og en svært effektiv og god prosjektledelse. Arbeidet har høy prioritet og er i god gjenge på de to sykehusene (Sykehuset Østfold, Moss sykehus og Vestre Viken, Bærum sykehus) som kjører piloten. Planlegging startet i 2011, oppstart var i 2012, og 2013 blir det første året med full helårsdrift. Prosjektledelsen følger løpende med på oppslutningen om og funn ved screeningaktivitetene. Det er tilrettelagt for en omfattende evaluering, og innsamling av data foregår parallelt. Den trinnvise progresjonen har gitt økonomiske utfordringer, ved at det har vært forskjellige finansieringsbehov for disse tre årene. For 2012 er ekstratildelingen på 3,1 millioner kroner lagt til den ordinære rammen for prosjektet. Bevilgningen over statsbudsjettet ble betydelig redusert fra 2012 til 2013. Denne utfordringen med en underbudsjettering for 2013 ser ut til å løse seg ved at en har fått disponere overførte midler fra 2011 og 2012.

- *Kap. 732, postene 72-75 Brystrekonstruksjon*

*Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 50 mill. kroner til styrking av tilbudet for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og med protese. Dette innebærer at ventetiden kan reduseres betydelig.*

*Økningen fordeles med 15 mill. kroner til kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og 35 mill. kroner til basisbevilgningene til de regionale helseforetak:*

*- Kap. 732, post 72, økes med 18,9 mill. kroner*

*- Kap. 732, post 73, økes med 6,6 mill. kroner*

*- Kap. 732, post 74, økes med 5,0 mill. kroner*

*- Kap. 732, post 75, økes med 4,5 mill. kroner*

*Det vises til omtale av aktivitet i DRG-poeng 2012 nedenfor.*

*Departementet ber de regionale helseforetakene om følgende rapportering per 1. oktober 2012:*

*Hvor mange pasienter venter på operasjon for henholdsvis rekonstruksjon med eget vev og med protese.*

*Hvor lang er ventetiden for operasjon fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.*

*Forventet antall operasjoner i 2012 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).*

*Forventet antall operasjoner i 2013 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).*

*Forventet antall operasjoner hos private aktører i 2012 og 2013 fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.*

*Departementet ber de regionale helseforetakene om å sørge for en felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte, slik at rapporteringen per regionale helseforetak er sammenlignbar.*

Helse Sør-Øst har sammen med de øvrige regionale helseforetakene bidratt til å sørge for felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte.

Det vises for øvrig til omtale i kapittel 2.1.5 *Kreftbehandling*, der tiltak for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er beskrevet nærmere.

- *Kommunene skal etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene fra 2012. De regionale helseforetakene skal bidra til at det etableres slike tilbud. Eventuelle ubrukte midler til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2012 vil bli tilbakeført regionale helseforetak høsten 2012 etter samme nøkkel som midlene ble trukket ut, jf. foretaksmøtene i juni 2012. Det er viktig at plassene som opprettes holder en kvalitet som innebærer at det er tilrettelagt for forsvarlig oppfølging, behandling og observasjon av pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet, som pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå. Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i et øyeblikkelig hjelp døgntilbud forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet. I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand, i mange tilfeller, stiller krav til kort responstid. Det vises også til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold<sup>1</sup>.*

Helse Sør-Øst RHF har hatt en kontinuerlig dialog med sine helseforetak vedrørende etablering av døgnbaserte øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Det er etablert et nettverk av samhandlingsansvarlige i helseforetakene. Nettverket ledes av det regionale helseforetaket. Kvalitet og innretning på avtaler om øyeblikkelig hjelp-tilbud har vært tema på alle møter. Temaet har i tillegg også vært tatt opp på fagdirektørmøter i regionen. Helseforetakene signaliserer usikkerhet i forhold til kvaliteten på de kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud og vurderer dette som en stor utfordring. Helse Sør-Øst RHF har tatt opp disse bekymringer i Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen og har sammen med øvrige regionale helseforetak anmodet om å få utarbeidet klarere veileder for etablering av slikt tilbud. Det meldes fra helseforetakene at det er etablert en god dialog for utvikling av gode tilbud i kommunene.

---

<sup>1</sup> <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Publikasjoner/veiledningsmaterieell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>

## 4. Styrets plandokument

### 4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke i årene framover. Dette kan delvis begrunnes i demografiske forandringer, flere med kroniske og sammensatte sykdommer, medisinsk faglig og teknologisk utvikling og høyere forventninger blant befolkningen.

Det stilles store krav til framtidens helsetjeneste for å dekke økende behov og sikre gode, trygge helsetjenester nær pasienten. Samhandlingsreformen skal adressere noe av dette med sitt fokus på forebygging, samt kompetanse- og oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten. Ansvar for behandling og oppfølging av kronikergrupper og eldre pasienter, skal i økende grad ivaretas i kommunen og av fastlegen.

En aldrende og økende flerkulturell befolkning har konsekvenser for forekomsten av visse type lidelser, jf. Helsedirektoratets kompetansebehovsrapport. Det forventes en betydelig økning (opptil 50-60 %) i aldersrelaterte sykdommer som høyt blodtrykk, hjertesvikt, hjerneslag, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd. Psykiske lidelser som demens, depresjoner og rusmisbruk øker også blant eldre.

Ikke-vestlige innvandrere utgjorde ca. 21 % av Oslos befolkning i 2012. Som gruppe har innvandrere dårligere helse enn etniske nordmenn, særlig psykosomatiske og psykiske plager (SSB/HDir) både blant barn og voksne. I tillegg er det høyere forekomst av overvekt, fedme og diabetes type 2 blant noen grupper innvandrere.

Utfordringene er fortsatt blant annet å sikre god, trygg og effektiv behandling for folk med sammensatte og langvarige lidelser, ofte eldre brukere og pasienter. Dette krever god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene, i tillegg til innovative medisinsk-faglige, organisatoriske og IKT-løsninger.

Innovasjon innen genetik, bioteknologi og bioinformatikk har allerede kommet noen grupper pasienter til gode (kreft, hjertekarsykdom). Men det forventes ikke at genterapi, genetisk profilering og molekylærmedisinske teknikker får store konsekvenser for pasientbehandling før 2020-2025. Etter hvert kan farmakogenetik og farmakogenomikk bidra til individuelt tilpasset medisiner som er mer effektive og har mindre bivirkninger.

Informasjonsteknologi skal i større grad påvirke hvordan helsetjenester tilbys fremover, både i møte med pasienten, samhandling, dokumentasjon og kommunikasjon mellom ulike ledd innenfor et behandlingsforløp eller mellom tjenestenivå. Dessuten skal helhetlige IKT-systemer være sentrale i arbeid med kvalitets- og pasientsikkerhet.

#### *4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet*

Behovet for helsetjenester vokser innenfor helseregionen delvis pga. demografiske endringer, økt sykdomsbyrde i befolkningen, medisinsk teknologisk utvikling og høyere forventninger blant innbyggerne i regionen.

#### **Befolkningsutvikling**

Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som utgjør ca. 2,8 av landets 5 millioner innbyggere. Ut fra SSBs prognose<sup>2</sup> forventes at befolkningen i regionen øker til om

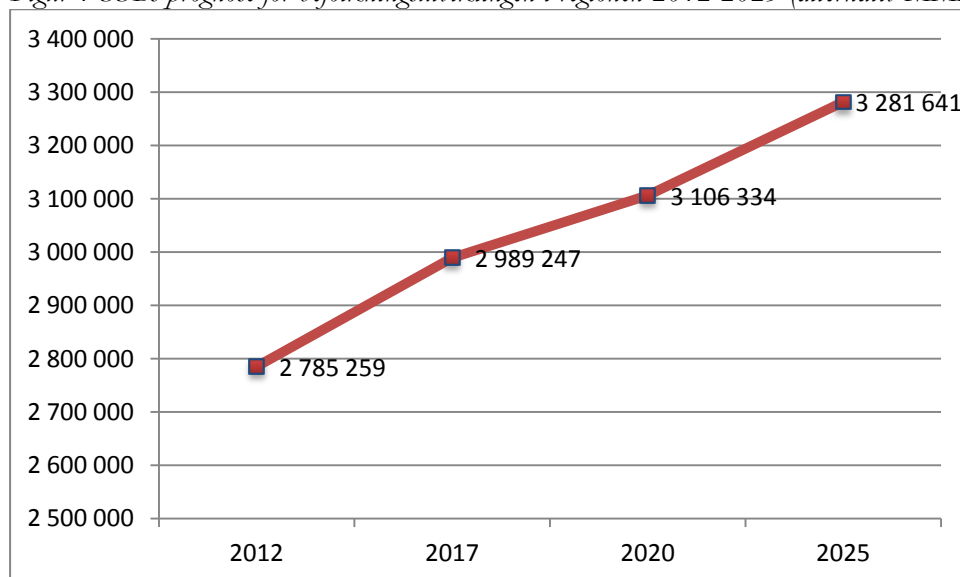
---

<sup>2</sup> Fremskrivningstall fra SSB. Mellomalternativ. For Bydeler i Oslo legges tall fra Oslostatistikken til grunn.

lag 3,0 millioner i 2020 og 3,3 millioner i 2025, dvs. en økning fra 2012 på hhv. 11,5 % og 17,8 %. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

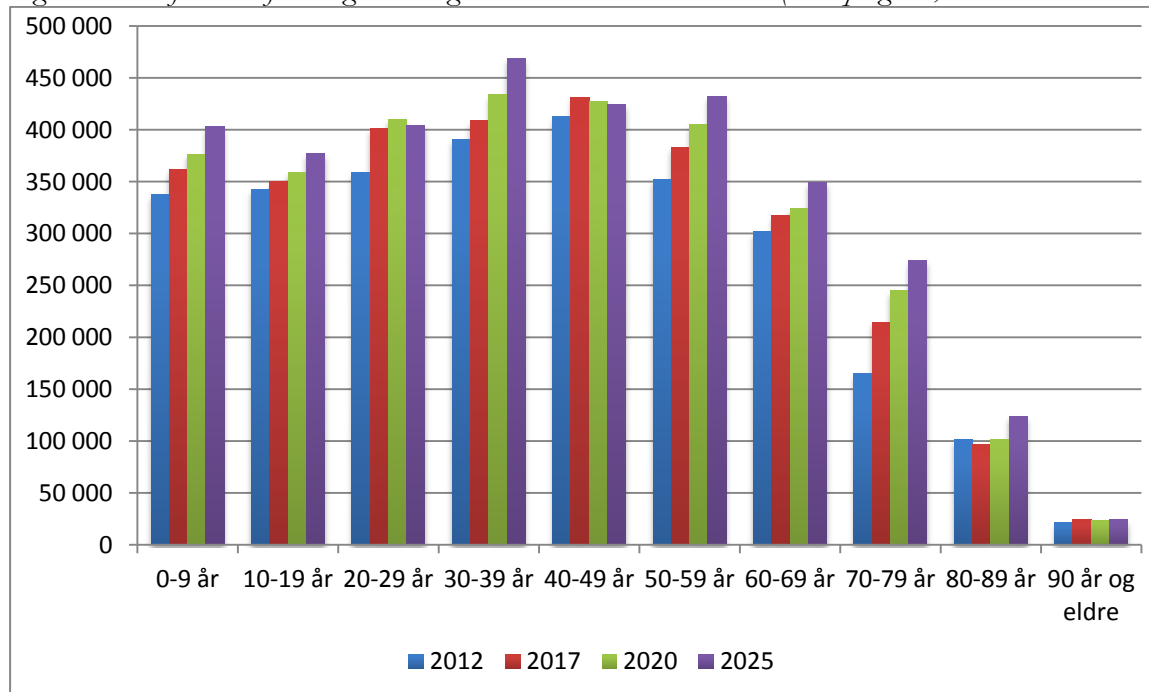
For regionen samlet er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Særlig bør merkes at aldersgruppene over 50 øker med om lag 263 000 (27 %) i perioden fremtil 2025. Denne gruppen har et relativt høyt forbruk av spesialisthelsetjenester.

Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutviklingen i regionen 2012-2025 (alternativ MMMM)



### Aldring i befolkning Helse Sør-Øst

Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i Helse Sør-Øst 2012-2025 (SSB prognose, alternativ MMMM)



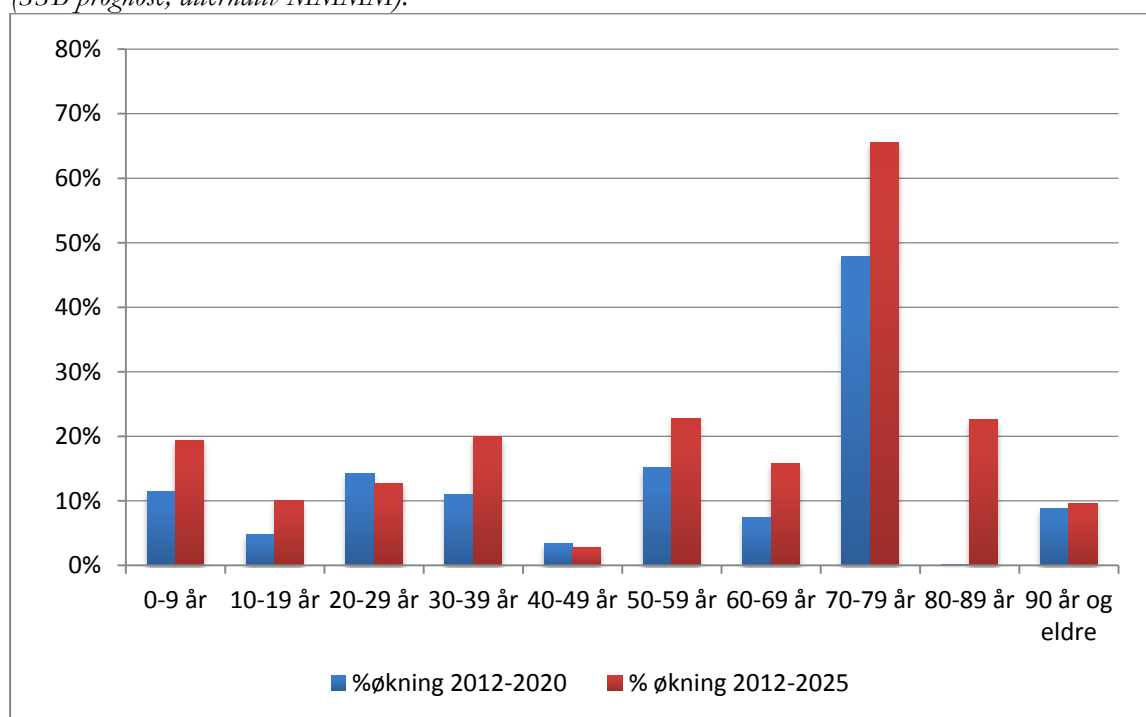
Antall eldre øker stadig i Helse Sør-Øst. Figurene 2 og 3 viser at den største økning skjer i gruppen 70-79 år (48 %). Forekomsten av aldersrelaterte sykdommer øker som konsekvens av at

folk lever lengre. Eldre over 70 har fem ganger så stort forbruk av sykehustjenester som den øvrige befolkningen og de over 80 (5 % av den norske befolkningen) bruker 45 % av alle somatiske sykehussenger. (Hdir 2012: *Behov for spesialist kompetanse i helsetjenesten*).

Internasjonale trender derimot viser at antall år folk lever med god helse øker. Det betyr at netto innvirkning av "eldrebølgen" på samfunnet fortsatt er uklar og avhengig av helsetilstand tidlig i alderdommen.

Samhandling mellom spesialist-, primær- og kommunale pleie- og omsorgstjenester er avgjørende for eldre pasienter, ofte med samtidige kroniske, sammensatte sykdommer. Et av formålene med samhandlingsreformen er å holde folk friske og utenfor sykehus i størst mulig grad. Dette kan skje enten ved effektiv forebygging og tidlig intervensjon ved at behandling og oppfølging skjer hjemme eller i kommunehelsetjenesten. Det krever bruk av virkemidler som støtter innovasjon, kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom tjenestenivå for å sikre kvalitet i hele pasientforløpet, både det som skjer innenfor og utenfor sykehus.

Figur 3 Prosentvis befolkningsendring i Helse Sør-Øst fordelt etter aldersgrupper 2012-2020 og 2012-2025 (SSB prognose, alternativ MMMM).



## Innvandring

I 2012 var det omlag 655 000 personer bosatt i Norge som enten hadde innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrereforeldre (108 000). Til sammen utgjør denne gruppen 13,1 % av befolkningen. Halvparten har bakgrunn fra Europa og over en tredjedel har bakgrunn fra Asia.

Innvandrergruppen er en heterogen gruppe fra et sosioøkonomisk- og helseperspektiv. Sosioøkonomiske problemfaktorer som lav utdanning, lav inntekt og høy arbeidsledighet forekommer hyppigere blant enkelte grupper innvandrere enn blant etnisk nordmenn, noe som kan prege oppveksten og skape større helseforskjeller hos både barn og voksne.

Over en firedel av alle innvandrere bor i Oslo (Oslostatistikken) og nesten 30 % av Oslos befolkning har innvandrerbakgrunn. Om lag 30 % av alle innvandrere i Oslo har bakgrunn fra EU-land. De fleste av Oslos innvandrere har sin bakgrunn fra Pakistan, Sverige, Somalia eller

Polen. Siden 2000 har innvandrerbefolkningen i Oslo økt med 91 %. Det har vært særlig stor vekst av arbeidsinnvandrere fra EU-land i Øst-Europa, spesielt Polen, i tillegg til Sverige. Bydelene i Oslo øst (særlig Stovner, Alna, Grorud og Østensjø) har størst innflytting av innvandrere (1. og 2. generasjon).

## **Utfordringsbilde**

### *Sykdomsutvikling*

En aldrende og mer flerkulturell befolkning har konsekvenser for forekomst av visse type lidelser. Det forventes en betydelig økning (opptil 50-60 %) i aldersrelaterte sykdommer som høyt blodtrykk, hjertesvikt, hjerneslag, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd.

Noen livsstilssykdommer fortsatt øker i den generelle befolkningen: overvekt, fedme (spesielt hos barn og unge), diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, astma og allergier (HDir). Det forventes også en økning i depresjon og angst generelt i befolkningen, også hos barn og unge. Antall alkoholrelaterte innleggelseser (i somatisk sykehus) er nesten fordoblet i perioden 1999-2010 (HDir, med tall fra NPR). Imidlertid øker ikke alkoholbruk blant ungdom lenger. Andel pasienter med dobbel rusproblematikk forventes å øke i årene fremover. Antall legemiddelassistert rehabilitering (LAR) pasienter økes samtidig som antall sprøytemisbrukere er stabilisert.

Det skal være høy kompetanse og kvalitet i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Den samlede kapasiteten innen TSB skal vurderes fremover med en særskilt satsning på økt poliklinisk og ambulant behandling. DPS skal være veien inn og ut av psykisk helsevern (i tråd med anbefalingene fra *Nasjonale Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB*) og nøkkelstruktur for videreutvikling av behandlingstilbudet innen TSB.

I årene fremover kommer flere pasienter til å få behandling og oppfølging utenom spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen har gitt primærhelsetjenesten og fastlegene et formelt, utvidet ansvar for kronikergruppen, som bare vokser fremover. Utfordringen ligger i å klargjøre roller, sikre tilstrekkelig kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom de ulike tjenestenivå, slik at pasienten får et godt og trygt tilbud.

Forekomsten for mange krefttyper har vært stabil eller på vei nedover. Men med flere eldre, særlig de over 70, kan vi forvente en økt forekomst av de fleste krefttyper. Tidligere diagnose og bedre behandlingsmetoder betyr at flere kreftoverlevende tilhører kronikergruppen. Etterspørselen fra pasienter og brukere med kroniske sykdommer etter rehabiliteringstilbud og lærings- og mestringssentre kommer til å øke fremover.

### *Sosial ulikhet i helse*

Selv om alle grupper i landet har fått bedre helse de siste 30 årene, har personer med lang utdanning og høy inntekt fortsatt lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og for både barn og voksne. OECD data fra 2010 viser at økonomiske barrierer bidrar til et udekket helsebehov og redusert tilgang til helsetjenester blant personer med lav inntekt (OECD *Health at a Glance 2011*, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/49084488.pdf>). Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

### *Ventetider og fristbrudd*

Ventetid for alle (med og uten rett) er redusert fra 75 dager i 2011 til 73 dager i 2012. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) redusert fra 75,8 til 75,0 dager fra 2011 til 2012, og det er en reduksjon fra 63 til 60 dager for rettighetspasienter. Vel 90 %

av de som fremdeles står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for et økende antall langtidsventende, hovedsakelig de uten rett til helsehjelp, som særlig venter innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer.

For psykisk helsevern er ventetiden for alle (med og uten rett) økt fra 51 til 52 dager for psykisk helsevern for voksne og redusert fra 51 til 48 dager for psykisk helsevern for barn og ungdom, fra 2011 til 2012. For rettighetspasienter er nedgangen på 1 dag for hele gruppen fra 47 til 46 dager.

For TSB er gjennomsnittlige ventetider for alle (med og uten rett) redusert fra 65 dager i 2011 til 59 dager i 2012. For rettighetspasienter er det en reduksjon fra 66 dager i 2011 til 59 dager i 2012. Innen TSB er det ventetider på innleggelse til døgnbehandling som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

#### *Antall nyhenviste*

Antall nyhenvisninger innen somatikk økte fra 2011 til 2012 med 3,5 %<sup>3</sup>. Innen psykisk helsevern er økningen på 1,7 % (psykisk helsevern for voksne 1,4 % og psykisk helsevern for barn og ungdom 2,7 %).

Det har vært en tilsynelatende reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB på 15,2 % i 2012. Årsaken til nedgangen er uklar, men den antas å ha sammenheng med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

#### *Samhandling/ samhandlingsreformen*

Samhandlingsreformen har som formål at pasienter og pårørende skal oppleve et godt og helhetlig helsetilbud, begrense og forebygge sykdom og gjøre spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mer likeverdige.

Kommunene overtok ansvaret for utskrivningsklare pasienter i sykehus fra 1. januar 2012. Ordningen baseres på klare kriterier for utskrivningsklare pasienter og gode samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene, for å sikre at pasientene kan skrives ut til et forsvarlig tilbud i kommunen.

Fra 2016 er kommunene lovpålagt å ha et døgntilbud til sin befolkning som kommer i tillegg til spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er en oppfatning at mange i kronikergruppen med avklart sykehistorie og avklart behandling ved forverring kan få et bedre i kommunen framfor å bli innlagt på sykehus. Det er derfor gradvis trukket ut midler fra spesialisthelsetjenesten for å delfinansiere oppbygging av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Dette gir store utfordringer for det regionale helseforetakets prognoser som grunnlag for eventuelt reduksjon av egne akuttfunksjoner. Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene. Det er vanskelig å forutse hvilke konsekvenser dette vil få for planleggingen også i et langsiktig perspektiv.

Det vært en betydelig reduksjon i antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012. Antall liggedøgn er redusert med mellom 90 000 og 100 000 liggedøgn fra 2011 til 2012<sup>4</sup>. Forutsatt et "vanlig" gjennomsnittlig belegg på 85 % utgjør reduksjonen nesten 300 sykehussenger, sammenlignet med 2011.

---

<sup>3</sup> 2. tertial

<sup>4</sup> Basert på tall fra november 2012



Analysene viser at liggedøgnreduksjonen i 2012 til dels kan forklares av den langvarige trenden med reduserte liggetider i sykehus, men ca. Halvparten av liggetids- og liggedøgnreduksjonen kan tilskrives samhandlingsreformen. De fleste kommunene og bydelene har arbeidet svært godt med å ta ut sine utskrivningsklare pasienter. Dette har muliggjort at antall utskrevne døgnpasienter økt med ca. 5 000 fra 2011 til 2012, trass i den store nedgangen i liggedøgn.

Det er viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til enda mer dagbehandling og poliklinikk. Dette viser seg ved at ventetiden til innleggelse for elektive døgnpasienter har gått noe ned, uten at det har påvirket den gjennomsnittlige ventetiden for alle avviklede, somatiske pasienter.

Det er en forutsetning at unødvendige reinnleggelser skal forebygges og reduseres. Reinnleggesratene har økt de siste fem årene (*Samdata 2011*) og er virker tilsynelatende lite endret av samhandlingsreform. Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre en mer definitiv analyse av dette og medvirker også i et prosjekt for å forebygge reinnleggelser ved Vestre Viken, Bærum.

DRG-døgnbehandling har økt, mens det har vært liten endring av DRG-dagbehandling og - poliklinikk. Utviklingen speiles også ved at den kommunale medfinansieringen har blitt større enn planlagt. Dette krever at helseforetakene omstiller og evt. nedjusterer egen somatiske sengekapasitet raskere enn tidligere planlagt, samtidig med at aktivitet og fagpersonell overføres til dagbehandling og poliklinikk.

Plikten til veiledning og kompetanseheving er et av områdene ved implementering av samhandlingsreformen som gir utfordringer og det bør presiseres nærmere Plikten omfatter også mer systematisk veiledning. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevende tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtales festes. I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer å bistå samarbeid, kompetansebygging og brukermedvirkning.

*Kreftutredning og diagnose – Normative kreftforløpstider skal innfris.*

Det skal sikres gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter, i tråd med Nasjonal kreftstrategi (2013-2017). I henhold til oppdragsdokumentet for 2013 skal de regionale helseforetakene redusere flaskehalsen innen kreftbehandlingen. Regionalt kreftråd holder på å ferdigstille en kartlegging av flaskehalsen i kreftbehandling. Funksjonsfordeling av kreftkirurgien skal evalueres årlig med hensyn til faglige forutsetninger og minimums behandlingsvolum for å beholde en funksjon. Funksjonen som kreftkoordinator skal utprøves for å bedre logistikken i hele pasientforløpet.

*Helsefaglig utvikling*

Kvalitet, pasientsikkerhet og standardisering av teknologiske løsninger står sentralt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020. Det er et behov for å etablere en forbedringskultur med virkemidler som individuelt tilpassede, kunnskapsbaserte behandlinglinjer og en trygg og sikker pasientadministrasjon. Systematisk måling og oppfølging av resultater og brukererfaringer må brukes til å identifisere risikoområder og følge eventuelle forbedringstiltak.

Innovasjon og utvikling av medisinsk teknologi forventes innenfor bildediagnostikk (PET), intervensjons radiologi, robotkirurgi og minimal-invasive kirurgi-teknikker. Nanoteknologi, genterapi, farmakogenetikk og stamcellebehandling skal også brukes i økende grad til diagnostikk, forebygging og tilpasset behandling.

Det forventes en fortsatt dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling for alle tjenesteområder. Derfor trengs det forskning og innovasjon i organisering og levering av tjenester, for eksempel ved bruk av telemedisin eller hjemmebasert teknologi for overvåkning av pasienter med kroniske sykdommer. Slike teknologier kan understøtte samhandlingsreformen ved at tyngdepunktet flytte fra sykehusene mot et desentralisert helsetilbud ut i kommunene med base hjem hos pasienten.

Helhetlige IKT-systemer innen helse, kan bidra ytterlig til økt produktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Fremover blir det mulig, og trygt, å dele helseinformasjon innenfor og mellom helseforetakene, med pasienten, tjenestenivå og sektor.

Det er en utfordring å sikre at innovasjon har en reell merverdi for pasienten og helsetjenesten. Transparente, systematiske, kunnskapsbaserte vurderinger skal foretas før nye behandlingsmetoder innføres. Implementering og oppfølging av det nye systemet for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre at pasienter får rask og likeverdig tilgang til nye, trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder som prioriteres for bruk innenfor helsetjenesten.. Metoder som mini-HTA skal brukes av helseforetakene som beslutningsverktøy for å sikre kunnskapsbasert prioritering og et sikkert og likeverdig tilbud til pasienten.

#### *Forventninger til helsetjenesten*

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til de mest høyspesialiserte behandlingstilbudene og nærhet for kronikerne/eldre, fritt sykehusvalg, mer effektiv organisering, åpenhet, kvalitet og pasientsikkerhet. Lettere tilgang til helseinformasjon gjennom media og internettet bidrar til mer informerte pasienter og brukere. I fremtiden skal pasienter, brukere og pårørende få en enda mer sentral og aktiv rolle i hvordan helsetjenester utformes, planlegges og struktureres. I tillegg, gjennom aktiv medbestemmelse, skal brukere og pasienter oppmuntres til å delta i beslutninger vedrørende egen helse og behandling.

#### *Behovet for aktivitetsvekst*

I innspill fra de fire regionale helseforetakene til statsbudsjettet for 2014 ble det foreslått en aktivitetsvekst på 2,5 % for somatikk og 3 % for de øvrige tjenesteområdene (psykisk helsevern for barn og ungdom, psykisk helsevern og TSB). Disse samsvarer i stor grad med de regionale mål for aktivitetsvekst fastsatt i økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst 2013-2016. Her ble mål for aktivitetsvekst fastsatt til 3 % for alle tjenesteområdene for det første året i perioden.

Behovet for aktivitetsvekst varierer på tvers av helseforetakene. Behovet er avhengig av befolkningssammensetning, forventet demografiske forandringer, effektene av samhandlingsreformen, antall på ventelister, nyhenviste pasienter, langtidsventende og fristbruddpasienter, i tillegg til den medisinsktekniske utviklingen. Effektivisering av tjenester og implementering av standardisert behandlinglinjer og pasientforløp kan bidra til å avgrense behovet for aktivitetsvekst. For perioden 2014-2017 legges det opp til en aktivitetsvekst på 2 % for alle tjenesteområder.

### **4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger**

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler årlig en økonomisk langtidsplan som går over de fire kommende årene, med vurderinger knyttet til investeringer og investeringsstrategi over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2013-2016, og ble styrebehandlet i juni 2012. Økonomisk langtidsplan utgjør grunnlaget for kommende års budsjett, som justeres i tråd med forutsetningene i Prop 1 S inn mot endelig årsbudsjett.

Økonomisk langtidsplan gir overordnede vurderinger av helseforetaksgruppens økonomiske handlingsrom i perioden, basert på forutsetninger om inntektsutvikling, aktivitetsutvikling og medisinskfaglige prioriteringer.

Økonomisk langtidsplan er et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene, og for det regionale helseforetaket. Økonomisk langtidsplan gir et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens og fremtidens driftsbilde for å sikre nødvendige investeringer på sikt. Det er helseforetakenes styrebehandlede økonomiske langtidsplaner som i sum utgjør helseforetaksgruppens plan.

Gjeldende økonomiske langtidsplan tilsier at det legges opp til et ekspansivt investeringsopplegg i helseforetaksgruppen frem til 2015, noe som medfører en kraftig økning i finanskostnader og avdragsbetaling i de påfølgende årene. Dette vil igjen legge press på den totale resultatutviklingen, og en stadig større del av fri likviditet fra drift bindes opp i avdrag på tidligere investeringer fremfor å kunne finansiere nye investeringer. Det er imidlertid en forutsetning at nye investeringer som vedtas gjennomført, også er bærekraftige i økonomisk forstand. Det vil si at tilhørende kapitalkostnader må dekkes gjennom effektivisering og gevinstrealisering i drift, og at det over tid skal genereres nok likviditet til å betale avdrag på lånet.

En nødvendig forutsetning for regionens langsiktige økonomiske bæreevne er at det skapes varig, økonomisk handlingsrom gjennom ansvarlig bruk av ressurser. Dette forutsetter blant annet hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling innenfor og mellom sykehusområdene i regionen. I tillegg er det viktig å finne en god fordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

Det forventes ikke økte inntekter fra Stortinget i de kommende årene ut over det som anses nødvendig for å finansiere økt aktivitet som følge av befolkningsvekst. Samtidig øker kostnadene som følge av mer avanserte behandlingsformer. For å skape økonomisk handlingsrom og gjennomføre nødvendige investeringer, kreves det derfor en kostnadstilpasning innenfor gitte inntektsrammer. For å få realisert nødvendige resultatmål må det videre etableres gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT. Dette skal i sum bidra til å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på administrative funksjoner. Det må videre realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Kapasitetsutnyttelsen på utstyr må bedres, og helseforetakene må både ha fokus på riktig bemanningsnivå og bemanningssammensetning. På samme tid må tilstrekkelig kapasitet og kompetanse sikres for å ivareta kvalitet i pasientbehandlingen. Det er viktig at det investeres i kompetanseutvikling samtidig som det investeres i ny teknologi.

### **4.1.3 Personell og kompetanse**

Plan for strategisk utvikling 2013-2020 legger opp til større innsats når det gjelder pasientsikkerhet, kvalitet, effektivitet og pasientbehandling. Dette krever virksomhetsutvikling på flere plan både når det gjelder standardisering og teknologiske løsninger og HR-innsats.

For at endringsprosesser skal lykkes trengs det ledelseskraft og medvirkning på alle nivåer. Medarbeiderutvikling og virksomhetsutvikling er uløselig knyttet til hverandre. Kjernen i

virksomheten er medarbeidere og ledere, som med kompetanse og engasjement bidrar til å utvikle en stadig bedre helsetjeneste. Å være med og utvikle en bedre helsetjeneste gir stolthet, arbeids glede og bidrar til et helsefremmende arbeidsmiljø. HR-perspektivet er derfor fullt ut integrert i helseforetaksgruppens samlede strategi.

### **Styrking av ledelse**

I kriser og når det skal gjennomføres radikale endringer er ledelse avgjørende. Styrking av helseforetaksgruppens ledelse i alle ledd er også en forutsetning for kontinuerlig virksomhets- og medarbeiderutvikling. God ledelse handler om tydelighet, mot og medvirkning. Det er kompetente og trygge ledere som initierer og gir kraft til virksomhetsutviklingen.

#### *Innsats på nasjonalt nivå*

Helse Sør-Øst RHF vil lede den planlagte videreutviklingen av *Nasjonale ledelsesutvikling*, der topplederprogrammet står sentralt. Dette programmet evalueres og videreutvikles kontinuerlig. I det nasjonale samarbeidet vil det fremover bli lagt spesiell vekt på å styrke ledelsesutøvelse nærmest pasientene og å bidra til at ledelse kommer inn som tema i profesjonsutdanningene. Det konkrete samarbeidet på tvers av regionene vil styrkes ved at vellykkede tiltak fra en region systematisk gjøres tilgjengelig for de øvrige regionene.

#### *Innsats på regionalt nivå*

Det vil i 2013 bli etablert et ”regionalt ledelseshus”, som omfatter følgende tiltak:

- Regionalt utviklingsprogram for lederutviklere. Basisprogrammet utvides nå med et trinn 2 for viderekomne.
- Regionale erfaringskonferanser. Slike konferanser skal styrke samarbeidet om ledelse på tvers av helseforetakene.
- ”Verktøykasse” for ledelsesutøvelse og -utvikling. Dette skal gi en allment tilgjengelig oversikt over aktuelle ledelsesverktøy og metoder for ledelsesutvikling i regionen.

Videre vil den regionale støtten til utvikling og gjennomføring av foretaksinterne ledelsesutviklingstiltak videreføres og forsterkes, spesielt med henblikk på avdelingssjefsnivået. Dette med bakgrunn i foregående års arbeid med 1.linjelederutvikling. Erfaringen herfra viser at en sentral faktor for å styrke ledelsesutøvelsen nærmest pasientene er at 1.linjelederne får den nødvendige støtte fra sine overordnede, dvs. avdelingssjefene.

Gjennom utvikling av felles systemstøtte skal ledere sikres bedre og enklere tilgang på HR-styringsinformasjon.

#### *Innsats på helseforetaksnivå*

Kartlegging høsten 2012 viser at alle helseforetakene har, eller er i ferd med å utvikle, egne lederutviklingsprogrammer. Denne virksomheten vil videreføres og intensiveres. I tillegg til lederutvikling for de forskjellige ledernivåer, vil det bli gjennomført utviklingsprogrammer for hele ledergrupper. Det vil også bli lagt vekt på å få plass lederavtaler på alle ledernivåer.

Det skal fortsatt arbeides med utvikling av førstelinjeledere og førstegangsledere. Samtidig er det behov for å styrke den vertikale samhandlingen i lederlinjen og utvikle gode ledergrupper.

Helse Sør-Øst RHF støtter opp under utvikling av helseforetaksvise lederutviklingsprogrammer. Det er lagt vekt på å fremme tiltak som både ivaretar til lokale behov og følger opp regionens strategiske føringer.

## Riktig kompetanse

Det er våre medarbeidere som med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel bidrar mest til helseforetaksgruppens resultater. Riktig kompetanse er derfor et innsatsområde av kritisk betydning.

Internt i helseforetaksgruppen er den største og viktigste innsatsen for riktig kompetanse knyttet til kontinuerlig oppfølging av den enkelte medarbeiders kompetanse. For å realisere dette vil det bli gjennomført tiltak med sikte på følgende resultatmål:

- Det er etablert overblikk over kompetanse til rådighet i regionen på overordnet fag- og spesialistnivå, herunder sårbarhet og risiko samt rutiner for utvikling og oppfølging
- Arbeidsgiverpolitikken er koordinert med og understøtter helseforetakenes behov for kompetanse
- Det er etablert god oversikt over langsiktige utviklingstendenser, herunder forventninger til medisinsk og teknologisk utvikling, utdanningskapasitet og helseforetakenes organisering av arbeidet med kompetanse
- Kompetansebehov og utviklingstrekk er formidlet til myndigheter, utdanningsinstitusjoner, organisasjoner og andre interessenter gjennom utredninger, kunnskapsgrunnlag og alminnelig deltakelse i den offentlige debatt
- Det er gjennomført en erfaringskonferanse og etablert et strukturert samarbeid for erfaringsdeling vedrørende utdanning og kompetanseutvikling på tvers av helseregionene, herunder tiltak for å styrke bestillerkompetansen i møte med kommende endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene.

## God ressursstyring

God ressursstyring er et av de tre hovedinnsatsområder for å sikre virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere. Målet er blant annet at:

- ledere og medarbeideres kompetanse på styring av bemanning og arbeidstid skal styrkes
- behov for kapasitet og kompetanse er avspeilet i kvalitetssikrede bemanningsplaner samt at bemanning blir tilpasset gjeldende mål og oppdrag
- etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene er dokumentert

For å nå disse mål gjennomføres følgende tiltak:

- Prosjekt *Bedre ressursstyring* gjennomføres i henhold til plan. Dette innebærer blant annet migrering av de siste helseforetakene til felles ressursstyrings- og arbeidsplansystem (GAT) og at det støttes opp under lokale ressursstyringsprosjekter i helseforetakene
- Felles tjenesteleverandør følges opp løpende for å sikre god systemstøtte innen HR med særlig fokus på bemanningsplanlegging og arbeidstidsbestemmelser
- Foretakenes rutiner rundt bemanningsplaner kvalitetssikres
- Det etableres rapporterings- og oppfølgingsrutiner for etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene i helseforetakene
- Det gjennomføres handlingsplan for standardisering av bruken av GAT og for involvering og medvirkning ved innføring av GAT
- Sykefraværsinnsatsen i helseforetakene koordineres og følges opp
- Det gjennomføres opplæring i ressursstyring for 35 rådgivere fra helseforetakene
- Det utarbeides en e-læringsmodul i ressursstyring (innen 1. juni 2013)

- Det gjennomføres en regional erfaringsamling vedrørende Bedre ressursstyring (september måned)

## **Medvirkning, dialog og forankring**

### *Brukermedvirkning*

Helse Sør-Øst har ambisjoner om å være et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. Det er utviklet 13 prinsipper for hvordan brukermedvirkning på systemnivå skal ivaretas i Helse Sør-Øst. Disse omhandler brukermedvirkningens grunnlag, brukermedvirkning i drift og omstilling og kompetanse og metoder for brukermedvirkning

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

- På individnivå betyr brukermedvirkning at den enkelte som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.
- På tjenestenivå innebærer brukermedvirkning at brukerne og/eller deres representanter inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende ved endring av behandlingstilbud og tjenester.
- På systemnivå (styringsnivå) innebærer brukermedvirkning at brukernes representanter, vanligvis gjennom faste utvalg involveres i prosesser før politiske og administrative beslutninger fattes.

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som blant annet skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientene og de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og framtidsrettet.

Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjonene; Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), Kreftforeningen og Pensjonistforbundet.

Formålet med brukerutvalget er i henhold til mandatet å bidra til gode og likeverdige helsetjenester, brukermedvirkning og god samhandling.

Brukerutvalgets årsrapport finnes på [www.helse-sorost.no/brukerutvalg](http://www.helse-sorost.no/brukerutvalg).

Det vises også til brukerutvalgets egen uttalelse til årlig melding 2012 (se vedlegg 2).

### *Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud*

Et godt samarbeid på alle nivåer i organisasjonen vil fremme initiativ, motivasjon og samhørighet. Den regionale samarbeidsordningen mellom det regionale helseforetaket og de ansattes hovedorganisasjoner er et tillegg til de ordninger som fungerer innen det enkelte helseforetak. Ordningen har som mål å sikre de ansattes medinnflytelse og medvirkning. De konserntillitsvalgte skal gjennom sin erfaring og innsikt bidra til merverdi i utviklingen av strategier for Helse Sør-Øst og aktiv medvirkning ved gjennomføringen av disse. Ordningen har hjemmel i partenes hovedavtale. I tillegg er det etablert en tilsvarende ordning med et konsernverneombud.

Involvering og medbestemmelse for de konserntillitsvalgte operasjonaliseres i forskjellige faste møtearenaer etablert til formålet, herunder særskilte kontaktmøter mellom konserntillitsvalgte og administrerende direktør. Sentrale temaer er styresaker generelt og regionale strategiplaner spesielt. Videre deltar de konserntillitsvalgte i de aktuelle regionale prosjekter, regionale utvalg, regionale fora, regionale fagråd, i nasjonale prosjekter og i driftstyret i Sykehuspartner. Flere av de konserntillitsvalgte er også styremedlemmer, valgt av og blant de ansatte, i styret for Helse Sør-Øst RHF. Det vektlegges at de konserntillitsvalgte kan komme tidlig inn i prosessene før sakene slutføres.

Det er viktig å ansvarliggjøre medarbeidere og gjøre kompetansen og endringskraften som finnes hos de ansatte tilgjengelig for organisasjonen i forbindelse med omstilling og endring. Spilleregler som gjelder for medvirkning i omstilling er nedfestet i lov- og avtaleverk gjennom Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven. I forbindelse med omstillingsprogrammet er det, på bakgrunn av foreliggende avtaleverk og innspill fra tillitsvalgte, verneombud, ledere og øvrige ansatte formulert [12 prinsipper for medvirkning](#) i omstilling i Helse Sør-Øst.

God pasientbehandling nås best gjennom medvirkning. I 2012 vil en arbeide videre med å implementere prinsippene og bidra til at de omsettes i praksis innenfor helseforetaksgruppen. Det er viktig at medarbeidere som skal virkeliggjøre målene også deltar i endringsprosessene.

#### **4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer**

##### **Forvaltning**

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt strategi for eiendomsvirksomheten helseforetaksgruppen. Dokumentet er et ledd i arbeidet med å nå målsettingen om en kostnads- og arealeffektivisering på 10 % for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst. Det er også utarbeidet en statusrapport for alle delprosjekter som er iverksatt gjennom *Forum for utvikling av bygg og eiendom*, som er etablert for å nå de overordnede målene på området.

Hovedelementene i strategien er måloppnåelse innen kostnadseffektivisering og arealeffektivisering, samtidig som det settes mål om vedlikehold og tilstand for de bygg som skal benyttes i kjernevirksomheten. Strategien legger opp til at dette sees i sammenheng med totaløkonomien innen hvert helseforetak og de individuelle forutsetninger hvert helseforetak har med hensyn til byggenes alder og tilstand.

Helseforetakene er gitt i oppdrag fra 1. januar 2012 å registrere kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt utvikling og service i tråd med NS3454, og rapporteres periodisk til Helse Sør-Øst RHF. Kostnadsnivå for 2010 etableres i henhold til denne standarden, og vil danne basis for årlige endringsmålinger. For å støtte opp om prosessen er det i begynnelsen av 2012 etablert regionalt ”*Nettverk for beste praksis innen FDVUS området og kostnadsføring etter NS 3454*”

I eiendomsstrategien er kostnadsføring og benchmarking omtalt slik:

- Arealenes betydning for de samlede driftskostnader synliggjøres gjennom en standardisert rapportering for eiendomsvirksomheten. Det skal defineres rapporteringsstandarder for eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen og det skal innrapporteres drifts- og kostnadsdata i henhold til definerte standarder.
- Det tilrettelegges for kostnads- og ytelsessammenligninger for eiendomsvirksomheten mellom helseforetakene i helseforetaksgruppen (”benchmarking”), og det gjøres også sammenligninger mot eksterne beste praksis. Basert på disse målingene og sammenligningene



etableres normer for ytelse og beste praksis for regionen, og differensierte styringskrav (per helseforetak).

- Det arbeides systematisk for å innføre beste praksis og felles arbeidsprosesser på tvers av helseforetakene innen helseforetaksgruppen. Standardisering og gjenbruk av gode løsninger på tvers av helseforetakene legges til grunn. Felles og mer effektive IKT-løsninger innenfor eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen tilstrebes.
- Det tilrettelegges for beskrivelse av beste praksiser og felles arbeidsprosesser, og tiltak innen områder med stort effektiviseringspotensial prioriteres.

Videre er det besluttet å innføre kostnadsføring etter prinsipp i Norsk Standard NS 3454 med virkning fra 1. januar 2012. De fleste helseforetak har etablerte kostnadsføring etter dette prinsippet f.o.m. januar 2012.

I strategidokumentet legges det vekt på at det etableres målsettinger innen klima og miljø, at byggene skal tilfredsstillende lover og forskrifter og ta hensyn til universell utforming.

Forum for bygg og eiendom har etablert regionalt samarbeid om gjennomføring av lovpålagt energimerking av bygg. Det er etter utlysning utarbeidet rammeavtale som kan benyttes av alle helseforetak. Arbeidet startet opp i begynnelsen av 2012 og ved utgangen av året var ca. 20 % av byggene i Helse Sør-Øst energimerket.

I forskrift for energimerking beskriver detaljert hva energimerkerapporten skal inneholde, bla er det krav til liste over energitiltak. Helse Sør-Øst har forsterket dette med å kreve utarbeidet liste over tiltak som til sammen kan redusere energiforbruket med inntil 25 %. Alle tiltak beregnes med kostnader og tilbakebetalingstid.

For å støtte opp om gjennomføring av blant annet tiltak synliggjort i energimerkearbeidet er det på regionalt nivå avsatt midler i låneordning *"Incentivordning for å fremme bærekraftig energi - og miljøprosjekter."* For å forenkle arbeidet er systematikk i søknadskjemaer bygget på tiltakslistene i energimerkeordningen. Det ble i 2012 avsatt 20 millioner kroner til formålet og det er fire helseforetak som har benyttet seg av denne hjelp til finansiering.

Det er i 2012 avsluttet to energiprojekter støttet av Enova og ytterligere to er under sluttrapportering. Enova har gitt tilsagn om støtte til energiforbedringer i *Prosjekt nytt østfoldsykehus*. Videre er det jevnlig drøfting med Enova vedrørende støtte til aktuelle nye prosjekter.

Helse Sør-Øst er partner i innovasjonsprosjektet *"Lavenergis sykehus"* der visjonen er halvert energiforbruk i fremtidens sykehus.

Arbeidet med forvaltningsplaner av vernede bygg og kompetansebygging innenfor kulturminnevern videreføres, og arbeidet koordineres interregionalt.

### **Pågående investeringsprosjekter innen bygg- og eiendom i 2012**

#### *Sykehuset Østfold*

*Prosjekt nytt østfoldsykehus* ble godkjent i desember 2010 med en ramme på 5 090 millioner kroner (prisnivå februar 2010), som tilsvarer P50-estimatet fra gjennomført usikkerhetsanalyse i forprosjektfasen.

Byggearbeidene startet i september 2011, og gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet følger forutsatte planer for fremdrift og kostnad, og per desember 2012 er råbygget

under oppføring. Det er forutsatt gradvis ibruktakelse fra november 2015 til full drift fra mai 2016.

#### *Sykehuset i Vestfold*

Sykehuset i Vestfold har startet opp byggearbeider for tre rus-/psykiatriprosjekter i 2012: Nybygg for samlet rusbehandling på Skjerve, tilbygg for alderpsykiatrisk avdeling på Granli og tilbygg/ombygging av distriktpsikiatrisk senter på Linde. De to siste innebærer fullføring av opptrappingsplanen for psykisk helse i helseforetaket.

Foretaket har hatt ute anbud for parkeringshus med helikopterlandingsplass i 2012, med oppstart i 2013.

#### *Sørlandet sykehus*

Sørlandet sykehus har hatt et pågående prosjekt med ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand i 2012. Dette er planlagt sluttført i 2013.

#### *Oslo universitetssykehus*

Foretaket fikk mandatet for sin omstillingsprosess gjennom sak 108-2008 i styret i Helse Sør-Øst RHF. Samlet utviklingsplan fram til 2025 ble vedtatt i helseforetakets styre 30. mars 2012.

I fase 1 i investeringsprogrammet, primært knyttet til flytting av funksjoner fra Aker og samlokalisering av lands- og regionfunksjoner, er det hittil bevilget 1 500 millioner kroner hvorav 765 millioner kroner er lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disse arbeidene forventes sluttført i 2014. Det største enkeltprosjektet i denne fasen er utvidelse av akuttfunksjonene på Ullevål, hvor byggearbeidene ble igangsatt i november 2011. Bygget er planlagt tatt i bruk i januar 2014.

### **Utvikling av nye prosjekter innen bygg og eiendom**

Styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet og godkjent ett nytt investeringsprosjekt i 2012 for nytt tverrbygg ved Sunnaas sykehus på Nesodden, med en investeringskostnad på i overkant av 200 millioner kroner.

### **Status i øvrige prosjekter**

#### *Akershus universitetssykehus*

Akershus universitetssykehus forbereder planer for investeringer knyttet til deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler eid av Oslo universitetssykehus. Helseforetaket leier i dag lokaler på Gaustad i Oslo, men disse lokalene kan det bli behov for i forbindelse med samlokaliseringen som skal skje ved Oslo universitetssykehus.

I 2013 forventes det oppstart av et prosjekt knyttet til utvidelse av akuttmottaket ved Akershus universitetssykehus i forbindelse med økt opptaksområde, samt omgjøring av hotellsenger til sengeposter. Samlet kostnad for disse prosjektene er anslått til ca. 90 millioner kroner.

#### *Oslo universitetssykehus*

Helseforetaket har i 2012 arbeidet med overordnet fag- og virksomhetsstrategi og planer for funksjonsfordeling og samlokalisering, samt mulighetsstudier, som grunnlag for idéfaser for utvikling av bygningsmassen, fase 2 i investeringsprogrammet. Helseforetakets styre vedtok 17. desember 2012, i sak 05-2012, oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i helseforetaket.

#### *Sykehuset Innlandet*

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok under behandlingen av sitt strategiprojekt *Strategisk fokus 2025* i juni 2012 å gå videre i planprosessen med etablering av ett felles akutt sykehus sentralt i mjøsregionen, nær øst- eller vestsiden av Mjøsbrua, som strategisk retning. Planprosessen er gjennomført med en bred og åpen involvering av berørte interessenter.

Styret godkjente i sak 086-2012 i november 2012 utsatt styrebehandling av resterende delplaner til april 2013 som en del av fullføringen av den helhetlige utviklingsplanen.

#### *Vestre Viken*

Med utgangspunkt i utviklingsplanen, vil idéfase for nytt sykehus i Vestre Viken bli gjennomført i 2013. Dette innebærer også lokalisering og tomtevalg.

#### *Sykehuset Telemark*

Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Psykiatrien i Vestfold oversendte i juni 2011 sitt felles forslag til utviklingsplan med tilhørende investeringer til Helse Sør-Øst RHF etter behandling i helseforetaksstyrene. Det er ikke fremmet konkrete investeringsprosjekter i Sykehuset Telemark.

#### *Sykehuset i Vestfold*

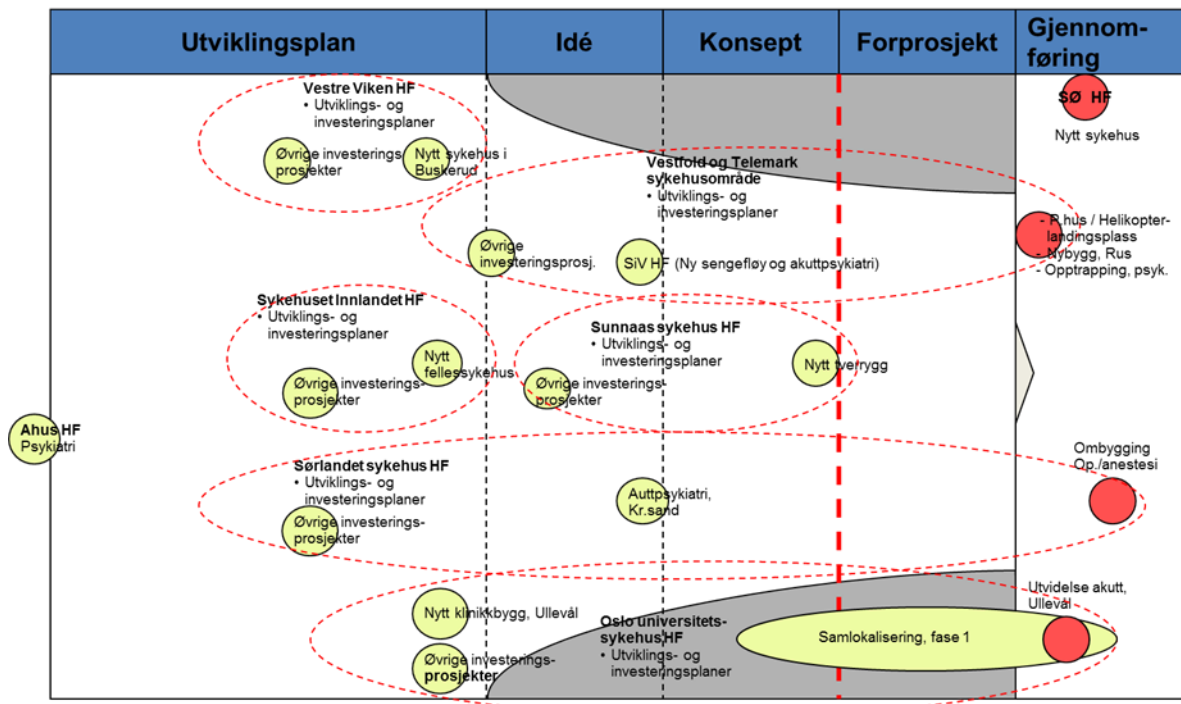
Foretaket, som fra 1. januar 2012 også omfatter psykiatrien i Vestfold, fikk i november 2012, under styrebehandlingen av budsjettet for 2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF, godkjent planene for å gå videre med konseptfase for å slutføre sykehusutbyggingen i Tønsberg. Dette konseptet, med en antatt kostnad på ca. 1 500 millioner kroner, forventes å kunne bli behandlet i juni 2014 i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

#### *Sørlandet sykehus*

Sørlandet sykehus har også igangsatt et arbeid med utviklingsplan, som er planlagt ferdigstilt i januar 2014. Helseforetaket har parallelt gjennomført idéfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette ble i november 2012, under styrebehandlingen av budsjettet for 2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF, godkjent for å gå videre med konseptfase. Dette konseptet, med en antatt kostnad på ca. 500 millioner kroner, forventes å kunne bli behandlet i juni 2014 i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

## Samlet status, byggeprosjekter

Samlet oversikt per november 2012 framgår over utviklingsplaner og større investeringer er illustrert i nedenstående figur:



## 4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

### 4.2.1 Innledning – om gjennomført strategirullering

Rulleringen av gjeldende plan for strategisk utvikling startet opp 2. halvår 2011, med sikte på sluttbehandling i styret for det regionale helseforetaket 22. november 2012. Hovedintensjonen med rulleringen har vært å ajourføre dokumentet mht. gjennomførte aktiviteter og sikre at strategiene er tilstrekkelig ambisiøse og fremtidsrettet

Strategidokumentet tar utgangspunkt i fremtidige utfordringer og muligheter, blant annet endringer i befolknings sammensetning, økning i antall eldre, en flerkulturell befolkning, sosiale ulikheter, endringer i sykdomspanorama, økonomiske rammer, kompetanse- og ressursbehov.

Det regionale helseforetaket ivaretar sitt ”sørge for”-ansvar gjennom et vedvarende fokus på å sikre måloppnåelse for helseforetaksgruppen som helhet. Dette innebærer en systematisk og aktiv oppfølging av konkrete resultater og på det ledelsesmessige og styringsmessige plan.

Sykehusreformen i 2002 tydeliggjorde krav og forventninger til innholdet i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar.

Siden etableringen har de regionale helseforetakene Helse Sør RHF, Helse Øst RHF og senere Helse Sør-Øst RHF gjennomført omfattende endringer når det gjelder systembygging, organisering, regionale fellestjenester, økonomisk styring og kontroll, strukturendringer og funksjons- og oppgavefordeling. Ambisjonene om et bedre tilbud til befolkning og pasienter er innfridd på mange områder.

For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

I plandokumentet oppsummeres syntesen av våre ambisjoner i to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering:

- Et løft for kvalitet og pasientsikkerhet.
- Fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger.

En viktig forutsetning for å realisere dette er kultur for samarbeid, medvirkning, ansvar og endring. Gjennom godt og involverende lederskap, aktive og ansvarliggjorte medarbeidere, økt kompetanse og god ressursstyring arbeides det aktivt for en virksomhetskultur som er resultatorientert og praktiserer verdiene. Sentralt i virksomhetsutviklingen er kontinuerlige læringsløyper der oppnådde resultater vurderes opp mot avtalte mål med tanke på forbedring og videreutvikling av virksomheten. God virksomhetsutvikling innebærer at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid i tråd med prinsipper for medvirkning i Helse Sør-Øst.

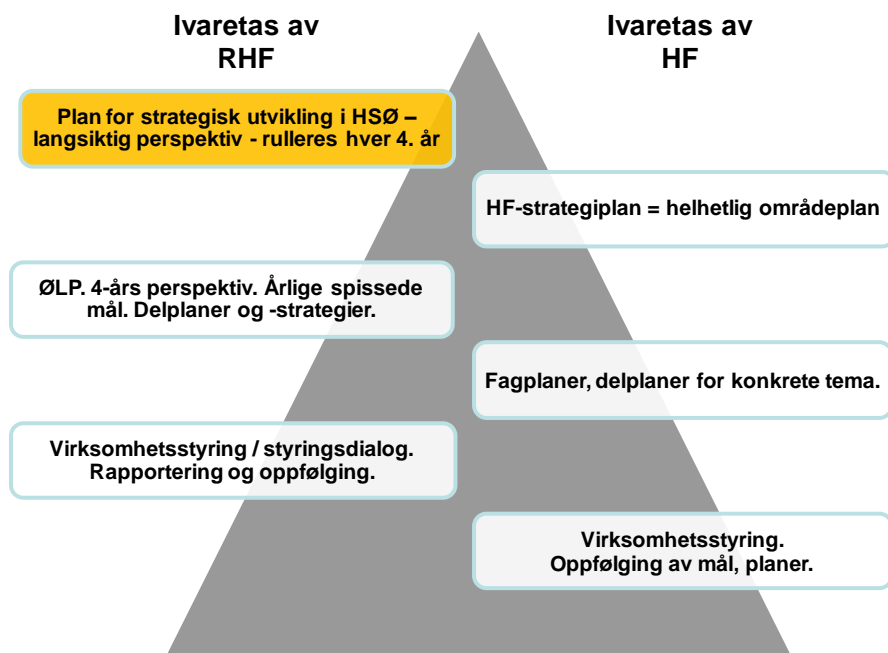
Styret for Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak (sak 075-2012):

1. Plan for strategisk utvikling 2013-2020 vedtas og innarbeides som helseforetaksgruppens overordnede plangrunnlag i årlig melding for 2012.
2. Oppfølging av plandokumentet gjøres bindende for helseforetaksgruppen og bekreftes i foretaksmøter i januar/februar 2013.

Strategidokumentet er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret, herunder

- Langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst i henhold til helseforetakslovens og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, nasjonal helseplan mv.
- Utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret
- Utarbeidelse av andre strategiske planer og prioritering av innsats i et kortere perspektiv

En forenklet fremstilling av sammenhengene mellom plannivåene på regionalt og helseforetaksnivå:



#### 4.2.2 Strategier for perioden 2013-2020

Nedenfor gjengis utdrag fra Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

##### Pasientbehandling

*Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.*

1. Kunnskaps- og informasjonsutveksling om pasienterfaringer, medisinsk diagnostikk og behandling skal gi pasienter og pårørende muligheten til å delta aktivt i behandlingsopplegget
2. Pasient- og pårørendeopplæringen styrkes ytterligere og informasjon, pasientopplæring, likemannsarbeid og selvhjelp integreres i pasientforløpene.
3. Pasienten, pårørende og pasientorganisasjoners medvirkning sikres i endrings- og forbedringsarbeid

*Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.*

1. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet bygges på kunnskap og engasjement blant ansatte, tydelig ledelse og forankring i styret
2. Åpenhetskultur utvikles gjennom systematisk måling og oppfølging av resultater og brukererfaringer, identifisering av risikoområder og forbedringstiltak
3. Forbedringsarbeid ledes av sentrale helsearbeidere.
4. Ledelsen i pasientnær virksomhet får synlig støtte i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

*Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.*

1. Sikre gjensidig kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten
2. Økt fokus og god samhandling om forebygging av sykdom og skader i befolkningen
3. Samhandling videreutvikles og styrkes i særlig grad innen psykisk helsevern, TSB, eldre med kroniske lidelser, habilitering og rehabilitering



*Rett behandling på rett sted.*

1. Spesialisthelsetjenestene skal organiseres i helhetlige pasientforløp som bidrar til rett behandling på rett sted
2. Effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet skal sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud
3. Kvaliteten i lokalbaserte spesialisthelsetjenester skal sikres med tilstrekkelig breddekompetanse og tverrfaglighet, også innen psykisk helsevern, TSB og rehabilitering
4. Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende minst ett sykehusområde, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Faglige avhengigheter tas hensyn til ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet
5. Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen

*Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.*

1. Det etableres et strategisk samarbeid mellom helseforetakene og private tjenesteleverandører på egnede områder. Strategisk samarbeid skal gjøre det mulig for helseforetak å inngå avtale om å bruke private inn i egne helseforetak
2. Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse. Sentralt i dette arbeidet er å få frigitt kapasitet i det offentlige til å ivareta de mest komplekse og alvorligst syke pasientene
3. Sikre nødvendig forutsigbarhet i rammevilkårene for private ideelle tjenestetilbud gjennom etablering av løpende avtaler innenfor psykisk helsevern og rehabilitering
4. Det etableres et tettere samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene

## **Forskning og innovasjon**

*Forskning skal føre til forbedret helse i befolkningen, tilstrebe høy kvalitet og være basert på samarbeid.*

1. God balanse mellom klinisk relevant basalforskning og anvendt forskning skal sikres, for å bidra til at ideer fra grunnforskningen kommer til praktisk nytte i pasientbehandlingen
2. Tverrfaglighet og flerfaglighet i forskning skal fremmes, ved at forskningskompetansen for ulike profesjoner utvikles gjennom kompetansehevede tiltak
3. Samlet ressursbruk til forskning og innovasjon skal på sikt øke til 5 % av helseregionens driftsbudsjett, og effekten av økt ressursbruk skal dokumenteres
4. Det utvikles tiltak for gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne og bedret mulighet for ekstern finansiering
5. Forskningsmiljøer som spesielt kan bidra innen helsetjenesteforskning og samhandlingsforskning skal styrkes
6. Regionale forskningsmidler skal hovedsaklig være gjenstand for utlysning der det konkurreres på kvalitet og gjennomførbarhet av prosjekter og tiltak

*Innovasjon skal bidra til at resultater fra forskning og erfaringer fra praksis kommer til nytte i pasientbehandlingen.*

1. Kultur for idéutvikling og innovasjon skal stimuleres. Det skal aktivt legges til rette for at forskning omsettes til konkrete innovasjoner for bedring av pasientbehandlingen og bedre drift av helseforetakene

2. Innovasjon skal ha en sentral forankring i forskning, men det skal også arbeides med den brukerdrevne innovasjon med særlig vekt på tjenesteinnovasjon. Regionale innovasjonsmidler skal fortsatt være et viktig virkemiddel for å utnytte gode ideer internt i helseforetakene, i samarbeid med næringslivet. System for utnyttelse av ideer i krysningen mellom innovasjon og forbedringer skal etableres
3. Innovasjonsarbeidet samordnes med øvrige helseregioner og nasjonale aktører på innovasjonsområdet og med universitetene og høyskolene. Innovasjonssatsingen vurderes i nordisk og europeisk sammenheng

### **Kunnskapsbasert praksis**

*Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetansutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling.*

1. Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og standardisering skal være grunnlaget for en forbedringskultur med pasienten i sentrum
2. De nødvendige strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet som understøtter kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedringsarbeid skal etableres og videreutvikles

### **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

*En bedre helsetjeneste gjennom tydelig ledelse, riktig kompetanse, engasjerte medarbeidere og god ressursstyring.*

1. Være en resultatorientert arbeidsgiver som sørger for planlegging av drift og utvikling av virksomheten i henhold til fastsatte mål, opptrer samfunnsansvarlig og som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser
2. Bemanne riktig og utvikle rett kompetanse for å sikre en effektiv og trygg tjeneste
3. Utvikle ledere og medarbeidere med vilje til å omsette de ressurser og muligheter som finnes til å skape en stadig bedre helsetjeneste
4. Involvere medarbeidere på systematisk vis i forpliktende dialoger om måloppnåelse og forbedring av virksomheten

### **Organisering og utvikling av fellestjenester**

*Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser til pasientbehandling gjennom stordriftsfordeler og styrket profesjonalitet. Virksomhetene innen innsatsområdet skal i tillegg være en aktiv medspiller i forhold til nasjonale prosesser innen prioriterte område.*

#### *Teknologi og eHelse*

1. Etablere felles regionale systemløsninger som understøtter både kliniske og administrative prosesser basert på standardisering av arbeidsprosesser
2. Organiseringen av IKT skal sikre god driftsmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring og prioritering.
3. Sikre god elektronisk samhandling med alle aktører i helsevesenet for å understøtte samhandlingsreformen og den økende digitaliseringen av hverdagen
4. Videreutvikle Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør, slik at Sykehuspartner møter helseforetaksgruppens behov i forhold til kompetanse og kapasitet.
5. Etablere en gjennomføringsmodell som beskriver prinsipper og tiltak som skal sikre at de strategiske programmene i sum leverer i henhold til strategien og at virksomhetsmessige nytteeffekter blir realisert

### *Innkjøp og logistikk*

1. Innføring av kategoribasert innkjøpsmetodikk, som åpner for mer innovativ tilnærming til innkjøp og som krever større åpenhet og dialog med markedene og interne miljøer, samt utvikling av strategisk innkjøpskompetanse, spesielt for kategoriansvarlige innkjøpere.
2. Videreutvikle etisk rammeverk for innkjøp, herunder etiske og miljøbevisste leverandørkjeder
3. Videreutvikle vareforsyning i helseforetaksgruppen, med sentralisert vareforsyning gjennom Helse Sør-Øst Forsyningscenter

### *Eiendom*

1. Sykehusbyggene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen, og eiendomsmassen skal utvikles og tilpasses i tråd med endrede behov innen pasientbehandlingen
2. Negative påvirkninger på klima og miljø skal reduseres
3. Det skal utvikles god praksis for universell utforming av bygg
4. Det skal arbeides med kontinuerlig forbedring for å effektivisere eiendomsvirksomheten og oppnå en effektiv arealbruk
5. Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til norsk standard for tilstandsklassifisering av bygg
6. Pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø inklusiv tilrettelegging av effektive arbeidsprosesser i varetas

### **Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom**

*Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.*

1. Varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom, ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer
2. Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
3. Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i regionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen
4. Helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå

### **4.2.3 Regionale delstrategier og planer**

- Spesialisthelsetjeneste for eldre - handlingsplan for 2010-2020
- Likeverdige helsetjenester - fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn
- Ivaretagelse av pasientrettigheter - sykehusenes rutiner og praksis.
- Veileder for samhandling
- Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Regionale utviklingsområder - habilitering
- Regionale utviklingsområder - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk
- Regionale utviklingsområder - psykisk helsevern
- Regional plan for fødselsomsorgen
- Funksjonsfordeling karkirurgi
- Funksjonsfordeling kreftbehandling m/handlingsplan
- Praktisk gjennomføring av organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter - traumesystemet i Helse Sør-Øst
- Tiltak for å forebygge infeksjoner - fokus på håndhygiene

- Kunnskapsutvikling og god praksis - sikring av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp
- Regional strategi for forskning og innovasjon
- Økonomisk langtidsplan - rulleres årlig
- Eiendomsstrategi for Helse Sør-Øst
- Finansstrategi
- IKT-strategi og handlingsplan - fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- HMS-policy
- Delstrategi innkjøp og logistikk
- Delstrategi for utvikling av tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

#### **4.2.4 Endring av sykehusstilørighet**

Det gjennomføres med jevne mellomrom kapasitetsanalyser og vurderinger av helseforetakenes opptaksområder. En samlet analyse for hele regionen ble gjennomført i 2008 i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst RHF og de påfølgende omstillingsarbeidene. I denne sammenhengen ble det blant annet forutsatt at sykehusstilørigheten for Nes kommune i Akershus skulle vurderes på nytt.

I ettertid, blant annet på bakgrunn av samhandlingsreformen og etter initiativ fra enkeltkommuner, er det også ønskelig å vurdere sykehusstilørigheten innen psykisk helsevern og TSB for kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker. Videre har Vestby kommune nylig uttrykt ønske om å bli tilknyttet nytt østfoldsykehus når dette er etablert.

Disse spørsmålene berører flere helseforetak og utredes nå på grunnlag av konkrete oppdrag gitt av Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle endringer vil bli forelagt styret for Helse Sør-Øst RHF og forelagt foretaksmøte i henhold til vedtektenes § 9.

Metodikken for kapasitetsanalyser knyttet til utredning av regionale spørsmål og konkrete utbyggingsprosjekter er for tiden under revisjon. Prosjektet Ny Fremskrivingsmodell gjennomføres som et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene i samarbeid med *Sintef Helse* og i regi av *Kompetansenettverket for sykehusplanlegging*. Helse Sør-Øst RHF vil benytte den nye metodikken i en regional kapasitetsanalyse i løpet av 2013.

## Vedlegg 1: Tabellrapportering

### Rapportering av styringsparametre 2012 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	756 951	750 860
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	3 882 897	3 893 034

Styringsparametre	Datakilde	jan. 12	feb. 12	mar. 12	apr. 12	mai 12	jun. 12	jul. 12	aug. 12	sep. 12	okt. 12	nov. 12	des. 12	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	NPR	75	72	70	73	70	67	59	79	82	77	78	70	Ned mot 65 dager	Ventetider følges månedlig med tilbakemelding til helseforetakene samt krav om at de kommenterer egne resultater.	Fremdeles et stykke unna målet, men dette gjelder i hovedsak somatikk. Tilfredsstillende utvikling for BUP, VOP og TSB.
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	NPR	6,9 %	6,9 %	6,4 %	8,0 %	7,9 %	7,9 %	8,4 %	10,6 %	8,6 %	8,7 %	6,4 %	4,8 %	0 %	Følges tett månedlig, herunder med kvalitetssikring av datagrunnlag.	Fremdeles høy andel fristbrudd kan i stor grad tilskrives flere fristbrudd ved Ahus og OUS i 2012.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	NPR	78,0 %	76,0 %	87,0 %	92,3 %	100 %	Fokusert i oppdrag og bestilling til HF-ene. Påpekt manglende oppdatering ved aktuelle foretak.	Manglende måloppnåelse skyldes i hovedsak mangelfull oppdatering ved noen av foretakene. Andel ventetid på

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
								nettsiden er vesentlig bedret siden 2011.
Andel epikriser sendt ut innen en uke	NPR	78,8 %	79,1 %	81,4 %	81,0 %	100 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Under mål for 2012, men bedring fra 2011 og over "gammelt" mål på 80 %
Andel korridorpasienter	NPR	1,6 %	1,5 %	1,6 %	1,7 %	0 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Fremdeles høy andel skyldes i hovedsak mange korridorpasienter ved Ahus.
Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse	NPR	7,1 %	7,1 %	7,9 %	10,0 %	20,0 %	Følges opp i tertialavis rapportering.	Det er en utfordring i forhold til kravet at lav måloppnåelse delvis er knyttet til at for få pasienter gis tilbudet samtidig som noe av det lave resultatet skyldes feil koding. Tiltakene iverksatt av HSØ omfatter derfor både opplæring i korrekt koding for fagpersonell og oppfølging av at flere pasienter skal behandles med trombolyse.
Andel pasienter med tykktarmskreft som får	NPR	56,5 %	60,8 %	56,3 %	57,9 %	80,0 %	Regionalt fagråd for kreft har hatt	Normerte forløpstider ble

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
behandling innen 20 virkedager							som oppdrag å kartlegge flaskehalsene i behandlingsforløp og skal levere anbefalinger på dette pr. juni 2013. Videre ble kreftrelaterte spesialiteter styrket med legestillinger både i 2011 og 2012 (spesielt onkologi, patologi og brystkreft) for å	innført i 2011 og har hatt kontinuerlig fokus i rapportering og kontaktfora for helseforetakene, f.eks. regionalt fagråd og fagdirektørmøter. Resultatet på 31,4 % for lungekreft er likevel langt unna målet på 80 %, og resultatene er på samme nivå som for 2011.
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	34,4 %	33,2 %	34,5 %	31,4 %	80,0 %	øke behandlingskapasiteten. Det viktigste tiltaket som går direkte på effektivisering av behandlingsforløpene og logistikken i disse, gjennomføres i 2013 ved at helseforetakene er pålagt å ha kreft/forløpskoordinatører og det er gitt ekstrabevilgning til tre helseforetak for	Dette området er det som viser best resultat. Resultatoppnåelse med 69 % i forhold til målet på 80 %. Dette området viser også en svakt stigende kurve.
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	66,4 %	63,1 %	67,9 %	68,9 %	80,0 %		



Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
							pilotutprøvinger som skal evalueres i regionalt fagråd for kreft.	

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012
Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 (Andel (prosent) fødselsrifter totalt)	MFR	2,1	Ikke tilgjengelige NPR-data enda
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	Sykehus: 58,3 % DPS: 38,7 % Andre døgninstitusjoner: 3 %	Ikke tilgjengelige NPR-data enda

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd	Helsedirektoratet	91	90,7
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt	Helsedirektoratet	86,9	87,6
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag	Helsedirektoratet	85,4	86,3
30 - dagers risikojustert totaloverlevelse	Helsedirektoratet	94,4	94,5
Andel tvangsinnleggelse (antall per 1 000 innbyggere i opptaksområdet)	Norsk pasientregister	2,0	2,1

Styringsparametre	Datakilde	Rapport publisert 2012				
		Pleiepersonalet	Informasjon	Leger	Pårørende	Organisering
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best).	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	74,3 Nest høyest av regionene. Reduksjon fra 2010.  Variasjoner mellom HF/Sykehus.  Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	68,9 Liten økning fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.  Variasjoner mellom HF/Sykehus.  Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	71,6 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.  Variasjoner mellom HF/Sykehus.  Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	75,7 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.  Variasjoner mellom HF/Sykehus.  Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	64,0 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.  Variasjoner mellom HF/Sykehus.  Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.

Styringsparametre	Datakilde	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	<b>Det skal <u>ikke</u> rapporteres på dette styringsparametre da rapporten om <i>Brukererfaringer svangerskal/føde/barsel</i> først vil foreligge våren 2013. Dette styringsparameteret vil bli videreført i Oppdragsdokument 2013.</b>			

Styringsparametre	Datakilde	2012
Fastlegers erfaringer med distriktpsykiatriske sentre	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Undersøkelsen om fastlegers fornøydhet med DPS er planlagt presentert og diskutert i regionalt fagdirektørmøte, og vil bli tatt opp i regionalt fagråd for psykisk helsevern.  Det forutsettes at de enkelte helseforetak og DPS anvender resultatene til forbedring av egen virksomhet.

Styringsparametre	Datakilde	2011						Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom	Akse 2 - Spes. Utviklingsforstyrrelser	Akse 3 - Intelligens nivå	Akse 4 - Somatiske tilstander	Akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold	Akse 6 - Psykososialt funksjonsnivå			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	NPR	75,20 %	62,20 %	61,00 %	54,20 %	58,50 %	55,00 %	100 %	Se tiltak innen VOP	Se vurdering innen VOP

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Andel pasienter lagt inn med utfylt lovgrunnlag)	NPR			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne (Andel pasienter m/spesifisert diagnose ved utskrivelse)	NPR	Andel pasienter m/ spesifisert diagnose ved utskrivelse 74 prosent	Andel pasienter med spesifisert diagnose 69,1 prosent	100 %		

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	100 %	100 %	Alle sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	
Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	100 %	100 %	Alle sykehus og helseforetak har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	
Andel sykehus og helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	Norsk pasientregister	70 %	100 %	Helse Sør-Øst har i 2012 intensivert arbeidet med å få helseforetakene til å rapportere på skader og ulykker til NPR. Det er blitt innledet et samarbeid med en regional gruppe med ansatte som sitter med kompetanse på pasientsystemer. Kravet om	Målsettingen er at alle helseforetak senest innen 1. tertial 2013 skal ha rapportering på plass.

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
				<p>rapportering er tillegg kommunisert til fagledelsen ved alle helseforetak gjennom fagdirektørmøtet 12. desember 2012 og er gjentatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetakene for 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp helseforetakene i de faste oppfølgingsmøtene. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp kvaliteten på rapporteringen basert på tilbakemeldinger fra Norsk Pasientregister.</p>	

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning	Egne tall	100 %	100 %	Tilbudene varierer, de fleste har det i LMS tilbud, men noen har det knyttet opp mot særskilte pasientgrupper.	



## Rapportering på særskilte områder (vedlegg 3 i oppdragsdokumentet)

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
<b>Forskning og innovasjon</b>				
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til CRIStin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	CRIStin Ekstern tilbyder	Vil foreligge i rapport for 2012 fra CRIStin og NIFU		
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	Vil foreligge i rapport for 2012 fra NIFU		
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	<a href="http://forskingsprosjekter.ihelse.net">http://forskingsprosjekter.ihelse.net</a>	<i>Se egne tabeller nedenfor</i>		
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Kumulerte tall fra Forskningsrådet: I alt 128 søknader om støtte fra EUs 7. rammeprogram, hvorav 25 (19,5 %) er tildelt støtte. Søknadsbeløp 57 mill Euro (428 mill NOK), tildelt beløp: 6,5 mill Euro (48,9 mill NOK)		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	I alt er det etablert seks nasjonale satsingsområder (nasjonale nettverksstrukturer) for forskning i regi av NSG. Helse Sør-Øst RHF finansierer nettverkskjernene (koordinerende fagmiljø) for fire av disse, innen alvorlige psykiske lidelser, muskel-skjelettsykdommer, kreft og helsetjenesteforskning (under oppstart). Fagmiljøer innen Helse Sør-Øst leder to av tre interregionale forskningsprosjekter; innen de nasjonale satsingsområdene alvorlige psykiske lidelser og nevrologi (NASATS-utlysningen).		
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Dofi: 84 Lisens: 9 Bedrift 0	Området er ikke målsatt, men antall DOFi har økt betydelig fra 2011. Tilfang av ideer og realisering er høyt	Mange tiltak er gjennomført for å øke antall ideer og utlisensiering
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	<a href="http://forskningssøknader.ihelse.net">http://forskningssøknader.ihelse.net</a>	I 2012 mottok Helse Sør-Øst RHF 519 søknader om forskningsmidler for 2013. Av disse var det 265 (51 %) søknader der søker oppgav at prosjektet/tiltaket hadde et klart innovasjonspotensial, mens 182 (35 %) oppgav et mulig innovasjonspotensial.		
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Forskningsrådet og Innovasjon Norge er bedt om å oversende tall		
Innovasjonsindikatorerne fra helseforetakene i 2012				
o Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk	HF	Antall aktive innovasjonsprosjekter i tidlig fase: 312. Oversikt over ressursbruk ikke tilgjengelig.	Det er svært mange prosjekter i tidlig fase	
o Antall nye patentsøknader	HF	Antall nye patentsøknader: 24		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
o Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale)	HF		Tydelig økt ledelsesoppmerksomhet på innovasjon. Stor variasjon mellom helseforetakene og rom for videreutvikling og forbedring.	Mange tiltak er igangsatt i helseforetakene for å stimulere til bedre innovasjonskultur, blant annet idémottak eller idépoliklinikker ved flere helseforetak. Fokus på innovasjonskultur er bygget inn i sentrale strategi- og styringsdokumenter.
<b>Infeksjoner</b>				
Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS	NOIS/NPR	Resultat/ tall for 2012 kommer fra FHI i mars/ april-13		Alle helseforetak og private ideelle sykehus med avtale har igangsatt registrering av alle fem prosedyrer fra og med 1.sept 2012

*Eqne tabeller for andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.*

Fagfelt	Tildelte midler (mill.kr)	Andel av tildelte midler (%)	Antall prosjekter/tiltak
Blood	4,0	1,1	7
Cancer	103,1	29,1	135
Cardiovascular	39,2	11,1	55
Congenital Disorders	0,9	0,3	1
Ear	0,5	0,1	1
Eye	5,7	1,6	6
Generic Health Relevance	26,0	7,3	34
Infection	6,6	1,9	14
Inflammatory and Immune System	39,0	11,0	51
Injuries and Accidents	1,7	0,5	6
Mental Health	37,9	10,7	65
Metabolic and Endocrine	12,1	3,4	16
Musculoskeletal	18,4	5,2	32
Neurological	22,2	6,3	38

Oral and Gastrointestinal	5,9	1,7	13
Other, se veiledning	13,4	3,8	15
Renal and Urogenital	2,8	0,8	5
Reproductive Health and Childbirth	10,7	3,0	16
Respiratory	0,0	0,0	4
Stroke	4,0	1,1	4
<b>Totalt</b>	<b>354,1</b>	<b>100,0</b>	<b>518</b>

*Tildelte midler til forskning relatert til 22.juli 2011*

<b>Tilknyttet nasjonal strategi</b>	<b>Antall prosjekter</b>	<b>Andel av tildelte midler (%)</b>
Ikke relevant for dette prosjektet.	331	60,2
Kvinnehelsestrategi.	18	2,3
Nasjonal KOLS-strategi.	1	0,0
Nasjonal satsing for rusfeltet.	3	0,1
Nasjonal satsing innen eldremedisin.	10	1,4
Nasjonal satsing innen psykisk helse.	44	8,5
Nasjonal strategi for diabetesområdet.	9	2,3
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.	9	1,2
Nasjonal strategi for kreftområdet.	81	20,9
<b>Samhandling - pasientforløp og behandlingsskjeder.</b>	<b>11</b>	<b>2,9</b>

## **Vedlegg 2: Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2012 for Helse Sør-Øst RHF**

Brukerutvalget har gitt en arbeidsgruppe fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Gruppen har hovedsaklig konsentrert seg om oppsummeringer. Brukerutvalget er forelagt årlig melding i møte 12-13. mars 2013.

Meldingen tar for seg den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst i 2012 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2013 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Brukerutvalget har også i 2012 konsentrert innsatsen om fire hovedområder: pasientsikkerhet og kvalitet, et koordinert helsetilbud, pasientrettigheter og ventetider og brukervedvirkning. Uttalelsen til årlig melding organiseres i samsvar med dette.

### **Pasientsikkerhet og kvalitet:**

#### *Kunnskapsbasert praksis*

Brukerutvalget ser positivt på at prosjektet ”*Kunnskapsutvikling og god praksis*” videreføres som regionalt prosjekt og at det arbeides med utvikling av gode behandlingslinjer og pasientforløp. Brukerutvalget er opptatt av at helseforetakene standardiserer tjenestene basert på kunnskapsbasert praksis, men også at tjenestene tilpasses den enkelte pasients situasjon. Brukerutvalget er tilfreds med at brukervedvirkning, informasjon og opplæring gis oppmerksomhet i arbeidet med behandlingslinjer. Det registreres imidlertid at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at fokuset på forløp ”fra hjem til hjem” ikke alltid ivaretas.

Brukerutvalget påpeker at uønskede hendelser må følges opp ovenfor den enkelte pasient og pårørende, og i klinikken med sikte på læring og forbedring. Brukerutvalget ønsker at kvalitetsarbeidet også må holde sterkt fokus på reduksjon av behandling som ikke er dokumentert.

#### *Gode pasientforløp*

Brukerutvalget har i tidligere årlige melding etterspurt gjennomgang av det pasientadministrative systemet. Det er en styrke at Helse Sør-Øst RHF prioriterer arbeidet høyt, selv leder arbeidet og holder fokus på helseforetakenes oppfølging gjennom prosjektet ”*Glemt av sykehuset*”. Det er videre nødvendig at konsernrevisjonen gjennomfører oppfølgende revisjoner, slik det er planlagt. Helseforetak som ikke følger prosjektet bør bli særskilt fulgt opp. Det er uakseptabelt at det ikke er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Helseforetakene må stille klare krav til innhold i henvisninger og følge opp når henvisningene ikke gir nødvendige opplysninger.

Brukerutvalget mener det er behov for forbedring av prehospitale tjenester og akuttmottak. Pasientene må ved akutte innleggelser sikres helhetlige tjenester gitt av personell med bred utrednings - og behandlingskompetanse.

Brukerutvalget mener videre at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen som en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet.

#### *Pasientsikkerhet*

Også i 2012 har mange pasienter opplevd feilbehandling. Det forventes at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen bidrar til varige endrede systemer og kulturer som sikrer at ledere og

ansatte på alle nivå løpende følger opp pasientsikkerheten. Spesielt er det forventninger til delprosjektene ”Trygg kirurgi” og ”Samstemning av legemiddellister”. Det registres med bekymring at sjekklisten for Trygg kirurgi ikke alltid brukes. Det er tilfredshet med at forbedring er dokumentert. Brukerutvalget støtter videreføring og ser fram til at psykisk helsevern og rus inkluderes. Det ses positivt på øvrige tiltak for kunnskapsutvikling og god praksis, for eksempel prosjektet ”Get the boards on board”.

#### *Informasjon og kommunikasjon*

Brukererfæringsundersøkelser viser at det er svikt i informasjon og kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter/pårørende. Dette kan lede til svikt i behandlingen. God kommunikasjon er løftet fram som høyt prioritert område for brukerutvalget. Det registreres at prosjekt for systematisk forbedring av kommunikasjon pågår i flere helseforetak. Brukerutvalget ønsker at slike tiltak iverksettes i alle deler av helsetjenesten.

#### *Regionale strategier og handlingsplaner*

Brukerutvalget har i 2012 deltatt i arbeidet med å rullere Helse Sør-Øst RHF sin plan for strategisk utvikling, hvor det igjen er slått fast at tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov. Brukerutvalget er usikre på om de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering fra 2010 er godt nok fulgt opp. Det er bekymring over at handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp i helseforetakene. Brukerutvalget har klare forventninger om at Helse Sør-Øst RHF i 2013 reviderer handlingsplanen og tilpasser denne til samhandlingsreformen.

#### *Fordeling av oppgaver og funksjoner*

Det er de senere årene tatt beslutninger om funksjonsfordeling innen flere områder. Vedtak om fordeling av oppgaver og funksjoner må følges opp og kvalitet må måles.

#### *Forskning og innovasjon*

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges vekt på at resultatene overføres til praksis og resulterer i bedre behandling. Det bør i større grad forskes på hele pasientforløp. Brukerutvalget har poengtert at brukermedvirkning innarbeides i regional strategi for forskning og innovasjon.

#### *Korridorpasienter*

Brukerutvalget beklager at andel korridorpasienter kun er marginalt lavere enn i 2011. Utviklingen ved de foretakene som har de største utfordringene må følges nøye i 2013.

#### *Epikriser*

Andel epikriser som er utsendt innen syv dager har utviklet seg positivt i 2012. Alle pasienter bør imidlertid få en foreløpig rapport ved utskriving. Denne bør gjennomgås med pasienten med spesiell vekt på hva pasienten selv kan forvente og må følge opp.

#### *Sykehusinfeksjoner*

Det er fortsatt for høy forekomst av sykehusinfeksjoner. Forbedring for å redusere skader og plager for pasienter og unødig ressursbruk for helseforetaket må prioriteres høyt.

### **Pasientrettigheter og ventetider:**

#### *Ventetider*

Brukerutvalget merker seg at det kun er marginale endringer i ventetider. Innsatsen må intensiveres. Dette gjelder også venting senere i forløpet. Brukerutvalget mener at arbeidet som gjøres for å redusere ventetider i forløpet for kreftpasienter, må videreføres for andre

pasientgrupper. Dette er av særlig betydning når pasienten har ett reelt medisinsk behov for rask behandling. Det registreres at en betydelig andel av pasienter på venteliste, venter på poliklinisk utredning og behandling. Brukerutvalget mener poliklinikkene må styrkes, og at logistikken må forbedres slik at pasientene kan få ulike typer undersøkelser og behandling på samme dag.

#### *Kapasitet*

Ved årsskiftet var det særlig fokus på kapasitet i antall senger, i akuttmottak og legedekning. Brukerutvalget ser fram til å få oversikt over dette. Brukerutvalget er positiv til at det i 2012 er igangsatt arbeid for å se på kapasitetsutnyttelse innen en del fagområder. Brukerutvalget ønsker tydeligere retningslinjer for hvilke behandlinger som skal utføres i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten.

#### *Pasientrettigheter*

Brukerutvalget mener det fortsatt er behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter slik at pasientene gis rett informasjon. Dette gjelder også fastleger, som mer aktivt bør gi pasientene informasjon om valgmuligheter. Oppgaver knyttet til utvikling av gode og likeverdige helsetjenester som ivaretar utfordringene i et flerkulturelt samfunn må tillegges ytterligere vekt. Brukerutvalget følger ”*Samhandlingsarena Aker*” med særlig oppmerksomhet.

#### *Fristbrudd*

Brukerutvalget registrer at det mot slutten av 2012 var en reduksjon i antall fristbrudd. Arbeidet i helseforetakene må fortsatt ha stor oppmerksomhet fra Helse Sør-Øst RHF.

Brukerutvalget ser alvorlig på de opplysninger om ventetider og fristbrud som fremkommer i Riksrevisjonens rapport i 2012 og ser det som et ansvar for Helse Sør-Øst RHF å utarbeide felles retningslinjer og rutiner, opplæring av ansatte i registrering av ventetider, bl.a. gjennom prosjektet ”*Glemte av sykehuset*”.

### **Et koordinert helsetilbud**

#### *Samhandlingsreformen*

Samhandlingsreformens mål støttes av brukerutvalget. Det er viktig at tilbud i spesialisthelsetjenesten opprettholdes inntil likeverdige kommunale tilbud er bygget opp. Meldinger om at enkeltpasienter skrives for tidlig ut til utilstrekkelige tilbud i kommunen registreres med bekymring. Brukerutvalget mener at nasjonale myndigheter må stille krav til og følge opp kvaliteten på tjenestene i kommunene. Gjensidig faglig veiledning, samarbeid gjennom ambulante team/lokalt baserte tilbud og gjensidig hospitering er viktig. Det må holdes fokus på god samhandling innad i spesialisthelsetjenesten.

#### *Omstillinger i hovedstadsområdet*

Brukerutvalget støtter målsetningene med omstillingene i hovedstadsområdet og følger disse nøye i samarbeid med brukerutvalgene i helseforetakene. Brukerutvalget beklager en rekke uheldige hendelser. Det er likevel grunn til å uttrykke en viss bekymring for at oppslag i media motvirker bestrebelsene på å utvikle kultur for åpenhet om feil og at de kan skape unødig frykt i befolkningen.

### **Brukermedvirkning**

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst. Hovedstrukturer for medvirkning er på plass. Parallelt med at arbeid med forbedring av brukerutvalgenes funksjon videreføres, rettes arbeidet i større grad mot medvirkning i forbedring av tjenester og forløp. Dette skal føre til at pasienter og pårørende får økt innflytelse på individuelle behandlingsforløp.

Det er i 2012 etablert tettere dialog mellom brukerutvalg i helseforetakene og regionalt helseforetak gjennom en kontaktpersonordning. Det må utvikles gode strukturer for brukermedvirkning i de ulike samhandlingsorganene som blir etablert. Det er intensjoner om at brukerrepresentantene skal få en tydelig rolle og mulighet til å medvirke i arbeidet med å bedre helsetjenesten. Det registreres imidlertid at ikke alle helseforetak i like stor grad trekker på brukernes erfaringer i dette arbeidet.

Alle helseforetak bør legge til rette for at pasienter og pårørende enkelt skal kunne melde fra om erfaringer og feil og at disse brukes i forbedringsarbeid. Regionale helseforetak og Kunnskapssenteret bør samarbeide om å lage modeller for brukerundersøkelser til lokalt forbedringsarbeid. Videre bør flere kvalitetsindikatorer utvikles og publiseres.

Medvirkning og egenomsorg for bedre livskvalitet og mindre behov for helsetjenester er viktig. Brukerne har i alle år vært opptatt av at pasient- og pårørendeopplæringen må styrkes, både gjennomgående i pasientforløpet og i egne lærings- og mestringssentre.

**Avslutning:**

Brukerutvalget er tilfred med at majoriteten av helseforetakene har økonomiske resultat som gir grunnlag for investeringer i bygninger og IKT, herunder medisinsk teknisk utstyr. Brukerutvalget ønsker at helsetjenesten styres slik at det gis handlefrihet til realisering av de gode intensjoner som følger av tidligere styrevedtak, plan for strategisk utvikling 2013-2020 og økonomisk langtidsplan.