



# **Årlig melding 2009**

## **Helse Sør-Øst RHF**

**til Helse- og omsorgsdepartementet**

**Hamar 4. mars 2010**  
(versjon 1.1)

## **Om årlig melding**

*I henhold til Lov om helseforetak (§ 34) skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til Helse- og omsorgsdepartementet om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.*

*Årlig melding er nærmere beskrevet i vedtektene for Helse Sør-Øst RHF og det forutsettes at meldingen skal:*

- gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett*
- inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet. Planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt legges frem for Stortinget*
- gi departementet rapportering på oppfølging av styringsdokumentet*

*I samsvar med vedtektene skal årlig melding behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2010. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsregnskap og årsberetning 2009 for Helse Sør-Øst RHF.*

*Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i helseforetakenes vedtekter. Det legges også til grunn at aktiviteten ved de private sykehusene med avtale inngår i det totale "sørge for"-ansvaret. Disse utarbeider årlig melding i samme format som for helseforetakene. Frist for oversending av ferdig styrebehandlet årlig melding fra helseforetak/sykehus er satt til 1. mars 2010. Relevante opplysninger som inngår i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF er oversendt 22. januar 2010.*

*Helseforetakenes årlige melding utarbeides etter felles mal. Det er forutsatt at meldingen er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene og med medvirkning fra brukere og tillitsvalgte, samt at meldingen er behandlet i helseforetakenes styre. Årsregnskap, årsberetning og årlig melding for 2009 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2010.*

*Frist for innsending av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet er, etter endring i foretaksmøtet 26. januar 2010, 15. mars 2010.*

*I utarbeidelsen av årlig melding har det vært tett dialog med brukerutvalget og de konserntillitsvalgte. Det er gitt mange positive bidrag. Samarbeidet har vært særlig viktig under utarbeidelsen av kapittel 1.2 hvor en oppsummerer positive resultater og uløste utfordringer i 2009.*

## Innhold:

1.	INNLEDNING .....	4
1.1	HELSE SØR-ØST – VISJON OG VERDIGRUNNLAG .....	4
1.2	SAMMENDRAG AV POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER I 2009 .....	6
2.	RAPPORTERING .....	15
2.1	RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENTET 2009 .....	15
2.1.1	Innledning i oppdragsdokumentet .....	15
	Styrets konklusjon .....	18
2.1.2	God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst .....	18
2.1.3	Økonomi – foreløpig regnskap 2009 .....	19
2.1.4	Aktivitet i Helse Sør-Øst .....	20
2.1.5	Øvrige krav i oppdragsdokument.....	23
2.2	RAPPORTERING PÅ KRAV I FORETAKSMØTEPROTOKOLLER 2009.....	98
2.3	KONTORET FOR FRITT SYKEHUSVALG .....	112
2.4	SAKER BEHANDLET AV STYRET I 2009 .....	113
2.5	KONSERNREVISJONENS ÅRSRAPPORT FOR 2009 .....	114
2.5.1	Sammendrag .....	114
2.5.2	Gjennomførte revisjoner .....	116
2.6	MEDVIRKNING, DIALOG OG FORANKRING.....	117
2.6.1	Brukermedvirkning.....	117
2.6.2	Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud .....	122
2.6.3	Dialog med andre instanser og organisasjoner.....	123
3.	STYRETS PLANDOKUMENT .....	125
3.1	UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER .....	125
3.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet .....	125
3.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger .....	129
3.1.3	Personell og kompetanse .....	131
3.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer .....	134
3.1.5	Nasjonal helseplan .....	135
3.2	PLAN FOR STRATEGISK UTVIKLING, STRATEGISK FOKUS OG MÅL 2010 FOR HELSE SØR-ØST.....	136
3.2.1	Innledning .....	136
3.2.2	Strategisk fokus 2010-2013 og mål for 2010.....	137
	OMSTILLINGSPROGRAM – KVALITETSSTRATEGI OG MÅL 2010 - INNLEDNING .....	137
	INNSATSOMRÅDE 1; PASIENTBEHANDLING .....	139
	INNSATSOMRÅDE 2; FORSKNING .....	140
	INNSATSOMRÅDE 3; KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS .....	141
	INNSATSOMRÅDE 4; ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER .....	142
	INNSATSOMRÅDE 5; MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE .....	143
	INNSATSOMRÅDE 6; BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING .....	143
4.	INNSPILL TIL STASBUDSJETTET FOR 2011 .....	145
4.1	INNLEDNING .....	145
4.2	AKTIVITET KNYTTET TIL PASIENTBEHANDLING I HELSEFORETAKENE I 2010.....	145
4.2.1	Somatiske spesialisthelsetjenester.....	145
4.2.2	Psykisk helsevern.....	149
4.2.3	Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB).....	152
4.3	ANDRE ØKONOMISKE FORHOLD RELATERT TIL STASBUDSJETTET FOR 2011 .....	154
4.4	SÆRSKILTE MERKNADER FRA HELSE SØR-ØST RHF .....	155
5.	VEDLEGG .....	156
	Vedlegg 1: Styresak om god virksomhetsstyring og intern kontroll .....	156
	Vedlegg 2: Avvik etter tilsyn - oversikt.....	173
	Vedlegg 3: Samlet risikovurdering 2. tertial 2009.....	176

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Helse Sør-Øst – visjon og verdigrunnlag

Helseforetaksgruppens oppgave består i å gi et kvalitetsmessig godt helsetilbud til befolkningen. Samtidig skal de store samfunnsmessige verdier i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr og bygg, forvaltes på en god og fremtidsrettet måte. Dette er store og ansvarsfulle oppgaver som må løses i et aktivt samspill mellom ledelse, medarbeidere og brukere.

### Visjon og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

***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 tuftet på lovverket, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtektene. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan 2007-2010 og tilknyttede nasjonale helseplaner, oppdragsdokument og foretaksmøter.

### Overordnet organisering

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med cirka 2,7 millioner innbyggere, som utgjør om lag 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 65 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2010 på om lag 58 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et "sørge for"-ansvar i regionen. Helse Sør-Øst RHF er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester. Organisering og oppgavefordeling internt i det regionale helseforetaket innebærer at disse

rollene så langt som mulig er adskilt. Videre utøves rollen som eier av helseforetakene gjennom vedtekter og beslutning i foretaksmøte.

Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer også ansvar for behandling av rusavhengige, pasienttransport, habilitering og rehabilitering. Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF består av 11 helseforetak organisert innenfor 7 sykehusområder. I henhold til styrets vedtak i sak 108-2008 er det fra 1. januar 2009 etablert følgende struktur i helseregionen:

<b>Helseforetaksstruktur 2009</b> Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	<i>Akershus sykehusområde</i>
Oslo universitetssykehus HF	<i>Oslo sykehusområde</i>
Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	<i>Telemark og Vestfold sykehusområde</i>
Sykehuset Østfold HF	<i>Østfold sykehusområde</i>
Sykehuset Innlandet HF	<i>Innlandet sykehusområde</i>
Vestre Viken HF	<i>Vestre Viken sykehusområde</i>
Sørlandet sykehus HF	<i>Sørlandet sykehusområde</i>
Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF	<i>Har ansvar iht. oppdrag i forhold til hele regionen.</i>

Helse Sør-Øst RHF er medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø, Norsk Helsenett AS (frem til avgivelsen av aksjer til Norsk Helsenett SF), Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien.

Det er inngått avtaler om forpliktende samarbeid med følgende 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 1 042 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratorie- og røntgen, opptreningsinstitusjoner og innen habilitering og rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av eksterne helsetjenester inngås av det regionale helseforetaket.

## **1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009**

Dette kapitlet omhandler forhold som Helse Sør-Øst RHF opplever å ha lyktes særlig med, eller som innebærer utfordringer i den videre styring og oppfølging.

### ***Omstillingsprogrammet - et godt grunnlag for videre utvikling***

Da regjeringen i 2007 vedtok å slå sammen to helseregioner til Helse Sør-Øst RHF var den viktigste begrunnelsen at en ønsket bedre ressursutnyttelse og samordning i hovedstadsområdet. I følge daværende helseminister var det behov for bedre samordning av fag- og forskningsmiljøer, bedre utnyttelse og koordinering av personell, sykehusarealer, kostbart medisinsk utstyr, IKT, støttefunksjoner og fremtidige investeringer.

Gjennom hovedstadsprosessen og plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst 2009-2020 – ”omstillingsprogrammet” ble det lagt et godt grunnlag for den fremtidige utviklingen innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. 2009 har derfor vært det første av flere gjennomføringsår og en er godt i gang med å bygge en organisasjon som skal gi innbyggerne i regionen et bedre spesialisthelsetilbud i årene fremover. Mange brikker er lagt på plass i løpet av 2009 og mange av vedtakene som ble fattet i november 2008 er under gjennomføring.

Et viktig mål for endringene i hovedstadsområdet og regionen for øvrig, er å styrke lokalsykehusfunksjonen ved å ivareta bredde, nærhet og forutsigbarhet i forhold til ”vanlige” sykdommer. Samtidig skal en ha et særlig fokus på storbyproblemstillinger.

Det er en stor utfordring å reorganisere regionen i sykehusområder og gjennomføre grunnleggende endringer i mange støttefunksjoner, samtidig som det er helt avgjørende å levere et pasienttilbud av høy kvalitet innenfor de rammer som er gitt. Dette krever stor innsats også i årene som kommer. Det må aksepteres at det tar tid før alle omstillinger mht. forflytning av oppgaver, personell m.v. er gjennomført. Det understrekes i denne sammenheng at det, med unntak av 150 millioner kroner i budsjett for 2010 til eventuelle investeringstiltak i Oslo universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF, ikke er avsatt særskilte midler til omstillingsarbeidet. Det videre utviklingsarbeidet må derfor i hovedsak skje i samspill med de øvrige utfordringene som helseforetakene står overfor.

Særlig krevende er de endringene som skal gjennomføres innad og i samarbeid mellom Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Disse endringene vil også berøre mange ansatte og det legges vekt på ordninger som ivaretar de ansattes behov for forutsigbarhet og trygghet. Akershus universitetssykehus HF har særskilte organisatoriske utfordringer for å sikre god drift i nytt bygg, gjennomføre siste byggetrinn og forberede mottak av flere pasienter fra Follo og Alna bydel i Oslo i 2011.

Fra det regionale helseforetakets side foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene. Det er gitt presiserte oppdrag med fokus på fremdrift og løpende avklaringer. Driftssituasjon i helseforetakene følges samtidig opp kontinuerlig. Det er imidlertid viktig at utfordringene i hovedstadsområdet ikke overskygger de utfordringer og behov som også er til stede i de øvrige helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide aktivt for at det skjer en positiv utvikling i foretaksgruppen som helhet, i tråd med omstillingsprogrammet og overordnede krav og oppdrag fra eier.

## **Pasientbehandling**

Variierende aktivitetsresultater. Årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten dokumenterte at Helse Sør-Øst, som den eneste helseregionen i landet, oppnådde alle kravene til aktivitetsutvikling i 2008. I 2009 har det vært tilsvarende høy aktivitet, bortsett fra innen somatikk døgnbehandling, der det både er aktivitetsreduksjon i forhold til 2008 og et negativt aktivitetsavvik mot budsjett. Utviklingen innen somatikk fra 2008 til 2009 preges av en tilsiktet dreining av aktiviteten fra døgn til dag og poliklinikk, men reduksjonen på døgn har blitt noe større enn planlagt. Økningen i dagbehandling er samtidig mindre enn forutsatt, mens det har vært en kraftig økning i den polikliniske virksomheten. I sum har dette resultert i en inntektssvikt for enkelte helseforetak i forhold til budsjettet nivå. Aktivitetsnivået innen psykisk helsevern er i samsvar med et regionalt budsjettmål om en økning på 2,5 prosent mens totalaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger over regionens mål om en økning på 6 prosent i 2009. Økte kjøp fra private rusinstitusjoner har i betydelig grad bidratt til denne aktivitetsøkningen.

Forbedret kvalitet. Indikatorer for kvaliteten på pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst utvikler seg positivt. Det er langt færre korridorpasienter og andel epikriser sendt ut innen syv dager etter at pasienten ble utskrevet fortsetter å øke opp mot nasjonalt måltall. Også andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan har økt noe og tallene for sykehusinfeksjoner har gått ned. Andel fristbrudd for rettighetspasienter har gått markert ned, mest sannsynlig på grunn av at prioriteringsveilederne er tatt i bruk. Forbedringsarbeidet må likevel videreføres i 2010 og det arbeides med tiltaksplaner for å redusere antall fristbrudd, forbedret systemsikkerhet og rapportering. Regionale anbefalinger om korridorpasienter følges opp, herunder omdisponering og mer fleksibel bruk av senger, forbedring av organisering og ressursstyring og videreutvikling av samhandlingstiltak i forhold til kommunale tjenester. De faste oppfølgingsmøtene med helseforetakene har fokus på kvalitetsarbeidet, og flere etterlyser nye og mer presise kvalitetsindikatorer.

Ventetid under landsgjennomsnittet. Ventetidene i Helse Sør-Øst ligger under landsgjennomsnittet, men har økt med noen få dager i forhold til i 2008, mye betinget i en markert økning i nyhenvisninger på alle tjenesteområder. De nasjonale prioriteringsveilederne vil bidra til at henviste pasienter får riktig behandling til rett tid, men i samhandlingsreformens ånd må en også se nærmere på arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Pasientregisterforskriften trådte i kraft i april 2009 og vil på sikt legge til rette for økt kunnskap om hvem og hvor mange som står i kø og hvilken type behandling de venter på.

Utvikling i ventetid og kapasitet innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB). Det er utfordringer knyttet til kapasiteten for døgnbehandling innen TSB. Dette skyldes både lav produktivitet og vanskelig rekruttering av fagpersonell. Det er i 2009 etablert nye behandlingsplasser relatert til rusbehandling ved DPSene. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF økt kjøpet av private behandlingsplasser. I 2010 vil aktiviteten innen akuttbehandling og avrusning øke ytterligere. Det vil også bli vurdert hvilke andre områder som har størst behov for kapasitetsøkning og om behov kan løses gjennom en tettere tilknytning av private avtaleparter mot det enkelte sykehusområde. Det arbeides for en effektivisering av tiltakskjeden. Effektiviseringskrav er innarbeidet i bestillingen til helseforetakene for 2010.

Det er gitt klare signaler om å prioritere rusituasjonen i hovedstaden, og prioriteringen er fulgt opp med økonomiske midler. En egen rusakutt vil bli etablert i Oslo i løpet av sommeren 2010, men allerede i desember 2009 åpnet Oslo universitetssykehus HF et midlertidig mottak ved avdeling rusakuttmottak i rehabiliterte lokaler på Sinsen. Det er etablert eget fagråd for området TSB. Det arbeides bl.a. med tiltak for å sikre kvaliteten innen de private tilbudene.

Pasientsikkerhet må bedres. For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. De fleste hendelsene skyldes systemsvikt, bl.a. medisineringsfeil og sykehusinfeksjoner. Det er viktig å stimulere til større åpenhet og meldekultur der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som viktige bidragsyttere i kvalitetsutviklingsarbeidet. Samtidig er det viktig å følge den nasjonale kvalitetsstrategien og prioritere behandling som gir helsenytte og sikre at gamle metoder med mindre effekt avvikles. I 2009 ble det iverksatt målrettede tiltak i form av avviksbehandling for å avdekke feil og uønskede hendelser, fagrevisjoner, sertifiseringsmetodikk med standardisering og sjekklister, forbedret risikostyring og internkontroll mv. Gjennom det samlede oppdrag og bestilling for 2010 er helseforetakene bl.a. pålagt å dokumentere reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser samt å redusere antall saker til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Det vurderes fra 2011 å legge opp til å innføre en annen form for økonomisk risikodeling mellom sykehusområdene og det regionale helseforetaket når det gjelder NPE. En vil også følge opp nasjonale og regionale brukerundersøkelser, igangsatte pasientsikkerhetsprosjekter, erfaringskonferanser og prosjekt som følge av tilsyn i akuttmottakene.

Styrket samhandling. Bedre veiledning og samhandling skal sikre at utskrivningsklare pasienter får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå. Helseforetakene har iverksatt mange gode samhandlingstiltak, for eksempel "pilotsykehusprosjekt Ringerike sykehus", pilot-intermediærenheter og rehabiliteringsintegreerte sentre. Oftest er kommunene ansvarlig for driften, og helseforetaket har inngått samarbeidsavtale om å bidra med kompetanse. Ambulante team er en integrert del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og habilitering. Alle sykehusområder har ambulante team innen disse områder. I tillegg er det etablert ambulante team for ulike somatiske sykdommer i alle sykehusområder. Samhandlingsaktivitetene vil bli intensivert frem mot gjennomføring av samhandlingsreformen i 2011. Det vil i samarbeid med kommunene søkes å avdekke felles utfordringer, styrke samarbeidet om enkeltpasienter og bruke gode erfaringer fra andre helseforetak/sykehus. Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal også videreutvikles etter felles mal og integreres i helhetlige behandlingsskjeder. Samhandling og LMS skal i større grad også være en ledelsesoppgave. Kompetansen og kapasiteten til primærhelsetjenesten er avgjørende for å sikre god samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten må i enda sterkere grad følges opp og utvikles gjensidig.

For store ulikheter. Tall fra Statistisk sentralbyrå og flere forskningsrapporter dokumenterer store ulikheter innad i Helse Sør-Øst når det gjelder sykdomsbilde, risikofaktorer, opplevelse av sykdom mv. Det er viktig å arbeide for mer likeverdige helsetjenester og å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Dette vil være avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten, også ved at personellet bruker eget tjenestetilbud mer målrettet og bevisst. Arbeidet må videreutvikles med samhandlingsreformen og det bør vurderes om gjeldende inntektsmodeller ivaretar dette i tilstrekkelig grad. Helseforetakene i hovedstadsområdet vil legge særlig vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Oslo universitetssykehus HF er i denne sammenheng pilotsykehus både i den regionale satsningen og i det nasjonale prosjektet for samhandling. Videre er ny storbylegevakt utredet i 2009 i samarbeid med Oslo kommune. Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet i desember 2009 sak om likeverdige helsetjenester med fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn. Styret sluttet seg til at tilbudet til minoritetsgrupper styrkes og at det settes krav til helseforetakenes oppfølging av dette i oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2010. Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF er gitt i særskilt oppgave å legge vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt



innvandrerbefolkning. For å styrke et likeverdig tilbud til pasientene vil også kvaliteten på tolketjenester bli styrket.

Fagrådene er i gang. Ett nytt og spennende tiltak i 2009 er etablering av tverrfaglige regionale fagråd. Foreløpig er det etablert ti fagråd i Helse Sør-Øst. Det er store forventninger til at fagrådene skal bidra til at Helse Sør-Øst klarer å gjøre gode valg og prioriteringer, for eksempel når det gjelder å ta i bruk nye behandlingsmuligheter. Det er mange eksempler på at en i dag ikke klarer å planlegge godt nok hvordan en samlet skal ta i bruk ny teknologi eller nye medisiner. Resultatet blir ofte prioriteringskonflikter, mangel på likeverd og ikke godt nok tilbud til pasientene. Helse Sør-Øst RHF ønsker at fagrådene skal være med på å legge premissene for de valgene som må tas for å fornye helsetjenesten og sikre god kvalitet innenfor de rammene som er gitt. Det legges stor vekt på tverrfaglighet, forankring og medvirkning. Det er tidligere fattet vedtak om å utrede organiseringen av laboratorie- og røntgenfagene og de prehospitale tjenestene. Som eksempel er dette nå til vurdering med faglige råd og innspill fra to respektive fagråd.

Influensaepidemien A (H1N1). Norge sto i 2009 overfor en pandemi av den nye influensaen A (H1N1). Det har vært et tett samarbeid innad i foretaksgruppen og i forhold til Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og andre for å løse de utfordringer pandemien har medført, og en har fulgt opp alle føringer og oppdrag som er gitt fra sentrale helsemyndigheter. I løpet av juni og juli 2009 ble det registrert et økende antall pasienter i Helse Sør-Øst. Antallet gikk ned i august, før det begynte å stige igjen i september. I oktober viste den epidemiske kurven en bratt stigning som nådde sin topp i første uken av november. Antall pasienter innlagt på sykehusene hadde sin epidemiske topp i uke 45 og 46 med rask nedgang i uke 47 og 48. De fleste dødsfallene av influensaviruset på landsbasis kom i helseregion Sør-Øst, med flest tilfeller i Oslo og Akershus. Det var få driftsmessige problemer ved sykehusene i Helse Sør-Øst som følge av influensaen, og situasjonen ble taklet godt også under den største bølgen i oktober-november. Mot slutten av 3. tertial 2009 var konklusjonen at pandemibølge nummer to var over, at omfanget var blitt mindre enn antatt. Det ble i perioden september-oktober gjort betydelige innkjøp og fordeling av utstyr til intensivpasienter (infusjons- og sprøytepumper, samt dialysemaskiner), i tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Økonomiske forhold knyttet til influensaepidemien er rapportert særskilt til Helse- og omsorgsdepartementet.

### ***Forskning og innovasjon***

Fortsatt stor forskningsinnsats. 62 prosent av all medisinsk og helsefaglig forskning i Norge produseres i Helse Sør-Øst. Til tross for en krevende økonomisk situasjon opprettholder Helse Sør-Øst en sterk satsing på forskning og foretaksgruppen bruker totalt tre prosent av budsjettet til dette formålet. Det tilsvarer om lag 1,47 milliarder kroner årlig (2008-tall). I 2009 fordelte Helse Sør-Øst 336 millioner kroner til løpende og nye forskningsprosjekter, til regionale forskningsnettverk og til nye regionale forskningsgrupper og kjernefasiliteter. Tilsvarende fordeles 424 millioner kroner i 2010. I tillegg setter det enkelte helseforetak av midler til forskning, i tråd med forskningsstrategien. Samlet ressursinnsats skal innen 10 år trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet. Dette forutsetter aktiv prioritering og omstilling av regionens ressursbruk både på regionalt- og helseforetaksnivå. Opptrappingsplanen for ressurser til forskning må følges opp. Utarbeidet handlingsplan må gjennomføres. Det er en utfordring å sikre god bredde i forskningen og det kreves en særlig satsing for å løfte frem annen tverrfaglig forskning der flere helsefaglige profesjoner er inne. Det bør også stimuleres til forskning på tjenestenes organisering og logistikk.

Nytt forskningsbygg. H.M. Dronning Sonja åpnet i august det nye forskningsbygget på 18 000 kvadratmeter ved Radiumhospitalet. Om lag 300 forskere arbeider nå i de nye lokalene. Det nye bygget representerer et stort løft for kreftforskningen i regionen. Satsningen på forskning gir en bedre tjeneste gjennom ny kunnskap, den bidrar til styrket

samarbeid mellom fagmiljøene og helseforetakene blir attraktive arbeidsplasser for dyktige medarbeidere. Dette bidrar til at pasienter og brukerne kan få et enda bedre tilbud.

Innovasjon. Helse Sør-Øst RHF er godt gang med å gjennomføre handlingsplanen for innovasjon som styret vedtok i 2008. Det er i 2009 bl.a. forhandlet fram en rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Medinnova AS som beskriver rollen som kommersialiseringsaktør for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Samordning av innovasjonsaktiviteten med Universitetet i Oslo, herunder en eventuell fusjon mellom Birkeland Innovasjon AS og Medinnova AS, er også vurdert. For første gang er det satt av egne midler til innovasjonstiltak i budsjettet. I alt 10 millioner kroner skal fordeles for 2010. Denne utlysningen kan bidra til å styrke innovasjonsområdet og fange opp de mange ideene som finnes i helseforetakene.

### ***Kunnskapsutvikling og god praksis***

Forstudie. Pasientene opplever ofte helsetjenesten som fragmentert, ustrukturert og lite sammenhengende. Særlig er samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste dårlig koordinert, men dette gjelder også mellom sykehus og mellom enheter i sykehus. Brukerorganisasjonene hilser samhandlingsreformen velkommen og uttrykker at det er nødvendig med en holdningsendring i helsetjenesten. Også i Helse Sør-Øst er samhandling et viktig utfordringsområde. Praksis og erfaringer viser at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke er godt nok ivaretatt. Dårlig koordinerte tjenester medfører også dårlig kvalitet og pasientsikkerhet i form av medisinsk feilbehandling, påførte sykehusinfeksjoner, feilmedisinering, overforbruk av innleggelser, prøver og undersøkelser. For å kunne utvikle kunnskap og tiltak i forhold til disse utfordringene er det i 2009 gjennomført en forstudie. Forstudien vektlegger gode pasientforløp og utvikling av kunnskapsbaserte behandlingslinjer som et sentralt element i å møte utfordringene. I likhet med stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er det i forstudien lagt vekt på å styrke pasient- og brukermedvirkning både gjennom direkte deltakelse fra pasienten i alle faser av eget forløp og deltakelse fra pasient- og brukerorganisasjoner på systemnivå. Forstudiet danner et godt kunnskapsgrunnlag for status på området i Helse Sør-Øst og videre arbeid med begrepsavklaringer og metodikk. Den store utfordringen er imidlertid å prioritere de virkemidlene som kan bidra til reell endring av daglig klinisk praksis i helseforetakene, og i pasientenes opplevelse av behandlingsforløpene. Det er også viktig å sikre at den store mengden erfaringsbasert kunnskap som finnes i organisasjonen blir ivaretatt og videreført. Arbeidet videreutvikles og konkretiseres i 2010. Dette skjer bl.a. gjennom fagrådsarbeid, erfaringskonferanser, analyser og benchmarking.

Kunnskapsutvikling og omdømme. For Helse Sør-Øst er det viktig at befolkningen har tillit til helsetjenesten og helseforetaksgruppens måloppnåelse. Kommunikasjon og samfunnskontakt er sentrale innsatsområder både i helseforetakene og på regionalt nivå. Det er viktig at områder med høy risiko prioriteres og at det foretas systematisk oppfølging av enkeltområder som rus, psykisk helsevern og habilitering/rehabilitering og at kunnskapen dette gir benyttes til læring og videreutvikling av god praksis. Oppnådde mål og gode resultater, det at mange får hjelp og den positive utviklingen innen behandlingsmetodikk og forskning, må kommuniseres fortløpende. Det er også viktig å være klar over at god intern orden i helseforetak og sykehus samt faglig utvikling og medvirkning, bidrar til at egne ansatte er gode ambassadører for egen virksomhet og for helsetjenesten som helhet.

Utdanning og rekruttering. Helseforetakene er pålagt et stort utdanningsansvar. Helse Sør-Øst vil følge med på utviklingen for å sikre riktig kompetanse for morgendagens utfordringer med god pasientbehandling og god rekruttering av kompetent fagpersonell. Som en del av dette vil det utvikles system for individuelle kompetanseutviklingsplaner for alle medarbeidere, knyttet til utviklingssamtaler og virksomhetens mål. Det er i 2009 etablert et eget utdanningsutvalg som et rådgivende organ på regionalt strategisk nivå. Utvalget som

skal foreslå saker vedrørende utdanning og kompetansebehov som vil kunne behandles inn i samarbeidsorganene med Universitetet i Oslo, høyskolene og videregående opplæring.

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

Innkjøps- og logistikkprogrammet. Helse Sør-Øst har et ambisiøst program for samordning og gevinstrealisering for innkjøps- og logistikkvirksomheten i foretaksgruppen. Frem til nå har helseforetakene ikke kunnet rapportere gode og sammenlignbare tall på avtaledekning og avtalelojalitet samt at bare en liten del av innkjøpene styres gjennom egne innkjøpssystemer. Det kjøpes forholdsvis lite fra *Forsyningscenteret* i forhold til målsetningen. Det rapporteres nå på innkjøpsindikatorer i foretaksgruppen. Dette er et viktig strategisk grep for å kunne følge utviklingen av innkjøpsområdet på en god måte, og er en viktig milepæl i strategiplanen for innkjøp og logistikk, og handlingsplanen for 2009. I 2010 skal innsatsen økes for å realisere gevinster. Dette bl.a. ved å sikre bred involvering fra fagmiljøene i utvelgelsen av produkter samt holdningsskapende arbeid for å øke forståelsen for avtalelojalitet for å frigjøre midler til prioriterte områder. Det forutsettes videre at helseforetakenes risikovurderinger av egne handlingsplaner følges opp og korrigeres i egne styrever. Medarbeiderne i Helse Sør-Øst forholder seg til en rekke bestemmelser og retningslinjer innen området "etik". Det er i desember 2009 vedtatt felles etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst. Disse implementeres i helseforetakene og er gjeldende fra 2010.

Krevende utfordringer på IKT-området. Et av de største og mest krevende organisatoriske grep som er gjennomført i 2009 er etableringen av Sykehuspartner IKT som felles tjenesteleverandør for hele Helse Sør-Øst. Om lag 400 IKT-medarbeidere fra helseforetakene er overført til Sykehuspartner og det nye Sykehuspartner IKT er med sine 47 000 PCer og 69 000 brukere den største IKT-leverandøren innen helse i Norden. Dette gjøres ikke primært for å bruke mindre penger på IKT. Helseforetakene blir stadig mer avhengige av teknologi og det forventes at helseforetakenes IKT-kostnader vil stige i tiden fremover. Gjennom Sykehuspartner IKT skal det både fokuseres på å bruke pengene riktig, og å utvikle gode fagmiljøer. Utfordringene innen planlegging, utvikling, drift og sikkerhet ville vært vesentlig større om alle helseforetak skulle ivareta utviklingen hver for seg. I det videre arbeidet på dette området vil samordnet oppfølging og prioritering av knappe midler sikres gjennom aktiviteter i etablert styringsmodell og prioriteringskriterier der virksomhetskritiske konsekvenser av omstillingsprogrammet i regionen gis høy prioritet, både i forhold til ressursallokering og realisering gjennom Sykehuspartner IKT. Forventninger til leveranser innen IKT-området styres gjennom forankring og kommunikasjon av felles målbilde og rammebetingelser. Styringsmodellen og organisasjonene i Sykehuspartner IKT, helseforetakene og det regionale helseforetaket videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering. Strategi og forretningsplaner på IKT-området implementeres i 2010.

Samfunnsutviklingen generelt og organiseringen av helsesektoren spesielt krever økende grad av samhandling. Dette innebærer stor grad av åpne nettverk og økende fare for diskontinuitet i driftsløsninger, inntrengning og uønsket lekkasje av sensitiv informasjon. Dette har ført til en aktiv satsning på tidsmessig sikkerhetsarkitektur som åpner for samhandling på en trygg måte. Herunder er løsninger for å forebygge og sikre god kontroll med sensitiv informasjon etablert eller under etablering.

Ledelsesinformasjon. Systemene og kvaliteten på eksisterende ledelsesinformasjon er ikke tilfredsstillende. Det er avgjørende for ledelse og styring at faktagrunnlaget foreligger til riktig tid og har nødvendig faglig kvalitet. Gode data er også grunnlag for forståelse, kunnskap og kommunikasjon i hele organisasjonen. Det regionale helseforetaket vil legge vekt på å sammenlikne foretakene for å gi grunnlag for læring og utvikling av beste praksis. Helse Sør-Øst vil videreutvikle, forbedre og forenkle ledelsesinformasjonssystemene. Det er samtidig viktig å avveie ressurser avsatt til rapportering inn mot tid brukt til pasientbehandling.

Nytt østfoldsykehus – forprosjekt. Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet i juni 2009 sak om godkjenning av konseptfasen og videreføring til forprosjekt for nytt østfoldsykehus. Styret understreket at en beslutning om å realisere nytt østfoldsykehus er betinget av at foretaksgruppen samlet sett har en tilfredsstillende økonomisk utvikling og at det kan avsettes nødvendige midler til å kunne ivareta kravet om egenfinansiering av prosjektet. Det er etablert dialog med eier for å avklare forutsetningene for finansiering av prosjektet. Det er viktig at finansieringss spørsmålet er avklart med eier før styret for Helse Sør-Øst RHF skal ta stilling til godkjenning av forprosjektet. Det er lagt opp til at eventuell godkjenning av forprosjektet kan skje i løpet av 2010 og at byggestart kan skje i 2011. I planene er det lagt til grunn et lånebehov på omtrent 50 prosent av total byggekostnad. Helse Sør-Øst RHF har meldt et lånebehov på minimum 2,5 milliarder kroner (2009-nivå) til nytt østfoldsykehus i perioden 2011-2015.

### ***Mobilisering av medarbeidere og ledere***

Arbeidsmiljø og HR-innsats. Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Det er derfor viktig at en har vedvarende fokus på medarbeidernes kompetanseutvikling, nødvendig samsvar mellom ressurser og oppgaver og at den enkelte ansatte blir sett i det daglige arbeid. Dette er viktige ledelsesoppgaver og det må sikres at det er lederrollen og ikke bare administrative ferdigheter som utvikles. Behovet for god lederopplæring og ledelse i praksis understrekes også av at det er vedtatt et omfattende omstillingsprogram som berører et stort antall ansatte. Det må arbeides hardt for å motvirke omstillingstretthet og slitasje i en fase der det er helt avgjørende at kvaliteten på pasientbehandlingen opprettholdes på et høyt nivå.

God pasientbehandling og organisering må sikres ved å ta i bruk nye arbeidsmetoder, avhende utdaterte arbeidsmetoder samt forbedre logistikk, koordinering og samhandling. I tillegg er det viktig å sørge for riktig kompetanse og fokusere på å videreutvikle kvaliteten i alle ledd. I de store omstillingene som skal gjennomføres er det viktig at helseforetakene har riktig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser for å løse sine oppgaver. Dette er også viktig for å holde de økonomiske rammene. Det er nødvendig at arbeidsoppgavene står i forhold til kompetanse slik at helseforetakene fremstår som attraktive arbeidsplasser som evner å rekruttere og ivareta kompetanse og kvalitet både innenfor medisin, sykepleie og andre faggrupper. Det er også avgjørende at det holdes et kontinuerlig fokus på å sikre reell medvirkning og åpenhet i helseforetakene.

Til tross for krevende omstillinger ved helseforetakene er sykefraværet noe lavere enn i 2008, men det er fortsatt på et for høyt nivå. Også dette indikerer utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering. Utviklingen må ha stort ledelsesmessig fokus også i 2010. Helse Sør-Øst vil arbeide for at virksomhetenes organisering, arbeidsmetoder og miljø ikke i seg selv fremkaller sykdom.

I dette perspektivet vil Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen som helhet videreutvikle og gjennomføre lederutviklingen. Helse Sør-Østs HMS-policy skal implementeres og følges opp med konkrete og målrettede tiltak og etablering av resultatindikatorer, og bruken av gode verktøy for bedre ressursstyring skal videreutvikles. Helse Sør-Øst RHF vil også koordinere og følge opp helseforetakenes oppfølging av påleggene i "God vakt"-kampanjen og resultatene fra den regionale medarbeiderundersøkelsen, iverksette HMS-opplæring for ledere og ledelsesmessig oppfølging av sykefravær. Andre arbeidsmiljøfremmende tiltak vil bli iverksatt, bl.a. gjennom videreføring av IA-avtalene.

Bemanningsutvikling. Det er et mål at bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. Det har i 2009 vært en reduksjon i bemanningen innen somatikk, mens det innenfor psykisk helsevern og rus har vært en

økning. Størst har økningen vært innen rus hvor bemanningen er økt med 21 prosent fra samme periode i 2008. Bemanningen er noe lavere enn budsjettet, men et høyt forbruk av innleid personale fører til et økonomisk overforbruk knyttet til bemanningskostnader. Innenfor enkelte områder er det også utfordrende å skaffe tilstrekkelig kvalifisert personell. Det er viktig å kunne tilby hele stillinger for å sikre nødvendig kontinuitet og kompetanse. Dette gjelder bl.a. innen psykisk helsevern og TSB der det forventes økt kvalitetssikring og et større innslag av spesialister i alle ledd i behandlingen. Samtidig er det viktig at produktiviteten økes og bidrar til nødvendig aktivitetsvekst. Helse Sør-Øst vil være fagpersonelletts førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

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

Økonomisk resultat. Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har gått med underskudd siden etableringen i 2007. Underskuddet ble redusert betydelig fra 2007 til 2008 og målet var å levere et resultat i balanse for 2009. Utviklingen gjennom første halvår støttet imidlertid ikke opp under dette målet og et økonomisk "krafttak" ble iverksatt. Det ble bl.a. etablert et eget innsatsteam for oppfølging av helseforetakene samt gjennomført sammenlignende analyser mellom helseforetakene. Blant ledere, tillitsvalgte og ansatte har det vært stor forståelse og vilje til innsats for å korrigere resultatet og å sikre fortsatt god pasientbehandling og utvikling av helsetjenestene. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har arbeidet godt med økonomistyring og resultatoppfølging og det er grunn til å signalisere varsom økonomisk optimisme selv om en ikke har nådd økonomisk balanse i 2009. "Krafttaket" har i noen grad medført at viktige områder som kompetanseutvikling, medisinskteknisk utstyr, bygningsmessige investeringer og vedlikehold har blitt utsatt. Dette har forsterket helseforetakenes etterslep på enkelte områder.

God organisering og styring er avgjørende for et resultat i balanse. I tillegg er det flere konkrete forhold som virker forsterkende på et negativt sluttresultat. En vil særlig fremheve utviklingen innen pasienttransport der en må sikre mer realistisk budsjettering, styring og kontroll. En vil også vurdere rettighetsperspektivet via Helseforetakenes senter for pasientreiser, samt starte arbeidet med ny inntektsmodell for prehospitale tjenester. Også når det gjelder planlegging og utbygging av nytt nødnett har det påløpt uforutsette kostnader, som følge av forsinkelser og utilstrekkelig planlegging og budsjettering.

For 2010 er det lagt til grunn at det etablerte oppfølgingsregimet med differensiert oppfølging av alle helseforetak videreføres, herunder også videreføring av det regionale helseforetakets innsatsgruppe som støtte for helseforetakene. Det skal være særskilt fokus på oppfølgingen av omstillingsprogrammets seks målområder og avvik og tiltak innenfor disse, herunder oppfølging av budsjettenes kvalitet og oppfølging av de enkelte budsjettforutsetninger. Det forutsettes at det enkelte helseforetak dokumenterer sitt oppfølgingssystem og at det månedlig utarbeides risikovurdert prognose og planer for avvikshåndtering i forhold til aktivitet, ventetider, fristbrudd, inntekter og bemanningsutvikling.

Investeringsnivået. Det er betydelig utfordringer innen investeringsområdet. For å kunne håndtere behov knyttet til pasientbehandlingen, og nasjonale helsemyndigheters forutsetninger og ambisjonsnivå innen områder som IKT, medisinsk-teknisk utstyr og nødvendig vedlikehold av bygg og infrastruktur, er det nødvendig å frigjøre økonomiske ressurser for å skaffe handlingsrom. Viser også til det pågående omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst som en krevende oppgave også rent økonomisk, og hvor det er pekt på et betydelig investeringsbehov for å kunne realisere gevinster på lang sikt.

For 2010 tildeles foretakene en samlet likviditet til drift og investeringer. Det forutsettes at helseforetakene legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor den samlede rammen og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå. Dette er særlig utfordrende da utgiftene til f.eks. medikamenter øker vesentlig mer enn

gjennomsnittlig prisutvikling og ordinære budsjettforutsetninger. Det gjennomføres videre streng prioritering av midlene i henhold til etablerte prioriteringskriterier gjennom rådgivende arbeid i strategisk IKT-forum (SIKT), strategisk forum for innkjøp og logistikk (SIL) og forum for utvikling av bygg og eiendom, slik at det sikres at vedtatte strategier m.v. gjennomføres som planlagt. Det igangsettes et prosjekt for å gjennomføre en kartlegging av status når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr (MTU-området) i foretaksgruppen, samt å identifisere tiltak som kan gi en mer samordnet behovsvurdering, innkjøpspraksis og ressursutnyttelse. Regional plan for investeringer over 50 mill følges opp og kvalitetssikres i 2010.

## 2. RAPPORTERING

Rapportering gjennom plan- og meldingssystemet skal gi Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om måloppnåelse i forhold til helsepolitiske mål og grunnlag for arbeid med statsbudsjettet. Omtalen i rapporteringen er tilpasset kravet det gjelder.

Rapporten nedenfor er basert på den løpende rapportering og oppfølging i foretaksgruppen og på årlig melding fra helseforetakene. Kravene i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller er gjennomgått halvårlig og har vært grunnlag for en gjennomgående risikovurdering i forbindelse med rapportering for andre tertial 2009.

Det bemerkes at på grunn av tidsrammene utarbeides årlig melding før alle data er endelig gjennomgått og kvalitetssikret. Det tas derfor forbehold om enkelte justeringer.

### 2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009

#### 2.1.1 Innledning i oppdragsdokumentet

##### 2.1.1.1 "Sørge for"-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a har de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste. Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

"Sørge for"-ansvaret stiller krav om at Helse Sør-Øst RHF skal utøve en overordnet organisering og styring slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig. Dette innebærer bl.a. at følgende styringsfunksjoner/-elementer skal ivaretas:

Planlegge, herunder vurdere og analysere, hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. Dette forutsetter bl.a. at Helse Sør-Øst RHF kjenner reglene som gjelder for helsetjenesten, har oversikt over behov og tilbud for helsetjenester, samt har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak må det foretas risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til iverksettelse av tiltakene og det må planlegges hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres.

"Sørge for"-ansvaret innebærer også ansvar for å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt og til fastsatt tid, slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig.

Videre skal gjennomføringen av planene og tiltakene evalueres; om planene/tiltakene følges, effekten av planene/tiltakene og om gjennomføringen av planene/tiltakene har medført at det har oppstått områder med fare for svikt eller svikt som må håndteres for at det skal kunne gis et forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer også innhenting av styringsinformasjon.

Helse Sør-Øst RHF har også ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Dette innebærer å iverksette korrigerende tiltak på eget initiativ dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

I den foreliggende årlig melding for 2009 er det redegjort for hvordan Helse Sør-Øst RHF har løst den samlede oppgaven og hvordan de forskjellige styringsfunksjoner/-elementer innenfor "sørge for"-ansvaret er ivaretatt.

I momentene nedenfor trekkes forhold av særlig betydning frem. Disse momentene har basis i risikovurderinger gjennomført i 2009 som er styrebehandlet og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet som del av rapport for 2. tertial. Risikovurderingen er basert på helseforetakenes vurdering og innspill, ledelsens gjennomgang, fremlegg for brukerutvalget og tillitsvalgte, behandling i styret og gjennomgang med revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst.

### ***Omstillingsprogrammet - et godt grunnlag for videre utvikling***

Gjennom hovedstadsprosessen og plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst 2009-2020 – "Omstillingsprogrammet" ble det lagt et godt grunnlag for den fremtidige utviklingen innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Det har vært en stor utfordring å reorganisere regionen i sykehusområder og gjennomføre grunnleggende endringer i mange støttefunksjoner, samtidig som det er helt avgjørende å levere et pasienttilbud av høy kvalitet. Dette krever stor innsats også i årene som kommer og det må aksepteres at det tar tid før alle omstillinger med forflytning av oppgaver, personell m.v. er gjennomført.

Særlig krevende er de endringene som skal gjennomføres innad og i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Vestre Viken og Akershus universitetssykehus. Akershus universitetssykehus har også særskilte utfordringer for å sikre god drift i nytt bygg, gjennomføre siste byggetrinn og forberede mottak av flere pasienter fra Oslo og Follo i 2011. Det foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene.

### ***Pasientbehandling***

Aktivitetsresultater. Somatikk døgntilleggsbehandling har et negativt aktivitetsavvik i forhold til budsjett. Også sammenlignet med 2008 er det færre utskrevne døgntilleggsbehandlinger i 2009, mens det er økning i antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner. Resultatet er et underforbruk av DRG-poeng i forhold til tildelingen i statsbudsjettet. Innen psykisk helsevern er aktiviteten i samsvar med budsjettmålet om en økning på 2,5 prosent mens totalaktiviteten innenfor TSB ligger over det regionale målet om en økning på 6 prosent.

Forbedret kvalitet. De sentrale indikatorer for kvaliteten på pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst utvikler seg positivt. Det er færre korridorpasienter og fristbrudd enn noensinne og andel epikriser sendt ut innen syv dager øker. Andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan har økt noe og tallene for sykehusinfeksjoner har gått ned.

Ventetid under landsgjennomsnittet. Ventetidene i Helse Sør-Øst er lavere enn landsgjennomsnittet på alle fagområder, men har økt med noen få dager i forhold til i 2008, betinget i en markert økning av nyhenviste pasienter på alle tjenestoområder.

Utvikling i ventetid og kapasitet innen TSB. Det er utfordringer knyttet til kapasiteten for døgntilleggsbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette skyldes både lav produktivitet og vanskelig rekruttering av fagpersonell. Det er i 2009 etablert nye behandlingssplasser i DPSene og en har økt kjøpet av private behandlingssplasser.

Pasientsikkerhet må bedres. Det er iverksatt målrettede tiltak i form av avviksbehandling for å avdekke feil og uønskede hendelser, fagrevisjoner, sertifiseringsmetodikk med standardisering og sjekklister, forbedret risikostyring og internkontroll mv.



Styrket samhandling. Helseforetakene har iverksatt mange gode samhandlingstiltak, for eksempel pilotsykehusprosjekt Ringerike sykehus, pilotintermediærenheter og rehabiliteringsintegreerte sentre. Ambulante team er en integrert del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og habilitering. Samhandlingsaktivitetene vil bli intensivert frem mot gjennomføring av samhandlingsreformen i 2011.

For store ulikheter. Det er store ulikheter i helsetilstand. Det er derfor viktig å arbeide for mer likeverdige helsetjenester og å redusere sosiale helseforskjeller. Dette vil også være viktig i det videre arbeid med samhandlingsreformen. Helseforetakene i hovedstadsområdet vil legge særlig vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning.

Fagrådene er i gang. Ti tverrfaglige regionale fagråd er etablert i 2009. Det er store forventninger til at fagrådene skal bidra til at Helse Sør-Øst klarer å gjøre gode valg og prioriteringer, for eksempel når det gjelder å ta i bruk nye behandlingsmuligheter, og de skal være med å legge premissene for de valgene som må tas for å fornye helsetjenesten.

Influensaepidemien. Det har vært et tett samarbeid innad i foretaksgruppen og med sentrale myndigheter for å løse de utfordringer pandemien har medført. Alle sentrale føringer og oppdrag er fulgt opp. Det har vært få driftsmessige problemer ved sykehusene i Helse Sør-Øst som følge av influensaen, og situasjonen har vært taklet på en god måte.

### ***Forskning og innovasjon***

Til tross for en krevende økonomisk situasjon opprettholdes en sterk satsing på forskning. Tre prosent av samlet budsjett brukes til dette formålet. Dette inkluderer egne budsjettmidler som det enkelte helseforetak bruker til forskningsformål. Nytt forskningsbygg ble åpnet ved Radiumhospitalet i 2009. Er også godt i gang med å gjennomføre handlingsplanen for innovasjon som styret vedtok i 2008.

### ***Kunnskapsutvikling og god praksis***

Dårlig koordinerte tjenester medfører også medisinsk feilbehandling, påførte sykehusinfeksjoner, feilmedisinering, overforbruk av innleggelser, prøver og undersøkelser. For å kunne utvikle kunnskap og tiltak i forhold til disse utfordringene er det i 2009 gjennomført en forstudie for utvikling av gode pasientforløp og kunnskapsbaserte behandlingslinjer. For å understøtte vurderingene om fremtidig kompetansebehov m.v. er det etablert et eget utdanningsutvalg som et rådgivende organ på regionalt strategisk nivå.

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

Helse Sør-Øst har et ambisiøst program for samordning og gevinstrealisering for innkjøps- og logistikkvirksomheten. Det er utfordrende å sikre tilstrekkelig avtalelojalitet, og bare en liten del av innkjøpene styres foreløpig gjennom egne innkjøpssystemer. Innen IKT er det gjennomført store og krevende organisatoriske grep gjennom etablering av Sykehuspartner IKT som felles tjenesteleverandør for hele Helse Sør-Øst. Systemene og kvaliteten på eksisterende ledelsesinformasjon er ikke tilfredsstillende. Gode data er grunnlag for forståelse, kunnskap og kommunikasjon i hele organisasjonen. Helse Sør-Øst vil i 2010 videreutvikle, forbedre og forenkle ledelsesinformasjonssystemene. Innen bygningsområdet vil en særlig fremheve at konseptfasen for nytt østfoldsykehus er godkjent og at prosjektet er videreført til forprosjekt.

### ***Mobilisering av medarbeidere og ledere***

Til tross for krevende omstillinger ved helseforetakene er sykefraværet noe lavere enn i 2008, men det er fortsatt på et høyt nivå. Dette indikerer utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering og utviklingen må ha stort ledelsesmessig fokus også i 2010. Det har vært en reduksjon i bemanningen innen somatikk, mens det innenfor psykisk helsevern og rus har vært en økning. Størst har økningen vært innen rus hvor bemanningen er økt med

21 prosent fra samme periode i 2008. Bemanningen er noe lavere enn budsjettert, men et overforbruk på innleie fører til et økonomisk overforbruk knyttet til bemanningskostnader.

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

Det har vært et gjennomgående mål å levere et resultat i balanse for 2009. Utviklingen gjennom første halvår støttet ikke opp under dette målet og et økonomisk "krafttak" ble iverksatt. Blant ledere, tillitsvalgte og ansatte har det vært stor forståelse og vilje til innsats for å korrigere resultatet. Helseforetakene har arbeidet godt med økonomistyring og resultatoppfølging og det er grunn til å signalisere varsom økonomisk optimisme. Det er også betydelig utfordringer innen investeringsområdet. For å kunne håndtere behov knyttet til pasientbehandlingen, og nasjonale helsemyndigheters forutsetninger og ambisjonsnivå innen områder som IKT, medisinsk-teknisk utstyr og nødvendig vedlikehold av bygg og infrastruktur, er det nødvendig med økte økonomiske rammer. En viser også til det pågående omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst som en krevende oppgave også rent økonomisk. Det er pekt på et betydelig investeringsbehov for å kunne realisere gevinster på lang sikt.

### **Styrets konklusjon**

Ut fra den samlede rapportering for 2009 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at

- Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2009 og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2009.
- Styret peker på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver og at det må arbeides aktivt for å løse disse. Det vises til styrevedtak 099-2009 Innspill til statsbudsjettet for 2011.
- Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2009, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp.
- Helseforetakene i Helse Sør-Øst har arbeidet godt med økonomistyring og resultatoppfølging i 2009.
- Helseforetakene i Helse Sør-Øst har videreført arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og avvikshåndtering.
- Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet vil baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft, grunnlagt på Nasjonal helseplan, plan for strategisk utvikling og mål 2010 for Helse Sør-Øst og de økonomiske rammer som stilles til disposisjon. Nasjonale verdier – kvalitet, trygghet og respekt legges til grunn.
- Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen, forutsetter tett samarbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.

### **2.1.2 God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst**

Helse Sør-Øst RHF skal klargjøre hvilke systemer som er etablert og som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres, utføres og videreføres i samsvar med fastsatte krav (internkontroll)

samt hvordan det er lagt til rette for at de underliggende helseforetakene er organisasjoner som lærer kollektivt av feil og systemsvikt. Egen styresak om dette er forelagt styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 04.03.10.

- Sak om God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst er tatt inn som vedlegg 1.
- Oversikt over avvik etter tilsyn fremgår i vedlegg 2.
- Overordnet risikovurdering for foretaksgruppen med tiltaksplan er tatt inn i vedlegg 3. Denne inngår også i rapporteringen for 2. tertial 2009

### **2.1.3 Økonomi – foreløpig regnskap 2009**

Det er i protokoll fra foretaksmøtet med Helse - og omsorgsdepartementet 26. januar 2009 gitt resultatkrav på områdene likviditet/ driftskreditt og regnskapsmessig resultat for 2009.

#### **Likviditet/ driftskreditt**

Eiers krav knyttet til likviditet/ driftskreditt innebærer at Helse Sør-Øst må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.

For å bedre kvaliteten på likviditetsstyringen i foretaksgruppen opprettet Helse Sør-Øst RHF i 2009 *Likviditetsforum*, sammensatt av representanter for det regionale helseforetaket og helseforetakene. Formålet med dette forumet er å bedre budsjettering, rapportering og styring av helseforetaksgruppens likviditet. Generelt har det regionale helseforetaket gitt økt prioritet til oppfølging av likviditetssituasjonen i foretaksgruppen. Likviditetssituasjonen har likevel vært stram gjennom hele året. Tatt i betraktning foretaksgruppens størrelse og risikobilde ville det vært ønskelig med en større likviditetsbuffer.

I protokollen fra foretaksmøtet 8. juni 2009, ble rammen for driftskreditt til Helse Sør-Øst RHF satt til 2 485 mill kroner, jf. St.prp. nr 67 (2008-2009). Vedtaket medførte at det regionale helseforetaket nedbetalte driftskreditten med 215 millioner kroner i løpet av 2009. Ved utgangen av 2009 var foretaksgruppens driftskreditt opptrukket i sin helhet.

#### **Resultat**

Også for 2009 er det i foretaksprotokollen stilt krav om et regnskapsmessig resultat i balanse. Som følge av økt bevilgning til pensjonskostnader i statsbudsjettet for 2009, er 2009 er det første året hvor det settes krav om et entydig, ukorrigert resultat i balanse.

En foreløpig vurdering av foretaksgruppens årsregnskap for 2009 indikerer et regnskapsmessig underskudd på mellom 200 og 250 millioner kroner. Dette tallet må ses i forhold til regnskapet for 2008 som viste et underskudd på 425,4 mill. kroner i forhold til eiers resultatkrav.

Styret og ledelsen i det regionale helseforetaket har gjennom hele 2009 styrt mot balanse, bla med kontinuerlig oppfølging av det økonomiske risikobildet og hyppige oppfølgingsmøter med helseforetakene. Fra andre halvår ble det videre iverksatt et økonomisk krafttak med fokus på innsparinger, med sikte på å innfri resultatkravet.

Målet om økonomisk balanse på årsbasis var det imidlertid ikke mulig å innfri fullt ut i 2009. Det økonomiske resultatet for 2009 er imidlertid vesentlig forbedret i forhold til 2008. Forbedringen i det økonomiske resultatet fra 2008 til 2009 må også ses i sammenheng med at foretaksgruppen gjennom hele 2009 har vært preget av gjennomføring av det vedtatte omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst. Som en følge av dette har flere av helseforetakene

gjennomført store og ressurskrevende omstillingsprosesser, bla med etablering av Oslo universitetssykehus HF fra 1. januar og Vestre Viken HF fra 1. juli.

## 2.1.4 Aktivitet i Helse Sør-Øst

### Somatikk

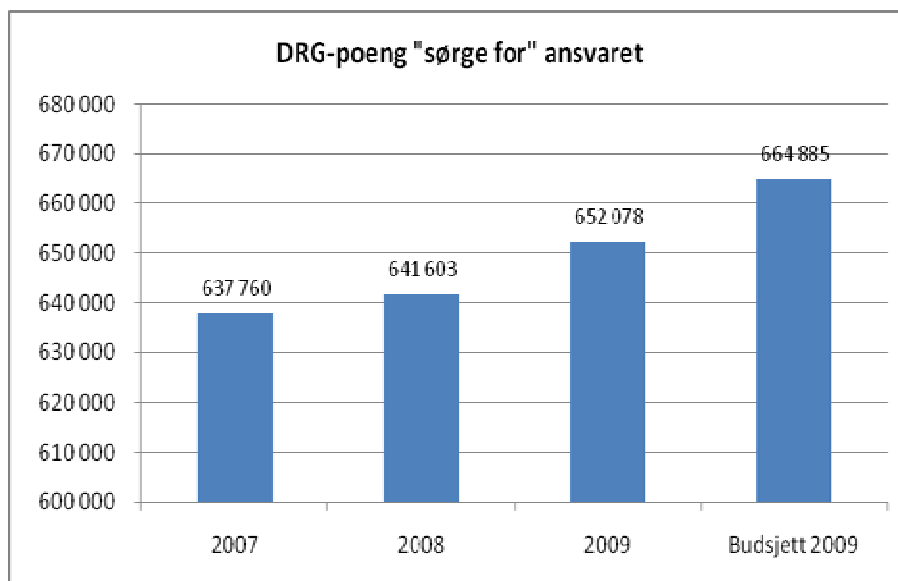
Tabell 1 viser at utviklingen innen somatikk fra 2008 til 2009 preges av en tilsiktet dreining av aktiviteten fra døgn til dag og poliklinikk. Endringen har vært mest markert for poliklinisk virksomhet, der det i 2009 er gjennomført drøyt 180 000 flere polikliniske konsultasjoner enn i 2008, tilsvarende en økning på 8,2 prosent. Økningen er helt i samsvar med et meget optimistisk aktivitetsbudsjett for 2009.

Dagbehandlingen har også økt noe (1,6 prosent) fra 2008, men mindre enn budsjettet. Aktiviteten innen døgnbehandling er redusert i forhold til 2008, både for antall utskrevne pasienter og for liggedøgn Dette skyldes særlig en lavere aktivitet i starten av 2009 og da spesielt ved Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har i oppfølgingsmøtene med departementet i 2009 redegjort for denne svikten og de tiltak som er gjennomført. Tiltakene har hatt noe effekt, men ikke tilstrekkelig til at regionen har unngått en samlet mindre aktivitet på døgnbehandling i 2009.

Tabell 1: Aktivitet somatikk 2008-2009

Somatikk - døgn- og dagpasienter	2009				Resultat 2008	Diff. resultat 2008-2009	
	Resultat	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i prosent		Faktisk	Prosent
Utskrevne døgnbehandling	474 007	488 187	-14 180	-2,9 %	483 495	-9 488	-2,0 %
Liggedøgn døgnbehandl.	2 078 389	2 182 471	-104 082	-4,8 %	2 200 973	-122 584	-5,6 %
Dagbehandlinger	316 557	323 071	-6 514	-2,0 %	311 475	5 082	1,6 %
Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	2 381 287	2 379 073	2 214	0,1 %	2 199 825	181 462	8,2 %

Den reduserte døgnbehandlingen avspeiles i at sum DRG-poeng (for "sørge for"-ansvaret, ekskl. biologiske legemidler) viser et negativt avvik på 12 807 DRG-poeng (1,9 prosent) i forhold til budsjett 2009. Budsjettet inneholdt imidlertid en reserve ("buffer") på omtrent 6700 DRG-poeng. Sammenlignet med 2008 har det vært en økning på 10 475 poeng (1,6 prosent).



Figur 1: DRG-aktivitet Helse Sør-Øst og "sørge for"-ansvaret

Tabell 2 viser antall DRG-poeng i henhold til "sørge for"-ansvaret fordelt på utøver. Tabellen viser at enkelte helseforetak har et positivt resultat utover budsjettmål, mens det i særlig grad er fire helseforetak (Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF) som har et negativt resultat i forhold til sine budsjettmål for 2009. For helseforetakene er samlet negativt avvik for antall DRG-poeng på 0,7 prosent, mens de private ideelle sykehusene har hatt en samlet DRG-aktivitet som har vært 1,6 prosent høyere enn planlagt i driftsavtaler og budsjett.

Tabell 2: DRG-poeng og "sørge for"-ansvaret fordelt på utøver.

Virksomhetsnavn	Per desember 2009			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Akershus universitetssykehus HF	49 569	48 720	849	1,7 %
Oslo universitetssykehus HF	185 017	189 464	-4 447	-2,3 %
Sunnaas sykehus HF	5 667	5 717	-51	-0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	46 343	45 149	1 194	2,6 %
Sykehuset Innlandet HF	79 455	78 779	676	0,9 %
Sykehuset Telemark HF	38 584	39 939	-1 354	-3,4 %
Sykehuset Østfold HF	45 914	46 746	-832	-1,8 %
Sørlandet sykehus HF	57 025	56 805	220	0,4 %
Vestre Viken HF	77 306	77 944	-637	-0,8 %
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen</b>	<b>584 880</b>	<b>589 262</b>	<b>-4 382</b>	<b>-0,7 %</b>
Betanien Hospital	3 549	3 410	139	4,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	14 081	13 970	111	0,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	14 383	14 295	88	0,6 %
Martina Hansens Hospital	7 670	7 350	320	4,4 %
Revmatismesykehuset	1 452	1 450	2	0,2 %
<b>Sum private ideelle sykehus</b>	<b>41 135</b>	<b>40 475</b>	<b>661</b>	<b>1,6 %</b>
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus</b>	<b>626 015</b>	<b>629 737</b>	<b>-3 721</b>	<b>-0,6 %</b>
Kjøp fra andre helseregioner	6 991	7 334	-343	-4,7 %
Kjøp fra private kommersielle sykehus/andre inkl. buffer	19 072	27 814	-8 742	-31,4 %
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus og kjøp fra andre helsereg.</b>	<b>652 078</b>	<b>664 885</b>	<b>-12 807</b>	<b>-1,9 %</b>

Tabellen viser en tilsynelatende betydelig svikt (31,4 prosent) i kjøp fra private kommersielle sykehus og andre private leverandører. Dette kan i hovedsak forklares med den nevnte bufferen, som Helse Sør-Øst RHF rent budsjetteknisk har plassert under kjøp. Dersom denne trekkes fra, er den reelle reduksjonen på kjøp fra private på omtrent 2 000 DRG-poeng. Erfaringsvis skjer det også alltid en viss etterrapportering fra private leverandører, slik at vi ennå ikke vet hva som blir det endelige avviket.

Tabell 3: Refusjonspoeng polikliniske konsultasjoner - somatikk

2009				Resultat 2008	Diff. resultat 2008-2009	
Resultat	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i prosent		Faktisk	Prosent
2 158 773	2 118 886	39 887	1,9 %	1 911 489	247 284	12,9 %

Tabell 3 viser antall refusjonspoeng for polikliniske konsultasjoner. Økningen i antall konsultasjoner har gitt et resultat refusjonspoeng 1,9 prosent over årsbudsjettet, og nærmere 13 prosent over resultatet for 2008. Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet for at Helse Sør-Øst RHF kan motregne dette "overtrekket" mot noe av DRG-bufferen.

Ytterligere en faktor skaper usikkerhet i DRG-regnskapet for 2009. I likhet med de andre helseregionene har Helse Sør-Øst hatt store problemer med riktig koding og rapportering av nyordningen for selvadministrerte biologiske legemidler. Data fra Reseptregisteret viser at det har vært en betydelig økning i bruken av disse legemidlene i 2009, mens dette så langt er kraftig underrapportert til NPR. På bakgrunn av dette har Helse Sør-Øst RHF vært i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å kunne legge data fra Reseptregisteret til grunn ved beregning av DRG-poeng og inntektsføring av tilhørende ISF-refusjoner i 2009. Helse- og omsorgsdepartementet har orientert om at data fra Reseptregisteret vil være ett av kriteriene for beregning av ISF-refusjoner, og Helse Sør-Øst RHF har på bakgrunn av dette foretatt inntektsføring for selvadministrerte biologiske legemidler basert på data fra Reseptregisteret for disse legemidlene. Dette gir en merinntekt i forhold til budsjett på om lag 60 millioner kroner for foretaksgruppen.

#### Psykisk helsevern

For psykisk helsevern var målsetningen en samlet regional aktivitetsøkning fra 2008 til 2009 på 2,5 prosent. Tabell 4 viser at resultatet for 2009 er i samsvar med budsjettmålene, både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Aktiviteten er også godt over resultatene for 2008.

Tabell 4: Aktivitet psykisk helsevern

Voksenpsykiatri	2009				Resultat 2008	Diff. resultat 2008-2009	
	Resultat	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i prosent		Faktisk	Prosent
Utskrevne døgnbehandling	25 065	24 219	846	3,5 %	24 568	497	2,0 %
Oppholdsdager dagbehandl.	39 908	39 947	-39	-0,1 %	51 905	-11 997	-23,1 %
Polikliniske konsultasjoner	654 566	643 897	10 669	1,7 %	609 544	45 022	7,4 %
<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>							
Utskrevne døgnbehandling	1 020	849	171	20,1 %	930	90	9,7 %
Oppholdsdager dagbehandl.	9 415	10 605	-1 190	-11,2 %	10 731	-1 316	-12,3 %
Polikliniske konsultasjoner	390 973	391 708	-735	-0,2 %	370 403	20 570	5,6 %

I dette bildet må reduksjonen i antall dagbehandlinger kommenteres. Den er dels en styrt og planlagt endring med overføring av flere pasienter til poliklinisk behandling, dels en følge av at et større antall i denne gruppen nå følges opp i kommunehelsetjenesten ved tilrettelegging av dagtilbud der.

#### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For rusbehandling ble det fastsatt mål om en aktivitetsøkning på seks prosent fra 2008 til 2009. Tabell 5 viser at målet ble oppnådd, her basert på samlede resultater for all virksomhet i privat og offentlig regi.

Tabell 5: Aktivitet rusbehandling (TSB) totalt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sum HFene, ideell sykehus og private rusinstitusjoner	2009				Resultat 2008	Diff. resultat 2008-2009	
	Resultat	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i prosent		Faktisk	Prosent
Utskrevne døgnbehandling	8 004	6 247	1 757	28,1 %	7 292	712	9,8 %
Oppholdsdager dagbehandl.	2 108	1 400	708	50,6 %	2 219	-111	-5,0 %
Polikliniske konsultasjoner	179 753	169 381	10 372	6,1 %	164 892	14 861	9,0 %

En betydelig andel av rusbehandlingen i Helse Sør-Øst utføres av private rusinstitusjoner. På grunn av økningen i antall henvisninger til tjenesteområdet og økende ventetider valgte Helse Sør-Øst å øke behandlingsskapasiteten med økte kjøp fra private i 2009. 25 prosent av døgnpasientene blir behandlet i private institusjoner, som står for en stor del av langtids rusbehandling og derfor utgjør 60 prosent av alle liggedøgn. Til sammenligning skjedde 17 prosent av de polikliniske konsultasjonene ved private rusinstitusjoner i 2009.

#### 2.1.5 Øvrige krav i oppdragsdokument

I dette kapitlet er den samlede rapportering på krav og oppgaver i oppdragsdokumenter og foretaksmøteprotokoller i 2009 sammenstilt. Rapporteringen følger strukturen i oppdragsdokumentene og foretaksmøteprotokollene og det er lagt vekt på å synliggjøre:

- Hvordan er styringskravet oppfylt?
  - Hvilke tiltak er iverksatt for å oppfylle styringskravet?
- Dersom styringskravet ikke er oppfylt,
  - Når forventer man å kunne oppnå styringskravet?
  - Hvilke tiltak skal iverksettes for å nå styringskravet?

For styringsvariabler som også er nasjonale kvalitetsindikatorer, er data for 2. tertial for perioden 2007-2009 lagt til grunn for rapporteringen.

#### 1. INNLEDNING

- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Sør-Øst RHF for 2009 til disposisjon for det regionale helseforetaket.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument er fulgt opp i det regionale helseforetakets budsjetter og planer. Det vises til den samlede redegjørelse i dette dokumentet.

- Helse Sør-Øst RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument er fulgt opp i det regionale helseforetakets budsjetter og planer. Det vises til den samlede redegjørelse i dette dokumentet.

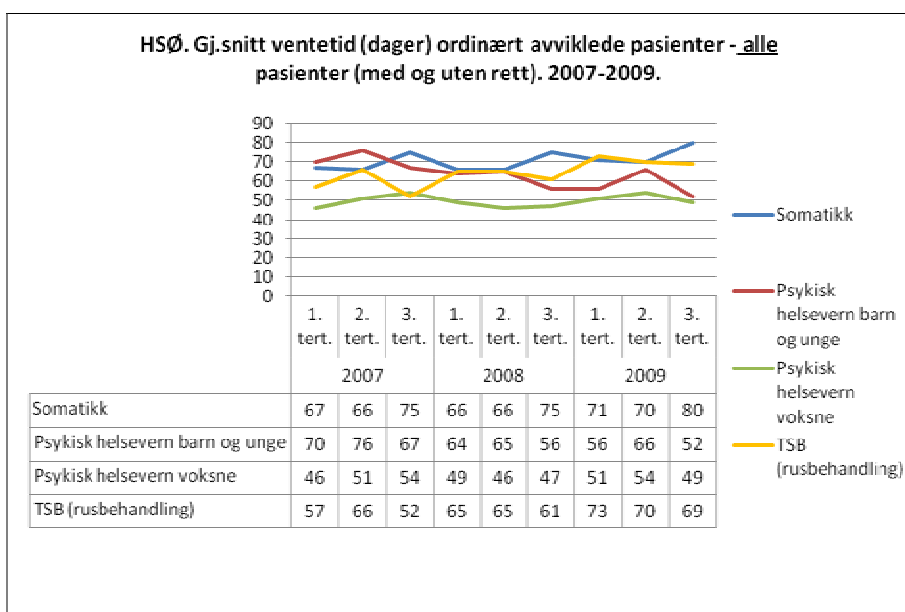
- Det overordnede målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.

Det vises til den samlede redegjørelse i dette dokumentet og i særdeleshet kapittel 2.1.1 om "sørge for"-ansvaret og overordnet vurdering av måloppnåelse.

- Midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle "sørge for"-ansvaret. Det er lagt inn en betydelig budsjettmessig vekst i 2009 og det legges til grunn at denne veksten, økt effektivitet og bedre samhandling skal føre til en reduksjon i ventetidene for noen grupper.

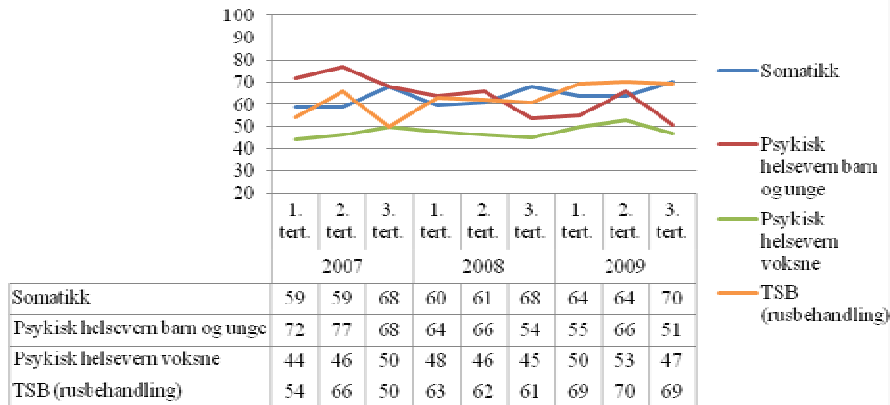
Helse Sør-Øst har et kontinuerlig fokus på ventetider. Sammenlignet med forrige årsskifte er ventetid for rettighetspasienter redusert med tre dager (fra 54 til 51 dager) innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP). For voksenpsykiatri er det en moderat økning på to dager (fra 45 til 47 dager) og innen somatikk også en økning på to dager (fra 68 til 70 dager). Innen rusbehandling (TSB) har det vært en økning fra forrige år, hvor ventetiden var i overkant av 60 dager, til 69 dager ved siste årsskifte. Dette kombinert med en betydelig økning i henvisninger til rusbehandling mot slutten av 2008 og i første halvdel av 2009 gjorde at Helse Sør-Øst RHF styrket innsatsen på området bl.a. ved kjøp av flere rusplasser ved private institusjoner. Totalt var aktivitetsøkningen for TSB i 2009 mer enn seks prosent som var målet for året. Den økte innsatsen har stabilisert ventetiden for rusbehandling, men foreløpig ikke gitt den ønskede reduksjonen av ventetider.

Også somatiske tjenester har hatt en markert økning i henvisninger (omtrent fem prosent) i 2009, som kan ha medvirket til økte ventetider. Ventetidsutviklingen varierer dog mellom fagområder. Ventetiden er redusert for barnekirurgi, hudsykdommer og nyresykdommer, mens det er en økning for mave/tarmkirurgi og ortopedi.

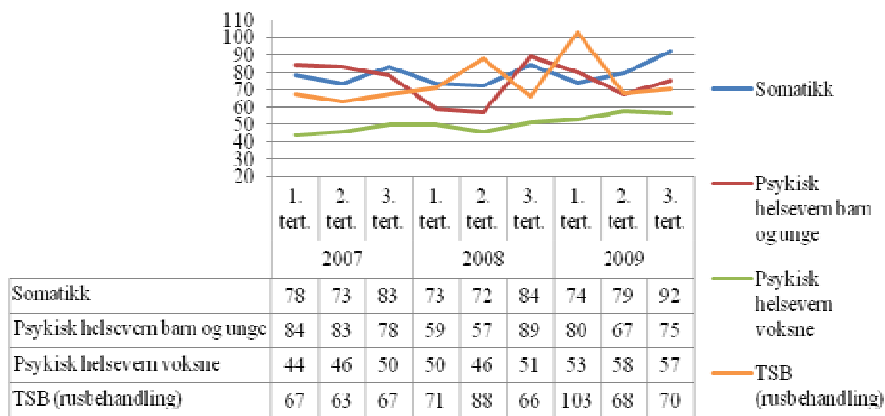




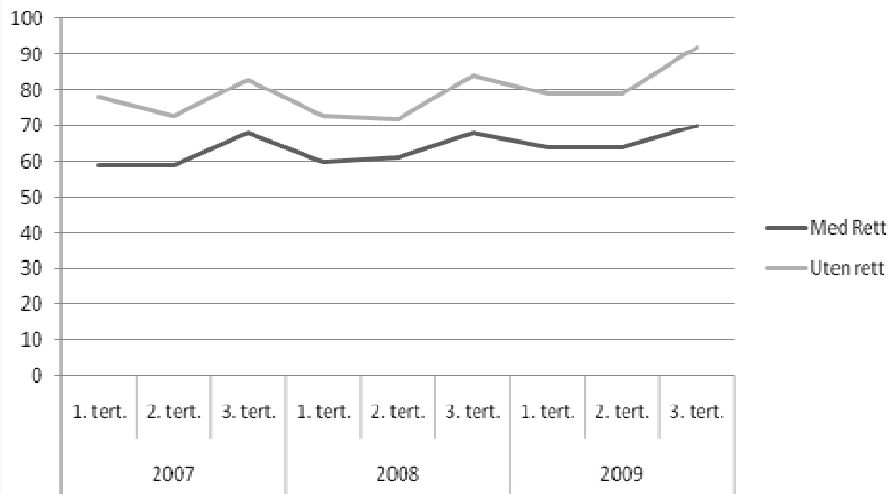
**HSØ. Gj. snitt ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. 2007-2009.**

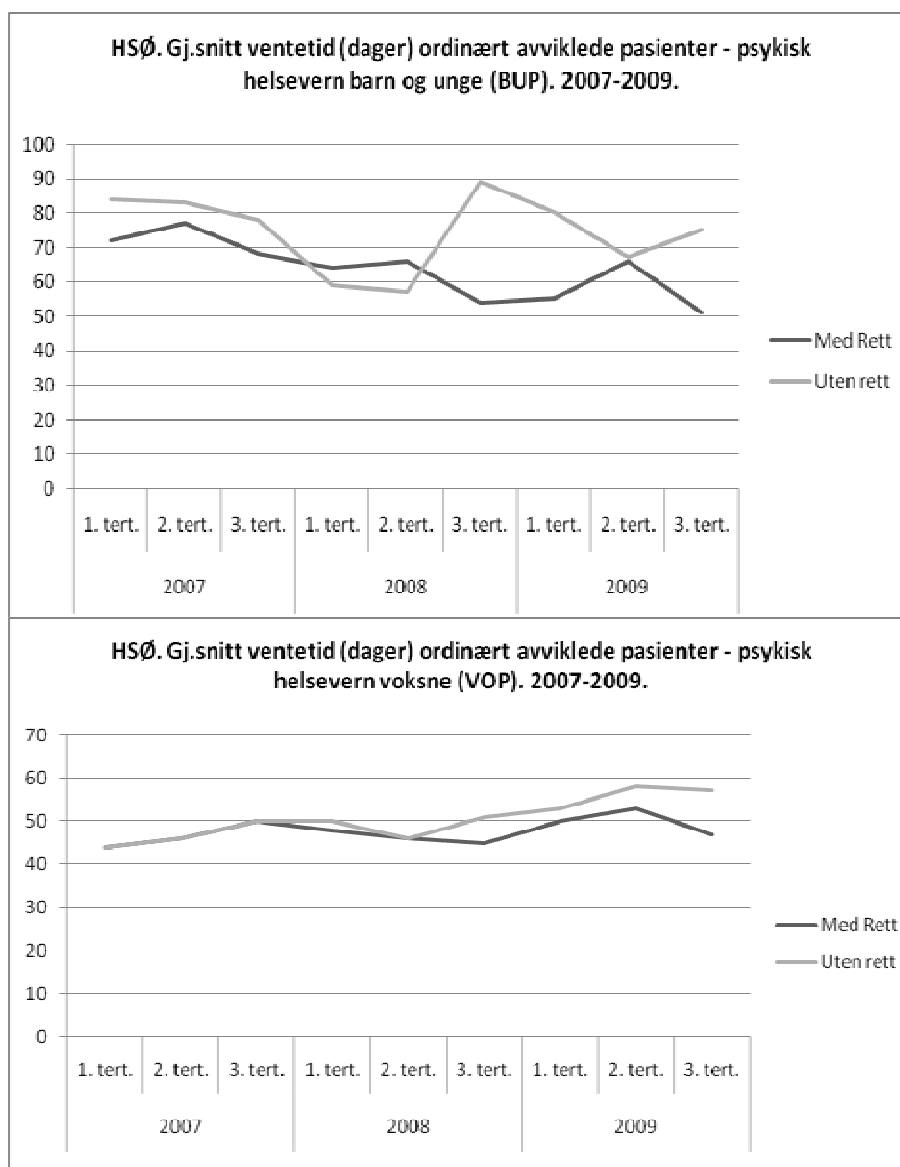


**HSØ. gj.snitt ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. 2007-2009.**



**HSØ. Gj.snitt ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter - somatikk. 2007-2009.**





- *Det er en forutsetning at alle de regionale helseforetakene skal gå i balanse i 2009.*

Foreløpige tall pr. 1. februar 2010 tyder på at foretaksgruppen vil fremvise et negativt årsresultat i størrelsesorden 200 til 250 millioner kroner for 2009. Dette tallet må ses i forhold til det regnskapsmessige resultatet i 2008, korrigert for tillatt underskudd på 427 millioner kroner.

- *Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Kjønnsperspektivet skal ivaretas i forebygging, behandling, forskning og tjenesteutvikling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas*

Helse Sør-Øst RHF har i 2009 prioritert arbeidet med likeverdige helsetjenester, og styrebehandlet 28. mai en rapport om helheten i arbeidet for innvandrere. I samarbeid med Oslo kommune er det gjennomført et pilotprosjekt om legevakt. Dette ble ferdig desember 2009. Hensikten har vært å bidra med kunnskap om innvandrernes kontakt med AMK, legevakten og deres fastlege i prosessen med utforming av fremtidig storbylegevakt og legevakt i Skedsmo/Lillestrøm. Resultatene viser at

pasienter med innvandrerbakgrunn i mindre grad enn andre grupper er tilknyttet fastlegeordningen. De bruker også allmennlegevaktene mer enn hva deres andel i befolkningen tilsier. Innvandrerbefolkningen blir ikke innlagt i sykehus mer enn andre. Mange innvandrere vurderer sine akutte helseplager mer alvorlig eller med høyere hastegrad enn resten av befolkningen og legens vurdering. Rapporten vil bli fulgt opp i det videre arbeidet med storbylegevakt og legevakt i Skedsmo/Lillestrøm.

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune hadde i 2009 et samarbeidsprosjekt sammen med Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Prosjektrapporten dokumenterte hvorvidt tolk brukes i helseforetakene og sykehusene og omfang av kostnader knyttet til tolketjenester. Rapporten viser også at det er en krevende utfordring å sikre tilgang på tolketjenester ytt av kvalifiserte tolker uavhengig av bosted og tid på døgnet. Rapporten danner grunnlag for de tiltakene som Helse Sør-Øst RHF vil iverksette i 2010. Helse Sør-Øst RHF vil utvikle anbefalinger for god praksis for tolkebruk som dekker bestilling, kvalitetssikring, bruk og betaling av tolketjenester. Helse Sør-Øst RHF vil også utrede ulike modeller for organisering av tolketjenester. Helseforetakene vil fra 2010 rapportere til Helse Sør-Øst RHF om ressurser til bruk av tolk.

Turnusleger fordeles direkte til helseforetakene i tråd med fastsatte måltall. Praksisplasser for høgskolestudenter fordeles i henhold til samarbeidsavtaler mellom høyskoler og helseforetak. Helse Sør-Øst har hatt under utprøving en web-basert applikasjon for koordineringen. Helse Sør-Øst RHF har gjennom samarbeidsorganet for høyskolene hatt kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet og uttrykt forbehold med hensyn til å stille praksisplasser til rådighet for ekstratildeling av studieplasser som Kunnskapsdepartementet har tildelt høyskolene i revidert statsbudsjettet for 2009. Det er behov for å endre gjeldende rammeplan for utdanning (sykepleie) for å utnytte sykehusenes samlede utdanningskapasitet i praksisopplæringen og at praksis skal kunne følge behandlingsforløpet, når økt studentinntak videreføres.

- *De regionale helseforetakene skal sikre forutsigbarhet og langsiktighet i avtalene med de private sykehusene.*

I 2009 har Helse Sør-Øst fortsatt hatt ordinære driftsavtaler med de fem private ideelle sykehusene, på linje med avtalene med helseforetakene. For tre av disse (Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset) vil det i 2010 i fellesskap videreutvikles avtalemessige forhold mellom partene.

For de private kommersielle er det innenfor kirurgiske tjenester inngått nye avtaler med fire private sykehus som gjelder fra 01.01.10. Avtalenes lengde er to år, med mulighet for å forlenge med ett år av gangen i to år.

Helse Sør-Øst RHF leder et arbeid med nasjonal harmonisering av avtalene innenfor området kjøp av helsetjenester. Arbeidsgruppen med representanter fra alle de regionale helseforetakene har laget en oversikt over avtalene, slik at en i størst mulig grad kan unngå uheldige sammenfall i tidspunkt for anskaffelsene innen de ulike fagområdene. Det er under utarbeidelse standardiserte dokumenter som rammeavtaler, konkurransegrunnlag (herunder kravspesifikasjon og prismodell), som tar høyde for behovet for lokale tilpasninger. Avtalelengden harmoniseres også så langt det er hensiktsmessig innen de ulike fagområdene.

- *Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. De regionale helseforetalene skal påse at det er etablert systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Systemene skal være dokumenterte.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF har, etter krav fra eier i 2005, etablert revisjonskomite og internrevisjonsfunksjon med ansvar for gjennomgående internrevisjon i helseforetaksgruppen. Kvalitetssystemer som dokumenterer hva lovkravene omfatter, og at de følges, er særlig vektlagt i kvalitets- og internkontrollarbeidet i Helse Sør-Øst. Det er stilt krav i Helse Sør-Øst RHF's styringsbudskap til helseforetakene om at dette følges opp og rapporteres tertialvis.

Virkemidler i dette arbeidet har for eksempel vært "ledelsens gjennomgåelse", utarbeidelse av regionale anbefalinger eller retningslinjer (eksempelvis for uønskede hendelser, innkjøp, individuell

plan, korridorpasienter, pasientrettigheter, matsikkerhet osv), oppfølging av tilsynsrapporter, bruk av ISO-standarder, sertifiseringer og akkrediteringer. Det skal gjennomføres risikovurderinger i helseforetakene og rapporteres i tertialrapportene.

Som ledd i arbeidet med å følge myndighetskrav og god praksis i helseforetakene er det gjennomført erfaringskonferanser innen viktige temaområder. Prosjekter for å forebygge postoperative infeksjoner etter hofteprotesekirurgi og bedre styring av DPSene er etablert. Akkreditert sertifisering ble påbegynt ved to akuttmottak i 2009 og ferdigstilles i løpet av 1. tertial 2010.

Helse Sør-Øst RHF har i tråd med krav i foretaksprotokoll i 2005 etablert en revisjonskomité bestående av et underutvalg av styret og en uavhengig internrevisjon med gjennomgående ansvar for internrevisjon i hele helseforetaksgruppen, konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

- *Helsetilsynet følger med på hvordan tjenestene og helsepersonellet utøver sin virksomhet og griper inn når virksomheten utøves i strid med lovgivningen. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at de underliggende helseforetakene er organisasjoner som lærer kollektivt av feil og systemsvikt.*

Helse Sør-Øst RHF har årlige møter med Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og pasient- og brukerombudene. Helsetilsynets rapporter, NPE-sakene og tilbakemeldingene fra pasientombudene følges opp av Helse Sør-Øst RHF ved at fagmiljøene og lederne samles til erfaringskonferanser. Målet er å sikre god praksis i hele regionen i forhold til de påpekte forbedringsområdene og avvikene. I tillegg pågår det et prosjekt for akuttmottak og det er igangsatt prosjekter både innen ortopedi og på DPSene. Styret for Helse Sør-Øst RHF holdes løpende orientert gjennom administrerende direktørs orienteringer.

For å bidra til at helseforetakene/sykehusene har oversikt over, og følger opp, sine avvik etter tilsyn, rapporteres status på avvik etter alle eksterne tilsyn til eget styre og i årlig melding.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med helseforetakene/sykehusene laget en veileder for håndtering av uønskede hendelser. Veilederen inneholder anbefalinger om kvalitetsutvalg, håndtering av avvik og oversikt over meldeplikter. Anbefalingene bidrar til felles praksis og at det gjøres korrigerende og forebyggende tiltak i håndteringen av alle typer avvik på alle nivå og mellom enheter i hele regionen.

- *I spesialisthelsetjenesten skjer det stadig endringer og omorganiseringer. Helsetilsynet har pekt på at en i slike sammenhenger har observert at det har forekommet nedskjæringer på samme tjenesteområdet i flere helseforetak i samme helseregion, uten at dette er sett i sammenheng. Det må foretas konsekvensutredninger i disse endringsprosessene, slik at de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar blir ivaretatt.*

Gjennom omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst har det vært fokus på at omstillinger og effektiviseringer skal gi et helhetlig pasienttilbud der konsekvensutredning i omstillingsprosessen er hensyntatt. Dette bygger på styrevedtaket fra 2008 om omstillingsprogrammet, der det bl.a. står:

*"Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akutfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering, samt beredskapsplanlegging. Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres etter pasientenes behov. Sykehusene, i samarbeid med kommunene og fastlegene, skal organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Tjenestene skal utvikles fra døgn- til dagbehandling og polikliniske tjenester der dette er hensiktsmessig for pasienter og i tråd med faglig god praksis. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder. Innenfor hvert sykehusområde må det etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling for å sikre etterlevelse av prinsippene i denne styresaken. Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner og informasjonsgrunnlag som sikrer helhetlige og sammenhengende pasientforløp som bygger på beste kunnskap, er trygge og baseres på reell brukermedvirkning".*

Dette vedtaket har ligget til grunn for Helse Sør-Øst RHF's driftsavtaler med helseforetakene/sykehusene i 2009 og tilsvarende for oppdrag og bestilling for 2010. Disse oppdragene og bestillingene bygger på monitoreringen av "sørge for"-ansvaret, der den regionale og lokale utviklingen av tjenestetilbud, ventetider og henvisninger følges nøye. Dette bl.a. for å unngå at endringsprosesser rammer regionens samlede tilbud på et tjeneste-/fagområde.

- *Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF setter seg inn i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.*

Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer.

## **2. TILDELING AV MIDLER TIL HELSE SØR-ØST RHF**

- *Grunnlaget for Helse Sør-Øst RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Helse Sør-Øst RHF skal i 2009 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.*

Alle midlene som fremgår av Tabell 1 i Oppdragsdokumentet for 2009 er fordelt innen helseforetaksgruppen. I tillegg er det fordelt aktivitetsbaserte refusjoner og andre inntekter herunder gjestepasientinntekter.

- *Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10 der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.*

Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer.

- *Kap. 726 post 70 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige. Det skal avsettes 1,0 millioner kroner til tiltak for barn som pårørende. Det avsettes 4,2 mill. kroner over denne posten til finansiering av nasjonalt kompetansenettverk ved Sørlandet sykehus HF for barn som pårørende. Endret mandat for kompetansenettverket gis i eget brev.*

1,0 millioner kroner til tiltak for barn som pårørende er fordelt med 0,5 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF, 0,3 millioner kroner til Sørlandet sykehus HF og 0,2 millioner kroner til Sykehuset i Vestfold HF.

4,2 mill til nasjonalt kompetansesenternettverk for barn som pårørende er innarbeidet i inntektsrammen til Sørlandet sykehus HF.

- *Kap. 726 post 70 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige. Det skal avsettes 2.518 mill. kroner til etablering av nye rusmestringsenheter ved følgende fengsler: Ullersmo, Bastøy, Indre Østfold (Trøgstad) og Evjemoen.*

Kr. 629 500,- ble i mai 2009 fordelt til følgende helseforetak for å innfri dette kravet:

- Akershus universitetssykehus HF, Ullersmo fengsel
- Psykiatrien i Vestfold HF
- Sykehuset Østfold HF, Trøgstad fengsel
- Sørlandet sykehus HF

- *Kap. 729, post 60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel. Midlene skal gå til drift av observasjonsenheten ved regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark.*

8,9 millioner kroner ble innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF – Ullevål. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har i 2009 tatt i mot ni pasienter direkte fra fengsel og forvaringsanstalter, i tillegg til innleggelser fra psykiatriske avdelinger. Avdelingen har gjennom 2009 hatt korte ventelister og forsvarlig ventetid.

Regional sikkerhetsavdeling driver også fengselspsykiatrisk poliklinikk som tilbyr psykiatrisk spesialisthelsetjeneste til innsatte i Oslo fengsel, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt samt til Sentralarresten, Oslo

- *Kap. 729, post 70 Behandlingsreiser til utlandet. Egenandelen på behandlingsreiser til utlandet er 102 kroner per døgn fra 1.1.2009.*

Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer.

- *Kap 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene (kvalitetsregistre). Det skal avsettes 31 mill. kroner over denne tilskuddsordningen til bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helse Nord RHF tildeles 11 mill. kroner for etablering og drift av et felles nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for dokumentasjon og evaluering (SKDE). Helse Midt-Norge RHF tildeles 5 mill. kroner for å etablere tekniske fellesløsninger. De resterende 15 mill. kronene fordeles mellom de regionale helseforetakene for implementering av tekniske fellesløsninger, basert på antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre de vil få ansvar for. Oppdrag knyttet til hvilke registre som skal ansvars plasseres i det enkelte regionale helseforetak vil bli utdypet i eget brev.*

Helse Sør-Øst RHF har, i likhet med de øvrige regionale helseforetakene, fått dekket utgifter til finansiering av regional node knyttet til det nasjonale servicemiljøet.

De regionale helseforetakene mottok sin andel av de resterende 15 millioner kroner i desember 2009. Helse Sør-Øst RHF andel utgjorde 5,5 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF tildelte 400 000 kroner til Kreftregisteret på bakgrunn av at to kvalitetsregistre under Kreftregisteret ble godkjent med nasjonal status i 2009. Videre ble 170 000 kroner tildelt Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes ved Oslo universitetssykehus HF - Ullevål til IKT infrastrukturtiltak og 200 000 kr ble tildelt Oslo universitetssykehus HF - Ullevål til oppstart av nytt kvalitetsregister for overvekt hos barn og unge i samarbeid med Sykehuset i Vestfold HF.

Midlene er overførbare og øremerket formålet, og summen som ikke ble fordelt i 2009 er således overført til 2010.

- *Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF. Ny inntektsfordeling fra 2009 innebærer at tilskudd til Modum Bad er lagt til basisbevilgningen, og at behandlingstilbudet skal sees i sammenheng med det regionale helseforetaks "sørge for"-ansvar. Institusjonen representerer et meget viktig tilbud for pasienter med psykiske lidelser. Det legges til grunn at regionale helseforetak inngår avtale om gjestepasientoppgjøret for disse pasientene.*

Det er ikke inngått avtaler mellom de regionale helseforetakene om dette i 2009. Det er likevel gjennomført gjestepasientoppgjør mellom regionene, og faktura er sendt til de andre helseregionene basert på 75 prosent av døgnpris. Saken om å avtalefeste gjestepasientoppgjør for opphold ved Modum Bad vil bli tatt opp igjen i 2010.

- *Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF. Obligatorisk tjeneste i pediatri for legespesialistløpet for barne- og ungdomspsykiatere og kompetansetiltaket kropp og selvfølelse skal fra 2009 dekkes av basisbevilgningen.*

Ansvaret for gjennomføringen av kompetansetiltaket "Kropp og selvfølelse" er lagt til Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har i 2009 refundert de aktuelle helseforetak for obligatorisk tjeneste i pediatri for legespesialistløpet i barne- og ungdomspsykiatri. Ordningen vil fortsette også i 2010.

- *Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF skal sette av 1 mill. kroner til Institutt for Sjelesorg ved Modum bad.*

1,0 millioner kroner er avsatt og overført Modum Bad

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Kap. 732, post 76 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor stor utbetalingene over denne posten vil bli. I 2009 utgjør a kontoutbetalingene over kap. 732 post 76 til Helse Sør-Øst*

RHF 10 528,8 mill. kroner. A konto beløpet er basert på en prognose for aktivitet fra 1. tertial 2008, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1,5 pst. i 2009. A kontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG-produksjon på 682 496 DRG-poeng, 928,3 mill. kroner under poliklinisk ISF-virksomhet og 10,9 mill. kroner i tilleggsrefusjoner. Beløpet for poliklinisk ISF-virksomhet tilsier et aktivitetsnivå for 2009 på 1 675 382 refusjonspoeng og 213,9 mill. kroner i refusjoner for hjemmedialyse og poliklinisk stråleterapibehandling. Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 35 127 kroner, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009). A kontoutbetalingene for poliklinisk aktivitet bygger på en enhetspris på 1066 kroner.

Punktet er tatt til etterretning.

I resultatbudsjettet for 2009 ble det ikke budsjettert med ISF-refusjoner som samsvarer med det totale antallet DRG-poeng som fremkommer i oppdragsdokumentet. Dette fordi egne data tydet på at totalt antall DRG-poeng var satt noe høyt i oppdragsdokumentet.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. I ISF-regelverket for 2009 åpnes det for at helsehjelp utført av flere helsepersonellgrupper kan utløse refusjon. Flere konsultasjoner inkluderes, men gjennomsnittlig refusjon per ISF-godkjent konsultasjon reduseres tilsvarende. Det vil være noe usikkerhet knyttet til anslagene blant annet knyttet til hvor mange "nye" konsultasjoner endringen vil medføre, både fordi noen sykehus tidligere ikke har registret sykepleierkonsultasjoner eller fordi det nå opprettes nye tilbud. Omlaggingen skal håndteres innenfor de fastsatte rammer. Omlaggingen innebærer ikke at innsatsstyrt finansiering utvides til nye pasientgrupper. Myndighetene vil følge særskilt med på dette området i 2009.*

Helseforetakene er kjent med dette forholdet, og forutsetningene for omlaggingen er tatt til etterretning.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Det vil fremdeles kun være legespesialister som har anledning til å kreve egenbetaling fra pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring et forslag om å tilpasse reglene for egenbetaling til regelverket for innsatsstyrt finansiering.*

Forholdet er tatt til etterretning.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Behandling med visse biologiske legemidler som administreres av pasienten selv er i 2009 innlemmet i ISF-ordningen. Refusjon for de ulike behandlingsovervalgene skal ikke være styrende for behandlingsvalg. Valg av behandling forutsettes å finne sted ut fra en samlet vurdering av pasientenes behov og forutsetninger, i tråd med prioriteringsforskriften, foreliggende faglige retningslinjer, samt en konkret vurdering av faktiske kostnader knyttet til de ulike behandlingsovervalgene.*

Dette er tatt til etterretning, og det faglige vurderinger i henhold til prioriteringsforskriften legges til grunn ved valg av behandling.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Faktiske kostnader for behandlingsovervalgene forutsettes vurdert på grunnlag av de beslutningsstøttesystemene som er etablert av de regionale helseforetakene gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), og ellers faktiske innkjøpspriser og øvrige kostnader der legemiddelinnkjøpssamarbeid ennå ikke er etablert.*

Helseforetakene er kjent med dette forholdet, og forutsetningene for omlaggingen er tatt til etterretning.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Finansiering av somatisk poliklinikkvirksomhet er fra 2008 inkludert i innsatsstyrt finansiering, men med takstbaserte vekter. Det tas sikte på en budsjettneutryl overgang til kostnadsbaserte vekter i 2010. En slik endring kan ha relativt store omfordelingsvirkninger på helseforetaksnivå.*

Hvordan dette vil slå ut for de enkelte helseforetak i 2010 vil vise seg etter hvert som man har noe erfaringsmateriale å forholde seg til. Ved beregning av aktivitetsforutsetningene for 2010 ble det tatt

utgangspunkt i antall prognostiserte refusjonspoeng i 2009, og omregnet til DRG-poeng. Helse Sør-Øst RHF er innforstått med at det kan bli behov for noe omfordeling mellom foretakene i løpet av året etter at effekten av den nye ordningen er kjent.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. I nåværende norsk DRG-system grupperes dagkirurgisk aktivitet og lignende kirurgisk behandling ved innleggelse i samme DRGer. Finansieringssystem skal være mest mulig prioriteringsnøytralt, og Helsedirektoratet har foreslått en justering der det lages et skille mellom refusjon for dagkirurgi og refusjon for kirurgi ved innleggelse som i større grad gjenspeiler reell forskjell i ressursbruk. Direktoratet har utarbeidet egne DRGer for dagkirurgisk aktivitet. Det tas sikte på en omlegging til mer nøytral refusjon for både dag- og døgnkirurgi fra 2010. En slik endring vil gi bedre samsvar mellom kostnader og finansiering men vil også ha noen omfordelingseffekter. Videre arbeides det mot en bedre løsning for dagbehandling i løpet av 2009, herunder kostbar infusjonsbehandling. Fra 2010 av planlegges budsjettnøytral overgang til en helhetlig DRG-struktur og ISF-ordning hvor dagens to separate ordninger slås sammen. Helsedirektoratet vil forberede omleggingen for 2010 og regionale helseforetak må bidra i dette arbeidet.*

Tatt til etterretning.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. En helhetlig ISF-ordning for somatisk spesialisthelsetjeneste forutsetter at all aktivitetsdata rapporteres med format NPR-melding og det er derfor viktig at de regionale helseforetakene har stort fokus på å få dette på plass i 2009.*

Det har vært arbeidet med helhetlig ISF-ordning i 2009. Helse Sør-Øst RHF har vært i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om fremdriften i arbeidet. Arbeidet videreføres i 2010.

- *Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning. Det tas sikte på å innføre et nytt radiologisk kodeverk fra 2010. Dette vil omfatte både polikliniske og innlagte pasienter. Samtidig vil det bli vurdert innført ny finansieringsløsning for poliklinisk radiologi, basert på det nye kodeverket. En eventuell ny poliklinisk finansieringsløsning kan medføre omfordelingseffekter og behov for reforhandling av eksisterende avtaler. Helsedirektoratet vil i nært samarbeid med de regionale helseforetakene legge til rette for en slik innføring.*

Endringen som innføres fra 2010 vil erfaringsmessig være krevende og forutsetter tett oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF.

- *Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning. Kap 732, post 77 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. En aktivitet i 2009 i tråd med St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009) tilsier en utbetaling på 1135,5 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall fra juni 2008, og det er dette nivået som kan videreføres og økes med 1,5 pst. i 2009.*

Foreløpige regnskapstall for 2009 viser en inntekt for foretaksgruppen som ligger noe høyere enn budsjett.

- *Kap 732, post 79 Helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte. Helse Sør-Øst RHF kan totalt disponere inntil 232,2 mill. kroner, herav 7,2 mill. kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetalingen vil skje a konto. Departementet vil vurdere a konto beløpets størrelse i forhold til rapportert aktivitet innenfor ordningen. Dersom det er mindre behov enn bevilgningen, vil departementet holde tilbake penger.*

Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer. 7,2 millioner kroner til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er fordelt til Sykehuset Telemark HF og Oslo universitetssykehus HF



- *Kap 732, post 79 Helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte. I tillegg til rapportering i årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK i henhold til avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinsk avdeling skal Helse Sør-Øst RHF rapportere på bruken av midlene og effekten av tiltakene i årlig melding.*

Slik rapportering er gjennomført i ØBAK, jf. også omtale i denne meldingen.

- *Kap 732, post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter. Tilskuddet blir utbetalt med like deler i hhv. februar, april, juli og oktober. Det skal gis tilbakemelding om prosjektenes framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009. Det vises til nærmere omtale i Foretaksprotokollen for 2009.*

Tilskuddet på 540 millioner kroner er fordelt i henhold til kriteriene som er gitt i tildelingen. Forbruket har vært fulgt regelmessig og det er tilfredsstillende framdrift. Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF som begge har litt lavere framdrift enn flertallet, blir fulgt tett opp. Tildelingene deres utgjør nesten 50 prosent av det som er fordelt til Helse Sør-Øst RHF sine egne foretak. 30,1 millioner kroner er fordelt til de private ideelle sykehusene. Totalt er framdriften pr. desember 61 prosent (tilsvarer 331,4 millioner kroner), fordelt med 60 prosent på egne foretak og 85 prosent gjennomføring på de private ideelle sykehusene.

Flere av prosjektene er gjennomført fullt ut og innenfor budsjett. Noen foretak har brukt mer enn tildelt og skal dekke merkostnaden selv.

Oslo universitetssykehus HF har etter avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet fått henstand med slutføringen til første tertial 2010 mens rusakutten skal etableres "så tidlig som mulig og innen utgangen av 2010".

I følge de foreliggende planene vil omtrent 2/3 av byggearbeidene for hele tiltakspakken være gjennomført innen utgangen av 1. tertial. 2010. Alle prosjektene planlegges slutført innen utgangen av 2010. Framdriften er fulgt opp i månedlig rapportering og til dels med møter med de enkelte helseforetakene.

### **3. PASIENTBEHANDLING**

#### **3.1 Aktivitet**

- *Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009, jf. omtale i St. prp. nr 1 (2008-2009). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering og NAV -refusjoner for poliklinisk behandling på vanlig måte måles i forhold til prognoser per 1. tertial 2008 og 1. halvår 2008. Dersom veksten i 2008 blir høyere enn dette, vil veksten i 2009 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og NAV-refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet kommer i tillegg til dette.*

På regionalt nivå har det vært en svært god aktivitetsutvikling innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), psykisk helsevern for voksne (VOP) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP), i tråd med at Helse Sør-Øst la inn høyere aktivitetsvekst for 2009 på disse tjenesteområdene enn det generelle vekstmålet på 1,5 prosent. Tabellen under viser den prosentuelle veksten for døgnbehandling og poliklinikk fra 2008 til 2009. Dagbehandling på de tre områdene viser en planlagt nedgang, men har et mindre omfang og trekker i liten grad ned den samlede veksten.

Den økte ressurstilførselen til psykisk helsevern og TSB medførte at somatikk i realiteten fikk et ikke ubetydelig effektiviseringskrav for å greie 1,5 prosent aktivitetsvekst fra 2008 til 2009. Flere områder innen somatikk viser vekst fra 2008, men i forhold til budsjettet aktivitet for 2009 er det negativt avvik for døgnbehandling med 2,0 % færre døgnpasienter. Til sammenligning viser poliklinikk en økning på 8,2 prosent for antall konsultasjoner, mens det ble behandlet 1,6 % flere dagpasienter, som likevel var under budsjetterte plantall. Grad av måloppnåelse varierer mellom foretakene. For lav døgn- og

dagaktivitet i forhold til budsjett har vært et sentralt punkt i oppfølgingsmøtene med noen av helseforetakene gjennom året, også fordi reduserte aktivitetsnivåer har medvirket til underskudd målt mot periodiserte budsjetter. Dette har vært spesielt tydelig for Oslo universitetssykehus HF, som særlig på somatikk gikk inn i 2009 med redusert inngangsfart.

<b>Psykisk helsevern og TSB</b>	<b>Endring fra 2008</b>
Psykisk helsevern for voksne:	
• Utskrevne pasienter	+ 2,1 %
• Polikliniske konsultasjoner	+ 7,4 %
Barne- og ungdomspsykiatri:	
• Utskrevne pasienter	+ 7,1 %
• Polikliniske konsultasjoner	+ 4,4 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige:	
• Utskrevne pasienter	+ 9,8 %
• Polikliniske konsultasjoner	+ 9,0 %

- *Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at regionale helseforetaket er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.*

Det regionale helseforetaket er bevisst på at finansieringsordningen er en løsning der gjennomsnittskostnader knyttet til en helsehjelpsepisode er utgangspunktet for ISF-refusjonen. I situasjoner der det kan stilles spørsmål ved om det gjøres en tilpasning eller prioritering av pasienter der motivet er ISF-refusjonens størrelse, poengteres at prioritering av pasienter utelukkende skal skje på basis av kliniske vurderinger og sykdommens alvorlighet. Dette er tydelig kommunisert i ulike møtefora samt oppfølgingsmøter med foretakene. Kravet er styring på satte aktivitetsmål og prioriteringsretningslinjer uavhengig av ISF.

- *Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptappingsplanen for rusfeltet.*

Helse Sør-Øst RHF har i tråd med føringene i opptappingsplanen for rusfeltet vektlagt å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten og bedre kvaliteten på behandlingstilbudene. Sykehusene, i samarbeid med kommunene og fastlegene, skal organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Tjenestene skal utvikles fra døgn- til dagbehandling og polikliniske tjenester der dette er hensiktsmessig for pasienter og i tråd med faglig god praksis.

- *Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

"Raskere tilbake" er også i 2009 drevet som prosjekt hvor tjenester leveres ut over det regionale helseforetakets "sørge for"-ansvar. Aktiviteten har vært stor gjennom året innen toppfinansierte prosjekt, operasjonsaktivitet både i helseforetak og private sykehus, samt i privat rehabilitering. Det rapporteres særskilt for ordningen til det regionale helseforetaket og Norsk pasientregister.

### **3.2 Kvalitet**

- *Helse Sør-Øst RHF skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet fra livets begynnelse til livets slutt. Helse Sør-Øst RHF skal i henhold til målsettingen i den nasjonale kvalitetsstrategien (2005-2015), tilby tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer*

*brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. De skal også være tilgjengelig og rettferdig fordelt og utnytte ressursene på en god måte.*

Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer. Det vises til den samlede redegjørelse i dette dokumentet og i særdeleshet kapittel 2.1.1 om "sørge for"-ansvaret og overordnet vurdering av måloppnåelse.

### **3.2.1 Behandlingskvalitet**

- *God behandlingskvalitet krever at forebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.*

Helse Sør-Øst har definert kunnskapsutvikling og god praksis som et av sine hovedinnsatsområder i omstillingsprogrammet. Arbeidet med kunnskapshåndtering inngår som del av dette. I 2009 har foretaksgruppen i samarbeid med Kunnskapssenteret utviklet et forprosjekt der det spesielt er arbeidet med hvordan evidens-basert kunnskap om beste praksis kan tilgjengeliggjøres i daglig klinisk praksis, samt hvordan brukere kan involveres. Videreutvikling av Helsebiblioteket, herunder løpende tilgjengeliggjøring av nasjonale retningslinjer, står sentralt. Det er inngått rammeavtale om kjøp av praktiske sykepleieprosedyrer (PPS) for å bidra til kunnskapsbaserte prosedyrer. I 2010 vil det arbeides videre med utvikling og prioritering av virkemidler for å lykkes med ambisjonene på området.

I tillegg vises det til at helseforetakene innenfor et sykehusområde er gitt i oppdrag å etablere felles rutiner og informasjonsgrunnlag som sikrer helhetlige og sammenhengende pasientforløp som bygger på beste kunnskap, er trygge og baseres på reell brukermedvirkning.

- *Spesialisering, arbeidsdeling og samordning kan bidra til optimal pasientbehandling. De regionale helseforetakene skal sørge for en arbeidsdeling mellom sykehusenes som ivaretar behandlingskvaliteten.*

Både i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble det allerede før fusjonen til Helse Sør-Øst RHF og tilbake til 2002 gjennomført utredninger om funksjonsfordeling innenfor en rekke fagområder – blant annet kardiologi, føde, akuttkirurgi, kreftkirurgi, psykiatri, rehabilitering og habilitering, smittevern, intensiv, prehospitale tjenester med flere. Det var også egne samarbeidsfora som arbeidet med samordning av utredningene.

I styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF (108-2008, *Omstillingsprogrammet*) ble det opprettet sykehusområder som gjennom intern fordeling av oppgaver forutsettes å dekke 80-90 prosent av pasientbehandlingen i opptaksområdet. Det er videre opprettet ti regionale fagråd, hvorav fire har vært midlertidige i 2009. Disse fagrådene har som del av sitt mandat å gi råd om faglig koordinering på tvers av sykehusområder, inndeling av fagfelt i regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner.

Høsten 2009 ble det nedsatt et midlertidig utvalg for karkirurgi som vurderte funksjonsfordeling i dette fagområdet og avga sin innstilling ved utgangen av 2009. Rapporten fra dette utvalget vil bli videre behandlet i 1. halvår 2010. Det er i tillegg vedtatt å opprette et utvalg for funksjonsfordeling av ortopedi, revmakirurgi og revmatologi, som starter sitt arbeid i 2010.

- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingsprosess, til bruk i eget kvalitetsforbedringsarbeid og som grunnlag for forskning. Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor viktige fagområder. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og har ansvar for å fremme forskrifter og lovregulering på området. Helsedirektoratet er rådgivende for Helse- og omsorgsdepartementet med hensyn til hvilke nasjonale medisinske kvalitetsregistre vi bør ha. De regionale helseforetakene har ansvar for at registrene etableres, driftes og finansieres, og har ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.*

Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene har tatt aktivt del i "Forprosjekt for Nasjonalt helseregisterprosjekt", og deltatt aktivt i det interregionale samarbeidet med etablering av

nye kvalitetsregistre og godkjenning av nasjonal status for allerede etablerte kvalitetsregistre, herunder det pågående arbeidet med krav, kriterier, prosesser, årshjul mm. Helse Sør-Øst RHF har deltatt i og samarbeidet godt med det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre (SKDE) gjennom den regionale noden som finansieres av de nasjonale øremerkede midlene. Helse Sør-Øst RHF har også samarbeidet med Nasjonalt folkehelseinstitutt om felles problemstillinger knyttet til helseregistre.

Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene har gjennomført detaljert kartlegging av teknisk løsning for de kvalitetsregistrene det regionale helseforetaket har et særskilt ansvar for, også Kreftregisteret, for å finne ut hva som skal til for å komme inn mot felles nasjonal teknisk løsning. Rapportene brukes aktivt i det videre arbeidet med IKT-løsninger.

Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft og Nasjonalt register for prostatakreft fikk godkjenning med nasjonal status 2009, og inngår i Kreftregisteret. Helse Sør-Øst RHF har prioritert kvalitetsregister for overvekt hos barn og unge fra 2009. Fagmiljøet i Helse Sør-Øst er også rede til å ha nasjonalt ansvar for registeret for biologiske legemidler.

- *Kliniske etikkomiteer skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger innenfor somatikk, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og psykisk helsevern. Det forutsettes at komiteene sikres nødvendige rammer og ressurser og er godt ledelsesforankret.*

Alle helseforetakene har etablert kliniske etikkomiteer. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført erfaringskonferanse for de kliniske etikkomiteene i regionen. Det var stor interesse og god oppslutning om konferansen, med deltakere fra nesten samtlige helseforetak og sykehus med driftsavtale. Ifølge Seksjon for medisinsk etikk (Universitetet i Oslo) har det vært stor interesse for samlingen, og konferansen kan danne mønster for de øvrige helseregionene. Oppfølging av klinisk etikkarbeid vil inngå eksplisitt i det regionale helseforetakets styringskrav til helseforetakene i 2010. Psykisk helsevern er inkludert og godt ivaretatt i dette arbeidet i hele Helse Sør Øst.

- *For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. Det skal i gjennomgangen legges vekt på faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering og kompetanse, blant annet grad av spesialisering, tverrfaglige team, samt kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner. Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingsskrevende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.*

Helse Sør-Øst har opprettet et eget Fagråd for kreft som har fått i oppdrag å utrede oppgaven og rapportere tilbake til Helse Sør-Øst RHF. Fagråd for kreft vil utrede oppdraget gjennom fire arbeidsgrupper:

- a. arbeidsgruppe for kirurgisk behandling av bryst- og endokrinkreft
- b. arbeidsgruppe for kirurgisk behandling av kreft i lunger
- c. arbeidsgruppe for kirurgisk behandling av kreft i spiserør, magesekk, bukspyttkjertel, lever, endetarm og tykktarm
- d. arbeidsgruppe for urologisk kreftbehandling

De skal kartlegge hvilke enheter som utfører kreftbehandling, sammensetning av tverrfaglige/multidisiplinære team og hvordan de benyttes i det enkelte helseforetak. Videre skal det gis en vurdering av dagens funksjonsfordeling i kreftbehandlingen samt at eventuelle endringer skal foreslås. Ivaretagelse av palliativ behandling i samarbeid med kommunal sektor skal også utredes. Fagrådet skal avgi sin innstilling til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mai 2010.

Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet er dette fulgt opp for kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, endetarm, tykktarm, lunger og bryst. En del av disse pasientene behandles med spesialkompetanse som inngår som en del av transplantasjonskirurgien, eks. levertransplantasjon ved leverkreft, autotransplantasjon dvs. at leveren tas ut slik at man kan gjøre kirurgi som ikke er tilgjengelig på annen måte.

Når det gjelder ventetid ved kreftbehandling av pasienter med prostatakraft er denne ikke helt tilfredsstillende. Tiltak er gjennomført for å øke kapasiteten både ved Oslo universitetssykehus HF - Radiumhospitalet, ved Oslo universitetssykehus HF - Aker og i de øvrige sykehusområdene.

#### ***Funksjonsfordeling innen kreftkirurgien i tidligere Helse Øst:***

Tidligere Helse Øst RHF gjennomførte våren 2004 en utredning av kreftkirurgien, og i styresak 034-2005 av 06.04.05 ble det vedtatt en funksjonsfordeling av kreftkirurgivirksomheten mellom helseforetakene/sykehusene. Det ble forutsatt at Helse Øst RHF skulle følge opp effekten av funksjonsfordelingen og løpende sette inn eventuelle tiltak for å sikre gevinstrealisering av endringene i pasientbehandlingen.

I januar 2007 kom beslutningen om å etablere en ny helseregion Helse Sør-Øst innen 01.07.07. Imidlertid ble det besluttet at evalueringen av kreftkirurgien i øst-delen skulle gjennomføres uavhengig av regionsammenslåingen.

Evalueringen ble basert på følgende:

- I. generell gjennomgang av resultatene relatert til styrevedtaket i sak 034-2005 – Kreftkirurgi - funksjonsfordeling i Helse Øst
- II. vurdering av avvik
- III. oppsummering av aktivitetsutviklingen fra før omleggingen – fra utgangen av 2004 til utgangen av 2006 - innenfor de enkelte kreftkirurgiområdene.

Hovedsiktemålet var å evaluere funksjonsfordelingen. Vurderingen ble basert på analyse av NPR-filer i Helse Øst datavarehus.

Evalueringen viste at en ønsket samling og oppfølging av vedtaket på følgende områder.

- Kreft i spiserør (samlet ved daværende Ullevål universitetssykehus HF)
- Kreft i bukspyttkjertel (daværende Ullevål universitetssykehus HF, hovedsenter)
- Kreft i lever/gallevei (Samlet ved daværende Ullevål universitetssykehus HF, sjeldne inngrep fire i 2005 og to i 2006)
- Kreft i nyre (utføres ved daværende Ullevål universitetssykehus HF, i ett sykehus i Sykehuset Innlandet HF (Elverum) og ett i Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad))
- Kreft i prostata (radikal fjerning – prostatectomi – skal bare gjøre ved daværende Aker universitetssykehus HF og daværende Ullevål universitetssykehus HF)
- Lungekreft (Hoveddiagnose lungekreft skal behandles ved daværende Ullevål universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF).

For brystkreft og kreft i skjoldbruskkjertel var vedtaket i hovedsak oppfylt, men på et par områder kom det nye faglige føringer som gikk i en annen retning enn styrevedtaket. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å opprette en ny grenspesialitet for mamma- og thyreoidea-kirurgi (brev av 01.11.06). Dette foranlediget en egen utredning for å tilrettelegge for den nye grenspesialiteten.

#### ***Funksjonsfordeling av kreftkirurgien tidligere Helse Sør:***

Funksjonsfordeling av kreftkirurgien i tidligere Helse Sør har sitt grunnlag i "Resept 2006" strategidokument for Helse Sør og Kreftplan for Helse Sør 2004.

Det ble gjort følgende funksjonsfordeling:

- Kreft i spiserør (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF)
- Kreft i bukspyttkjertel (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF)
- Kreft i lever/gallevei (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF)
- Kreft i tykktarm (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Telemark HF - Skien, Sørlandet sykehus HF)
- Kreft i prostata (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Telemark HF - Skien, Sørlandet sykehus HF)
- Lungekreft (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF)
- Brystkreft (daværende Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Telemark HF - Skien, Sørlandet sykehus HF)

Etterlevelse av funksjonsfordelingen er foreløpig ikke evaluert.

#### Samordning av kreftbehandling i Helse Sør-Øst:

Samordningsprosjektet for Helse Sør og Helse Øst, som avga sin innstilling i april 2006, hadde sitt hovedfokus på høyspesialiserte oppgaver og sjeldne kreftformer med lav forekomst. Prosjektet vurderte behov for behandlingsskapasitet og hensiktsmessig fordeling av oppgavene i de to regionene sett under ett og til beste for pasientene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i styresak 108-2008 bl.a. gjort vedtak om å opprette tverrfaglige regionale fagråd for å styrke fagutvikling, samt for å sikre et likeverdig tilbud og bedre effekten av tjenestetilbudet. Regionale fagråd skal bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket. Det er i denne forbindelse opprettet et eget fagråd for kreft i regionen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 108-2008 bl.a. å etablere tverrfaglige regionale fagråd: *"for å styrke fagutvikling, samt for å sikre et likeverdig tilbud og bedre effekten av tjenestetilbudet. Regionale fagråd skal bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket. Fagrådernes mandat og sammensetning fastsettes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst"*

I oppfølgen av dette vedtaket ble det i 2009 besluttet å opprette ti tverrfaglig sammensatte fagråd: Fagråd for habilitering, Fagråd for rehabilitering, Fagråd for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, Fagråd for psykisk helsevern, Fagråd for barn, Fagråd for nyfødtmedisin, svangerskaps- og fødselsomsorg, Fagråd for infeksjonsmedisin, immunologi og smittevern, Fagråd for kreft, Fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak og Fagråd for medisinske støttefunksjoner.

*I det generelle utsendte mandat til fagrådene heter det bl.a. at de skal:*

- Understøtte implementering av nye metoder og prosedyrer, i tråd med nasjonale føringer på området, herunder vurderinger i forhold til pasientvolum, kapasitetsbehov og funksjonsdeling. (Det presiseres at fagrådets rolle er å tenke overordnet samordning mellom sykehusområder. Den praktiske implementeringen skjer direkte i linjen ved det enkelte helseforetak).
- Gi råd om implementering av faglige retningslinjer

Helseforetakene har gjennom inngåtte driftsavtaler forpliktet seg til å sikre oppfølging av nasjonale strategier og retningslinjer. Etableringen av regionale fagråd i Helse Sør-Øst er et viktig virkemiddel for implementering av nasjonale faglige retninger, jmfør fagrådernes standard mandat. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg bistått særskilt i oppfølgingen av prioriteringsveilederne. Prioriteringsveilederne skal bidra til at helseforetakene/sykehusene settes enda bedre i stand til å sikre likeverdig og god behandling og at det omfattende regelverket vedrørende vurdering og rett til nødvendig helsehjelp operasjonaliseres. Helse Sør-Øst RHF arrangerte oppstartskonferanse for alle helseforetak/sykehus med driftsavtale da de første prioriteringsveilederne kom i januar 2009 og har bistått helseforetakene i deres opplæring om pasientrettigheter og bruken av veilederne. Helse Sør-Øst RHF følger opp implementeringen av prioriteringsveilederne med de faste møtene med fagdirektører i helseforetakene som knutepunkt, samt ved å følge opp rapporteringen av fristbrudd i månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene. Alle helseforetak har meldt at de har hatt interne prosesser for å implementere prioriteringsveilederne. Det planlegges ny erfaringskonferanse våren 2010.

De nasjonale retningslinjene for biologiske legemidler følges også særskilt opp av Helse Sør-Øst RHF. Som et resultat av erfaringskonferanse om biologiske legemidler i Helse Sør-Øst og samarbeid med den nasjonale arbeidsgruppen for helseforetakfinansierte legemidler, er det nå sendt ut en total informasjonsspakke om retningslinjene og oppfølgingen av dem, koding, rapportering, fakturering osv som holdes kontinuerlig oppdatert.

Helse Sør-Øst RHF har sagt seg villig til å være pilot ved gjennomføring av fagrevisjoner i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, der faglige retningslinjer vil være del av grunnlagsdokumentasjonen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal, i tråd med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), iverksette prosesser for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2009 avgitt hørings svar på utkast til nasjonale retningslinjer. Helse Sør-Øst vil følge opp med aktiviteter i tråd med retningslinjene, når disse foreligger.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre adekvat spesialisthelsetjenestetilbud til alle pasienter som er rammet av CFS/ME. Helse Sør-Øst RHF skal fullføre arbeidet med å etablere et tilbud på inntil ti sengeplasser til de sykeste pasientene som er rammet av CFS/ME. Det legges til grunn at de øvrige regionale helseforetak benytter det nasjonale behandlingstilbudet for de aller sykeste gjennom kjøp av behandlingssopphold.*

På oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus HF - Ullevål arbeidet med etablering av sengeplasser. Disse vil være på plass i 2010. I første omgang vil det bli åpnet to sengeplasser for å høste erfaring med utnyttelsesgrad. En vil så vurdere øking til inntil 10 plasser.

ME/CFS senteret ved Oslo universitetssykehus HF - Ullevål har poliklinikk med tverrfaglig team for utredning, rådgivning, behandling og oppfølging av pasienter. I tillegg drives det forskning og formidling/kompetansespredning. Enheten har ambulant team. Det legges betydelig vekt på samhandling med kommunene.

Barneklubben ved Oslo universitetssykehus HF er tungt involvert i diagnostikk og behandling av barn og ungdom med CFS/ME. Dette skjer i all hovedsak som dagbehandling og noe poliklinikk. Utvalgte pasienter trenger innleggelse over 2 uker for en bred gjennomgang og oppfølging. Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet har laget et sengeposttilbud for disse på post 1 (revma-nevro-Voksentoppen).

Det er under etablering en tverr-regional arbeidsgruppe med representasjon fra øvrige regioner. Arbeidsgruppen skal ledes av Oslo universitetssykehus HF. Mandat for arbeidet er å definere kriterier for innsøknin g til enheten.

Ved lokal- og områdesykehus er det ikke egne senger til denne pasientgruppen, men pasientene utredes ofte på medisinsk (infeksjonsmedisin, endokrinologi) eller nevrologisk avdeling. Noen av pasientene henvises videre til Oslo universitetssykehus HF for behandling, mens noen blir overført til kommunene for behandling i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I Helse Sør-Øst RHF s oppdrag og bestilling 2010 til helseforetak og private ideelle sykehus er det nedfelt krav om å opprette poliklinisk tilbud til ME-pasienter i alle sykehusområder.

Ved Lærings- og mestrings senteret i Sykehuset Innlandet HF har det vært arrangert mestringskurs to ganger årlig de siste fire årene. Til nå har ca 100 pasienter fått dette tilbudet. Kursene går over 8 uker og varer tre timer pr. gang. Sykehuset Innlandet HF søkte Helsedirektoratet om midler til å opprette en ME-telefon - et lavterskeltilbud for både pasienter, pårørende og fagpersonell. Prosjektet ble videreført sist høst støttet av prosjektmidler fra Helsedirektoratet og har nå fått en landsdekkende funksjon.

Helse Sør-Øst RHF har avtale med to private institusjoner, ett sted om å gi tilbud til yngre pasienter med CFS/ME og ett sted med tilbud til voksne med CFS/ME. Pasientene som får tilbud her må kunne ha nytte av mobilisering og lettere fysisk aktivitet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at kreftregisteret med underliggende kvalitetsregistre innenfor kreftområdet samordnes med øvrige nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder felles tekniske løsninger.*

Kreftregisteret består i dag av et insidensregister (basisregister) samt åtte nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Ytterligere syv kvalitetsregistre er under aktiv etablering, og totalt planlegges rundt 25 kvalitetsregistre som skal dekke alle kreftformer.

Kreftregisteret har p.t. en todelt teknisk løsning (gammel og ny), hvorav begge løsningene er papirbasert. Den nye løsningen er imidlertid tilrettelagt for elektronisk innrapportering fra sykehusene,

men er ennå ikke satt i produksjon.

Helse Sør-Øst RHF har kartlagt teknisk løsning for Kreftregisteret. Kartleggingen viser blant annet at Kreftregisteret, med dagens løsning, verken har kapasitet til å produksjonssette nye registre i ønsket tempo eller til å håndtere den mengden av meldinger som kan forventes. Videreutvikling av teknisk løsning er særlig avgjørende for at Kreftregisteret skal kunne samordne kvalitetsregistre innenfor kreftområdet med øvrige nasjonale medisinske kvalitetsregistre, produksjonssetting samt håndtere økt antall meldinger i forbindelse med samordning og videreutvikling av felles tekniske løsninger, vil det være sentralt å sikre løsninger som ivaretar viktige personvern hensyn, samt gjeldende regler om informasjonssikkerhet.

Kartleggingen avdekker at det må settes inn omfattende tiltak som vil få store økonomiske konsekvenser. I denne sammenheng er det behov for å klargjøre nærmere hvorledes arbeid og utvikling av Kreftregisterets tekniske løsning best kan finansieres.

I forbindelse med kartleggingen har Helse Sør-Øst RHF initiert et utviklingsarbeid for å tilpasse Kreftregisterets tekniske løsning til ny nasjonal løsning, herunder foreslått at arbeidet organiseres som et hovedprosjekt. Rapporten er behandlet i strategisk IKT-gruppe i Helse Sør-Øst, og er også drøftet i en uformell arbeidsgruppe (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Folkehelseinstituttet, Helse Midt-Norges IT-enhet HEMIT samt Kreftregisteret) i den hensikt å lage et saksfremlegg til Nasjonal IKT. Strategisk IKT-gruppe i Helse Sør-Øst arbeider nå videre med å beskrive den nasjonale tekniske løsningen, hvilke aktører som vil bidra til at Kreftregisterets løsning og omkringliggende løsninger utvikles til et velfungerende samspill, hvordan samarbeidet med andre fellesregistre skal være og hvordan et eventuelt hovedprosjekt i Kreftregisteret kan finansieres.

Foruten overnevnte punkter, bør pålegget i oppdragsdokumentet sees i sammenheng med andre pågående aktiviteter på helseregister-feltet, samt arbeidet med IKT-strategi, både nasjonalt og for Helse Sør-Øst.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bistå og samarbeide med Helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i Helsedirektoratets nettverksgruppemøte og i prosess rundt krav og kriterier knyttet til etablering av nye kvalitetsregistre og godkjenning/resertifisering av nasjonal status av allerede etablerte kvalitetsregistre. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til dette arbeidet også gjennom den interregionale styringsgruppen for kvalitetsregistre, den regionale nodens deltakelse i servicemiljøet og i Forprosjekt til Nasjonalt helseregisterprosjekt.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at fagpersonell deltar i nasjonalt kvalitetsarbeid, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer.*

På forespørsel fra Helsedirektoratet formidler Helse Sør-Øst RHF, gjennom lederlinjen, kontakt med fagpersoner i helseforetakene, slik at de kan delta i nasjonalt kvalitetsarbeid (eksempelvis utarbeidelse av prioriteringsveiledere og faglige nasjonale retningslinjer).

Helse Sør-Øst RHF har også fulgt opp initiativ fra fagpersonell som ønsker å utvikle nasjonale medisinske kvalitetsregistre, blant annet i form av informasjon og formidling av kontakt med det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles, herunder bidra til at retningslinjer og prosedyrer utviklet i helseforetakene gjøres tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF bidrar til finansieringen av Helsebiblioteket slik at finansieringen i 2009 blir på samme nivå som i 2008. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innen utgangen av første tertial har avtalt medfinansieringen for 2009.*

Helse Sør-Øst RHF har et godt samarbeid med Helsebiblioteket i arbeidet med å få både publikasjoner og regionale retningslinjer tilgjengelig via Helsebiblioteket. Helse Sør-Øst RHF deltar i



referansegruppe for kvalitetsforbedringsportal i Helsebiblioteket. Helse Sør-Øst RHF har budsjettert for utgiftene til anslått beløp for medfinansiering av Helsebiblioteket.

- *Helse Sør-Øst RHF skal påse at kliniske etikkomiteer er etablert i hvert enkelt helseforetak, og at komiteene skal kunne behandle etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Det bes om en rapportering på dette kravet i forbindelse med 1. tertial.*

Samtlige helseforetak har etablert kliniske etikkomiteer, og etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan behandles av komiteene (rapportert i brev til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2009).

Dette arbeidet har hatt fokus i hele Helse Sør Øst og er implementert i alle foretak/sykehus for alle fagområder. Et eksempel er klinisk etisk komité ved Akershus universitetssykehus HF som består av 11 medlemmer, hvorav om lag halvparten har sitt daglige virke i klinisk virksomhet samtidig som den er ledelsesforankret. En representant fra brukerrådet, en spesialist innen klinisk etikk fra Universitetet i Oslo, en jurist og en prest er også med i komiteen. Komiteen har en frittstående stilling og kan ikke dikteres eller overprøves av administrerende direktør eller styret. Mandatet er også endret slik at det ikke lenger er påkrevd å følge organisasjonslinjene for å fremme saker, men ansatte oppfordres til fortrinnsvis å ta etiske dilemmaer opp med dem det gjelder så sant situasjonen eller den lokale kulturen er åpen for det. Foruten komiteens møter har flere av medlemmene sammen eller i grupper vært invitert til å holde innlegg på ulike avdelingers fagseminarer.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI) rammer som setter enheten i stand til å utføre sine tildelte oppgaver.*

Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag å sikre nødvendige rammer innenfor eget budsjett. Oppdraget er spesifisert i eget brev til Oslo universitetssykehus HF. I Helse Sør-Øst RHF's styringsbudskap til Oslo universitetssykehus HF er det nedfelt krav om at helseforetaket skal prioritere driften av FORMI. Generelt er det nedfelt at tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes både med henhold til ressurser og aktivitet.

### **3.2.2 Pasientsikkerhet**

- *Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er avgjørende med velfungerende meldesystemer for å redusere antall feil og uønskede hendelser. Dette innebærer systematisk analyse av årsakene til hendelsene i systemet og læring slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen. Det er et ledelsesansvar å sikre gode systemer for pasientsikkerhet på alle nivå og å skape en god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet om og trygghet til å melde fra om feil og uønskede hendelser.*

Alle helseforetak/sykehus har etablert avvikssystem. Som ledd i satsningen på aktiv bruk av systemet til forbedring og læring, laget Helse Sør-Øst i 2008 felles anbefalinger for håndtering av avvik, herunder korrigerende og forebyggende tiltak. Det ble lagt vekt på at målet var å unngå at tilsvarende hendelser skulle skje igjen. Det har vært en utfordring å få systemene til å bli praktisk anvendelig i det daglige, samt å få alle til å bruke systemet til aktiv forbedring.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte 30. september 2009 en erfaringskonferanse med helseforetakene/sykehusene om avviksbehandling – innhold og system. Det har også vært arbeidet aktivt i Helse Sør-Øst for å få meldeordningen til Helsetilsynet til å fungere bedre. Helse Sør-Øst RHF deltar i Helsetilsynets arbeid med e-meldingsportalen Altinn for IK-2448 gjennom Sykehuset Østfold HF.

I styringsbudskap til helseforetak og private ideelle sykehus fra Helse Sør-Øst RHF er det tatt inn formuleringer om at systematisk læring skal understøttes via avviksbehandling, forebyggende tiltak, ledelsens gjennomgåelse og risikostyring. Det står videre at tiltak fra rapporten "Håndtering av uønskede hendelser – som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring" vil være aktuelle tiltak.

Som ledd i arbeidet med pasientsikkerhet har reduksjon av sykehusinfeksjoner og feilmedisinering vært et krav i driftsavtalene i 2009. Det er etablert et prosjekt for forebygging av postoperative

sårinfeksjoner ved hofteprotesekirurgi, med bruk av sjekklister for god praksis. Alle helseforetak og sykehus med avtale er invitert til å delta i prosjektet. Det forutsettes at alle gjennomfører en samsvarvurdering mellom sjekklister og egne rutiner, innfører WHO's sjekklister for sikker kirurgi, samt tar i bruk Global Trigger Tool for retrospektiv journalgjennomgang. Som et ledd i dette arbeidet er det gjennomført egen undervisning i innføring av Global Trigger Tool, og det er gitt tilbud om lokal bistand til alle helseforetak/sykehus.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet får informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal følges opp på ordinær måte.*

Nasjonale enhet for pasientsikkerhet har bedt om tilgang til avvikssystemet på Oslo universitetssykehus HF - Ullevål og fått det. De har ikke bedt om ytterligere informasjon fra Helse Sør-Øst RHF. Pasientsikkerhetsenheten kan få bedre tilgang til de uønskede hendelsene i regionen - for identifisering av risiko som alle kan lære av - dersom meldeordningen med IK 2448 overflyttes til dem fra Helsetilsynet. Dette tiltaket har Helse Sør-Øst RHF foreslått til Helse- og omsorgsdepartementet per brev.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet samarbeide med og anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.*

Læringsinformasjon fra pasientsikkerhetsenheten foreligger i liten grad. Helse Sør-Øst RHF har tett samarbeid med pasientsikkerhetsenheten og har bl.a. benyttet forelesere fra enheten på regionale erfaringskonferanser. Helge Svaar, pasientsikkerhetssjef ved Akershus universitetssykehus HF, representerte Helse Sør-Øst i styrings- og arbeidsgruppen for pasientsikkerhetskonferansen. Helse Sør-Øst RHF ønsker å være pådriverne for å teste og ta i bruk metoder for å fremme pasientsikkerheten i samarbeid med pasientsikkerhetsenheten.

- *Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.*

Andel sykehusinfeksjoner (punktprevalens) blant innlagte sykehuspasienter viser 5,2 og 5,3 prosent ved de nasjonale målingene våren og høsten 2009, mot 5,8 og 6,4 prosent ved samme målinger i 2008. Resultatene er nær det nasjonale målet (5 prosent eller lavere), og Helse Sør-Øst har desidert laveste prevalens av alle regioner.

### **3.2.3 Prioritering**

- *Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften. Praktisering av prioriteringsforskriften må bli mer enhetlig, og det skal være minimal variasjon mellom de regionale helseforetakene med hensyn til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.*

Helse Sør-Øst RHF vil gjennom ny inntektsmodell sikre et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Ved kjøp av private helsetjenester tas det også hensyn til geografi.

Helse Sør-Øst RHF følger opp implementeringen av prioriteringsforskriften via prioriteringsveilederne med de faste møtene med fagdirektørene i helseforetakene som knutepunkt. Helse Sør-Øst deltar i utarbeidelsen av veilederne og arbeidet som nå skal startes i Helsedirektoratet med prioritering på tvers. Helse Sør-Øst RHF gjennomførte erfaringskonferanse om prioritering og fristfastsettelse for alle helseforetak / sykehus den 17. september 2009 og skal følge opp med ny erfaringskonferanse våren 2010.

- *Ved innføring av nye, kostbare metoder og medisiner skal det gjøres en faglig og overordnet kost – nytte vurdering, samt at investeringer skal sees i sammenheng med lokale, regionale og nasjonale behov. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å nedsette en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten.*

Helse Sør-Øst RHF deltar ved administrerende direktør aktivt i styringsgruppen i arbeidet med

beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF avventer direktoratets oppfølging og vil bidra videre i dette arbeidet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetakene i regionen.*

Helse Sør-Øst RHF arrangerte oppstartkonferanse da de første prioriteringsveilederne kom i januar. Helse Sør-Øst RHF følger opp implementeringen av prioriteringsforskriften via prioriteringsveilederne med de faste møtene med fagdirektørene i helseforetakene som knutepunkt, samt ved å følge opp rapporteringen av fristbrudd i de faste oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

Helse Sør-Øst deltar i utarbeidelsen av veilederne og arbeidet som nå skal startes i Helsedirektoratet med prioritering på tvers. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført erfaringskonferanse om fristbrudd 17. september 2009. Som en oppfølging av konferansen vil Helse Sør-Øst RHF bidra til å:

1. Forbedre henvisningskvalitet gjennom "Meldingsløftet".
2. Sikre regional oppfølging og kvalitetssikring (oppfølgingsmøter, driftsavtaler, kvalitetssikring av NPR-rapporter og tilbud om opplæring)
3. Ny erfaringskonferanse planlegges våren 2010

- *Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.*

På samlet regionalt nivå har psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hatt en klart sterkere aktivitetsvekst enn somatikk i 2009, selv om noen enkeltforetak ikke har klart å innfri dette målet. TSB har hatt den aller største aktivitetsveksten, i tråd med styrets mål om seks prosent vekst. Noe av veksten har sin årsak i økte kjøp av private behandlingsplasser i 2009.

- *Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 pst., jf. St.prp.nr 1 (2008-2009).*

Rehabilitering og habilitering er et av de prioriterte områdene i Helse Sør-Øst, slik det også er nedfelt i vedtak 108-2008. Oppdraget er hensyntatt i budsjettene for 2009 og videreformidlet til helseforetakene og sykehusene i driftsavtalene for 2009.

Få indikatorer og økende integrering av rehabilitering i ordinære behandlingsforløp gir økende utfordringer med å dokumentere den reelle vekstraten for rehabilitering. Helse Sør-Øst RHF har også hatt stor aktivitet via mange kjøpsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner, og for 2009 har en i tillegg hatt mange avtaler innenfor "Raskere tilbake".

Det er opprettet egne fagråd innen rehabilitering og habilitering. Hensikten med disse fagrådene er å styrke fagutvikling, samt for å sikre et likeverdig tilbud og bedre effekten av tjenestetilbudet. Regionale fagråd skal bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket.

Nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering gir ikke sikker identifisering av den prosentvise økingen som er forutsatt innen rehabilitering og habilitering, og vi er avhengige av å se hva helseforetakene og sykehusene rapporterer i sine årlige meldinger. Det er startet flere tilbud i regionen som samarbeid med kommunehelsetjenesten. Her kan nevnes rehabiliteringsintegreerte institusjoner (RIS) der kommunen og helseforetaket i samarbeid har rehabiliteringstilbud som sikrer gode og sammenhengende pasientforløp. I tillegg har habiliteringstjenestene åpnet samarbeidstiltak som lavterskeltilbud innen barnehabilitering.

### **3.2.4 Tilgjengelighet**

- *Helsetjenesten skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid, uavhengig av pasientens økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.*

Helse Sør-Øst har denne viktige føringen som visjon for virksomheten, og dette formidles til helseforetakene og sykehusene i styrende dokumenter. Det vil alltid være en utfordring å dokumentere at resultatene oppfyller kravene om likeverdige helsetjenester, men Helse Sør-Øst RHF anser at prinsippet ivaretas i den løpende virksomheten, blant annet gjennom de prioriteringer som gjøres på regionalt nivå og i helseforetakene og sykehusene.

I Helse Sør-Øst er arbeidet med likeverdighet i tilbudet av helsetjenester prioritert i 2009. Det er særskilt fokusert på tilbudet til pasientgrupper og pårørende med multi-etnisk bakgrunn. Det vises til rapportering på konkrete tiltak i dette kapitlet.

Utviklingen av ventetider er nærmere beskrevet tidligere i dette kapitlet. De fleste pasienter venter på poliklinisk utredning og behandling, og Helse Sør-Øst vil i 2010 målrette ventetidsarbeidet mot høyere andel av nyhenviste pasienter på poliklinikkene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.*

Det er i 2009 vedtatt tiltak for 2010 der Helse Sør-Øst RHF i henhold til styresak 106-2009 vil:

1. Utvikle anbefalinger for god praksis for tolkebruk som dekker bestilling, kvalitetssikring, bruk og betaling av tolketjenester. Helse Sør-Øst vil dermed kunne bidra i det nasjonale pågående arbeidet med utviklingen av sektorspesifikke retningslinjer som er igangsatt av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet - IMDI (Norges nasjonale myndighet for tolketjenester).
2. Utrede i løpet av 2010 ulike modeller for organisering av tolketjenester. Oppdraget defineres nærmere og utvikles sammen med Oslo kommune og KS. Oppdraget bygger på rapporten fra Universitet i Oslo "Integrering av tolketjenester i helsetjenesten".
3. Arbeide for at tolkebruk tydeliggjøres i avtaleforholdet med avtalespesialistene. Ved anskaffelser av tjenester fra private leverandører, vil krav til tolkebruk fremkomme av konkurransegrunnlaget for avtalene i 2010 og 2011.
4. Sikre at helseforetakene rapporterer til Helse Sør-Øst RHF om bruk av tolk og ressurser til tolkebruk i henhold til bestillerdokumentet. Dette vil gi Helse Sør-Øst RHF et bedre grunnlag til å ta stilling til hvilken modell for organisering som best vil tjene helseforetakenes og pasientenes samlede behov for tolketjenester.
5. Sikre at helseforetakene styrker kvaliteten og oppfølgingen av de inngåtte avtaler om kjøp av tolketjenester.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.*

Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helse Nord RHF om utvikling av et prosjekt om skjermtolking/telemedisin i forhold til samisk befolkning. Helse Sør-Øst RHF vil påse at fokuset på minoritetshelse og hensynet til pasienter med innvandrerbakgrunn ivaretas i implementering av HR-strategien. Generelt gjelder at de som ikke snakker norsk vil kunne få tolketjenester.

- *Det vises til oppdragsdokument for 2008 vedrørende lysbehandling av psoriasispatienter. I tillegg til avsatte midler i 2008 skal Helse Sør-Øst RHF sette av 1,5 mill. til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I dette arbeidet skal innsparinger ved lavere transportkostnader tas med som en del av beslutningsgrunnlaget.*

Tilbud er etablert ved Sykehuset Innlandet HF Tynset. I samråd med Norsk Psoriasisforening ble det identifisert ytterligere tre geografiske områder med lange avstander og lav dekning av tilbud om lysbehandling. Det var indre deler av Agder, indre deler av Telemark og Midtre Hedmark. Arbeidet med å etablere desentralisert lysbehandling vil fortsette i 2010.

### **3.2.5 Brukermedvirkning**

- *Brukermedvirkning i utvikling av helsetjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå.*

Helse Sør-Øst RHF har et aktivt brukerutvalg som deltar i alle relevante prosjekt og prosesser. Brukerutvalget har i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF utarbeidet 13 prinsipper for

brukermedvirkning på systemnivå, og styret for det regionale helseforetaket sluttet seg i mai 2009 til disse prinsippenes intensjoner og prinsipper. Prinsippene er kjent for og innarbeides i helseforetakenes arbeid.

Brukerorganisasjonene FFO og SAFO i sør-øst utarbeider etter avtale med og finansiert av Helse Sør-Øst RHF moduler for brukeropplæring. I 2009 har om lag 200 personer deltatt på kurs. Ca 80 prosent er aktive medvirkere på regionalt eller helseforetaksnivå. Kurs er åpne for aktive og potensielle brukerrepresentanter fra alle organisasjoner som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten. For 2010 planlegges moduler for helsepersonell/administrasjon og for brukere som skal medvirke i utarbeidelse av behandlingslinjer/pasientforløp.

I de to nye store helseforetakene (Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF) meldes om brukermedvirkning i integrasjonsarbeidet. Det meldes om høy aktivitet i alle brukerutvalg.

Ett privat sykehus etablerer nå brukerutvalg. For øvrig finnes slike utvalg i alle helseforetak og private sykehus. Brukerutvalg etterspørres gjennom anskaffelser av private rehabiliteringstjenester og det registreres at flere av disse i løpet av 2009 har etablert egne utvalg. Det er også brukermedvirkning i alle lærings- og mestringssentre. Arbeid med nødvendig og relevant pasientinformasjon kobles til arbeidet med nye nettsider. Helse Sør-Øst RHF har, i tråd med kravet om å gjennomgå informasjonsopplegget (herunder nettsider) til pasienter med sikte på at relevant informasjon gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag, deltatt i nasjonal gruppe for å samordne informasjonen på en bedre måte. Gjennom felles nettløsning i foretaksgruppen som skal etableres gjennom 2010 vil dette arbeidet konkretiseres og utvikles.

På individnivå sikres brukermedvirkning bl.a. gjennom arbeidet med individuelle planer.

Dette området er godt ivarettatt innefor et bredt spekter av områder. Det har hatt en særskilt plass i omstillingsarbeidet som har pågått dette året i Helse Sør Øst. Eksempler som kan nevnes fra Vestre Viken HF: Sykehusets representanter i brukerråd har deltatt i stor grad i fusjonsprosessen ved etableringen av helseforetaket. Mange av medlemmene har også deltatt i flere av helseforetakets ulike prosjekter. Brukermedvirkning er sikret gjennom for eksempel utvikling av behandlingsplaner, i brukerutvalg og i sentralt kvalitetsarbeid, men det er behov for fokus på bedre minoritetsperspektiv. Tidligere Blefjell sykehus har hatt en offensiv tilnærming til brukermedvirkning ved at brukerne har vært representert i alle klinikkvise kvalitetsutvalg samt i det strategiske utvalget. Brukerne er også representert i alle pågående prosjekter, også forskningsprosjekter, og i andre fora der dette har vært naturlig (strategiarbeid, fusjonsprosessen osv). Det har også vært brukerrepresentasjon i utarbeidelse av samarbeidsavtalene. Det er etablert et felles brukerutvalg i Vestre Viken HF fra desember 2009.

I etableringen av Oslo universitetssykehus HF har brukerutvalgets arbeid har vært preget av integrasjonsprosessen og mange brukerrepresentanter har deltatt i prosjektgrupper. Brukere skal kunne påvirke forhold som gjelder eget behandlingsopplegg og behov og dette er spesielt aktuelt i arbeidet med individuell plan (IP). Bruk av IP har kommet lengst innen psykisk helsevern. Et annet eksempel er sikring av nødvendig og relevant pasientinformasjon for pasienter/pårørende når sykehus omstiller og det er startet arbeidet med nye og forbedrede nettsider for pasientinformasjon.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at brukermedvirkning på systemnivå gjenspeiler befolknings sammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur.*

Gjennom oppnevning av sentrale paraplyorganisasjoner sikres geografisk, alders- og kjønnsmessige hensyn, samt hensynet til ulike diagnoser/tilstander. Ved det regionale helseforetaket og i Oslo universitetssykehus HF er det oppnevnt medlem med flerkulturell bakgrunn i brukerutvalget. Det har vist seg utfordrende å få med brukerrepresentanter med flerkulturell bakgrunn, og det arbeides videre med dette sammen med brukerorganisasjonene. Ved oppnevning av nye styre vil Helse Sør-Øst RHF vektlegge å sikre mangfold.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltakelse i mottakelse av helsehjelp.*

Dette er fulgt opp i arbeidet med likeverd. Helse Sør-Øst har i 2009 prioritert arbeidet med

likeverdighet i tilbudet av helsetjenester, og særskilt fokusert på tilbudet til pasientgrupper og pårørende med multietnisk bakgrunn. Det vises til rapportering på konkrete tiltak i dette kapittelet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å sikre brukermedvirkning i forskning.*

Det er oppnevnt en brukerrepresentant i det regionale forskningsutvalget (RFU), som også deltar i arbeidsgrupper og dermed deltar aktivt i utvikling og oppfølgingen av den regionale forskningsstrategien. Gjennom deltakelse i RFU vil brukerrepresentanten også ha tilgang på informasjon fra samarbeidsorganene mellom høyskolene og Helse Sør-Øst, fra samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst, fra det regionale administrative forskningsledernetverket (AFN) og fra nasjonale samhandlingsarenaer for forskning der Helse Sør-Øst deltar.

### 3.3 Områder med særskilt fokus

#### 3.3.1 Samhandling

- *Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Det vises til det pågående arbeidet med ny samhandlingsreform.*

Helse Sør-Øst har et eget fokus på god samhandling gjennom det strategiske innsatsområdet for kunnskapsutvikling og god praksis, herunder fellesregionalt prosjekt for behandlingsslinjer, der perspektivet er å utvikle helhetlige behandlingssforløp av god kvalitet med tett samhandling mellom forvaltningsnivå, og med god involvering av brukere og pårørende. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst er i dag delaktig i dette utviklingsområdet, og flere av helseforetakene har invitert fastleger og praksiskonsulenter med i arbeidet. Samtidig er det viktig å påpeke at dette er et område som krever systematisk og langsiktig satsning og oppfølging.

Totalt er det i Helse Sør-Øst i dag utviklet/er i utvikling av omkring 200 behandlingsslinjer, og arbeidet med sammenligning og erfaringsoverføring for læring mellom helseforetak er etablert. Det legges stor vekt på at behandlingsslinjene skal være kunnskapsbaserte, og Helse Sør-Øst RHF har etablert et strategisk samarbeid med Kunnskapssenteret omkring dette og arbeidet med god kunnskapshåndtering generelt. Behandlingsslinjene skal sikre god kvalitet både underveis i behandling og i forhold til utskrivningsfase. Individuell plan, nettverksmøter, praksiskonsulentordning og pasientkoordinator som avlønnes av bydeler og sykehus, kan nevnes som eksempler. Brukerutvalg deltar i alle planprosesser.

Akershus universitetssykehus HF arbeider for eksempel med å utvikle helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp i samarbeid med kommunene<sup>1</sup>. Vestre Viken HF har etablert system for samhandling og helhetlige behandlingssforløp på system-, tjeneste- og individnivå. En rekke utviklingsprosjekter er i gang under fanen Nasjonalt Pilotsykehus. Ringerike sykehus fikk i 2009 status som nasjonalt pilotsykehus for å prøve ut sykehusets helhetlige driftsmodell for ledelse og styring med ambisjon om å sikre at pasienten opplever en sammenhengende behandlingsskjede som leverer god kvalitet på rett sted til rett tid.

Sykehuset Vestre Viken HF, avdeling sykehuset Asker og Bærum, har etablert faste fora og møteplasser med ledere på flere nivåer både i psykisk helse og somatikk. I samsvar med

---

<sup>1</sup> Eksempel: *Hospiteringsprosjektet*. I januar-mars 2010 skal 10 hospitanter fra Akershus universitetssykehus HF prøve et nytt hospiteringsprogram i to uker enten ved Nes eller Ullensaker kommune. Videre skal 10 hospitanter fra Nes eller Ullensaker kommune prøve ut tilsvarende hospiteringsprogram i to uker ved Akershus universitetssykehus HF, Divisjon for psykisk helsevern, Avdeling for rus og avhengighet, Jessheim DPS, Avdeling spesialpsykiatri og/eller Avdeling akuttpsykiatri. Prosjektets visjon: "Helhetstenkning skal prege pasientforløpene" ved blant annet "tillit, åpenhet, og en rask og sikker kommunikasjon mellom partene". Målsetting: Øke kunnskapen om de andre tjenestene. Økt omfang av kontakt mellom tjenestene. Erfart bedre samhandling mellom tjenestene.

samarbeidsavtalene lager sykehuset og kommunene hvert år handlingsplaner med satsingsområder. Sykehuset Buskerud har i 2009 utviklet prosedyrer for flere behandlingslinjer og pasientforløp – arbeidet fortsetter i 2010. Individuell plan benyttes for de aktuelle pasientgruppene<sup>2</sup>.

Det vises også til omtale av rehabilitering, samhandling og desentraliserte tilbud samt behandlingslinjer og god praksis.

Helse Sør-Øst RHF har videreført Helsedialog – et felles program for samhandling sammen med KS. Helsedialog er blitt en kunnskapsbase for samhandling, bl.a. med eget nettsted [www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no) hvor det presenteres sentrale dokumenter, gode eksempler og metoder for samhandling. Helse Sør-Øst RHF har i 2009 satt av fem millioner kroner til gode samhandlingstiltak fordelt via Helsedialog. Det var også satt av midler i 2007 og 2008. Alle prosjekter som har fått støtte presenteres på nettsida til nytte for andre.

Det er i 2009 utviklet en veileder for samhandling som støtte til foretak og kommuner bl.a. i gjennomføringen av omstillingsprogrammet. Denne vil være tilgjengelig i løpet av første halvår 2010. Det er etablert samarbeidsavtaler ved alle sykehusområder, samt fora for å følge opp og utvikle avtalene. En regional samarbeidsavtale mellom KS i regionen og Helse Sør-Øst RHF er undertegnet, og det er etablert et regionalt kontaktmøte for å følge opp avtalen. Det tas sikte på å utvikle en felles samhandlingsstrategi sammen med KS i regionen fram mot 2010.

Videre er ansvaret for samhandling med kommunene i opptaksområdene ivarettatt av egne samhandlingsenheter ved foretakene. Praksiskonsulentordningen er godt utbygget i hele foretaksgruppen.

- *Det er gjort viktige og positive erfaringer med ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste. Et distriktsmedisinsk senter eller sykestue, kan i nært samarbeid med et større sykehus samlet sett gi et bredt og godt tilbud til befolkningen i sitt nærrområde. Intermediærenheter drives i ofte i et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og gir gode tilbud til utskrivningsklare pasienter som trenger videre oppfølging og opptrening. Disse kan også ha observasjonstilbud, der pasientene får avklart behov for sykehusinnleggelse og får enklere behandling. Ambulante team er en modell der spesialisthelsetjenesten bistår i behandlingsopplegget til pasienter i eget hjem eller ved institusjon i samarbeid med primærhelsetjenesten.*

Etablering av desentraliserte spesialisthelsetjenester skal skje i alle sykehusområder i Helse Sør-Øst, jf. vedtak i styresak 108-2008 og strategisk plan for 2009-2020, som er gjort bindende for alle helseforetak. Etableringen av tiltak blir rapportert og fulgt opp i oppfølgingsregimet med helseforetakene.

Det er i gang flere ulike samhandlingstiltak i regionen, for eksempel intermediærenheter og rehabiliteringsintegreerte sentre. Oftest er kommunene ansvarlig for driften, og helseforetaket har inngått samarbeidsavtale om å bidra med kompetanse.

Ambulante team er en integrert del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og habilitering. Alle sykehusområder har ambulante team innen disse områder. I tillegg er det etablert ambulant team for ulike somatiske sykdommer i alle sykehusområder.

Mange gode eksempler fra sykehusene kan beskrives, eksempelvis Sykehuset Buskerud: Sykehuset har et forpliktende samarbeid med Drammen kommune når det gjelder faglig samarbeid om Drammen geriatriske kompetansesenter. Sykehuset har ulike ambulante team i funksjon, herunder innen psykisk helsevern, nevrologi, palliasjon og jordmortjeneste. Ved Sykehuset Asker og Bærum er det etablert tre nye ambulante samarbeidsteam i samarbeid med kommunene i psykisk helse.

- *Korridorpasienter er et uttrykk utfordringer knyttet til organisering av tjenesten og at samhandling mellom sykehus og øvrig helsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Det er en målsetting at det ikke skal*

---

<sup>2</sup> Eksempler på satsingsområder som direkte innvirker på gode helhetlige behandlingsforløp er kunnskapsbasert praksis, monitorering av praksis: samhandling med 1.linjetjenesten, behandlingsforløp og tilhørende "prosessteam", behandlingslinjer og brukermidvirkning

være korridorpasienter. Innen akuttpsykiatri er det ikke forenlig med forsvarlig virksomhet å ha korridorpasienter.

Å fjerne korridorpasienter er et fokusert område i Helse Sør-Øst og har vært tett fulgt i oppfølgingsmøtene med helseforetakene og sykehusene. Andelen korridorpasienter innen somatikk er redusert fra 1,5 prosent i desember 2008 til 0,8 prosent i desember 2009. Tilsvarende tall for psykisk helsevern er 0,9 prosent og 0,4 prosent.

Innen somatikk er situasjonen vesentlig forbedret ved mange sykehus. Bl.a. har et målrettet samarbeidsprosjekt med bydelene i Diakonhjemmets sektor nesten fjernet korridorpasienter i sykehuset.

Korridorpasienter er under kontroll og nesten fraværende i de fleste foretak/sykehus innen psykisk helsevern. Eksempelvis har Sykehuset Buskerud innfridd målet og Sykehuset Asker og Bærum Avdeling for akuttpsykiatri har hatt 27 korridor døgn i løpet av 2009, langt lavere enn tidligere år. Ved Akershus universitetssykehus HF er det fortsatt behov for tett oppfølging og forbedring, til tross for gode resultater av et kontinuerlig og godt arbeid i 2009.

- *Helse Sør-Øst RHF skal vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.*

Ambulante team er en integrert del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og habilitering. Alle sykehusområder har ambulante team innen disse områder. I tillegg er det etablert ambulant team for ulike somatiske sykdommer i alle sykehusområder. Det er videre etablert ambulante team for rehabilitering i sykehusområder med betydelige geografiske avstander. F.eks. gjelder det Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF - Sykehuset Buskerud. Også Sunnaas sykehus HF har en betydelig ambulant virksomhet i samarbeid med lokal spesialisthelsetjeneste og kommune.

Det er etablert flere distriktsmedisinske sentre i regionen. Hallingdal Sjukestugu som er drevet av Vestre Viken HF, Ringerike sykehus, samt distriktsmedisinske sentre på Otta og Fagernes, drevet av Sykehuset Innlandet HF. Alle disse enhetene har foruten spesialistpoliklinikker også tilbud om dialyse. Det er også virksomheter ved flere av de tidligere lokalsykehusene med kortidsavdelinger, intermedisært tilbud, rehabilitering mv. Det er også etablert mange forsterkede sykehjemsplasser, intermedisærenheter, og ambulante team og samarbeide om kompetanse og personellressurser er ivarettatt.

I styrevedtak 108-2008 slås det fast at det skal etableres desentrale spesialisthelsetjenester i alle sykehusområder. Et nyskapende eksempel på lokalbasert rehabilitering er Bamble Rehabiliteringsintegrerte senter (BRIS) etablert i samarbeid med Bamble kommune, NAV og Sykehuset Telemark HF.

- *Helse Sør-Øst RHF skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.*

Det er et utstrakt samarbeid mellom fagmiljøene i foretak og kommuner. Ulike tiltak for veiledning og rådgiving er etablert. Eksempelvis lavterskeltilbud og ambulante tilbud innen geriatri, palliasjon og rehabilitering. Videre er det etablert et samarbeid mellom foretakene og sykehjem (intravenøs behandling i sykehjem) hvor det veiledes i observasjon og tekniske prosedyrer mht. dehydrering og infeksjoner. Det er også etablert hospiteringsordninger innenfor de fleste fagfelt, samt gjensidig hospitering for å få kunnskap om hverandres organisering. Via praksiskonsulentordningen er det en utstrakt informativ virksomhet mot fastlegene i regionen. Kommunene inviteres til å delta på faglige kurs i regi av helseforetakene, og det arrangeres også felles kurs.

Det beskrives fra Sykehuset Asker og Bærum at det er etablert kompetansesamarbeid på en rekke områder både innen psykisk helse og somatikk. Dette omfatter veiledningstjeneste, felles kurs, felles fagdager og avtale om gjensidig hospitering. Dette gjennomføres gjennom praksiskonsulentordningen og felles fagmøter med fastlegene to ganger i året.



Samhandling med primærhelsetjenesten er et prioritert område for Helse Sør-Øst og arbeidet med å finne gode samarbeidstiltak og modeller vil fortsette også i 2010.

Det er i 2009 inngått overordnet rammeavtale for samhandling i regionen mellom KS og Helse Sør-Øst RHF. Denne avtalen gir klare føringer for en gjensidig prioritering av samhandlingsarbeid.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.*

Det er etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak. Disse skal samhandle med kommunene om etablering av tilbud til kronikergruppene. Videre er arbeidet med pasientforløp sentralt i alle foretak i regionen. Det skal utvikles pasientforløp og behandlingslinjer i samarbeid med kommunehelsetjenesten og brukerne. Ved Vestre Viken HF, Ringerike sykehus er det etablert et pilotsykehusprosjekt hvor formålet er å utvikle en helhetlig driftsmodell for ledelse og utvikling av sykehuset med utgangspunkt i et helhetlig forløpsperspektiv. individuell plan (IP) har i flere år vært et satsingsområde i regionen. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av IP - ofte i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Dette beskrives som godt ivaretatt innen psykisk helsevern der bruk av anerkjent verktøy og metodikk som sikrer tverretattlig og tverrfaglig samhandling er implementert innen psykisk helsevern basert på Opptreppingsplanens mål og verdier. Kongsberg Sykehus beskriver: "*Samarbeid på høyt ledernivå om tilbudet til en gruppe særlige ressurskrevende pasienter, mellom Kongsberg kommune – sentralsykehus (psyk.avd.) – lokalsykehus (DPS)*  
*Vi har en utarbeidet ny samarbeidsavtale med våre 6 kommuner (Somatikk). Samhandlingsprosjekt inkludert individuell plan og inn- og utskrivingsrutiner".*

### **3.3.2 Akuttmottak**

- *Statens helsetilsyn avdekket i et landsomfattende tilsyn i 2007 at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i akuttmottakene og at dette til tider ga uforsvarlig pasientbehandling i de fleste akuttmottak. Saken ble behandlet i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 14.3.2008, hvor det ble lagt til grunn at det regionale helseforetaket må sikre at ledelsen ved helseforetakene setter i verk systematiske tiltak for å få bedre styring og ledelse av kuttmottakene.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Norsk Akkreditering via sektorkomiteé for akuttmottak utarbeidet forslag til tilleggskrav til ISO 9001 for akuttmottak. ISO 9001 og tilleggskravene inneholder til sammen de kravene til ledelse og styring av akuttmottak som ble avdekket under tilsynet. Tilleggskravene har vært under utprøving og implementering ved pilotsykehusene i Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF under veiledning fra Helse Sør-Øst RHF. Pilotsertifisering er gjennomført, og Sykehuset Østfold HF har nå oppnådd akkreditert sertifisering. Det vil bli arrangert en erfaringskonferanse for alle akuttmottak i løpet av første tertial 2010, slik at alle kan lære av erfaringene og ta i bruk standarden. Det er inngått et samarbeid med *Standard Norge* med tanke på etablering av en nasjonal standard for akuttmottak, basert på prosjektets arbeid.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene gis nødvendig prioritet.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Norsk Akkreditering (Sektorkomiteé for akuttmottak) utarbeidet forslag til tilleggskrav til ISO 9001 for akuttmottak. Tilleggskravene er under utprøving og implementering ved pilotsykehusene i Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF under veiledning fra Helse Sør-Øst RHF. Pilotsertifisering startet i november 2009 og sluttføres i januar 2010. Som et ledd i sektorkomiteéens arbeid vil det bli utarbeidet strengere krav for akkreditering av sertifiseringsorganer som kan sertifisere innen spesialisthelsetjenesten. Det vil bli arrangert en erfaringskonferanse for alle akuttmottak i løpet av første tertial 2010. Erfaringer fra pilotsertifisering vil inngå i det faglige innholdet.

### 3.3.3 Lokalsykehusenes akuttfunksjoner

- *Det skal opprettholdes et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner. Ingen lokalsykehus skal legges ned.*

Ingen lokalsykehus er lagt ned. Helse Sør-Øst RHF ønsker å styrke det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud i og utenfor sykehus. Helse Sør-Øst RHF's omstillingsprogram innebærer blant annet at regionen er delt inn i sykehusområder. Dette innebærer at helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rusbehandling. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder. Disse prinsippene er gjort forpliktende for alle helseforetak og følges opp løpende.

- *Regjeringen legger opp til at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold gjennom likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet. Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet.*

Helseforetakene organiserer tilbudet i tråd med denne føringen. Oslo universitetssykehus HF er inne i en prosess for å vurdere organisering av lokalsykehusfunksjonene fremover. Det vises for øvrig til rapportering på tiltakene under.

I styresak 108-2008 er følgende nedfelt om hva de lokale tjenester skal inneholde.

*"...kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner. Akuttfunksjoner skal utvikles med utgangspunkt i gode lokale prosesser med bred involvering. Det skal etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder som sikrer breddekompetanse, der lokalbaserte spesialiserte akuttfunksjoner sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet. Etablering av felles akuttmottak vurderes."*

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud.*

I styrevedtak 108-2008 og strategisk plan for 2009-2020 er det trukket opp prinsipper for organisering av akuttfunksjoner i helseforetak/sykehusområder. Her fremgår vedtakspunkter og tiltak for å sikre utviklingen av et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud. Vedtakene er gjort forpliktende for helseforetakene i forhold til innretningen av akuttfunksjoner i sykehusområdene. Det fremgår at arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp skal forsterkes og videreutvikles. Videre skal helseforetaket/sykehuset utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus. Dette er også et mål for oppdraget om akutttilbud. Tilbakemeldinger fra helseforetakene viser at disse føringene er fulgt opp.

I 2009 ble det etablert et fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak som vil utvikle videre premisser for innretningen av akuttfunksjonene i sykehusområdene. Videre er det i Oslo etablert et sammenhengende rusakutttilbud som inkluderer en rusakutt på Sinsen.

- *De regionale helseforetakene bes om å vurdere tilpasning av lokalsykehusenes akuttfunksjoner i tråd med følgende veiledende standard:*
  - *Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og gjerne ambulansestasjon er samlokalisert*
  - *Tilpassede akuttfunksjoner med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.*
  - *Lokalsykehus med akuttfunksjoner (Akuttsykehus)*

I Oslo har Legevakten i mange år vært en samhandlingsarena mellom Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten, og planlegging av en ny Storbylegevakt har pågått i 2009. I tillegg har Oslo arbeidet med kartlegging og videreutvikling av samhandlingsområder i bydelene og divisjonene.

Ved Sykehuset Asker og Bærum ble FAM (felles akuttmottak) etablert i 2008, og det er arbeidet med videreutvikling av modellen i 2009. Også i øvrige sykehusområder er det flere eksempler på at legevakt og akuttmottak er samlokalisert eller lokalisert i nær tilknytning til hverandre.

Det er i gang forsøk i Buskerud hvor det i samarbeid med kommunene er etablert et forprosjekt med intensjon om etablering av bl.a. "helsehus" med LMS, legevakt og observasjonspost.

### 3.3.4 Avtalespesialister

- *Avtalespesialistene er en viktig brikke i spesialisthelsetjenesten. Departementet arbeider med å legge til rette for å videreføre og bygge ut ordningen. Det skal arbeides videre med en modell der forhandlingsansvaret for takstsystemet til avtalespesialistene flyttes fra staten til de regionale helseforetakene. Det innebærer at staten overfører midler til de regionale helseforetakene, tilsvarende aktiviteten som utføres av avtalespesialistene, slik som for aktivitet utført ved helseforetakenes poliklinikker. En slik ordning kan implementeres i løpet av 2010. Det er til dels store geografiske forskjeller i bruk av polikliniske tjenester, og enkelte tjenester kunne vært bedre utbygd for å dekke behovet i regionene og på nasjonalt nivå.*

Departementets arbeid med nye rammebetingelser er forsinket, og Helse Sør-Øst RHF har ikke mottatt noen forespørsler om deltakelse. Høringsuttalelse er varslet i begynnelsen av 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at avtalespesialistenes kapasitet utnyttes for å sikre tilgjengelige tjenester for pasientene og kortere ventetider.*

Det er lagt inn en forutsetning i driftsavtalene med helseforetak/sykehus at de skal ta med seg avtalespesialistene i planlegging av tjenestene. Der helseforetak/sykehus benytter seg av dette, fungerer det bra.

Innen psykisk helsevern er det etablert to ordninger med siktemål bedret tilgjengelighet og kortere ventetider. Helseforetakene har fått ansvar for etablering av klynger (clustere) av fastleger og avtalespesialister innen psykologi og psykiatri i sykehusområdene. Innen disse er oppegående og velfungerende, har Helse Sør-Øst RHF opprettet en spesialtjeneste tilknyttet Kontoret for fritt sykehusvalg. Denne har nå oversikt over alle avtalespesialistene, og er behjelpelige overfor fastleger og pasienter med å sikre raskere spesialisthjelp.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med nye rammebetingelser for avtalespesialistene*

Avtalespesialistene er en viktig brikke i spesialisthelsetjenesten. Departementet arbeider med å legge til rette for å videreføre og bygge ut ordningen. Det skal arbeides videre med en modell der forhandlingsansvaret for takstsystemet til avtalespesialistene flyttes fra staten til de regionale helseforetakene. Det innebærer at staten overfører midler til de regionale helseforetakene, tilsvarende aktiviteten som utføres av avtalespesialistene, slik som for aktivitet utført ved helseforetakenes poliklinikker. En slik ordning kan implementeres i løpet av 2010. Det er til dels store geografiske forskjeller i bruk av polikliniske tjenester, og enkelte tjenester kunne vært bedre utbygd for å dekke behovet i regionene og på nasjonalt nivå.

### 3.3.5 Fødselsomsorg

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten. En stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg planlegges lagt fram for Stortinget tidlig i 2009. Departementet vil komme tilbake til eventuelle oppdrag til Helse Sør-Øst RHF etter at Stortinget har behandlet meldingen.*

Det er etablert et samarbeid mellom helseforetak (Kvinneklinikken) og kommunene (fastleger/jordmødre/helsestasjoner) for å sørge for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

I 2009 ble det opprettet et fagråd for nyfødtdmedisin, fødsels- og barselomsorg. Fagrådet har vært med i drøftingene av det oppdrag som kom fra Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2009 og har vært med på å foreslå representanter til arbeidsgruppene som skal arbeide med de problemstillingene som skal vurderes på nasjonalt plan. Fagrådet skal også være med i vurderingene av informasjonsbrosjyre til fødende, planleggingen av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i

regionen i samarbeid med kommunene.

I tillegg omfatter virksomheten ved det nasjonale kompetansesenteret for kvinnehelse ved Oslo universitetssykehus HF også svangerskap, fødsel og barselomsorg, i all hovedsak med forskning og informasjon.

- *Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året. Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner skal ikke skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvike lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen.*

Helse Sør-Øst RHF hadde ingen sommer- og feriestengte føde- og barselavdelinger sommeren 2009 av økonomiske årsaker. Noen sykehusområder hadde feriestenging på enkelte avdelinger for å kunne avvike ferien og opprettholde et kvalitativt godt tilbud til fødende i området.

- *Helse Sør-Øst RHF skal implementere elektronisk innmelding av data til Medisinsk fødselsregister for alle fødeinstitusjoner i regionen*

Det er gjennomført anskaffelsesprosesser med rammeavtaler dekkende for hele Helse Sør-Øst som støtter dette kravet. Innføring starter i 2010, full implementering og innføring er planlagt gjennomført i løpet av 2011.

- *Helse Sør-Øst RHF skal gjennom Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ivareta et nasjonalt ansvar for å spre kompetanse for å redusere antallet alvorlige fødselsrifter.*

Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse driver forskning, kompetanseoppbygging og kunnskapsformidling innen satsningsområdene som Helse- og omsorgsdepartementet pekte ut ved etableringen i 2006: Reproduktiv helse – spesielt infertilitet, svangerskapsomsorg, hjerte/karsykdommer hos kvinner, belastningssykdommer hos kvinner, samt visse kreftformer hos kvinner. Målet ved forskningen er å publisere resultater som gir et riktig bilde av forskningsfronten på de feltene som senteret dekker. Senteret legger vekt på å benytte tilpassede og vel kontrollerte metoder. Utvikling av nye forskningsmetoder står sentralt her. I tillegg til tradisjonelle publikasjoner legges det vekt på formidling av nye forskningsresultater direkte til aktuelle målgrupper. Senteret arbeider med 16 doktorgradsprosjekter, ansatte ved senteret holder en rekke foredrag og veileder stipendiater i doktorgradsprosjekter. Flere stipendiater vil disputere i nær fremtid.

Senteret publiserer på sin hjemmeside korte resymeer av nye og viktige publikasjoner innen kvinnehelse. De lager kurs og skriftlig informasjon for helsepersonell og andre definerte brukergrupper. Kommunikasjon og formidling står sentralt i dette arbeidet.

Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse har ivaretatt et nasjonalt ansvar med å spre kompetanse for å redusere antallet alvorlige fødselsrifter. Det ble arrangert et jordmorsymposium høsten 2009 hvor temaet var perinealskader ved fødsler. Alle presentasjonene fra denne dagen er publisert på Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelses hjemmeside.

For ytterligere informasjon om aktivitet – se rapportering <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>

### **3.3.6 Studenthelsetjeneste**

- *Det er et mål å legge til rette for at studentene sikres et tilbud om psykisk helsetjeneste/psykososiale tjenester og knytte studenthelsetjenesten sterkere til den ordinære helsetjenesten. For å oppnå dette skal det regionale helseforetaket bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykiske helsetjenester for studenter skal innrettes dersom studentsamskipnaden ønsker en slik avtale. I Helse- og omsorgsdepartementets rapport om psykiske helsetjenester for studenter (2008) er det forslag til hvilke elementer en slik avtale bør inneholde. Det forutsettes at avtalene evalueres etter 2 års drift. Etablerte tilskudd til psykiske helsetjenester for studenter skal opprettholdes minimum på dagens nivå.*

Helse Sør-Øst RHF opprettholdt i budsjettet for 2009 samme ressursinnsats til studenthelsetjenesten

ved Universitetet i Oslo som før ansvarsoverføringen. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested og vertskommune gjennom å be de aktuelle helseforetak ta initiativ til at slike avtaler inngås.

- *Dagens tryggederfusjoner fra NAV til psykologer og psykiatere ansatt ved studentsamskipnadene overføres fra 2009 til basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Tilskuddet til det psykiske helsetilbudet til studenter blir dermed mer samlet.*

Dette er håndtert i regionen ved at hele bevilgningen til dette formålet på 1,6 millioner kroner er innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF - Aker.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at det inngås avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, berørte kommuner og det regionale helseforetaket om psykiske helsetjenester til studenter dersom studentsamskipnadene ønsker dette.*

Helse Sør-Øst RHF tilskrev alle helseforetakene 02.02.09 og ba om at det ble tatt initiativ til inngåelse av avtale med studentsamskipnadene, kommunene og det aktuelle helseforetaket. Avtalene beskriver/regulerer ansvarsforholdet, men innebærer med unntak av avtalen med Studentsamskipnaden i Oslo, ikke overføring av økonomiske midler til studentsamskipnadene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal opprettholde tilskuddet til psykiske helseformål for studenter minimum på dagens nivå.*

Er ivaretatt innenfor dagens budsjett

### **3.3.7 Psykisk helsevern**

- *De overordnede målene og verdigrunnlaget fra Opptrappingsplanen skal legges til grunn i det videre arbeidet.*

Dette er systematisk behandlet i alle dokumenter og i styringsdialogen i Helse Sør Øst. Det ligger også til grunn for igangsatt arbeid basert på eget mandat til midlertidig regionalt fagråde for psykisk helsevern. Fagrådet fikk oppdrag om å lage en innspillsrapport for psykisk helsevern som skal anvendes i det videre overordnede strategiske arbeidet for feltet i Helse Sør Øst.

- *Det overordnede målet i alt psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging.*

Det arbeides godt på dette området i Helse Sør Øst, eksempelvis kan nevnes Akershus universitetssykehus HF: Divisjon psykisk helsevern har flere prosjekter spesielt rettet mot samhandling mellom foretak og kommuner/bydeler:

- Organisatorisk forpliktende samarbeidsmodell innen psykisk helsefeltet. Tilskudd til utvikling av dette bevilget over statsbudsjettet
  - Utvikling og utprøving av samhandlingsmodell mellom Akershus universitetssykehus HF og Ullensaker og Rømskog kommuner – Tunet – samhandling for de alvorligst psykisk syke
  - Gjensidig hospitering for ansatte mellom divisjon psykisk helsevern og kommunene på Øvre Romerike
  - Faste samarbeidsmøter innen BUP for alle kommuner og bydeler i opptaksområdet
  - Helsestasjon for ungdom – samarbeid i Skedsmo og Lørenskog kommuner
  - VIP-prosjektet – tilbud til alle videregående skoler, med informasjon
- *DPSene må oppgraderes faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern.*

Det er arbeidet kontinuerlig med dette der DPS-struktur oppgraderes kompetansemessig og med antall stillinger i tråd med opptrappingsplanen. Flere rapporterer om at det fortsatt er en utfordring å rekruttere til stillingene, slik at det i 2009 har vært noen vakanser. Fortsatt er det behov for

spesialister, inklusiv flere psykologspesialister. Videre har Helse Sør Øst RHF et eget pågående prosjekt for å rekruttere (og beholde) leger til spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri.

- *Sykehusavdelingenes rolle må klargjøres slik at de kan ivareta spissfunksjoner.*

Det arbeides fortsatt med dette. Flere helseforetak har egne strategiplaner som legges til grunn for den fortløpende utviklingen av tjenestetilbudet. Videre forventes også en ferdigstilling av regional strategi for psykisk helsevern etter etablering av midlertidig regionalt fagråd i 2009.

- *Ressursfordelingen mellom DPS og sykehusavdelingene må dimensjoneres i tråd med føringene og tilpasses lokale forhold i befolkningens behov.*

Det er arbeidet med dette ved alle helseforetak/sykehus. Lokale tilpasninger gjøres der et eksempel kan beskrives gjennom Diakonhjemmet Sykehus: Psykiatri Vinderen er et integrert tilbud mellom sykehusavdeling og DPS. Man mener denne balansen er godt tilpasset lokale forhold i det som kalles en "Urban DPS".

DPS og sykehusavdelingene inngår i et totalt behovstilpasset tilbud til befolkningen.

Ressursfordelingen er i henhold til dette. Akershus universitetssykehus HF beskriver eksempelvis: "Ahus har i tråd med politiske føringer dimensjonert ressursene mellom DPS og sykehus slik at dette er tilnærmet lik fordeling, 50/50 (status ved utgangen av 2009). Dette er et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse og Ahus er fornøyd med å ha greid å differensiere tjenestene i henhold til overordnede anbefalinger".

Generelt kan man si at arbeidet fortsatt pågår i Helse Sør-Øst.

- *Samhandling mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet skal styrkes. Det er et ledelsesmessig ansvar å sørge for redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.*

Helse Sør Øst arbeider på flere områder og gjennom formell avtalestruktur, bl.a. med Bufetat og kommunalt barnevern. Det er avholdt møter samt faglige samhandlingskonferanser der BUP-systemet møter barnevernet.

Lokalt er det også inngått flere formelle avtaler. Blant eksemplene kan nevnes:

- BUP har prosjektert flere forpliktende samhandlingsprosjekter/tiltak gjennom lokal handlingsplan for 2010, deriblant Prosjekt Behandlingslinje ADHD for Oslo-regionen i samarbeid med Oslo kommune.
  - Akershus universitetssykehus HF har innarbeidede rutiner på samhandlingsmøter for alle kommuner og bydeler i opptaksområdet, der alle involverte parter deltar.
  - Psykiatrien i Vestfold HF har inngått avtaler mellom BUP, kommunene og Bufetat. BUP-miljøer har søkt om prosjektmidler der dette perspektivet står sentralt.
  - DPS Vinderen har et omfattende samarbeid med bydelene og videreutvikler dette. Her er all bruk av tvang et kontinuerlig tema for drøfting i fagmiljøet, i forhold til kontrollkommisjonen og i ledelsen.
  - Foretak beskriver flere gode tiltak for å øke frivillighet i all behandling, med fokus på reduksjon i bruk av tvang gjennom eksempelvis deltakelse i BAT-prosjektet (Brukerstyrt alternativ til tvang).
- *Det er for 2009 avsatt 50 millioner kroner til forpliktende samhandlingstiltak mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet i 2009. Målgruppe for dette tiltaket vil i første rekke være personer med langvarige og sammensatte lidelser. Midlene vil bli kanalisert på et senere tidspunkt.*

Helse Sør Øst bekjentgjorde søknadsmulighetene og utlysningen av disse midlene og mange helseforetak og fagmiljøer, (til sammen 16 tildelte) er blitt tildelt midler fra Helsedirektoratet. Mange av tildelingene gjelder etableringen av ACT-team i DPS-struktur.

- *Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre omstillingen av tjenestene, slik at sykehusfunksjonene blir spisset og DPSene blir satt i stand til å utføre de oppgaver som forventes, jf. Helsedirektoratets*

*veileder for DPS*

Dette kravet har hatt stor plass i omstillingsarbeidet og hovedstadsprosessen i Helse Sør Øst. Det ligger implisitt i omstillingsprosessen og styrevedtak fattet i 2008 som har hatt betydning for gjennomføring i 2009. Det arbeides etter føringer i DPS-veilederen i virksomhetene. Videre har det midlertidige fagrådet for psykisk helsevern behandlet tematikken gjennom egen innspillsrapport og det arbeides videre med strategiske føringer for fagfeltet i 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i nært samarbeid Helsedirektoratet sørge for å videreutvikle og oppdatere profilen for de distriktpsikiatriske sentrene.*

Dette styringssignalet er gitt til helseforetakene/sykehusene gjennom dialog og Helse Sør Øst mener det arbeides meget godt lokalt for å sikre videreutviklingen i tråd med faglige styringssignaler. Eksempelvis rapporteres det: Akershus universitetssykehus HF har tre veletablerte DPS er på henholdsvis Grorud, Lillestrøm og Jessheim. Akershus universitetssykehus HF's opptaksområde har relativt høy befolkningstetthet og er opptatt av å tilby gode distriktpsikiatriske helsetjenester på lokalbasis. DPSene arbeider kontinuerlig med å videreutvikle sitt tilbud til befolkningen både med hensyn til kvalitet i behandlingen og nødvendig kompetanse hos de ansatte.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i årlig melding rapportere:*
  - *Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger*
  - *Pst. vis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.*
  - *Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.*
  - *Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.*
  - *Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.*

Helse Sør-Øst RHF arbeider med å forbedre rapporteringen fra helseforetak/sykehus på disse dataene, men uten at en ennå har en fullgod oversikt.

Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger	Antall årsverk for psykiatere i DPS per 10 000 innbyggere over 18 år i Helse Sør-Øst er 1,12. Tilsvarende tall for antall psykologer er 2,75. (I tillegg har Helse Sør-Øst avtaler med private spesialisert som utgjør 0,65 årsverk for psykiatere og 1,34 årsverk for psykologer per 10 000 innbyggere over 18 år.)
Pst. vis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.	I Helse Sør-Øst er det i alt 5 933,6 årsverk i psykisk helsevern for voksne. 57 % av disse i sykehus og 43 % i DPS.

Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste:		Antall	Andel per 10 000 innbyggere over 18 år
Døgninnleggelse - antall utskrevne pasienter	fra sykehus: fra DPS:	16 899 11 633	80,3 55,3
Antall liggedøgn døgntilbud	i sykehus: i DPS:	430 983 369 795	2 048,0 1 757,2
Dagtilbud - Ant. oppholdsdager dagbehandling	i sykehus: i DPS:	18 456 23 717	87,7 112,7
Poliklinisk virksomhet - Ant. polikliniske konsultasjoner	i sykehus: i DPS:	76 020 625 163	361,2 2 970,7
• herav ambulant tjeneste - ambulante konsultasjoner	hos avtalespesialister: fra sykehus: fra DPS:	439 425 1 778 58 674	2 088,0 8,5 278,8

Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.	Antall ambulante konsultasjoner er 15 644. Dette utgjør 260,0 konsultasjoner per 10 000 innbyggere under 18 år.
Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.	2 444 (andel på 19,4 %). Dette utgjør 9,14 reinnleggelser per 10 000 innbyggere, eller 11,71 reinnleggelser per 10 000 innbyggere over 18 år.

- *Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud.*

Oppdraget ble gitt videre i driftsavtaler for 2009 med helseforetakene. Tilbakemeldingen fra helseforetakene er at rusproblematikk er ett av flere fokusområder som integreres i arbeidet med behandlingslinjer for ulike psykiatriske diagnoser. Det rapporteres både om etablerte systemer og at man må arbeide med implementering og forbedring. Eksempelvis har noen utarbeidet interne samarbeidsformer for å sikre pasienter et mer helhetlig tilbud, mens andre beskriver at området er sentralt i sykehusets handlingsplaner for 2010. Ved et foretak/sykehus har alderspsykiatrisk avdeling etablert retningslinjer for utredning av rusproblematikk.

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Stortingets vedtak, der regjeringen er bedt om å legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.*

Kravet er nedfelt som oppdrag gjennom driftsavtaler med helseforetakene i 2009. I Helse Sør Øst er det arbeidet systematisk for å gjennomføre kravet ute i virksomhetene, gjennom bl a implementering av BUPs rutiner for pasientbehandling i tråd med dette vedtaket. Flere sykehus rapporterer at det er forankret i de strategiske prioriteringer, og at man har oversikt over antallet pasienter som har fått et forlenget tilbud ved BUP. Samlet sett anser vi kravet som godt ivaretatt.

- *Helse Sør-Øst RHF skal implementere Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).*

Det rapporteres fra foretak og sykehus at veilederen er implementert og følges i daglig klinisk virke.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.*

Det er betydelige variasjoner mellom helseforetak/sykehus i bruken av tvang. Helse Sør-Øst har tatt denne tematikken opp i møter med divisjonsledelse psykisk helsevern og på oppfølgingsmøter med helseforetakene. Likevel har den regionale gjennomsnittsandelen tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern voksne økt noe, og på enkelte helseforetak/sykehus er andelen uforklarlig høy. Dette er adressert til helseforetakene, og utviklingen gjør at Helse Sør-Øst RHF vil prioritere dette sterkere framover.

Det har i 2009 vært avholdt en stor nasjonal konferanse med Sykehuset Innlandet HF som medarrangør om tvang, etikk og menneskerettigheter. Videre har Helse Sør-Øst deltatt i et arbeid i regi av Helsedirektoratet om behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven og redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.

Samtidig er det positive rapporter fra foretak om "kontinuerlig fokus på ikke å bruke mer tvang enn vi anser nødvendig" og "riktig bruk av tvang", samtidig som mange forsøker å fremme tvangsreducerende tiltak og tenkning. Som ett eksempel beskriver Sykehuset Østfold HF at divisjon for psykisk helsevern følger dette nøye, bl.a. ved en intern arbeidsgruppe som skal vurdere og ta stilling til ulike sider vedrørende bruk av tvang.

- *Helse Sør-Øst RHF skal implementere Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511).*



Det arbeides systematisk med dette ved helseforetak/sykehus og det er etablert mer spesialisert arbeid for enkelte fagområder, eksempelvis kan her nevnes beskrivelser fra helseforetak:

- Alderspsykiatri: Alderspsykiatrisk avdeling har fått undervisning i Nasjonale retningslinjer og revidert egne retningslinjer for forebygging av selvmord i tråd med dette.
  - BUP: De nasjonale retningslinjene på dette feltet (IS 1511) er gjennomgått felles i BUP (undervisning, m.m.), samt implementert i rutiner for gjennomføringen av pasientbehandlingen, og følges opp av ledere gjennom den daglige praksis, og deltakelse via representasjon i et sykehuslokalt kompetansenettverk for selvmordforebygging.
  - Akuttpsykiatri: Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er implementert i divisjonen. Ved tilsyn på Avdeling for akuttpsykiatri i oktober 09 hadde Helsetilsynet ingen merknader.
- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512) følges opp.*

Dette har stort fokus og enkelte gode eksempler kan nevnes: Psykiatrisk Vinderen: "Vi har en av landets lengstlevende tilbud til pårørende som nå er integrert i pårørende -oppfølging i DPS. Vi har dessuten egne opplegg for innkalling og informasjon av pårørende. DPS: Ressurssenter for psykisk helse i DPS arbeider kontinuerlig med dette området i nært samarbeid med de øvrige enheter og andre avdelinger i sektor". Ellers rapporteres det om at det arrangeres jevnlig gjennom året kurs/opplæring med ulike tema for pårørende innen psykisk helsevern der man har et formalisert samarbeid med LMS-senteret.

- *Helse Sør-Øst RHF skal finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet "kropp og selvfølelse" som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.*

Dette arbeidet driftes av Oslo universitetssykehus HF - Ullevål ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser RASP der hele regionen er inkludert i programmet og eksempelvis kan det nevnes innrapportering fra et helseforetak: "Psykiatrisk avdeling har hatt deltakere på denne utdanning i 2009 og har 3 påmeldte også i første runde i 2010".

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.*

Dette er adressert gjennom driftsavtalene og i dialogmøter med divisjonsdirektører psykisk helsevern. Det gjøres en innsats for alle berørte pasientgrupper og helseforetak beskriver et godt samarbeid med lokal politimyndighet for å forebygge og minimalisere bruk. Et eks fra alderspsykiatri kan nevnes der alderspsykiatrisk avdeling har et godt samarbeid med akutt teamet og søker så langt mulig å benytte dem framfor politi ved transport av pasienter. Videre sier et helseforetak at man benytter taxi eller ambulanse til frakt av psykisk syke. Kun unntaksvis benyttes politi, dersom det av sikkerhetsmessige årsaker er tvingende nødvendig. Det er like stort fokus på tematikken både i storby og i mer landlige områder.

- *Helse Sør-Øst RHF skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs. døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.*

Dette er adressert gjennom driftsavtalene og i dialogmøter med divisjonsdirektører psykisk helsevern. Helse Sør Øst har ikke noe øremerket helseforetak for denne særskilte utprøvingen, men Diakonhjemmet sykehus DPS Vinderen har en avlastningsenhet der enkelte kjente brukere kan henvende seg og få plass uten øvrig formalia ved ledig kapasitet og etter vurdering av personalet på vakt. Avdelingen skal i 2010 vurdere etablering av brukerstyrte plasser, jf Jæren.

Akershus universitetssykehus HF har et prosjekt mellom Grorud DPS døgn, Stovner og Grorud bydeler og Nittedal kommune, der det er laget utkast til avtaler med pasientene og prosedyrer før, under og etter innleggelse. Brukerstyrte innleggelses starter i januar 2010. Vestre Viken HF har arbeidet med implementering og vil ta i bruk brukerstyrte plasser fra 2010. Oslo universitetssykehus

HF har brukerstyrte plasser for kjente pasienter.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009.*

Helse Sør-Øst RHF har innenfor den fastsatte frist opprettet en ordning ved Kontoret for Fritt sykehusvalg (KFS) hvor det er bygget opp en database over alle spesialistene i psykologi/psykiatri med avtaleomfang, praksisprofil og tilgjengelig kapasitet. Fastleger og evt. pasienter kan henvende seg dit for å forsøke å finne ledig kapasitet. I tillegg er det gitt mandat til samtlige sykehusområder om å gjennomføre den anbefalte ordning som involverer samtlige spesialister, DPS og fastleger i opptaksområdet. De ulike sykehusområdene har valgt noe ulike løsninger, men arbeider fortsatt med dette. Ordningen ved KFS vil fortsette i 2010. For å sikre framdrift i arbeidet har Helse Sør Øst RHF hatt en regional styringsgruppe med egen fremdriftsplan for arbeidet. Alle helseforetak/sykehusområder har rapportert til denne. Implementeringsarbeidet fortsetter i 2010 og styringsgruppen er vedtatt opprettholdt for å følge opp dette.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.*

Det er arbeidet godt på dette området med spesialiserte tiltak innen ulike fagområder alt fra Behandlingslinje for schizofreni til eksempler fra alderspsykiatri der man har utarbeidet behandlingslinjer som skal strekke seg over tjenestenivåene og inneholde større innslag av ambulant virksomhet og poliklinisk tilbud, både før og etter innleggelse.

Videre kan nevnes eksempler fra BUP at opprettelse av ambulant team i BUP er et konkret tiltak for å bidra til å fullføre behandlingsforløp for pasienter som ikke kunne nyttegjøre seg poliklinisk behandling alene. Andre tiltak er; øket fokus på brukermedvirkning; systematisk evaluering av pasientbehandling og brukerfornøydhets-undersøkelser; kompetanseheving. Slike tiltak er planlagt gjennomført ved BUP i 2010

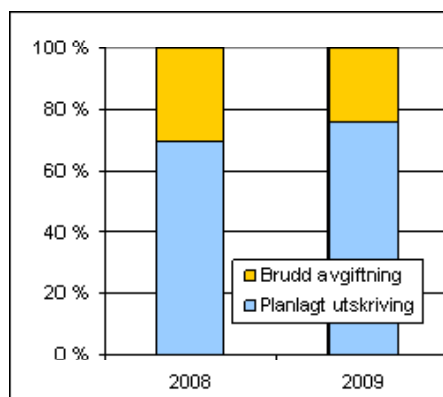
### **3.3.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)**

- *Regjeringen la i St.prp.nr.1 (2007-2008) fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. To sentrale mål i planen er i perioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er det et mål at forpliktende samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.*

Helseforetakene har prioritert å bruke de øremerkede statsmidlene til å øke kapasiteten på avrusning Dette vil blant annet tilrettelegge for re-inntak ved brudd i behandlingen, noe som er viktig for å øke kvaliteten på og effekten. Som et eksempel har Oslo universitetssykehus HF, Aker Klinikk rus og avhengighet gjennom 2009 hatt et fokus på å øke gjennomføringen gjennom ulike prosjekter, noe som har gitt positive resultater.

Fullføring av behandlingsforløp følges opp som en sentral målsetting i all pasientkontakt innenfor psykisk helse og rusbehandling.

Oslo universitetssykehus HF, Aker Klinikk rus og avhengighet har gjennom 2009 hatt fokus på å øke gjennomføringen gjennom ulike Akermodeell-prosjekter, noe som har gitt positive resultater.



Flere ruspoliklinikker har tatt i bruk varsling gjennom tekstmeldinger, noe som har bedre oppmøtet/fullføring av behandlingen. Rekruttering av spesialistkompetanse er fortsatt en utfordring.

Oslo universitetssykehus HF rapporterer om eget implementeringsprosjekt som avsluttes mars 2010 innen denne tematikken. I 2009 omdisponerte Helse Sør-Øst RHF 60 millioner kroner fra basisrammen til gjennomføring av en ekstra anskaffelse, noe som ga økt kapasitet og kvalitet på behandlingstilbudene ved de private avtalepartene.

- *Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Det er derfor et mål å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB.*

Det rapporteres fra foretak og sykehus at dette vektlegges i klinisk virksomhet og i konkret samhandlingsstruktur. Nye organisasjonsstrukturer skal også ivareta behovet for kompetanseutveksling. Betydningen av samhandling er lagt som sentral føring i grunnlagsdokumenter i hovedstadsprosessen. Samhandling mellom psykisk helsevern og TSB vil være et fokusområde i den regionale strategien som skal styrebehandles i løpet av første halvår 2010. Samhandling har videre vært tema i konferanse mellom helseforetakene og barnevernet.

Helse Sør-Øst RHF har etablert fagråd innen både psykisk helsevern og TSB hvor det er lagt stor vekt på fellestrekkene og overlappende representasjon ved disse fagområdene.

- *I Opptrappingsplanen legges det også vekt på at det skal etableres flere ambulante team og virksomheter.*

Det er innhentet informasjon fra alle helseforetakene/sykehusene om status som viser stort omfang av oppsøkende virksomhet. Enhet for rus og psykiske helse ved Diakonhjemmet Sykehus har eksempelvis etablert et ambulante team knyttet til enheten (Ambulante bydelsteam). I tillegg er det et godt samarbeid med Enhet for akutteam og avlastning.

- *Innsatsen for å oppnå bedre rutiner for samhandling for å unngå behandlingsavbrudd skal styrkes.*

Det er inngått samhandlingsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommunene. Disse omfatter både somatikk og psykiatri/rus, og problematikk knyttet til inn- og utskrivningsfasen er et av samarbeidsområdene. Hensikten er å styrke rutiner for samhandling og hindre behandlingsavbrudd. Betydningen av bedre samhandling både med primærhelsetjenesten og helseforetakene ble vektlagt ved inngåelsen av avtaler med de private leverandørene innen TSB.

- *Økt brukermedvirkning står sentralt.*

Helse Sør-Øst RHF tildeler midler til organisasjonene innenfor psykisk helsevern. Også enkelte helseforetak tildeler midler. Helseforetak melder om at man dette året har hatt et særlig fokus på dette for å øke brukermedvirkning på alle områder og nivåer.

Brukermedvirkning på systemnivå har stått sterkt i alt omstillingsarbeid som har pågått og det har vært arbeidet særskilt med etableringen av "Brukerstyrte tiltak". I Helse Sør Øst RHF har 13 prinsipper for

brukermedvirkning blitt vedtatt. Det rapporteres eksempelvis om andre former for brukermedvirkning:

- Brukerrepresentanter har vært aktive i lærings- og mestringstilbudene ved sykehuset.
- Mange brukerorganisasjoner har drevet et godt likemannsarbeid ved ulike avdelinger.
- Brukere skal kunne påvirke forhold som gjelder eget behandlingsopplegg og behov og dette er spesielt aktuelt i arbeidet med individuell plan (IP). Bruk av IP har kommet lengst innen psykisk helsevern.
- Sikring av nødvendig og relevant pasientinformasjon for pasienter/pårørende. Oslo universitetssykehus HF har startet arbeidet med nye og forbedrede nettsider for pasientinformasjon.

- *Forskning og kompetanse på rusfeltet skal også styrkes.*

Klinikk rus og avhengighet har forsterket samarbeidet med Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) og etablert et eget forskningsutvalg. Klinikk rus og avhengighet har iverksatt en rekke kompetansehevingstiltak bl.a. i forhold til rettighetsvurderinger, LAR behandling.

Arbeidet med ny forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF er startet opp, og styrking av forskningen innen fagfeltet inkluderer en egen forskerskole innen psykiatri og rus som nå er etablert ved Oslo universitetssykehus HF med basis i regionale forskningsmidler. Forskningsprosjekter innen rusfeltet støttes også gjennom den årlige søknads- og tildelingsprosessen av regionale forskningsmidler. I alt 10,5 millioner kroner ble tildelt av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst til nye forskningsprosjekter innen psykiatri og rus for 2009. For 2010 er dette tallet økt til 18,2 millioner kroner (+ 80 prosent). Årlig støtter Helse Sør-Øst nye og pågående forskningsprosjekter innen psykiatri og rus av regionale forskningsmidler med 30 til 40 millioner kroner. Helseforetakenes samlede ressursbruk til forskning innen tverrfaglig, spesialisert rusbehandling utgjør 8-9 millioner kroner, i følge tall fra NIFU STEP (2007, 2008).

- *Helse Sør-Øst RHF skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten på legemiddelassistert rehabilitering (LAR).*

Disse føringene ble vektlagt overfor helseforetakene ved fordelingen av de øremerkede statsmidlene. Det ble i 2009 etablert en egen Rusakutt ved Oslo universitetssykehus HF som vil være i full drift i løpet av 2010. Det ble videre startet oppbygging av et eget akutt-tilbud ved Sykehuset Telemark HF. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg lagt inn betydelige midler i forhold til de private avtalepartene. Sammenlignet med 2008 er det en aktivitetsøkning innen TSB både ved helseforetakene (egne institusjoner) og særlig ved private rusinstitusjoner.

- *Helse Sør-Øst RHF skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling og antall årsverk og andel av totale forskningsressurser til tverrfaglig spesialisert behandling skal rapporteres i årlig melding.*

Helse Sør-Øst RHF la ved tilleggsanskaffelsen i 2009 inn økte ressurser og oppnådde derigjennom en økning i antallet helsepersonell hos de private leverandørene. Helseforetakene har vektlagt det samme ved disponeringen av de øremerkede statsmidlene.

Antall årsverk for leger	73,1 årsverk
Antall årsverk for legespesialister	49,7 årsverk
Antall årsverk for psykologer	219,16 årsverk
Antall årsverk forskning	6,7 årsverk
Andel av totale forskningsressurser	0,63 % av i alt 1 055,9 årsverk til forskning totalt

- *Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding.*

Dagens oversikt er noe mangelfull, men Oslo universitetssykehus HF anslår at det er om lag 20 slike fødsler pr år i Helse Sør-Øst. LAR er meldepliktig til medisinsk fødselsregister fra 1.1.2010, noe som vil gi en mer presis oversikt. Det er ved flere helseforetak/sykehus etablert tett samarbeid med kommunene. Eksempelvis er det ved Lovisenberg Diakonale Sykehus et prosjektfinansiert samarbeid mellom Nic Waals Institutt, Ullevål universitetssykehus og Oslo kommune om tidlig intervensjon for utsatte gravide og små barn (Aline) gjort permanent. Som resultat av prosjektet er det utarbeidet avtale mellom Oslo kommune og Nic Waals Institutt om et eget opplæringsprogram for alle bydelene, dette startet i 2009. Flere helseforetak rapporterer at de enten ikke har denne pasientkategorien eller at antallet er ukjent. Det rapporteres også om at kvinner tilbys nedtrapping i svangerskap slik at flere føder uten LAR.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.*

Dette er noe av bakgrunnen for at det er etablert en egen Rusakutt for Oslo og begrunnelsen for den pågående styrkingen av akuttfunksjonene ved de øvrige helseforetakene. Enkelte helseforetak beskriver likevel behov for økt medisinsk kompetanse i TSB tjenesten og enkelte innen DPS-struktur ikke har et fullgodt og tilstrekkelig apparat.

Alle pasienter vurderes så snart som praktisk mulig av lege. Eksempelvis rapporterer Psykiatrien i Vestfold HF at alle pasienter som legges inn på Vestfoldklinikken, blir undersøkt av lege ved innkost. Lege vil vurdere behov og sørge for viderehenvisning til aktuell instans. Behov for øvrige tjenester vil også bli løpende vurdert under oppholdet, og epikrise vil bli sendt aktuell instans.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.*

Dette arbeides det med kontinuerlig for sårbare grupper. Flere gode prosjekt for å forhindre "Drop out" finnes både innenfor polikliniske og døgnbaserte tjenester. Sykehuset Innlandet HF har eksempelvis gjennomført forskningsprosjektet "Drop in for drop out" med gode resultat og etableringen av mange ACT-team er andre eksempler.

Det er vesentlig at helseforetak/sykehus arbeider kontinuerlig med gode pasientforløp og egne prosedyrer for å hindre "ikke planlagte brudd i behandling".

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.*

Dette er det lagt vekt på ved ny avtaleinngåelse innen TSB. Det er også etablert samarbeidsavtaler med kommunehelsetjenesten. Flere helseforetak beskriver videre i sine årlige meldinger at det er etablert egne prosedyrer ved utskrivning og/eller for håndtering av brudd i behandlingen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

Helse Sør-Øst RHF har avholdt eget møte med Kriminalomsorgen med samarbeid og utarbeiding av en samarbeidsavtale som tema. Helseforetakene arbeider med dette også tilknyttet rusmestringsenhetene og melder om at det legges det til rette for at pasienter kan sone ved døgnbehandlingsplassene etter § 12 i straffegjennomføringsloven.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet. Helse Sør-Øst RHF bes om å ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med berørte kommuner for å sikre en slik oppfølging.*

Helse Sør-Øst RHF har tematisert betydningen av samarbeidet med kommunene overfor helseforetakene blant annet gjennom et eget brev. Helseforetakene rapporterer om at dette er

ivaretatt, eksempelvis har Klinikk rus- og avhengighet (Oslo universitetssykehus HF- Aker) opprettet et fagteam i Rusakuttmottaket og har etablert et nært samarbeid med Oslo kommunale legevakt om pasientflyt i akutt situasjoner, også i forhold til rusmiddelavhengige etter overdoser. Videre har Klinikk rus og avhengighet har etablert dialog med prehospitale tjenester. Det vurderes likevel fortsatt å være utfordringer tilknyttet en tilstrekkelig god oppfølging ved alle helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Oslo kommune starte arbeidet med etablering av en avdeling/institusjon for rusmiddelavhengige som har behov for akuttjenester.*

Det ble åpnet et eget rusmottak på Oslo Legevakt med 3 observasjonsenger og et midlertidig rusakuttmottak på Oslo universitetssykehus HF - Aker i form av fagteam på 8 personer medio desember 2009. Det midlertidige tilbudet vil være operativt inntil etablering av det permanente mottaket med 12 døgnplasser på Oslo universitetssykehus HF innen utgangen av 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF skal vurdere om kapasiteten på tvangsplasser innen rustjenesten etter § 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester er tilstrekkelig og iverksette tiltak dersom det er behov for dette.*

Dette ble vurdert i 2008, kapasiteten ble vurdert som tilstrekkelig. Det har ikke vært rapportert om spesielle problemer på dette området i 2009.

### **3.3.9 Barn som pårørende**

- *Regjeringen vil våren 2009 legge fram lovforslag for å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Departementet vil komme tilbake til Helse Sør-Øst RHF etter at lovforslaget er behandlet i Stortinget.*

Det rapporteres fra flere helseforetak/sykehus at man har kommet godt i gang med dette arbeidet i 2009 med svært kompetente fagfolk innen området som sørger for at dette blir ivaretatt og man regner med å ha gode rutiner på plass i løpet av første halvår 2010. Det følges opp av helseforetakene. Eksempelvis har Oslo universitetssykehus HF et eget implementeringsprosjekt for veilederen om pårørende, og dette berøres der. I tillegg er det arbeidet med konkrete prosjekter rettet mot barn ved flere av de voksenpsykiatriske avdelingene. Videre er Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern deltager i pilotprosjektet i regi av kompetansesenteret BarnsBeste, hvor man arbeider med barneansvarlige divisjonen for implementering av ny lov fra 010110.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.*

Her har helseforetak og sykehus arbeidet godt i 2009, også med egne prosjekter. Flere har utnevnt en barneansvarlig ved hver enhet/avdeling i psykiatrisk klinikk og DPS for å påse at barn med foreldre med psykiske lidelser blir fulgt opp. Det er også etablert bedre rutiner for samarbeid om dette mellom DPS og BUP. I kommunene er det stor variasjon mht ivaretagelsen av barn til kronisk psykisk syke. Flere har gitt midler til barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige. Helse Sør-Øst RHF har lyst ut egne prosjektmidler for videreføring og implementering av gode tiltak i 2009.

### **3.3.10 Rehabilitering og habilitering**

- *Oppfølgingen av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal gjøre at rehabilitering og habilitering får den posisjon i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Dette krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. Lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden og regionens egen plan for habilitering og rehabilitering er viktige elementer.*

*Habilitering*

I alle sykehusområder er det habiliteringstjenester og det er gitt føringer om styrking av tjenestene. Helseforetakenes økonomiske situasjon har likevel medvirket til at kapasitetsøkningen ikke er tilstrekkelig. En arbeidsgruppe som høsten 2009 ga innspill til regional strategi for habilitering meldte om betydelige udekkede behov som følge av økt tilstrømning av pasienter med til dels komplekse og sammensatte problemstillinger og som følge av nye behandlingsmetoder. Det arbeides ambulant og i nær kontakt med kommunene.

Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet, Barneklubben har høyt fokus på habilitering og rehabilitering av barn og driver forskning på området. I Telemark er tilbudet SAMBA (Sammen for Barn) etablert som et tverrfaglig og helhetlig tilbud for sterkt funksjonshemmede barn og deres pårørende. Tilbudet er driftet fra kommunehelsetjenesten, men institusjonen er fysisk plassert i samme bygg som barneklubben ved Sykehuset Telemark HF. Fagkompetanse og personell arbeider på tvers. Tilbudet er et lavterskeltilbud der pårørende kan komme direkte uten henvisning fra primærlege.

### *Rehabilitering*

Helse Sør-Øst RHF har i samsvar med oppdragsdokumentet 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet rapportert "hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien" i egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009. Det fremgår av rapporten at Helse Sør-Øst RHF mener at grunnlaget er lagt for å nå målene som følger av nasjonal strategi, gjennom at det er etablert konkrete nye tilbud til pasienter som for bare få år siden ikke fikk adekvate rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt tilbud til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade (bl.a. 4 nye senger Sunnaas sykehus HF og økning i antall behandlede pasienter ved Sørlandet sykehus HF i 2009), intensive habiliteringstilbud til barn og nytt tilbud til pasienter med alvorlig epilepsi. Dessuten er det gjennom vedtak og tiltak som følger av hovedstadsprosessen lagt til grunn at rehabiliteringstilbudene i sykehusområdene skal styrkes og at behandling og rehabilitering skal integreres slik at rehabilitering blir en naturlig del av et pasientforløp.

Lokalsykehusenes rolle og forventninger til samhandling med kommunene er tydeliggjort. I september 2009 leverte fagråd for rehabilitering en innspillsrapport til regionale strategier for rehabilitering. Denne rapporten er sendt på høring med frist 1. april 2010 for å få synspunkt og sikre forankring. Sykehusområdene arbeider med områdeplaner for rehabilitering. Også i forbindelse med årsrapportering meldes om styrking av tilbudene, inkludert pasientopplæring, veiledning til pårørende og samarbeidende instanser.

- *Ved utgangen av 2009 er halve strategiperioden tilbakelagt. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjøre en vurdering av hvor mye som gjenstår, og vil derfor be om en egen rapportering på dette.*

Halvårsrapport sendt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009.

- *Som følge av nytt system for fordeling av basisbevilgningen, avvikles ordningen med at pasienter kan benytte plasser i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner uten gjestepasientoppgjør. Det legges til grunn at regionale helseforetak inngår avtale om gjestepasientoppgjøret for disse pasientene.*

Det er ikke inngått avtaler mellom de regionale helseforetakene om gjestepasientoppgjør for disse pasientene i 2009. Det er likevel gjennomført gjestepasientoppgjør mellom regionene. Helse- og omsorgsdepartementet har slått fast at foretakene skal betale 75 prosent av prisen for 2009. Saken om å avtalefeste gjestepasientoppgjør for pasienter som benytter plasser i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner vil bli tatt opp igjen i 2010.

- *Hørselsomsorgen er preget av mange aktører med mangelfullt samarbeid og kompetanse, og lange ventetider til hørselssentralene. Som oppfølging av rapporten "Å høre og bli hørt" legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at de regionale helseforetakene innenfor sitt "sørge for"-ansvar har ansvar for helsehjelp til mennesker med hørselsproblemer, herunder tilpasning av høreapparater. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide felles informasjon om god høreapparatformidling.*

De regionale helseforetakene fikk sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppgave å utarbeide en overordnet samarbeidsavtale mellom de to partene. Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet med å få i stand en slik avtale, og en samordnet samarbeidsavtale mellom de fire regionale helseforetakene og NAV ble inngått i slutten av november 2009. Avtalen legger føringer for hvordan lokale rutiner og avtaler skal lages.

For Helse Sør-Øst har det i 2009 også vært avholdt møter med hørselssentralene og avdelespesialister om arbeid med forbedring av samarbeidet mellom hørselssentralene og NAV/Hjelpemiddelsentral. Arbeidet videreføres i 2010 gjennom lokal oppfølging av avtale mellom RHF og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere om hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien. Det bes spesielt om en redegjørelse om forskning, kompetansehevede tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader. Frist for denne rapporteringen settes til 1. juli 2009.*

Halvårsrapport er sendt til Helse- og omsorgdepartementet 1. juli 2009.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid.*

Helse Sør-Øst RHF foretok i juni 2009 en kartlegging av samarbeid med kommuner/bydeler, samt igangsatte og planlagte tiltak i helseforetak/sykehus. Denne viser at det er etablert et omfattende system av avtaler og tiltak som også er gjengitt tidligere i meldingen. Det vises bl.a. til [www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no). Rapport etter kartlegging kan ettersendes om ønskelig.

Alle helseforetak har igangsatt samhandlingstiltak med sine kommuner, noen har flere tiltak i drift. Det er god spredning i regionen på samhandlingstiltak som er gitt støtte fra det regionale helseforetaket.

Samarbeidsavtaler innen somatikk, psykisk helsevern og rus er inngått i alle sykehusområder utenfor Oslo-området, Sykehuset Telemark HF har her gått foran. I Oslo er det inngått en overordnet rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Arbeidet med samarbeidsavtaler mellom sykehusene og bydelene er i gang. Samhandling i planlegging av omstilling i Oslo-området er et vesentlig element i omstillingsarbeidet. Helse Sør-Øst RHF har både gjennom samarbeid med Oslo kommune og gjennom *Helsedialog* en oppdatert nettside som viser detaljert informasjon om samarbeidsprosjekt. For Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune rapporteres det på felles mal og man har lik nettbasert tilgjengelighet til denne informasjonen, i en felles prosjektkatalog som oppdateres månedlig. Eksempelvis hadde helseforetak/sykehus i hovedstadsområdet 11 løpende samarbeidsprosjekt med Oslo kommune per desember 2009.

- *Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helse Sør-Øst RHF skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivarettatt.*

Enkelte helseforetak har kommet langt i beskrivelse av pasientforløp hvor også rehabilitering er integrert.

- Sunnaas sykehus HF har etablerte pasientforløp for pasienter med svært alvorlig traumatisk hjerneskade, deler av slagpopulasjonen, pasienter med muskeldystrofier, multitraumer med amputasjoner og ryggmargsskader. For alvorlige brannskader er tre nye forløp under arbeid.
- Sykehuset i Vestfold HF klinikk Kysthospitalet rapporterer at alle tilbud er organisert som rehabiliteringsforløp som er kvalitetssikret og dokumentert i foreliggende evidens (forskning, faglige retningslinjer og "best practice").
- Sykehuset i Vestfold HF rapporterer videre at helhetlige pasientforløp er etablert for pasienter med akutt hjerteinfarkt, hjertesvikt og lungekreft. Behandlingslinje for slag er under utarbeidelse.
- I Vestre Viken HF pågår arbeidet innen bl.a. KOLS og hofteproteser, lunge, diabetes.
- Innen Oslo universitetssykehus HF står pasientforløp sentralt i arbeidet med samordning i helseforetaket. Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet er det etablert nye forløp innen



bla revmatologi, spinalnevrokirurgi og barnekirurgi.

Ved enkelte helseforetak/sykehus fremkommer at arbeidet med pasientforløp ikke kommet tilsvarende langt, og rehabilitering er i ulik grad integrert i beskrivelsene av forløp. Det vil således være ulikt hvordan samhandlingsperspektivet og brukervedvirkningen er integrert i arbeidet.

Brukerutvalget har satt pasientforløp, brukervedvirkning og samhandling som tema for brukerkonferanse i mars 2010. Helse Sør-Øst RHF forventer at denne konferansen vil gi nyttige innspill til integrering av brukerperspektiv og samhandling i arbeidet med utvikling av behandlinglinjer for understøttelse av helhetlige pasientforløp.

- *Helse Sør-Øst RHF skal styrke fokuset på habilitering av barn og unge. Viktigheten av tidlig intervensjon understrekes.*

Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet, Barneklubben har høyt fokus på habilitering og rehabilitering av barn og driver forskning på området. I Telemark er tilbudet SAMBA (Sammen for Barn) etablert som et tverrfaglig og helhetlig tilbud for sterkt funksjonshemmede barn og deres pårørende.

I alle sykehusområder er det habiliteringstjenester og det er gitt føringer om styrking av tjenestene. En arbeidsgruppe som høsten 2009 ga innspill til regional strategi for habilitering meldte likevel om betydelige udekkede behov på grunn av økt tilstrømning av pasienter med til dels komplekse og sammensatte problemstillinger og som følge av nye behandlingsmetoder. Det arbeides ambulant og i nær kontakt med kommunene.

- *I budsjettet for 2009 er det flyttet 751,2 mill. kroner til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra kap. 732, post 70 til kap. 732, post 72. Helse Sør-Øst RHF skal i 2009 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som minst tilsvarer dette beløpet.*

2009-kjøpene har vært i samsvar med føringen. I 2009 er det kjøpt tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringstjenester på om lag 765 mill. kr. Dette vil si om lag 14 mill over det som er fastsatt i statsbudsjettet. I tillegg er det anskaffet rehabiliteringstjenester under ordningen "Raskere tilbake".

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring utnytter kunnskapen fra Familieprosjektet i arbeidet med råd, veiledning og kompetansespredning.*

Prosjektets mål har vært å skape møteplasser for samhandling mellom familier og fagfolk, der læring og mestring står i fokus, og hvor familienes opplevelse av mestring fremmes. Det har vært fokus på at læringstilbudene skal gjøres lett tilgjengelige for familiene og deres nettverk, uavhengig av diagnose, bosted og kulturell tilknytning. I 2009 har det vært arbeidet med kompetanseoverføring av resultater og erfaringer fra gjennomføringen av prosjektet.

Fra august har det vært arbeidet med å beskrive og spre informasjon om "Starthjelpkurs" om familie og mestring. Det er startet arbeidet med etablering av "Verktøykasser" som skal være en pakke med utvalgte læringstilbud som er samlet inn som et resultat av Familieprosjektet. Kurset "Kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetsspråklige familier" som er for fagpersoner som arbeider med familier med barn som har nedsatt funksjonsevne og/ eller kronisk sykdom og har minoritetsspråklig bakgrunn. Tilbudet er laget i regi av Familieprosjektet/NK LMS i nært samarbeid med fagfolk fra LMS Barn, Frambu, Nasjonal kompetansesenter for minoritetshelse, kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanter med minoritetsspråklig bakgrunn. Kurset har dette året blitt gjennomført på Ullevål og Frambu.

- *Helse Sør-Øst RHF skal stille krav om hvilke oppgaver nasjonalt kompetansesenter ved attføringscenteret i Rauland skal ivareta.*

Sluttrapport ble ferdigstilt og levert Helsedirektoratet 11.05.09 Det pågår dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Nasjonalt kompetansesenter ved Attføringscenteret i Rauland om oppgaver. Oppgavene nedfelles i avtale som blir vedlegg til senteret ordinære avtale. Avtalens innhold legges tett opp mot

de krav som stilles i Rundskriv I-19/2003 Om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra.

- *For å få en mer helhetlig høreapparatformidling skal det inngås avtaler om oppfølging og rehabilitering knyttet til høreapparatformidling mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og NAV slik det er foreslått i rapporten "Å høre og bli hørt". Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at dette skjer og skal rapportere antall helseforetak som har inngått slike samarbeidsavtaler.*

I samarbeid med de øvrige regionale helseforetak har Helse Sør-Øst RHF bidratt til utforming av samarbeidsavtale mellom de regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Avtalene ble underskrevet i november og oppfølging av avtalene inngår i oppdrags- og bestillerdokumentet til helseforetakene i 2010. Det ble i 2009 kartlagt aktivitet og samarbeidsrelasjoner og det fremgår at det de fleste steder er etablert samarbeid, men at form og innhold varierer. Det er i oppdrags- og bestillerdokumentet til helseforetakene i 2010 stilt krav om lokal oppfølging av avtalen som inngått mellom de regionale helseforetak og arbeids- og velferdsdirektoratet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal inngå avtale om høreapparattilpasning med legespesialister med avtale for å sikre tilstrekkelig kapasitet og gi oppdatert oversikt over hvem det er inngått slik avtale med til Arbeids- og velferdsetaten.*

Det er i 2009 avholdt et møte med ØNH-spesialistene om dette, og det er varslet at man vil inngå nye avtaler så snart nytt regelverk er på plass. Det vurderes å inngå midlertidige avtaler basert på utkastet til nytt hørselsdirektiv. Regelverksarbeidet skal gjennomføres i Helsedirektoratet/Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette er ikke startet enda. De fleste ØNH-spesialistene i Helse Sør-Øst deltar i arbeidet med tilpasning av høreapparater. NAV er holdt orientert om hvem som tilpasser i dag.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at lærings- og mestringssentrene kan bli arena også for helhetlig høreapparatformidling i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV og brukerne.*

I forbindelse med kartlegging av aktivitet og samarbeidsforhold ble det også lærings- og mestringstilbud registrert. Innen regionen er det en betydelig variasjon i tilbudene. Noen steder gis individuell opplæring i forbindelse med tilpassning av høreapparat, andre steder er det 4-8 timers kurs i regi av LMS. Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring gjennomførte i 2009 en dialog med LMS og fagmiljø og har kommet fram til en anbefaling om 4 timers kurs og angitt overordnet innhold som grunnlag for lokal tilpasning.

### **3.3.11 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv**

- *I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier for tre diagnosegrupper; kreft, diabetes og KOLS. De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringen av strategiene og for at målene i strategiene på spesialisthelsetjenestens område nås.*

#### *Kreft*

Helse Sør-Øst RHF har etablert et fagråd for kreft, med underliggende arbeidsgrupper. I mandatet for fagrådet er oppgaven bl.a. å understøtte implementering av nye metoder og prosedyrer, i tråd med nasjonale føringer på området og det ligger videre i mandatet å gi råd om implementering av faglige retningslinjer. Det er ikke gjennomført konkret rapportering, men ut fra synspunkter i fagrådet menes i hovedsak at nasjonale strategier på kreftområdet er implementert i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst.

Per i dag kjenner vi til at Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Innlandet HF har forankret arbeidet i helseforetakets strategiske prioriteringer og fokusområder. Sykehuset Østfold HF har revidert plan for kreftomsorg hvor de nasjonale strategiene er lagt til grunn. Akershus universitetssykehus HF driver medikamentell onkologisk dagbehandling for polikliniske pasienter og har meget stor aktivitet. Innen Vestre Viken HF har Ringerike sykehus korte ventetider for pasienter med kreftsykdommer både på poliklinikken og på sengeavdelingene. Det er også etablert palliativt team. Helseforetaket har et nært samarbeid med kommunal kreftomsorg inklusive hospice lokalisert til Hønefoss. Sykehuset Asker og

Bærum følger nasjonale strategier for på aktuelle avdelinger. Sykehuset Buskerud følger opp strategien som forutsatt. Sykehuset i Vestfold HF omtaler særskilt kreft hos barn hvor barnesenteret et nært samarbeid med barneklubben ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Diagnostikk og behandlingsprotokoll styres fra Oslo universitetssykehus HF, men en stor del av den praktiske behandlingen foregår i Barnesenteret Sykehuset i Vestfold HF.

#### *Diabetes*

Alle helseforetak har tilbud om pasient/pårørende opplæring, hovedsakelig organisert gjennom sine lærings- og mestringssentre. Helseforetakene melder også om drift av diabetespoliklinikk og tilbud til barn, samt samarbeid med kommunehelsetjenesten på dette området.

Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet driver med omfattende forskning innenfor disse tre diagnosegruppene som et ledd i sin behandling av sykdommene. Spesielle former for diabetes blir behandlet med øycelle-transplantasjoner.

Ny kunnskap videreformidles til andre regionale helseforetak som et ledd i implementering i nasjonale strategier. Oslo universitetssykehus HF - Aker har omfattende pasientbehandling, forskning og undervisning innen diabetes. I 2009 ble det avholdt 3 dagers kurs for leger i spesialist- og primærhelsetjenesten i diabetes og i tillegg bidratt til diabetesopplæring i en rekke sammenhenger eksternt.

#### *KOLS:*

Alle helseforetak melder at de følger opp det nasjonale strategiene innen KOLS og har dette implementert i sine strategiske planer. Alle helseforetak har LMS-tilbud til pasienter og pårørende innen KOLS-problematikk. Helseforetakene rapporterer om ulike tiltak for rehabilitering av pasienter med KOLS, bl.a. Sørlandet sykehus HF har "lungeskole" tilbud med utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus HF - Aker har utviklet nye pasientforløp ved akutt forverrelse av KOLS. Stor innsats brukes for å oppnå røykestopp. Lungeavdelingen og Hjerteravdelingen samarbeider om et forskningsprosjekt av KOLS-pasienter for å se på betydningen av redusert lungefunksjon i relasjon til høyresidig hjertesykdom.

Terminale former for KOLS kan være gjenstand for lungetransplantasjoner. Cirka 50 prosent av alle pasienter som henvises for lungetransplantasjon har KOLS.

- *Helsedirektoratet har en koordinerende rolle på nasjonalt nivå i oppfølgingen av de nasjonale strategiene. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i utarbeidelse av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer og faglige retningslinjer for KOLS-området.*

Helse Sør-Øst RHF bistår Helsedirektoratet i utarbeidelse av nasjonale strategier og handlingsprogram der dette initieres.

- *Det er utarbeidet nye faglige retningslinjer på diabetesområdet, og det er viktig at helseforetakene sikrer at disse blir implementert i tjenesten.*

Alle helseforetak bemerker i sine årsmeldinger at de har implementert eller er i ferd med å implementere retningslinjene.

- *Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2008 utarbeidet en strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012. Det er en målsetting at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten, bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innrettet mot eldre pasienters behov. Strategien legger til grunn et systematisert arbeid for å forene de ressurser og den kunnskap som finnes om eldres behov for spesialisthelsetjenester. Strategien bygger på Helsedirektoratets rapport "Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre – forslag til mål og strategier"(IS-1498). Helsedirektoratets rapport er i denne forbindelse et veiledende dokument. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre inneholder nasjonale fokusområder for mestring, forebygging,*

*tilbud i sykehus og samhandling med kommunen, rekruttering av personell, forskning og finansiering. Det er tidligere stilt krav om at Helse Sør-Øst RHF utarbeider en regional handlingsplan for spesialisthelsetjenester for eldre, og at tiltakene i denne følges opp med ledelsesmessige tiltak og dokumentasjon slik at målene/fokusområdene i den nasjonale strategien nås.*

Den regionale planen er ferdigbehandlet i 2009, og sier bl.a. at:

*Alle sykehusområder skal i 2010, utarbeide opptrappingsplaner som i tråd med styrets vedtak i sak 060-2009 blant annet omfatter:*

Organisering:

- Konkret plan for etablering av akuttgeriatrik enhet med dedikerte geriatrike senger og poliklinikk ved sykehusenheter som har indremedisinsk akuttfunksjon der dette ikke er opprettet
- Konkret plan for etablering av alderspsykiatri med øremerkede senger og poliklinikk med ambulant tjeneste der dette ikke er opprettet
- Skal ha fokus på likeverdige tjenester i regionen
- Sikre at tiltak som foreslås er innenfor det økonomiske handlingsrom.
- Inneholde konkrete mål og milepæler

Opptrappingsplanen skal videre inneholde tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert personell, herunder:

- Overleger innen geriatri.
- Leger i spesialisering i geriatri.
- Overleger innen alderspsykiatri.
- Leger i spesialisering i psykiatri ved alderspsykiatriske enheter
- Målrettede tiltak og kompetanseheving for sykepleiere og annet helsepersonell innenfor eldres helse

Samhandling:

- Beskrive hvordan helseforetaket sikrer samhandling med kommunen i tråd med dokumenterte modeller for effektiv samhandling om pasientgruppen eldre
- Videreutvikle forpliktende samarbeidsavtaler som har fokus på den eldre pasient.
- Samarbeide med primærhelsetjenesten om videreutvikling av forsterkede sykehjemsplasser, kortidsavdelinger, ambulante tjenester og rehabilitering.
- Sammen med primærhelsetjenesten sørge for gjensidig kompetanseutveksling og opplæring.
- Utvikle gjensidige hospiteringsordninger

Flere av helseforetakene har meldt at de er i gang/har utarbeidet slike områdeplaner.

- *Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013 og skal følges opp i helseforetakene.*

Helseforetakene gir tilbakemelding om at kvinnehelseperspektivet er ivarettatt. Ved Oslo universitetssykehus HF er det etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse som driver med omfattende forskning på kvinners helse.

- *Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.*

Helseforetakene har fokus på dette. Vestre Viken HF, Kongsberg sykehus følger Statens retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner, har kostombud på hver sengepost og holder kostveiledningskurs ved lærings- og mestringssenteret. Flere helseforetak har ernæringsfysiologer ansatt. Ernæringsfysiologene samarbeider med spesialister innenfor alle grener og deltar i pasientskoler ved noen av helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med de andre regionale helseforetakene ta i bruk elektronisk diabetesjournal i alle HF og videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med eller som er i risikosonen for å utvikle type 2 – diabetes. Videre skal drift av det nyopprettede diabetesverkstedet sikres.*

De fire regionale helseforetakene er enige om at dette skal være et eget prosjektarbeid som skal integreres i elektronisk pasientjournal (EPJ) systemet. Dette har ikke startet som eget prosjektarbeid enda.

#### *Sykehuspoliklinikker*

For sykehusene er det utviklet en diabetesjournal til bruk under konsultasjonen. Journalen skal også brukes til innsamling av data til registeret. Det jobbes med å integrere diabetesjournalen mot sykehusenes ordinære pasientjournalssystem. På grunn av at det vil ta tid å få diabetesjournalen integrert mot alle journalssystemene og deretter implementert ved alle landets sykehus, er det i tillegg laget en web-registreringsapplikasjon til bruk for sykehusene. Dette er et registrerings skjema for data til registeret; applikasjonen vil ikke fungere som en journal for legene. For begge systemene vil samtykkebaserte data bli sendt til registeret regelmessig, og poliklinikken vil få en tilbakemelding, der klinikkens data blir sammenstilt med data fra andre klinikker. Her dreier det seg om implementere en ferdig web-løsning.

#### *Diabetesverkstedet*

Oslo universitetssykehus HF - Aker, har reetablert Diabetesverkstedet med vekt på opplæring i livsstilsendringer ved type 2 diabetes. Det har også vært avholdt fulltøgn nasjonalt kurs innen temaet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.*

Alle sykehusområdene/helseforetakene rapporteres at det er etablert dagtilbud for pasienter med KOLS i form av lærings- og mestringstilbud eller dagrehabilitering. F eks oppgir Sykehuset Østfold HF at det er dagtilbud i Moss, Akershus universitetssykehus HF har tverrfaglig dagrehabilitering med bl.a. ergoterapeut og medisinsk klinisk ernæringsfysiolog, og de dårligste følges opp av lungeteam. Oslo universitetssykehus HF - Aker melder om regelmessige kurs i samarbeid med LMS for pasienter og pårørende og Sykehuset Innlandet HF om dagtilbud ved Granheim lungesykehus. Innenfor området til Vestre Viken HF er det lungeskoler, dagenhet for lungesyke, ambulerende rehabiliteringsteam for KOLS-syke. Sørlandet sykehus HF har etablerte dagtilbud innenfor lungerehabilitering, herunder KOLS- og astmaskole, i felles regi av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og lungemedisinsk dagsenter.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å sikre at de seks fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjenesten for eldre ivaretas.*

Helse Sør-Øst RHF har i utarbeidelsen av regional plan for spesialisthelsetjeneste til eldre og i oppdrag gitt til helseforetakene sørget for at fem av de seks fokusområdene i den nasjonale planen ivaretas:

- mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- forebygging og helsefremmende tiltak
- utvikling av helsetjenestetilbudet for eldre i sykehus og samhandling med kommunene
- utdanning og rekruttering av nøkkelpersonell
- forskning

Det siste punktet om finansieringsordninger er i hovedsak en nasjonal utfordring, men Helse Sør-Øst RHF har startet et arbeid for inntektsfordeling mellom helseforetakene i regionen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.*

Når det gjelder barn/ungdom har Oslo universitetssykehus HF opprettet en tverrfaglig enhet for allergisykdommer, som både er regional og har en landsfunksjon. Den var tidligere plassert på Voksentoppen, men har nå flyttet inn i egne lokaler på Gaustad ved Barneklubben, Rikshospitalet. Spesialenheten har lege, sykepleier, sosionom, ernæringsfysiolog og fysioterapeut. Enheten har et spesialkjøkken for utredning av matvareallergi.

Når det gjelder voksne, driver lungeavdelingen ved Ullevål allergiutredning og hyposensibilisering. Det drives også allergiutredning ved hudavdelingen og øre-nese-halsavdelingen, Rikshospitalet. Avdelingene henviser til hverandre, men Oslo universitetssykehus HF har ikke en samlet tverrfaglig enhet for allergisykdommer. En kartlegging initiert av Helsedirektoratet i 2009 viser at det er stor aktivitet ved lærings- og mestringssentrene innrettet mot pasienter med astma- og allergisykdommer.

Ved Barnesenteret Sykehuset i Vestfold HF er det en stor astma/allergi poliklinikk hvor nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling følges. Barnesenteret har utarbeidet en omfattende behandlingslinje som har vakt nasjonal oppmerksomhet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.*

Handlingsplanen er behandlet i Helse Sør Øst RHF's samarbeid med Oslo kommune, og Helse Sør Østs kompetanse er tilgjengelig for 1.linjetjenesten ved behov for opplæring av helsepersonell.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som bidrar til økt kunnskap om og reduserte kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester.*

Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet er det spesielt fokus på kvinners helse knyttet til spesielle lidelser på en rekke områder og det forskes på området. Et område hvor Oslo universitetssykehus - Rikshospitalet har spesiell oppmerksomhet er svangerskap hos kvinner med alvorlige lidelser, f.eks medfødte hjertefeil (GUCH) og lignende. Ved Akershus universitetssykehus HF driver de prosjektarbeid vedrørende likeverd i tjenestetilbudet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å styrke tilbudet til mennesker med kroniske smerter, blant annet ved smerteklinikkene.*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har fokus på behandling av pasienter med kroniske smerter. De fleste helseforetakene har etablert smertepoliklinikker. I tillegg behandles pasienter med kroniske smerter ved andre poliklinikker. Bemanningen ved noen av smertepoliklinikkene er styrket i 2009. Likevel oppleves kapasiteten som for liten og det er lange ventetider for behandling.

Helse Sør-Øst RHF har i 2009 vedtatt at alle sykehusområdene skal ha etablert tverrfaglige poliklinikker innen utgangen av 2010, og dette er ivarettatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetakene.

Ved Oslo universitetssykehus vil det bli en egen Nivå 3 enhet i Akuttklinikken for smertebehandling. Dette betyr integrering av ressurser til smertebehandling i hele Oslo universitetssykehus HF, som vil gi bedre ressursutnyttelse og gi en faglig og forskningsmessig styrking av behandling av smertepasienter.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt.*

Helse Sør-Øst RHF har besluttet å prioritere kvalitetsregister for overvekt hos barn og unge. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp prioriteringen gjennom dialog med de respektive fagmiljøene og tildelte midler til oppstart av registeret.

Forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt har i 2009 fått økt fokus i de fleste helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF i form av egne poliklinikker for barn og unge med sykkelig overvekt, egne team for oppfølging av disse pasientene og avsluttede prosjekter som går inn i ordinær drift.

Avdeling for forebygging av livsstilssykdommer ved Oslo universitetssykehus HF - Ullevål har et program for behandling av sykkelig overvekt som skjer i samhandling med tilsvarende avdeling ved Oslo universitetssykehus HF - Aker. Avdelingen har til enhver tid pågående forskningsprosjekter innenfor temaet. I behandlingsprogrammet inngår kursvirksomhet, støtte av kliniske

ernæringsfysiologer og eventuelt medikamentell støttebehandling. Det er utarbeidet retningslinjer for henvisning til støttebehandling ved spesialisert kursted (NIMI, Ringerike).

Senter for sykkelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold HF driver utstrakt forebygging samt behandling og oppfølging av barn og unge med sykkelig overvekt. Hovedoppgavene ved senteret er pasientbehandling 0-18 år, forskning og utvikling og nettverksbygging. Seksjonen legger vekt på kontinuerlig samarbeid med representanter fra primærhelsetjenesten og inviterer kommunekoordinatorer til deltagelse på samtlige pasientsamtaler.

I tillegg samarbeides det med Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Stord/Haugesund om etablering av en videreutdanning for helsepersonell angående ivaretagelse av barn og unge med overvekt/fedme i primærhelsetjenesten.

### **3.3.12 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten**

- *Det er etablert felles system for rapportering på nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten og lands- og flerregionale funksjoner gjennom portalen <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene og skal ligge til grunn for Helsedirektoratets gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.*

20 nasjonale kompetansesentre, 8 flerregionale funksjoner og 26 landsfunksjoner og 14 sjeldensentre er beliggende i Helse Sør-Øst, fortrinnsvis lokalisert til Oslo universitetssykehus HF. Disse er i ferd med å rapportere sin faglige aktivitet for 2009 i dette felles elektroniske systemet. Rapporteringsfrist til Helse Sør-Øst RHF er 12. februar 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF skal med utgangspunkt i fastsatte kriterier i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene innen 1. oktober 2009 ferdigstille et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres, jf. brev av 17.03.08.*

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene vurdert hvilke nasjonale tjenester, i form av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra det er behov for i et femårsperspektiv. Totalt er 180 tjenester vurdert; 87 eksisterende, 5 ulike oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og regionforetakene samt 88 nye søknader fra helseforetak.

For kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er det behov for en mer omfattende prosess. Det er foreslått å videreføre et eget arbeid innen dette feltet der brukerne blir involvert.

Kriterium nedfelt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet (datert 17.03.08) er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og avvikling av nasjonale tjenester. Det er utarbeidet resultatmål og forslag til sammensetning av referansegrupper knyttet til tjenestene samt et mandat for disse. Det er pekt på utfordringer knyttet til finansiering av disse tjenestene. Et fremtidig styringssystem for de nasjonale tjenestene bør, i tillegg til å forvalte en 5-års plan, og kunne sikre mer dynamikk og styring som vil fange opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Tilråding med en samlet plan om videreføring og etablering av 39 behandlingstjenester, 7 flerregionale tjenester og 40 kompetansetjenester ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet desember 2009.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet ledet av Helse Vest RHF, om utredning og forslag til framtidig organisering av de nasjonale kompetansesentre. Planen om nasjonale tjenester i et 5-årsperspektiv er behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF og ble i desember 2009 sendt til Helse- og

omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet for behandling. Styret gjorde følgende vedtak:

1. *Styret tar rapporten om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til orientering.*
2. *Det må sikres en forsterket nasjonal styring av det som defineres som nasjonale tjenester. Styret forutsetter at Helse- og omsorgsdepartementet beslutter hvilke nasjonale tjenester som skal etableres og hvor disse skal lokaliseres. Følgende overordnede prinsipp bør legges til grunn ved organisering av nasjonale tjenester:*
  - *Kvalitet og god ressursutnyttelse må sikres og gå foran hensynet til å fordele tjenestene på flere steder.*
3. *Styret legger til grunn at nye nasjonale tjenestetilbud som etableres er fullfinansiert. Videre mener styret at det er viktigere å få fram en robust finansieringsmodell for de nasjonale kompetansetjenestene og sikre en riktig finansiering framfor å få etablert nye kompetansetjenester.*
4. *De tjenestene som ikke besluttes av Helse- og omsorgsdepartementet å være nasjonale tjenester, skal som tidligere ivaretas av den enkelte helseregion.*

### **3.3.13 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner**

- *Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og eventuelt overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av en landsfunksjon der pasientbehandlingen er sentralisert til ett sted i landet eller en flerregional funksjon der pasientbehandlingen er sentralisert til to steder i landet, er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.*

Helse Sør-Øst RHF er denne rollen meget bevisst og ser sitt nasjonale ansvar som forvalter av flest nasjonale tjenester.

Det legges til rette for å nå målene om helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Dette følges opp overfor Oslo universitetssykehus HF, som i lang tid har forvaltet brorparten av norske nasjonale tjenester på en svært tilfredsstillende måte.

- *Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner fra dagens 19,9 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner.*
- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, for at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres nasjonalt. I arbeidet med å nå målet må Helse Sør-Øst RHF sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til funksjonen som donoransvarlig lege ved de sykehus som er godkjent for organdonasjon og at organdonasjon ivaretas på en god måte.*

Av de 16 donorsykehusene i Helse Sør-Øst er det Oslo universitetssykehus HF som anledning til å identifisere flest potensielle organgivere. Det har vært en økning av organdonasjoner i Helse Sør-Øst i 2009. For første gang passerte Norge 100 realiserte donorer i år. Sykehuset Østfold HF har blant annet en egen handlingsplan for at alle med opphevet cerebral sirkulasjon skal komme i betraktning som organgivere og arbeider aktivt med denne problemstillingen. Sykehuset Østfold HF har økt antall donasjoner det siste året og har i år bidratt til 7 tilfeller med organdonasjon.

- *Det må legges til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.*

Helse Sør-Øst RHF holder fokus på dette. Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet har man egen donorlege som identifiserer potensielle donorer i eget miljø. Dette er viktig for å oppfylle kravet om at transplantasjonsleger og leger som behandler en potensiell donor skal være adskilt. Akuttdivisjonen ved Ullevål har styrket arbeidet med organdonasjon med bedre oppfølging ved intensiv enhetene. Det er alltid tilgjengelig lege for spørsmål, råd og evt. bistand i donasjonsspørsmål og prosess. Det er arrangert fagdag med deltagere fra helseforetakene i Helse Sør-Øst. Ansvarlig



donasjonssykepleier har utviklet et tett samarbeid med sykepleier fra øyeavdelingen for å kunne forbedre arbeidet med hornhinnetransplantasjoner.

- *I 2008 ble de regionale helseforetakene bedt om å sikre at donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus fikk frigjort arbeidstid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, samt å styrke faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i arbeidet med kommunikasjon med pårørende. Det er viktig at dette arbeidet videreføres. Departementet avga våren 2008 anbefalinger til videre tiltak for å nå nasjonale mål på området.*

I samarbeid med transplantasjonskoordinatorene ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet har det vært utviklet diverse kurs og ført en betydelig kontakt med samarbeidsparter innenfor dette området. Det har vært betydelig opplæring og motivering internt på anestesivdelingen og intensivavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF, i kommunikasjon med pårørende og omsorg/samtale under og etter avviklet organdonasjon

- *Ved donasjon av hornhinner skal det innhentes samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.*

Dette er fulgt opp ved Oslo universitetssykehus HF.

- *Innen 1. mars 2010 skal de regionale helseforetakene rapportere på lands- og flerregionale funksjoner gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspx>. Rapportene skal behandles av de faglige referansegruppene og styrebehandles av de regionale helseforetakene.*

Dette inngår i felles system som er etablert for nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten og vil bli rapportert i 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF skal med utgangspunkt i fastsatte kriterier i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene innen 1. oktober 2009 ferdigstille et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres, jf. brev av 17.03.08.*

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene vurdert hvilke nasjonale tjenester, i form av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra det er behov for i et femårsperspektiv. Totalt er 180 tjenester vurdert; 87 eksisterende, 5 ulike oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og regionforetakene samt 88 nye søknader fra helseforetak.

For kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er det behov for en mer omfattende prosess. Det er foreslått å videreføre et eget arbeid innen dette feltet der brukerne blir involvert.

Kriterium nedfelt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet (datert 17.03.08) er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og utvikling av nasjonale tjenester. Det er utarbeidet resultatmål og forslag til sammensetning av referansegrupper knyttet til tjenestene samt et mandat for disse. Det er pekt på utfordringer knyttet til finansiering av disse tjenestene. Et fremtidig styringssystem for de nasjonale tjenestene bør, i tillegg til å forvalte en 5-års plan, og kunne sikre mer dynamikk og styring som vil fange opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Tilråding med en samlet plan om videreføring og etablering av 39 behandlingstjenester, 7 flerregionale tjenester og 40 kompetansetjenester ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet desember 2009.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre en videreføring av volumet på cochleaimplantat operasjoner i tråd med nasjonale føringer. Helseforetakene skal samarbeide om operasjoner for å sikre god utnyttelse*

*av samlet kapasitet slik at det samlede nasjonale målet om minimum 200 cochleaimplantat operasjoner nås. Antall cochleaimplantat operasjoner skal rapporteres i årlig melding.*

Oslo universitetssykehus HF har landsfunksjon for cochleaimplantat for barn og regionsfunksjon for voksne. Per medio desember er det *i alt satt inn 115 implantater*, hvorav 111 nye og 4 utskiftinger. 93 pasienter har fått satt inn nye cochleaimplantater, hvorav:

- 56 har fått cochleaimplantat på øre 1 (første gangs operert)
- 19 har fått cochleaimplantat på øre 2 (andre gangs operert)
- 18 har fått innsatt cochleaimplantat på begge ører samtidig

Måltallet er ikke oppnådd, men Oslo universitetssykehus HF melder at dette har sin årsak i at en har oppnådd bedre behovsdekning, og til dels opplever mangel på pasienter. Pr. 31.12.09 er det kun 20 pasienter som venter på utredning og 24 pasienter som venter på operasjon. Ventetiden fra utredning til operasjon er 8 uker.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.*

Helse Sør-Øst har hatt en arbeidsgruppe med representanter fra aktuelle avdelinger i Oslo universitetssykehus som har utarbeidet en rapport om tiltak for å bedre pasientforløpet i Helse Sør-Øst. Rapporten er nå ute på høring i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er et godt samarbeid med Nasjonal koordinator. Oslo universitetssykehus HF har også et nært samarbeid med Nasjonal koordinator for blant annet å øke deteksjon av potensielle organ donorer.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at donoransvarlige leger kan utføre sine oppgaver i tråd med funksjonsbeskrivelsen. Det skal rapporteres i årlig melding hvordan donoransvarlige leger utfører sin funksjon, herunder hva helseforetakene vurderer er potensialet for organdonasjon.*

Ved Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet har donoransvarlige leger fått avsatt ca 20 prosent av sin arbeidstid til arbeidet med organdonasjon. Denne tiden har vært brukt til undervisning og utredning av grunnleggende problemer omkring dødsdiagnostikk og organiseringen av organdonasjon ved sykehuset. Det foreligger ingen databaser med det for øyet å estimere potensielle donorer. Potensialet for organdonasjon blir derfor kvalifisert gjetning. Potensialet vil trolig være omkring 26 mot nå 13 donores pr. år

- *Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 pst. av det totale antall nyretransplantasjoner. Antall utførte nyretransplantasjoner og andel levende giver av nyre av totalt antall nyretransplantasjoner skal rapporteres i årlig melding.*

Andelen levende giver av nyre er på 38 prosent av det totale antall nyretransplantasjoner. Antall utførte nyretransplantasjoner med nyre fra død giver er 172 og antall utførte nyretransplantasjoner med nyre fra levende giver er 104.

- *Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres adskilt fra annen organdonasjon.*

Dette er gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF

### **3.3.14 Helsepersonells reservasjonsrett vedrørende assistert befruktning til lesbiske**

- *Når lovendringene trer i kraft 1. januar 2009 har de regionale helseforetakene en plikt til å "sørge for" at så vel heterofile som lesbiske par tilbys assistert befruktning dersom bioteknologilovens vilkår er oppfylt, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1. Alle har rett til likeverdig behandling fra helsetjenesten og alle par som søker assistert befruktning skal vurderes og prioriteres etter de samme kriterier, uavhengig av kjønn, etnisitet, alder, bosted, sosial status etc. Imidlertid skal de regionale helseforetakene, så langt det er mulig innenfor disse rammer, ta hensyn til det enkelte helsepersonells overbevisning.*

Oslo universitetssykehus HF sørger for dette. Helseforetaket melder at kriterier for assistert

befruktning defineres ut fra medisinske vurderinger.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at helsepersonell i enkelttilfeller skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning av samvittighetsgrunner. Helse Sør-Øst RHF må sørge for at en slik tilrettelegging ikke på noen måte hindrer at par som oppfyller vilkårene, tilbys assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfeller skal fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning, må Helse Sør-Øst RHF sørge for at annet helsepersonell utfører eller assisterer ved behandlingen slik at pasienten får den helsehjelp vedkommende skal ha.*

En hensiktsmessig ordning for å ivareta dette er etablert ved Oslo universitetssykehus HF.

### **3.3.15 Beredskap og smittevern**

- *Helse Sør-Øst RHF skal medvirke til helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren, andre regionale helseforetak, Helseledningsdirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, fylkesmenn og andre samarbeidspartnere.*

Ny regional smittevernplan vedtatt desember 2009. Planen beskriver helhet i smittevernarbeidet, samarbeide med kommuner og samarbeide mellom institusjoner. Helse Sør-Øst RHF deltar sammen med regionalt kompetansesenter for smittevern i Folkehelseinstituttets nasjonale nettverkssamarbeid for sikring av samarbeid og læring. Relevante saker behandles i interregionale samarbeidsorganer som fagdirektørmøter og møter mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen undertegnet i desember 2009 en rammeavtale for samarbeid. Det er nedfelt i avtalen av folkehelsearbeid er et viktig element i samarbeidet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidspartnere i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingstiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.*

Smittevern inngår som komponent i det regulære samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Utvalgte helseforetak er representert i alle fylkesberedskapsråd. Landsfunksjon og kompetansesenter har ytterligere utviklet sin kompetanse, bla gjennom øvelser og tilbyr opplæring til over hele landet. Grunnet bl.a. pandemi ble planlagt deltagelse i større beredskapsøvelse kansellert i 2009. Operativ samhandling forstås i pakt med regional beredskapsplan.

I 2005 ble det etablert et Nasjonalt kompetansesenter og landsfunksjon for behandling av personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling (NBC-senteret). Virksomheten er nå underlagt Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. NBC-senteret tilbyr både praktisk og teoretisk undervisning om NBC-hendelser både i regionen og landet for øvrig

- *Helse Sør-Øst RHF skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som ble lansert våren 2008.*

Nasjonal strategi ble lagt til grunn for arbeidet med regional smittevernplan. De ulike tiltak i strategien reflekteres i smittevernplanen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide konkrete mål for sitt smittearbeid og klarlegge personellbehovet.*

Viser til regional smittevernplan og arbeidet med implementering av denne.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer for atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa) og kjemiske hendelser. Beredskapsplanene skal være i overensstemmelse med overordnede planverk.*

Regional beredskapsplan bygger på lov om helsemessig og sosial beredskap, nasjonal beredskapsplan mv og er ved utgangen av 2009 under revisjon. I denne sammenheng har en også revidert de regionale ROS-analysene som ligger til grunn for planverket. Regional plan er førende for helseforetakenes planer.

Iht. lov om helsemessig og sosial beredskap har helseforetakene selvstendig ansvar for beredskap. I tillegg inneholder driftsavtalene for 2009 krav om at helseforetakene skal holde à jour beredskapsplan for virksomheten samt at planverket skal øves.

Helseforetakenes planer bygger på regionale og lokale ROS-analyser. Disse ROS-analysene omhandler forskjellige situasjoner og hendelser, også atomhendelser, pandemi/infeksjonsutbrudd og kjemiske hendelser. Beredskap i forhold til disse områdene er enten innkorporert i helseforetakets overordnede beredskapsplan eller det er også utarbeidet separate delplaner. Felles for planene er at de ivaretar varslingsrutiner til riktig instans og anvisning til hvor en kan skaffe seg nødvendig kompetanse internt eller eksternt.

Alle helseforetak har egne pandemiplaner. Disse er nylig oppdatert som følge av den aktuelle smittesituasjonen. Færre har egne planer for kjemiske hendelser men alle har planer for sanering/dekontaminering og varslingsrutiner i slike situasjoner. Når det gjelder atomhendelser og situasjoner som omfatter radioaktiv stråling har alle varslingsrutiner i forhold til nasjonale myndigheter og kompetansemiljøer. De fleste helseforetak oppgir å ha benyttet materiell fra NBC-senteret i utarbeidelse av sine planer. Helseforetakenes planer holdes oppdatert og gjennomgås som hovedregel en gang årlig. Det gjennomføres en rekke øvelser innen det enkelte helseforetak, i form av varslingsøvelser, brannøvelser, øvelser på ulykkessted og i akuttmottak, samhandlingsøvelser, massevaksinasjonsøvelser mv. Det er en prioritert oppgave å øke samhandling og læringseffekt i øvingssammenheng.

Beredskapsarbeidet i regionen samordnes gjennom regionalt beredskapsutvalg for Helse Sør-Øst.

- *Helse Sør-Øst RHF skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikkssystemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet. Dette arbeidet skal utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.*

I forbindelse med pandemiberedskapsarbeidet er det etablert prosesser for å ivareta en nasjonal beredskap for medikamenter, utstyr og materiell. For øvrige kritiske hendelser og innsatsfaktorer er beredskapsansvaret fortsatt lagt på helseforetaksnivå i foretaksgruppen.

Det er utarbeidet rutiner for håndtering av beredskapsvarer. Gjennom vilkår i avtalene med leverandørene er Helse Sør-Øst sikret prioritering av vareleveranser. Det må imidlertid defineres hvilke produktkategorier som omhandler beredskapsvarer. Distribusjon av legemidler ivaretas av Sykehusapotekene HF og håndteres utenom flyten av varer via Forsyningssenteret.

Beredskapshensyn for legemiddelforsyning ivaretas av Sykehusapotekene HF gjennom egen virksomhet, leverandøravtaler og grossistavtaler. For øvrig materiell avklares dette ut fra det definerte beredskapsbehov til det enkelte sykehus/helseforetak som tilknytter seg felles forsyningssenter. Det er tidligere gjennomført et eget prosjekt for legemiddelberedskap. Hensikten med prosjektet har vært å gjennomgå, etablere og kvalitetssikre forsyningsberedskapen på legemidler, antidoter, vaksiner og væsker i Helse Sør-Øst. Tiltak og anbefalinger fra dette gjennomføres. Det er også gjennomført et tilsvarende prosjekt på nasjonalt nivå i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. Konklusjonene fra dette arbeidet avventes. Totalt sett vil Helse Sør-Øst RHF vurdere at en gjennom de regionale tiltakene har en tilfredsstillende legemiddelforsyning. Dette området er imidlertid i kontinuerlig utvikling og forbedring ved at en høster erfaringer og at tiltak defineres og følges opp.

Helse Sør-Øst har etablert felles forsyningsstruktur for hele foretaksgruppen gjennom et felles forsyningssenter som forestår lagerhold og logistikk. Denne organiseringen forutsetter at helseforetakene har bestillerkompetanse i egen organisasjon inn mot tjenesteleverandøren samt ressurser og kompetanse til å følge opp tjenesteavtaler og leveranser. Helseforetakenes bestilling overfor tjenesteleverandøren omfatter alle varegrupper og er basert på foretaksvis ROS-analyser. Ut

fra dette er også beredskapsmessige vurderinger når det gjelder utstyr- og annet materiell håndtert i det enkelte helseforetak, med egne planer for hvert sykehus/institusjon.

En positiv konsekvens av felles forsyningscenter (lager) er en generell øket leveranseberedskap for det materiell som inngår i lagerbeholdningene. Dette skyldes at beholdningene er dimensjonert til å dekke leveranser til hele foretaksgruppen og materiell kan derfor raskt og effektivt omdisponeres til enkeltområder eller virksomheter ved en akutt situasjon som krever øket beredskap. Ved hendelse med varslingsstid (jf f.eks. pandemier) kan den betydelige kapasiteten en har gjennom felles logistikk-løsninger benyttes for å bygge opp en ønsket beredskap for å møte eventuelle hendelser. Dette har vist seg tihensiktsmessig i forbindelse med den aktuelle smittesituasjonen.

Helse Sør-Øst RHF vurderer organiseringen innen dette området som tilfredsstillende. Som følge av influensaepidemien i 2009 har ordningene mht. innkjøp, lagerhold og distribusjon av medikamenter og utstyr blitt prøvet i praksis. Det er viktig erfaringene fra denne situasjonen evalueres grundig og at planer evt. endres og tiltak iverksettes. I denne sammenheng vil Helse Sør-Øst også foreta en nærmere vurdering av behov for regionalt lager bl.a. av smittevernutstyr og muligheten for samordning og samarbeid med de øvrige regionale helseforetak.

- *Helse Sør-Øst RHF skal med basis i risiko og sårbarhetsanalyser, gjennomført ved det enkelte helseforetak knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstilte tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.*

Kravet er videreformidlet til helseforetakene.

Det har vært dialog med Helse- og omsorgsdepartementet for å avklare hvordan dette kravet skal forstås – ikke minst på IKT-området, uten at det er gitt klare føringer tilbake. Gjennom Sykehuspartner har det vært lagt planer for å migrere til teknisk infrastruktur med gradvis økt kostnadseffektivitet og robusthet

Det gjøres fortløpende ROS-analyser av It-tjenester for å sikre at tjenestene har nødvendig tilgjengelighet, konfidensialitet og integritet. Nødvendige utbedringer av infrastruktur gjøres fortløpende når dette avdekkes. Helse Sør-Øst RHF vil sikre at disse forhold inngår i den ordinære risikostyringen og etablering av god virksomhetsstyring

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet implementere rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet og bistå direktoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsendelse av helsepersonell til Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE).*

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp punktet gjennom egen bestilling til Oslo universitetssykehus HF som er gitt ansvar i regionen for etablering av helseteam og implementering av rutiner og prosedyrer. Det er stilt økonomisk ressurs til rådighet for å oppfylle oppdraget. Det er rapportert at helseteam er organisert og arbeidet med implementering av prosedyrer og rutiner er i gang. F eks ved Haiti-katastrofen ble teamet forberedt for utrykning. Dette ble ikke aktuelt, men det fungerte som en test av at teamet er operativt.

#### **4. UTDANNING AV HELSEPERSONELL**

- *Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte nåværende og framtidige krav til tjenesten.*

Utdanningsaktiviteten er videreført og utdanningsspørsmål drøftes løpende i samarbeidsorganene.

Helse Sør-Øst RHF opprettet i oktober 2009 et regionalt utdanningsutvalg som arbeider med spørsmål vedrørende utdanning og kompetansebehov. Utvalget er rådgivende organ for administrerende direktør. Utvalgets mandat er blant annet å utvikle tydelige bestillinger mot

utdanningssystemet i tråd med utvikling av behandlingstilbud og organisering. Utvalget er sammensatt slik at det kan ha alle typer grunn- og videreutdanning som er representert i spesialisthelsetjenesten som sitt ansvarsområde. Videre skal utvalget følge opp og gi råd om tilrettelegging og stimulerings tiltak i forhold til eksisterende og nye fagutdanninger innen spesialisthelsetjenesten. En vil ha særlig fokus på rekrutteringssvake fag.

- *De regionale helseforetakene har ansvar for å bidra til at det gjennom effektive utdanningsløp utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister samt god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter. Turnustjenesten for leger skal også omfatte psykisk helsevern.*

Spesialistutdanningen for leger er videreført som lovpålagt oppgave og i samspill med Helsedirektoratet v/sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Det er videre gjennomført en total kartlegging av legestillingene i 2008/2009. Der er det løftet fram problemstillinger både vedrørende legedekning, fordeling mellom helseforetakene relatert til inntektsmodellen og mellom stillingskategorier og spesialiteter. Utredningsarbeidet vil danne grunnlag for videre arbeid i omstillingsprogrammet, fremtidig fordeling av legestillinger og tiltak for å styrke utdanningskapasiteten. Styrking av utdanningskapasiteten i geriatri gjennomføres som eget tiltak. Kapasiteten på turnusstillinger er opprettholdt i tråd med måltall for helseforetakene, og tjeneste i psykisk helsevern er integrert.

- *De regionale helseforetakene skal fra og med 2009 fordele tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus og private opptreningsinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008-2009) kap. 732 post 70. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har oversikt over antall turnusplasser for leger. Turnusordningen for fysioterapeuter administreres av Fylkesmannen i Troms, Hordaland og Oslo og Akershus. Helsedirektoratet skal bistå med informasjon mht fordeling av tilskuddet.*

Dette tilskuddet er innarbeidet i inntektsrammene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Deler av tilskuddet er utbetalt øvrige private aktører som har avtale med det regionale helseforetaket.

- *Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som attraktive læringsarenaer. Hensiktsmessig samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen sikres gjennom god dialog i samarbeidsorganene for universiteter og høyskoler og utarbeidelse av samarbeidsavtaler som legger rammer for utdanningsoppgavene og de tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for å få inn nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av departementets strategier og satsningsområder.*

God dialog i samarbeidsorganet for høyskolene er videreført. Regional fagkonferanse i høgskoleorganets om helsefaglig regi er gjennomført. Ny samarbeidsavtale er undertegnet med høyskolene, denne legger rammen for oppdatering av samarbeidsavtalene mellom høyskolene og helseforetakene.

Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst har tatt initiativ til å utarbeide en egen rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om forskning, undervisning og studentutplassering, samt mal for egne samarbeidsavtaler mellom Universitetet i Oslo og det enkelte helseforetak. Tilsvarende avtaler er fra før utarbeidet mellom universitetssykehusene og Universitetet i Oslo.

- *Helse Sør-Øst RHF skal fordele tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus og private opptreningsinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.*

Tilskuddet er innarbeidet i inntektsrammene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Deler av tilskuddet er utbetalt øvrige private aktører som har avtale med det regionale helseforetaket.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste. Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og*

*turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.*

"Øst-delen" av regionen har under utprøving en web-basert applikasjon for koordinering av praksisplasser for høgskolestudenter. Løsningen forutsettes innført for hele Helse Sør-Øst for skoleåret 2010/2011. Systemet brukes som et felles arbeidsverktøy for det formaliserte nettverkene for praksiskoordinatorer i helseforetak og høgskole. Oversikter og rapporter for antall plasser forutsettes å kunne hentes ut av denne når databasen kommer i full drift. Plasser for turnuskandidater er definert pr. helseforetak/sykehus.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister.*

Helse Sør-Øst RHF har utsatt fordelingen av legekvote for 2008-2009 på grunn av omstillingsprogrammet. Helseforetakene ble ved utgangen av året invitert til å søke stillinger av de gjenstående kvoter, og disse vil bli fordelt i februar 2010 i tråd med gitte nasjonale føringer, hensyntatt de problemstillinger som har fremkommet i den totale kartleggingen og analysen av fordelingen av stillinger relatert til inntektsmodell.

Innenfor psykisk helsevern barn og unge, har Helse Sør-Øst RHF etablert et eget prosjekt for å øke rekrutteringen av leger inn i utdanningsforløp, effektivisere utdanningsforløpene og beholde legespesialistene innen fagområdet. Prosjektet startet i tidligere Helse Sør og er besluttet utvidet til å omfatte hele Helse Sør-Øst. Så langt har prosjektet gitt gode resultat, inkluderingen av "øst-delen" av regionen ble forberedt i 2009 og gjennomføres i 2010.

- *Helse Sør-Øst RHF, skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, sikre at det utdannes minst 10 geriatere årlig. Det bes om en statusrapportering på området i forbindelse med 1. tertial.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene gjennomført en utredning for beregning av behovet og fordeling av ansvaret mellom de regionale helseforetakene. Utredningen konkluderte med at Helse Sør-Øst RHF skal øke utdanningskapasiteten i geriatri med 5 stillinger i 2009. Disse er nå fordelt til helseforetakene etter søknad. Videre er det forespeilet tildeling av ytterligere to stillinger til helseforetak som ikke har hatt utdanningsstillinger i geriatri til nå, men har inne søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon. Disse to stillingene vil evt. bli tildelt fra de generelle kvotene for 2008/2009 som er under fordeling.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at legenes stillingsstruktur til enhver tid er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database ved systematisk og fortløpende å melde inn avvik.*

Det meldes fortløpende om endringer til NR-databasen. I tillegg er det i 2008 gjennomført en total kartlegging av legestillingene i regionen og en egen oppfølging av utdanningsstillinger som var registrert utenfor godkjente utdanningsinstitusjoner.

- *Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.*

Bortsett fra enkelte foretak med spesielle oppgaver (Psykiatrien i Vestfold, Sunnaas og Sykehusapotekene) har alle helseforetakene hatt læreplasser i minst ett eller begge de aktuelle fag i 2009. Fra de private sykehusene rapporterer Lovisenberg om tilsvarende plasser.

Samlet antall læreplasser i Helse Sør-Øst:

Ambulansesarbeiderutdanningen	143
Helsefagarbeiderutdanningen	93

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.*

På forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst bidratt med materiale (prosjektrapporter) i 2009. For øvrig vises det til omtale av etableringen av regionalt utdanningsutvalg

ovenfor. Utvalget vil bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.

## **5. FORSKNING**

### **5.1 Forskning**

- *Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet og i samarbeid med øvrige regionale helseforetak etablere et felles elektronisk rapporteringssystem som gir en oversikt over pågående og gjennomførte kliniske studier i helseforetakene, herunder informasjon om bl.a. type studie, hvor studiet er utført, finansieringskilde(r), samarbeidspartnere, pasientgrunnlag, kost-nytte vurdering, medisinsk fagområde og resultater av studien med sikte på implementering fra 2010. Arbeidet må sees i sammenheng med etablering av et felles nasjonalt forskningsdokumentasjonssystem samt i ny lov om medisinsk og helsefaglig forskning om at de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal føre og offentliggjøre systematiske oversikter over innmeldte og avsluttede forskningsprosjekter.*

En arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene, REK og NIFU STEP er under etablering og det tas sikte på å pilotere registreringsystemet i 2010 med tanke på full implementering fra og med 2011, i tilknytning til det nye nasjonale forskningsdokumentasjonssystemet.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere systemer som sikrer kvalitetssikring (good clinical practice) ved gjennomføring av kliniske studier*

Helse Sør-Øst har etablert "good clinical practice" ordning ved Oslo universitetssykehus HF og vil styrke denne ordningen i forbindelse med etablering av regionale forskningsstøttefunksjoner, finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.

- *Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, innen 1. juni 2009 utarbeide en rapport som synliggjør infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og utprøving av ny teknologi i helseforetakene (utprøvingseenheter, "testbeds", kliniske forskernettverk, støttesystemer mv)*

Helse Sør-Øst RHF har bidratt med informasjon til rapporten om infrastruktur.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere på både resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og bruke e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf. <http://forskningsprosjekter.ihelse.net> samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og videreutvikling av nasjonale målesystemer.*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst følger opp rapporteringen til NIFU STEP og benytter eRapport som rapporteringsstandard. Helse Sør-Øst RHF bidrar i utviklingen av nasjonale målesystemer og i etableringen av nytt nasjonalt informasjonssystem for forskning, der den nye publikasjonsdatabasen NVI (norsk vitenskapsindeks) som omfatter all forskningsproduksjoner, inngår.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for at Kreftregisteret skal bistå Norges forskningsråd i gjennomføringen av evalueringen av mammografiprogrammet, herunder klargjøring av forskningsdatabase innen første kvartal 2009, og bearbeiding/utlevering av data til prosjektene som inngår i mammografievalueringen.*

Dette arbeidet er ivaretatt av Kreftregisteret/Oslo universitetssykehus HF. Den forskningsbaserte evalueringen av mammografiprogrammet blir sannsynligvis forsinket med i overkant av to år. Enkelte små, forholdsvis perifere prosjekter, som angår mammografiprogrammet, men uten bruk av negative funn har imidlertid kunnet gå som forventet.

Bakgrunnen er at hhv. Datatilsynet og Personvernemnda beordret sletting eller anonymisering av mammografiopplysninger i Kreftregisteret som noen av prosjektene i evalueringen er avhengige av, alternativt innhenting av samtykke innen 31.12.2011 for fortsatt lagring. Dette gjelder opplysninger som er eldre enn seks måneder gamle der kvinner med negativt funn ved undersøkelse ikke har gitt



aktivt samtykke til at dataene kan lagres. Vedtaket er grunnet i kreftregisterforskriften og helseregisterloven.

Dette betyr at opplysninger om kvinner med negativt funn ikke kan brukes til forskningsformål eller andre formål før lovlig samtykke fra de aktuelle kvinnene er innhentet. Bare prosjekter i den forskningsbaserte evalueringen av mammografiprogrammet som ikke er avhenging av informasjon om negativt screenede kvinner på individnivå, har derfor kunnet starte opp så langt.

- *Det skal rapporteres på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for Helse Sør-Øst RHF (beregnet av NIFU STEP).*

Dette gjøres av alle helseforetakene som ledd i NIFU STEPs årlige kartlegging av forskningsproduksjon i spesialisthelsetjenesten.

- *Det skal rapporteres på årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Sør-Øst RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).*

Dette rapporteres av alle helseforetakene årlig til NIFU STEP i forbindelse med det den nasjonale kartlegging av ressursbruk til forskning. I 2009 ble det i tillegg etablert et internt opplegg for tertialvis rapportering av ressursbruk til forskning ved alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

- *Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i Helse Sør-Øst RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre skal rapporteres i årlig melding. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>*

Pågående forskningsprosjekter finansiert av regionale midler (n=368)

Andel (%) av prosjekter tilhørende utvalgte områder:

Kvinnehelse	3
KOLS	1
Diabetes	2
Rehabilitering / habilitering	6
Kreft	14
Psykisk helse	8
Opptrappingsplanen for rusfeltet	1

I tillegg finansieres en rekke forskningsprosjekter av eksterne forskningsmidler og av midler med utgangspunkt i driftsbudsjettet på det enkelte helseforetak

- *Det skal rapporteres på antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.*

Avventer tilbakemelding fra Forskningsrådet. Disse forventes levert i løpet av uke 8 (22-26.2)

## 5.2 Innovasjon

- *Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene. Det er behov for å benytte et bredere sett av indikatorer for å synliggjøre innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.*

Helseforetakene har et bredt samarbeid med bedrifter for å utvikle nye og bedre produkter, bedring av tjenestetilbudet og behandlingsmetoder. Gjennom ordningen med Forsknings- og utviklingskontrakter i Innovasjon Norge finansieres de fleste samarbeidsprosjekter med næringslivet.

- *Helse- og omsorgsdepartementet, har sammen med Nærings- og handelsdepartementet iverksatt en 5-årig satsing (2007-2011) på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, med*

særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Sentrale aktører i satsingen er de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, InnoMed, Norges forskningsråd, universiteter, høyskoler og Innovasjon Norge. Det er i 2008 etablert en samarbeidsavtale mellom aktørene for gjennomføring av satsingen. Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen best mulig, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. I St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge er det foreslått å forlenge satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.

Helse Sør-Øst RHF er aktiv i InnoMed som får fram en serie av forprosjekter til FoU-kontrakter. Helse Sør-Øst har 2009 satt i gang arbeid for å samordne innovasjonsaktiviteten med Universitetet i Oslo, bl.a. mulig fusjon mellom innovasjonsselskapene i Helse Sør-Øst (Medinnova AS) og i Universitetet i Oslo (Birkeland Innovasjon AS). Det er i gang arbeid for å konkretisere samarbeidet med de øvrige regionale helseforetakene, Innovasjon Norge og Norges Forskningsråd innen innovasjon.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsning på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.*

De forprosjektene som er finansiert gjennom InnoMed og Innovasjon Norge, blir fulgt opp gjennom samarbeidsprosjekter mellom de enkelte helseforetak og bedrifter gjennom OFU-kontrakter. Helse Sør-Øst RHF har også ledet en nordisk gruppe i regi av Nordisk Ministerråd for å etablere et nordisk prosjekt om Sunnhedsvesenet og entreprenørskap. Prosjektforslaget er nå til behandling i Nordisk Ministerråd.

- *Det skal rapporteres på følgende i årlig melding:*
  - *Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge*
  - *Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter*
  - *Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)*
  - *Antall registrerte patenter*
  - *Antall lisensavtaler*
  - *Antall bedriftsetableringer*

Rapporteringen på innovasjon er fortsatt sannsynligvis noe ufullstendig. Samlet sett er innsatsen på innovasjon høy til tross for stramme økonomiske rammevilkår. Sammenliknet med de øvrige regionale helseforetak har Helse Sør- Øst naturlig nok en dominerende posisjon, f. eks. målt i antall OFU- prosjekter med Innovasjon Norge. Iverksettingen av Medinnova som kommersialiseringsaktør er gjennomført. I tillegg har det blitt arbeidet for å samordne kommersialiseringsenheten til Universitetet i Oslo (Birkeland Innovasjon AS) med Medinnova. Denne sammenslåingen vil kunne gi den største og mest kraftfulle TTOen i Norge.

Tall fra innovasjonsaktivitet i Helse Sør-Øst 2009:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst har deltatt i 10 OFU-prosjekter
- 32 FORNY prosjekter ble i gang
- 64 oppfinnelser (DOFI) ble registrert
- 8 patentsøknader ble innlevert
- 5 lisensavtaler ble inngått
- 2 bedriftsetableringer ble realisert

- *Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide rutiner som gjør det mulig i større grad identifisere mulig innovasjonspotensial i forsknings- og utviklingsprosjekter for å utnytte den samlede forsknings- og utviklingsinnsatsen best mulig.*

Det er foretatt gjennomgang av innovasjonspotensialet i de forskningsprosjekter som har fått regional forskningsfinansiering. Det er igangsatt samarbeid med de andre regionale helseforetakene om å

forbedre det elektroniske system for registrering av innovasjonspotensialet i forskningsprosjektene der det søkes regionale forskningsmidler. Innovasjonspotensialet følges opp av Medinnova, som er Helse Sør-Østs innovasjonsselskap med regional rammeavtale, slik at alle helseforetak i regionen betjenes. I tillegg vil Medinnova vurdere innovasjonsprosjekter som søker regional støtte, i forbindelse med utlysning av inntil 10 millioner kroner til regional innovasjonsstøtte.

## 6. Pasientopplæring

- *Pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan ivaretas i lærings- og mestringssentre eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten.*

Alle helseforetak og sykehus med avtale (med unntak av Betanien Hospital) har lærings- og mestringssentre. I tillegg angis at det gjennomføres ulike "skoler" i sykehusavdelingene.

- *Det er en målsetting at brukerne trekkes inn i arbeidet med opplæring av pasienter og pårørende.*

Brukermedvirkning er sentral i alle LMS og brukere bidrar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudene. Regionalt nettverkskompetansesenter for læring og mestring arbeider særlig aktivt for å utvikle metodikk for medvirkning, jf. også Helsedialogprogrammet hvor medvirkning og læring og mestring er sentralt.

- *Helse Sør-Øst RHF skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder kronikere og pasienter med funksjonsnedsettelse.*

Intern rapportering viser at helseforetakene samlet har om lag 25 prosent økning i antall kursdeltagere, kodet som inntektsgivende (A99), sammenlignet med 2008. I 2009 ble det avholdt i alt 998 kurs med til sammen 11 383 kursdeltagere Aktivitet og hvilke målgrupper som får tilbud innen hvert helseforetak varierer og er i stor grad etablert som følge av lokale initiativ. Det er angitt i budsjettsak til styret for 2010 at det i 2010 skal utarbeides en plan for læring og mestring/pasientopplæring.

## 7. Helsedirektoratets rolle

- *Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2009 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.*

Helse Sør-Øst RHF bidrar i de planprosesser vi inviteres inn i. Ut over det oppnevnes fagpersonell fra helseforetak til oppgaver ledet fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet møter jevnlig i møte mellom de fire administrerende direktører og i fagdirektørmøtet for de regionale helseforetakene.

## 8. Oppfølging og rapportering

- *Rapportering gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse i forhold til helsepolitiske mål.*

Dette er ivare tatt. Det vises videre til den samlede redegjørelse i dette dokumentet hvor også resultater og måloppnåelse dokumenteres.

- *Det fremgår av vedlegg 1 hvilke styringsvariabler, indikatorer og måltall som skal rapporteres henholdsvis tertialvis og i årlig melding.*

Dette er fulgt opp gjennom rapporteringene.

- *Styringsvariablene skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til*

rapporteringsmal vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2009. Mål departementet setter for styringsvariablene fremkommer av vedlegg 1. Helse Sør-Øst RHF skal i tertialrapporteringen kommentere utviklingen særskilt dersom utviklingen er avvikende i forhold til styringskrav.

#### Sammendrag:

Andel epikriser sendt ut innen 7 dager har vært økende innen alle tjenesteområdene, og ligger i 3. tertial 2009 i området 74 -77 prosent, men fremdeles litt unna målet på 80 prosent.

Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert i 2009 sammenlignet med 2008. Tallene per 3. tertial 2009 er 13 prosent for somatikk, 11 prosent for psykisk helsevern og 6 prosent for rusbehandling (TSB). Resultatene er ikke tilfredsstillende, men må ses i lys av økt antall nyhenvisninger i 2009 og litt økte ventetider på noen områder. Det er indikasjon på at det ikke har vært samsvar mellom behov og behandlingsskapasitet på alle områder som vil bli fulgt opp gjennom året. Helse Sør-Øst vil følge utviklingen med fristbrudd nøye i 2010.

Andel sykehusinfeksjoner (prevalens) viser 5,2 prosent ved siste måling våren 2009, mot 5,8 prosent i samme periode i 2008. Resultatene er nær målet på 5 prosent eller lavere.

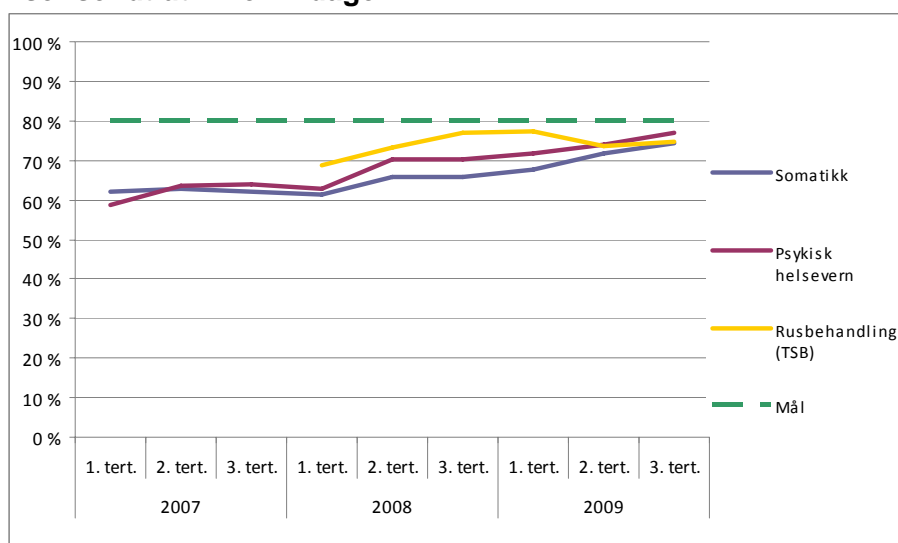
Andel tvangsinnleggelseser er omtrent på samme nivå som i 2008 og i området 16-19 prosent. Det er en klar målsetning å kvalitetssikre og redusere antall tvangsinnleggelseser. Hva som vil være optimalt andel tvangsinnleggelseser er ikke kjent, men det antas at andelen kan reduseres ytterligere fra dagens nivå.

Andel tildelt individuell plan (IP) for gruppene barnehabilitering, schizofreni voksne og ADHD barn og unge er hhv. 44 prosent, 40 prosent og 15 prosent i 3. tertial 2009. Det er en moderat økning fra samme periode i 2008. Det antas at det er potensial for ytterligere økning av andel som tildeles IP, men hva som er optimal andel er ikke kjent.

Andel reinnleggelseser i akuttavdelinger psykisk helsevern for voksne har i 2009 ligget i området 17-21 prosent. Det er en liten økning fra 2008. Vi har ingen umiddelbar forklaring på denne økningen.

Andel strykning av planlagte operasjoner har i 2009 er redusert fra 7,1 prosent i første tertial til 6,8 prosent i 3. tertial. Det er på samme nivå som i 3. tertial 2008. Det er fremdeles et stykke unna målet på 5 prosent eller færre strykninger. Høyt aktivitetspress ved operasjonsavdelingene er medvirkende her. Det er fremdeles en klar målsetning å redusere andel strykninger av planlagte operasjoner ytterligere.

### Andel epikriser sendt ut innen 7 dager



Figur 1 Andel epikriser sendt ut innen 7 dager

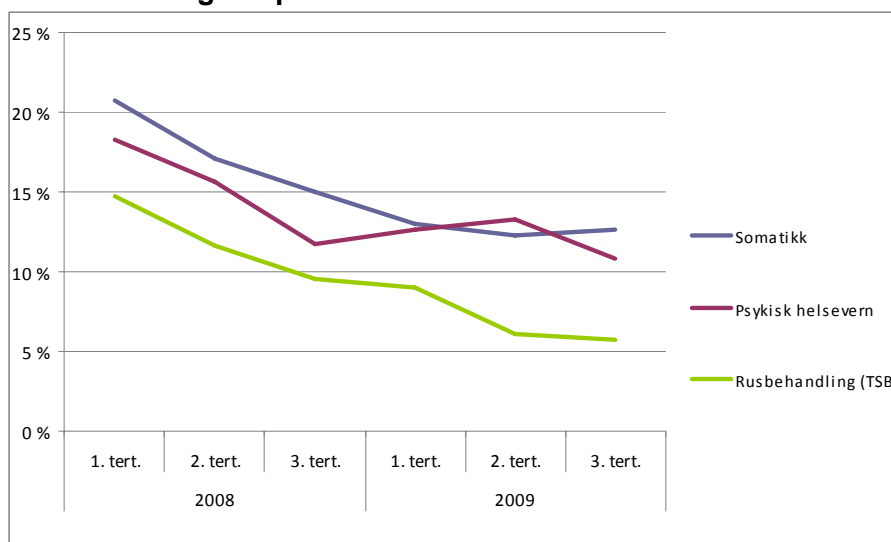
Det regionale gjennomsnittet for andel epikriser sendt ut innen 7 dager har aldri ligget så høyt som

ved utgangen av 2009. Andelen har økt innen alle tjenesteområdene, og ligger i 3. tertial 2009 i området 74 -77 prosent, altså fremdeles litt unna målet på 80 prosent.

Psykisk helsevern ligger best an med 77 prosent i 3. tertial 2009 og kan også vise til en jevn og god stigning i 2009. Både for somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen for Helse Sør-Øst 75 prosent i 3. tertial 2009.

Det er fortsatt en del variasjoner i resultatene mellom helseforetakene, men mindre enn før. Flere helseforetak/sykehus har også nådd målet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager. Innen somatikk gjelder det 5 helseforetak/sykehus per 3. tertial. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har 4 nådd målet og for psykisk helsevern 2.

### Andel fristbrudd for rettighetspasienter

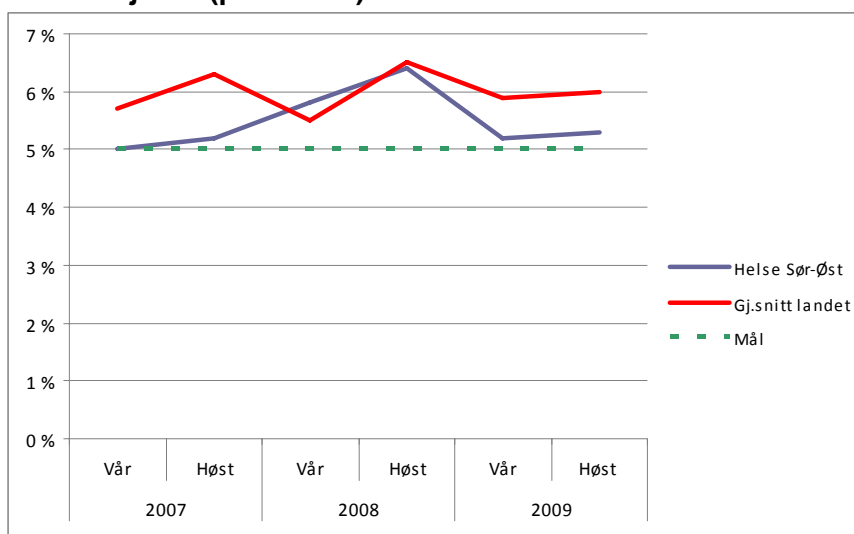


Figur 2 Andel fristbrudd for rettighetspasienter

Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert i 2009 sammenlignet med 2008. Tallene per 3. tertial 2009 er 13 prosent for somatikk, 11 prosent for psykisk helsevern og 6 prosent for rusbehandling (TSB). Bak fristbruddsandelene skjuler det seg et høyt antall fristbrudd, spesielt innen somatikk der aktiviteten er størst, og resultatene er ikke tilfredsstillende. Reduksjonen i fristbruddsandelere må ses i sammenheng med innføringen av prioriteringsveilederne, som har gitt bedre og mer enhetlig fastsetting av frister for definerte tilstander. Det er også mulig at helseforetakene/sykehusene har blitt flinkere til å passe på når en behandlingsfrist nærmer seg, slik at pasienter får avtale om helsehjelp innen det oppstår fristbrudd.

De siste årene har vi sammenlignet fristbrudd innmeldt fra foretakene med hvor mange pasienter som melder sine fristbrudd til Helfo. Sammenligningene med Helfo-tall viser at det fortsatt er en svært liten del av alle fristbruddspasienter som melder sitt fristbrudd til Helfo, og at denne andelen for Helse Sør-Øst har holdt seg ganske stabilt rundt 1,5 prosent. De siste årene har det også vært en økning i antall nyhenvisninger, mest uttalt for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Andelen av nyhenviste pasienter som defineres som rettighetspasienter og dermed får en frist, har holdt seg ganske stabil innen hvert av tjenesteområdene. Samtidig er det indikasjon på at det noen fagområder ikke er samsvar mellom behov og behandlingsskapasitet, og Helse Sør-Øst vil følge utviklingen med fristbrudd nøye i 2010, både ute i foretaksgruppen og på regionalt nivå.

### Andel sykehusinfeksjoner (prevalens)



Figur 3 Prevalens av sykehusinfeksjoner (endags-undersøkelse) – målt ved Folkehelseinstituttets halvårlege, nasjonale undersøkelser.

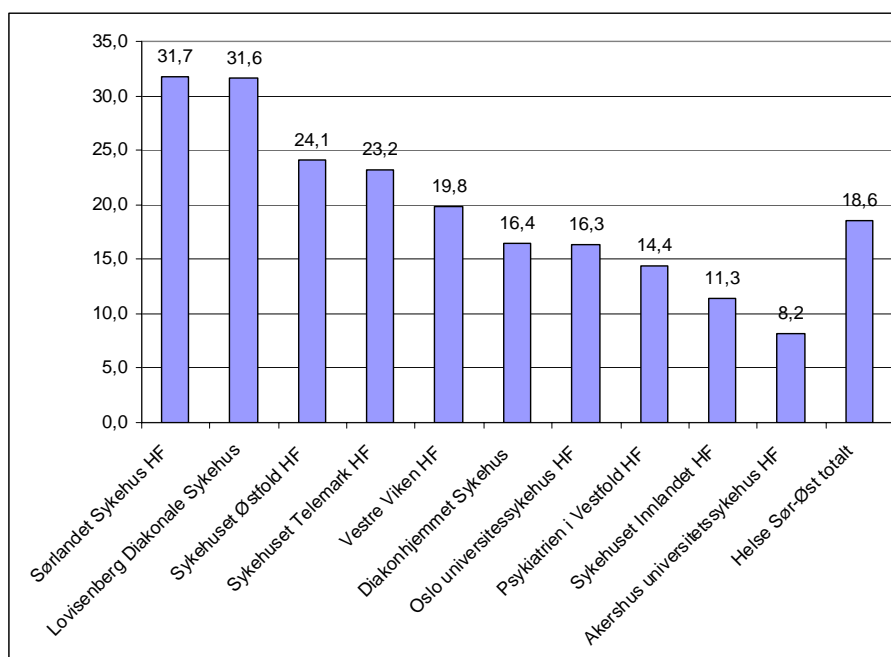
Andel sykehusinfeksjoner (punktprevalens) blant innlagte sykehuspasienter viser 5,2 prosent ved siste måling våren 2009, mot 5,8 prosent i samme periode i 2008. Resultatene er nær målet på 5 prosent eller lavere. Også sammenlignet med de andre regionene har utviklingen i 2009 vært meget positiv for Helse Sør-Øst.

### Bruk av tvang i psykisk helsevern



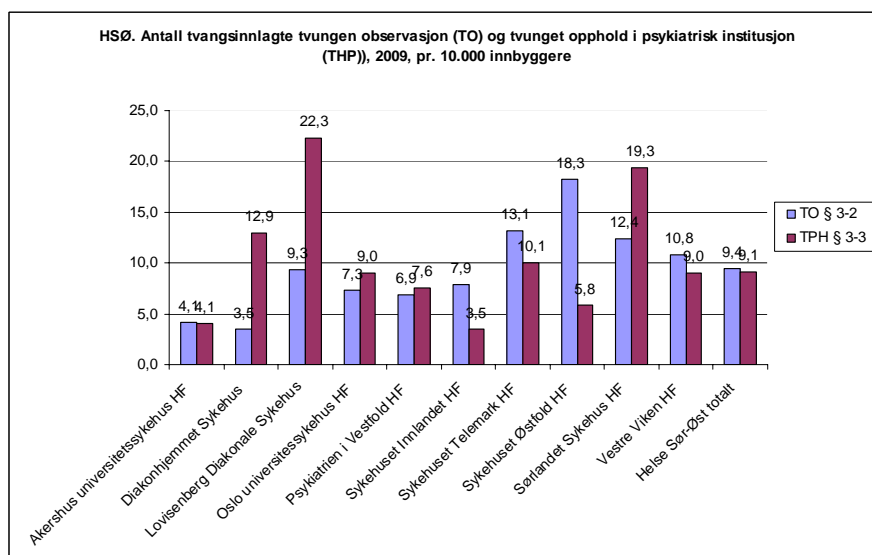
Figur 4 Andel tvangsinnlagte totalt (sum tvungen observasjon og tvunget opphold i psykiatrisk institusjon) av alle innleggelse i VOP

Registreringen omfatter total andel tvangsinnlagte (sum innlagte til observasjon og innlagte til tvunget opphold i psykisk helsevern). Andelen tvangsinnleggelse har holdt seg omtrent på samme nivåer (16-19 prosent) som i 2008, men økningen utover året gir grunn til bekymring. Det er en klar målsetning å kvalitetssikre og redusere antall tvangsinnleggelse. Den optimale andelen er ikke kjent, men det er et mål å redusere andelen fra dagens nivå.



Figur 5 Antall tvangsinnlagte i 2009 pr. 10.000 innbyggere, for hvert helseforetak/sykehus og Helse Sør-Øst. Omfatter sum tvungen observasjon (TO) og tvunget opphold i psykiatrisk institusjon (THP), for pasienter og innbyggere 18 år og over.

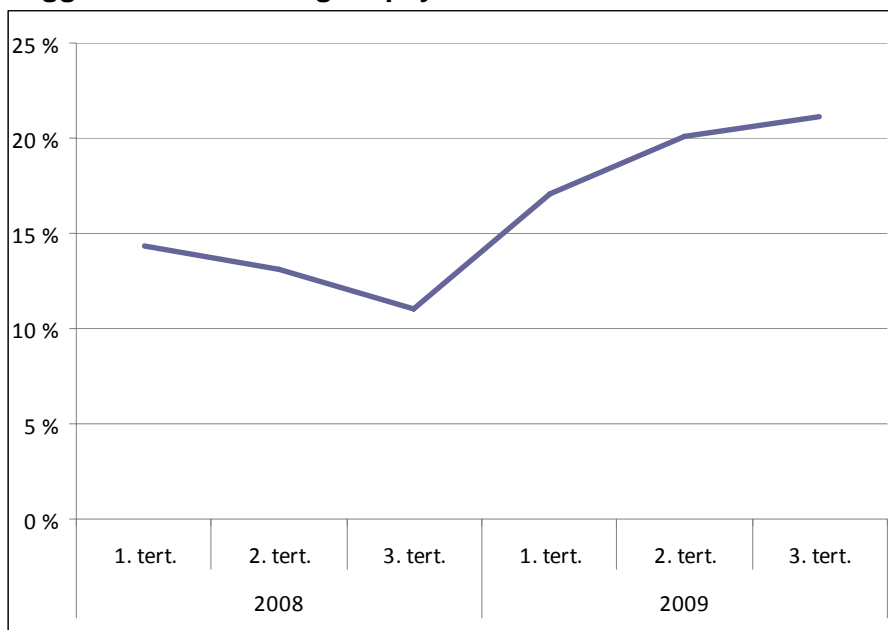
Andelen tvangsopphold varierer mellom sykehus og helseforetak. Dette kan dels tilskrives organisering av tvangsomsorgen, ved at tvangsopphold er lokalisert til et varierende antall akuttavdelinger, men det er også kjent at det er variasjoner mellom geografiske områder når det gjelder tvangsopphold. Figur 5 gir et bilde av variasjonen innen Helse Sør-Øst, ved at den relaterer tvangsopphold til geografiske områder og befolkningsgrunnet i helseforetakenes opptaksområder. Framstillingen viser uforklarlig store forskjeller, og slike rater for bruk av tvang i ulike sykehusområder vil bli brukt i oppfølgingen.



Figur 4 Antall tvangsinnlagte i 2009 pr. 10.000 innbyggere, for hvert helseforetak/sykehus og Helse Sør-Øst, her fordelt på tvungen observasjon (TO) og tvunget opphold i psykiatrisk institusjon (THP)), for pasienter og innbyggere 18 år og over.

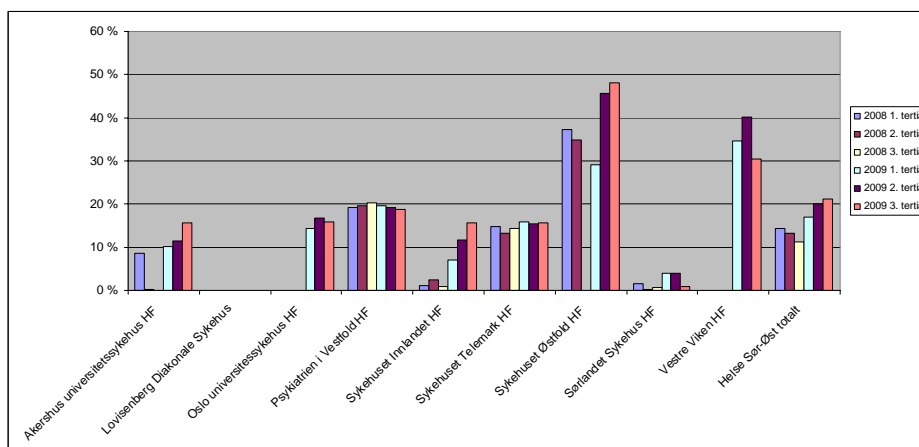
Figur 6 gir et enda mer spesifisert bilde, ved at ratene for tvangsbruk er fordelt på hhv. tvungen observasjon og tvunget opphold. Figuren viser svært ulike profiler for de fire helseforetakene som har den høyeste andelen tvangsinnleggelse i regionen, og understreker at slike funn bør gi de ansvarlige grunnlag for refleksjon og læring.

## Andel reinnleggelser innen 30 dager i psykisk helsevern for voksne



Figur 7 Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdeling innen 30 dager – psykisk helsevern for voksne

Andelen reinnleggelser i akuttavdelinger psykisk helsevern for voksne har i 2009 ligget i området 17-21 prosent. Som figur 7 viser, er dette en ganske markert økning fra 2008, uten at vi kan gi noen umiddelbar og god forklaring på økningen. Endret registreringspraksis gjør det usikkert om det har vært en reell økning og hvor stor. Men antallet ikke planlagte reinnleggelser kan reduseres ved at en sikrer seg at pasientene er reelt utskrivningsklare, at utskrivningen og tilbakeføringen til hjemkommunen er godt planlagt og tilrettelagt med god oppfølging etter utskrivning.

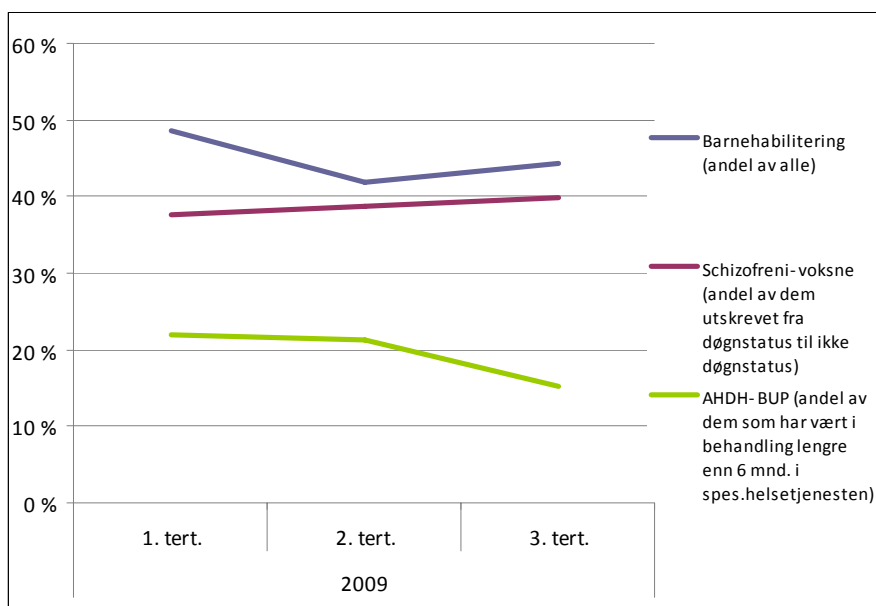


Figur 5 Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdeling innen 30 dager – psykisk helsevern for voksne

Det mangler tall for Lovisenberg Diakonale Sykehus, men figur 8 viser at det er veldig store forskjeller mellom sykehusene. Helse Sør-Øst RHF vil følge helseforetak og sykehus med spesielt høye andeler, og sikre at de analyserer egne resultater og mulige årsaker, for å finne fram til tiltak for å redusere antall reinnleggelser.

## Andel tildelt individuell plan (IP)

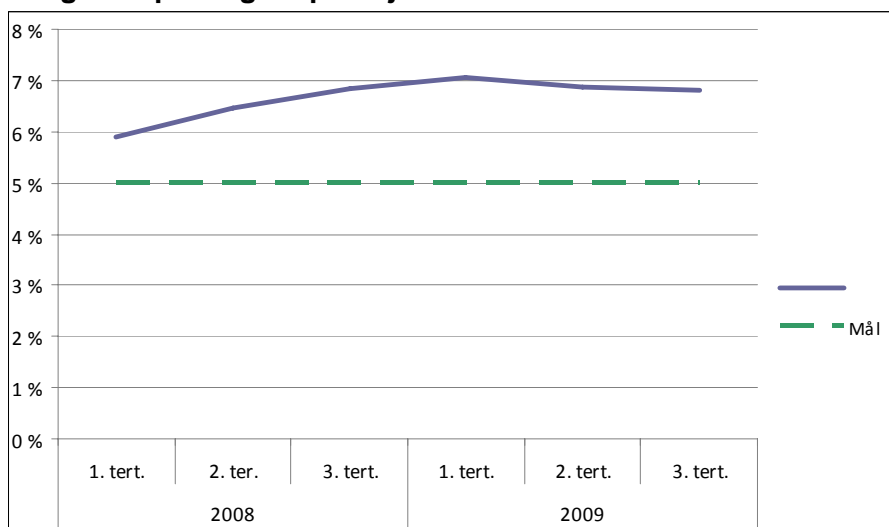




Figur 9 Andel med individuell plan – barnehabilitering, schizofreni voksne og ADHD barn

Andel tildelt individuell plan (IP) for gruppene barnehabilitering, schizofreni voksne og ADHD barn og unge er hhv. 44 prosent, 40 prosent og 15 prosent i 3. tertial 2009. Det er en moderat økning fra samme periode i 2008, men utviklingen har ikke vært i tråd med satsingen på IP. For disse sårbare gruppene bør det være et klart potensial for ytterligere økning av andelene som tildeles IP, uten at en kjenner nivåene for optimal andel.

### Andel strykninger av planlagte operasjoner



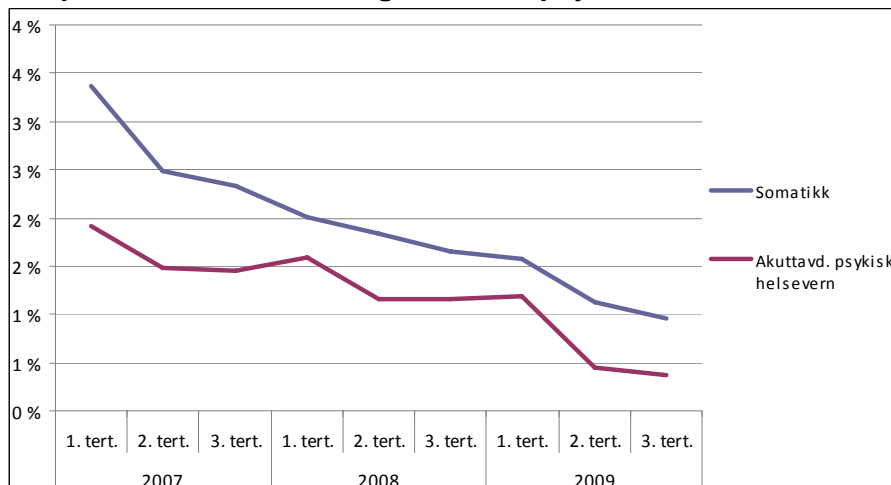
Figur 6 Andel strykninger av planlagte operasjoner

Andel strykninger av planlagte operasjoner er redusert fra 7,1 prosent i første tertial til 6,8 prosent i 3. tertial 2009. Det er på samme nivå som i 3. tertial 2008, men figur 10 viser at gjennomsnittsandelen har vært høyere i 2009, og den ligger fremdeles langt over målet på 5 prosent eller færre strykninger. Per 3. tertial 2009 varierer andelen strykninger mellom sykehusene fra under 4 prosent til oppimot 12 prosent. Forskjeller i andelene akutt og elektiv kirurgi, samt svært varierende andel dagkirurgi kan være medvirkende, sammen med et høyt aktivitetspress ved operasjonsavdelingene.

Strykning av planlagte operasjoner gir mye negativ oppmerksomhet med forståelig kritikk fra pasienter og pårørende. Helse Sør-Øst RHF har en klar målsetning å redusere andelen strykninger av planlagte operasjoner. Indikatoren er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ

virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Målet er å unngå strykninger, som ikke har sin årsak i forhold vedrørende pasientens egen helsetilstand. Bedre skille mellom elektiv og akutt kirurgisk virksomhet har vist seg viktig for å nå måltallet for andelen strykninger, og noen sykehus har hatt suksess med å ringe (dag)kirurgiske pasienter dagen før elektive operasjoner.

### Andel korridorpasienter – somatikk og akuttavd. psykisk helsevern

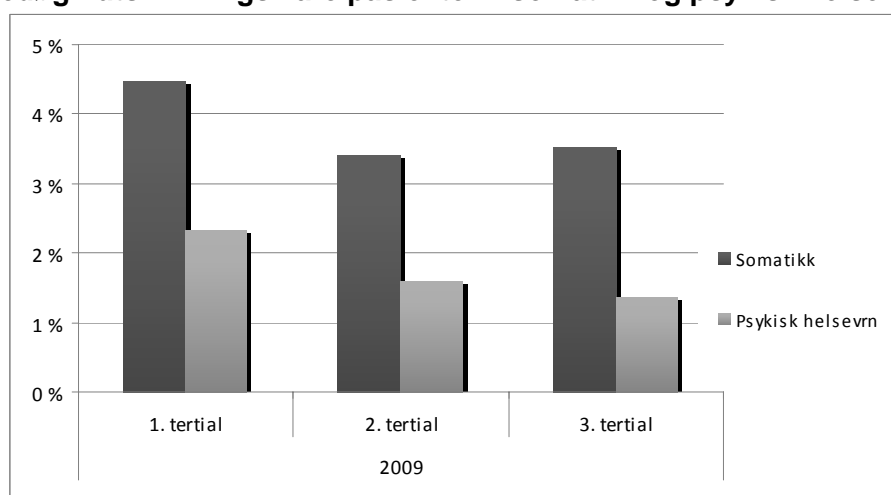


Figur 7 Andel korridorpasienter – somatikk og akuttavdeling psykisk helsevern

Andelen korridorpasienter har i 2009 fortsatt å synke, til 0,4 prosent innen psykisk helsevern og 1 prosent innen somatikk per 3. tertial. Innen somatikk er det store variasjoner, med 3 helseforetak/sykehus som har om lag 1,7 prosent korridorpasienter, mens 4 har 0,6 prosent eller færre korridorpasienter.

Også innen psykisk helsevern har det vært en betydelig bedring, og 4 helseforetak har ikke hatt korridorpasienter i 2009. Akershus universitetssykehus HF har i flere år slitt med høy andel korridorpasienter, men situasjonen har bedret seg. Med 3,2 prosent korridorpasienter per 3. tertial 2009 ligger de ennå klart høyest, men med fortsatt positiv utvikling kan et null-nivå være realistisk i 2010.

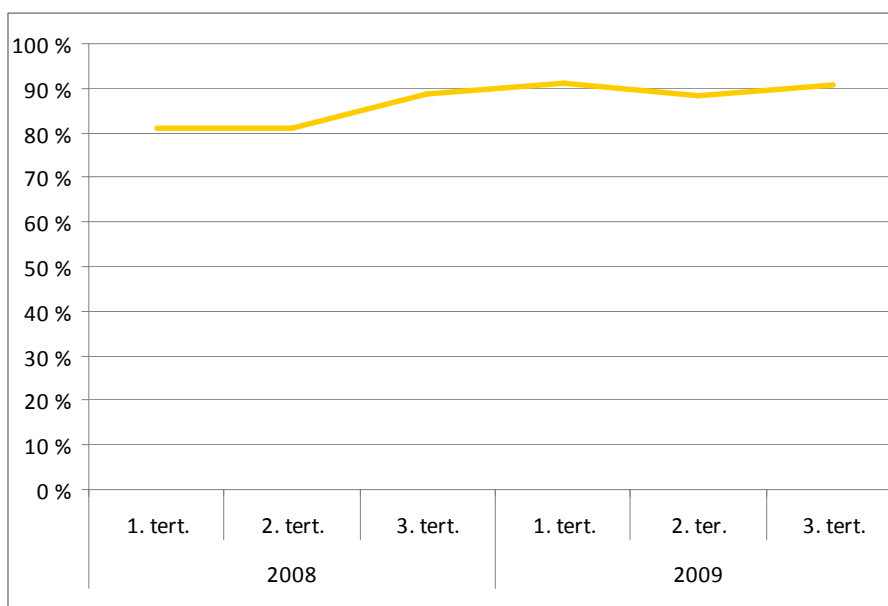
### Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – somatikk og psykisk helsevern



Figur 8 Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – somatikk og psykisk helsevern

Andelene for utskrivningsklare pasienter i somatikk og psykisk helsevern viser nedgang i 2009. Innen somatikk er det spesielt de to private avtalesykehusene i Oslo som trekker tallet opp, men for Diakonhjemmet Sykehus har utviklingen vært svært positiv i 2009. Også for psykisk helsevern er det Oslo-sykehusene som sliter mest med å få utskrivningsklare pasienter overført til annet omsorgsnivå.

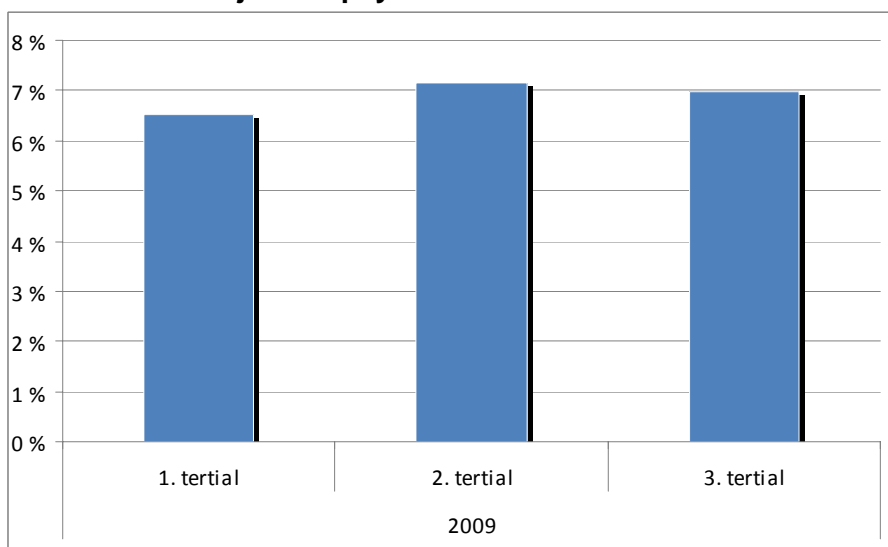
### Andel BUP-henvisninger vurdert innen 10 dager



Figur 9 Andel BUP-henvisninger vurdert innen 10 dager

Andel henvisninger til BUP som blir vurdert innen 10 dager har for hele foretaksgruppen ligget stabilt på omlag 90 prosent i 2009, med pen økning fra 2008. Tre helseforetak har andeler over 95 prosent, mens to ligger lavere enn 85 prosent.

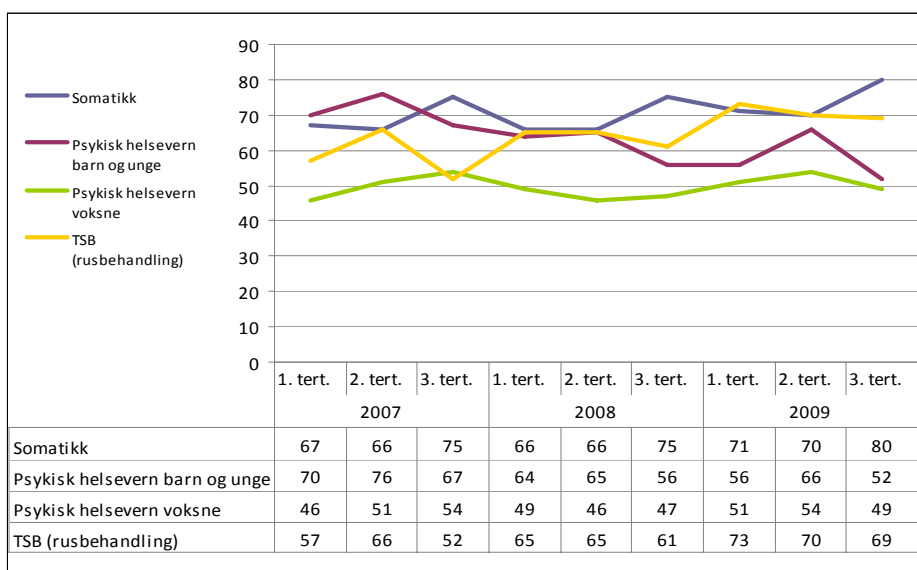
### Andel ambulante konsultasjoner – psykisk helsevern voksne



Figur 10 Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne

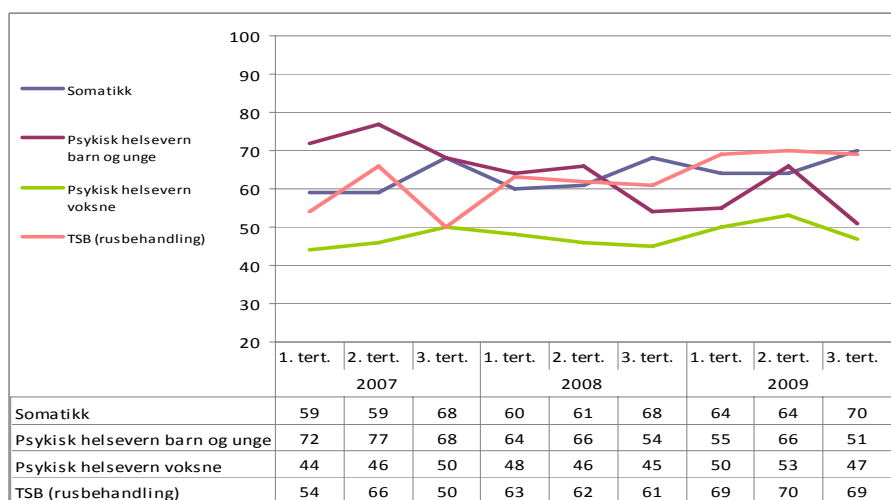
Andelen ambulante konsultasjoner av alle konsultasjoner innen psykisk helsevern voksne er en ny regional indikator. Helse Sør-Øst RHF ønsket å måle andelen som indikasjon på omfanget av ambulant virksomhet. Indikatoren er presist definert, men vi har så langt liten erfaring med å vurdere resultatene. Andelen har vært stabil gjennom 2009, men med store variasjoner mellom helseforetakene. Tre helseforetak har 2 prosent eller færre ambulante konsultasjoner, mens Sykehuset Østfold har 30 prosent ambulante konsultasjoner, pr. 3. tertial. Så langt kan vi ikke si om dette indikerer reelle forskjeller eller om det avspeiler ulik registrering.

### Ventetidsutvikling



Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter – alle pasienter (med og uten rett)

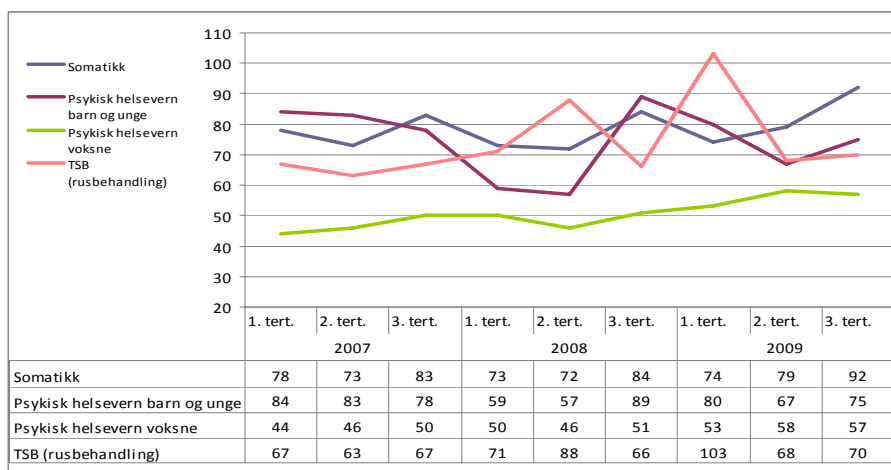
Helse Sør-Øst RHF har fulgt ventetidene nøye, og sammenholdt utviklingen av ventetidene med utviklingen av antallet nyhenviste og ventende. Figur 16 viser ventetidsutviklingen for alle pasienter samlet, dvs. både pasienter med og uten rett til helsehjelp. Den indikerer at det særlig er somatikk og rusbehandling som har hatt økende ventetider, mens ventetidene for psykisk helsevern barn og ungdom er redusert.



Figur 12 Gjennomsnittlig ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

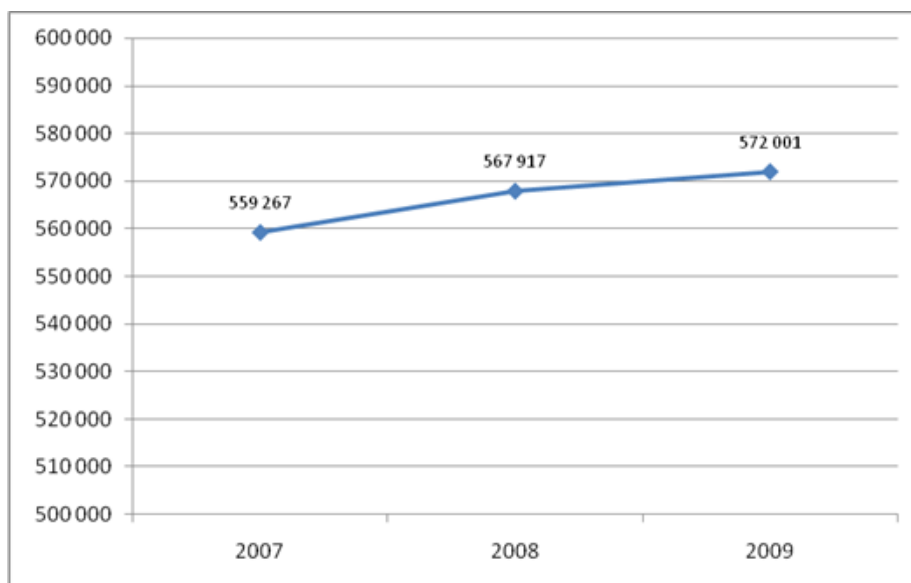
De siste årene har det vært økende fokus på ventetidene for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Sammenlignet med forrige årsskifte er ventetid for rettighetspasienter redusert med 3 dager (fra 54 til 51 dager) innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP). For voksenpsykiatri er det en moderat økning på 2 dager (fra 45 til 47 dager). Også innen somatikk har det vært en økning på 2 dager (fra 68 til 70 dager), mens rusbehandling (TSB) har hatt den største økningen. I 2008 var ventetiden i overkant av 60 dager, mens den ved siste årsskifte hadde økt til 69 dager. Det var en betydelig økning i henvisninger til rusbehandling mot slutten av 2008 og i første halvdel av 2009. Helse Sør-Øst RHF styrket derfor innsatsen på dette området bl.a. ved kjøp av flere rusplasser ved private institusjoner. Totalt var aktivitetsøkningen for TSB i 2009 mer enn 6 prosent, som var målet for året. Denne styrkingen har stabilisert ventetiden for rusbehandling, men foreløpig ikke gitt den ønskede reduksjonen av ventetider.

Det må også bemerkes at det har vært en økning i henvisninger til somatiske tjenester i 2009, og vi regner med at dette har medvirket til økte ventetider.



Figur 13 Gjennomsnittlig ventetid (dager) ordinært avviklede pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp

Figur 17 viser at ventetidsutviklingen for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp peker tydeligst oppover for somatiske pasienter. Innen somatikk er det også en klart lavere andel pasienter som blir definert som rettighetspasienter. Det betyr at det er mange pasienter i kategorien uten rett, og de venter stadig lengre på behandling. Samtidig har altså ventetiden for rettighetspasientene også økt innen somatikk i 2009, og samlet gir dette indikasjoner på økende kapasitetsproblemer innen mange somatiske fagområder.



Figur 18 Antall nyhenvisninger somatikk - 2007-2009

Figur 18 kan gi støtte til at det kan være begynnende tegn til utilstrekkelig kapasitet i somatikk, spesielt dersom antall nyhenvisninger fortsetter å øke. Figuren viser at det i 2009 var en økning på mer enn 8000 nyhenvisninger sammenlignet med 2007 og i 2009 var det en økning på i overkant av 4000 nyhenvisninger sammenlignet med 2008. Total økning fra 2007 til 2009 var på 2,3 prosent.

- Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker data fra Norsk pasientregister (NPR). De regionale helseforetakene kan bruke NPR-data fra foregående tertial når det rapporteres på styringsvariabler fra avsnitt 3.2 og utover i dokumentet. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklareheter rundt enkelte styringsvariabler, indikatorer og måltall.

Helse Sør-Øst RHF bruker kun data fra Norsk pasientregister (NPR) der disse er tilgjengelige. Disse blir supplert med data fra den interne rapporteringen i foretaksgruppen på noen områder, bl.a. andel fristbrudd fordi NPR-data per i dag på noen områder (somatikk og psykisk helsevern for voksne) kun omfatter et lite utvalg av helseforetakene/sykehusene (de som har fått godkjent NPR-melding). Helse

Sør Øst RHF bruker her egne data som rapporteres månedlig fra helseforetakene – datamaterialet her er tilnærmet komplett.

- *For nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal Helse Sør-Øst RHF rapportere til Helsedirektoratet.*

14 av 16 nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser ligger i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF er i tett dialog med Helsedirektoratet om utvikling av disse tjenestene.

Årsrapporter er oversendt Helsedirektoratet og drøftet i kontaktmøter.

- *I årlig melding skal det rapporteres på hvordan det regionale helseforetaket har fulgt opp tiltak, styringsvariabler, måltall og indikatorer i oppdragsdokumentet for 2009. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt.*

Det er ivaretatt. Det vises til den samlede redegjørelse i kapittel 2.

- *Det vises til vedlegg for rapporteringspunkter, frekvenser og skjemaer som gjelder for resultatkrav satt i dette dokumentet. Tertialrapporter skal forelegges styret i det regionale helseforetaket til behandling på samme måte som økonomirapporteringen til departementet. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 1. mars.*

Det er ivaretatt.

- *Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra styringskrav i oppdragsdokumentet meldes til departementet når slike avvik blir kjent.*

Det er ivaretatt og fulgt opp. Det vises også til den fortløpende dialogen mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet, hvor avvik og nødvendig oppfølging drøftes.

- *Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at det regionale brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den.*

Det er ivaretatt. Årlig melding er utarbeidet i samarbeid med bl.a. brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. Det vises til nærmere omtale i kapittel 2.6.1.

- *Helse Sør-Øst RHF skal komme med innspill til statsbudsjett for 2011 innen 15. desember.*

Det er ivaretatt. Det vises til brev av 16.12.09 og kapittel 4 i dette dokumentet.

## **Tilleggsdokument datert 25.03.09 til oppdragsdokument 2009**

- *Stortinget vedtok ved behandlingen av St. prp. nr. 37 (2008-2009) Om endringer i statsbudsjettet 2009 med tiltak for arbeid å bevilge til sammen 1 mrd. kroner til oppgradering og vedlikehold av eksisterende sykehusbygg under kap. 732, postene 72-75. Midlene skal gå til tiltak som har høy sysselsettingseffekt, god geografisk spredning og kunne igangsettes raskt.*

*Helse Sør-Øst RHF tildeles med dette en bevilgning på 540 mill. kroner. Bevilgningen gis som et engangstilskudd i 2009 på kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF. Tilrådingen fra Helse Sør-Øst RHF virker godt begrunnet, og jeg legger i det alt vesentlige denne til grunn. Etter samlet vurdering vil jeg at Helse Sør-Øst RHF skal omfordele 35 mill. kroner fra Oslo universitetssykehus HF, hvor 20 mill. kroner skal nyttes til tiltak i Sykehuset Innlandet HF, 10 mill. kroner til Sykehuset Telemark HF og 5 mill. kroner til sykehuset Vestfold HF til allerede identifiserte tiltak i tråd med de kriterier som er lagt til grunn.*

Tilskuddet, 540 millioner kroner, er fordelt i henhold til kriteriene gitt i tildelingen. Forbruket har vært fulgt regelmessig, og det er tilfredsstillende framdrift. Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset

Innlandet HF som begge har litt lavere framdrift enn flertallet, blir fulgt tett opp. Tildelingene deres utgjør nesten 50 prosent av totalen. Totalt er framdriften pr. desember omtrent 61 prosent (tilsvarende 331 millioner kroner).

Flere av prosjektene er gjennomført 100 prosent og til budsjett.

Oslo universitetssykehus HF har etter avtale mellom Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet fått henstand med slutføringen til første tertial 2010 mens rusakutten skal etableres "så tidlig som mulig og innen utgangen av 2010".

I følge de foreliggende planene vil omtrent 2/3 av byggarbeidene for hele tiltakspakken være gjennomført innen utgangen av 1. tertial. 2010. Alle prosjektene planlegges slutført innen utgangen av 2010. Framdriften er fulgt opp i månedlig rapportering og til dels med møter med de enkelte helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. april 2009 oversende framdriftsplaner knyttet til enkelttiltak/prosjekter. Her skal endringer på tiltaksnivå som følge av departementets omfordeling av midler synliggjøres.*

Oversikt over alle tiltakene pr. helseforetak og sykehus, med oppstarts- og ferdigstillelsesdato ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen.

- *Det skal rapporteres månedlig status i forhold til denne framdriftsplanen.*

*Det er en klar forutsetning at midlene skal brukes til tiltak utover planlagt aktivitet i 2009. Det gjøres oppmerksom på at departementet vil følge opp dette forholdet, og det forventes at Helse Sør-Øst RHF kan dokumentere dette.*

Det ble innledningsvis rapportert i henhold til godkjente tiltak, og videre har det vært løpende kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til framdriften, med fokus på Oslo universitetssykehus HF.

Forutsetningen om tiltaksmidlene skal benyttes til tiltak ut over planlagt aktivitet er fulgt opp.

- *Det skal også gis en samlet tilbakemelding om gjennomføring og bruk av midler i årlig melding for 2009 innen 1. mars 2010.*

Dette følges opp gjennom oversendelsen av foreliggende årlig melding. Det vises for øvrig til foretaksmøte 26.01.10 hvor fristen for oversendelse er flyttet til 15.03.10.

- *Bevilgningen skal knyttes til formålet. Inntektsføring skal skje i tråd med kostnadspådrag. Dette innebærer at det skal føres utsatt inntekt dersom midlene benyttes til tiltak som regnskapsmessig blir behandlet som aktivering. På denne måten vil fremtidige årlige avskrivninger få en tilsvarende inntektsføring. For å kunne dokumentere bruk av bevilgningen, forutsettes det at det benyttes egne prosjektnumre ved regnskapsføring av inntekter og kostnader.*

Dette er fulgt opp som forutsatt.

## **Tilleggsdokument datert 07.07.09 til oppdragsdokument 2009**

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak som sikrer informasjon til kvinner om mulighet til valg av fødested, og kvinners rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse når det gjelder keisersnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring.*

Helse Sør-Øst RHF har under utarbeidelse egen brosjyre for å sikre informasjon til kvinner om mulighet for valg av fødested, rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse.

- *Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. juli 2010 utarbeide plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg sammen med berørte kommuner.*

Helse Sør-Øst RHF har igangsatt arbeid med utarbeidelse av plan for svangerskaps- fødsels og barselomsorg i regionen. Grunnlaget for planen vil være områdeplaner der hvert sykehusområde utarbeider planer sammen med sine kommuner. Brukere og ansattes organisasjoner vil være medvirkende i planarbeidet. Helse Sør-Øst RHF har opprettet fagråd for svangerskaps-; fødsels- og barselomsorg. Dette fagrådet vil være en viktig bidragsyter i arbeidet med planen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om utarbeidelse av kvalitetskrav for fødeinstitusjoner og etablere system som sikrer at kvalitetskrav følges opp.*

Helse Sør-Øst RHF har oppnevnt medlemmer til arbeid i Helsedirektoratets arbeidsgruppe for kvalitetskrav for fødeinstitusjoner

- *Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle perinataalkomiteenes rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes inn i arbeidet.*

Den regionale perinataalkomite er representert i arbeid initiert av Helsedirektoratet som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet.

Den regionale perinataalkomite er også representert inn i fagrådet for fødsel-, svangerskap- og barselomsorg i regionen.

- *De regionale helseforetakene skal etablere egne rutiner for å innhente samtykke til hornhinnedonasjon i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er et mål at sykehusene er selvforsynte med hornhinner innen kort tid.*

Oslo universitetssykehus HF melder at dette er gjennomført. Det er bestemt at organer til organtransplantasjoner og hornhinnetransplantasjoner ikke skal blandes, dvs. at leger fra Oslo universitetssykehus HF - Rikshospitalet som tar ut organer ikke samtidig skal ta ut hornhinner. Sykehuset har iverksatt egen handlingsplan for å øke tilgangen på hornhinnedonasjon.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetakene grundig følger opp helsepersonells opplysningsplikt ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger. Det vises for øvrig til helsepersonelloven §§ 32 og 33 om opplysningsplikt til henholdsvis sosialtjenesten og barnevernet.*

Helse Sør-Øst RHF har sørget for at helsepersonells opplysningsplikt ivaretas gjennom å gi oppgave med oppfølging av dette til sine aktuelle helseforetak. Tilbakemelding fra helseforetakene er at det er innarbeidet systemer for å ivareta dette. Noen helseforetak har tiltaksplaner med systematisk fokus og opplæring for å sikre at dette blir fulgt opp.

- *Ved plutselig og uventet barnedød skal helseforetakene informere foreldrene om helsetjenestens tilbud om dødsstedsundersøkelse. Dersom foreldrene samtykker skal helseforetaket informere/kontakte Folkehelseinstituttet, som ansvarlig for ordningen. Det skal nedtegnes i barnets journal at foreldrene er informert og om de ønsker å ta imot tilbudet. Det vises til Budsjett-innst. S nr. 11 (2008-2009) og St.prp. nr. 67 (2008-2009) kap. 700 post 01 hvor dette er omtalt nærmere.*

Folkehelseinstituttet har ikke ordningen iverksatt pr. 31.12.2009. Helseforetakene som har oppfølging av denne oppgaven melder at de avventer inntil ordningen er etablert.

- *Fra 2009 er det innført nye regler for ISF-ordningen som innebærer at det ikke bare er helsehjelp gitt av legespesialist som skal kunne utløse refusjon. Enkelte konkrete spesialisthelsetjenester som i utgangspunktet utføres av andre enn leger, vil utløse ISF-refusjon uten at legen må være direkte involvert. Stortinget har vedtatt at kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF skal reduseres med 4,4 mill. kroner som følge av dette, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009) og Innst. S. nr. 355 (2008-2009).*



Endringen er meddelt helseforetakene og praktisering av ordningen har vært tatt opp i møter med helseforetakene.

- *Ny forskrift om tuberkulosekontroll trådte i kraft 1. mars 2009. Regelverket er forenklet og gjort mer fleksibelt i forholdt til medisinskfaglig utvikling. Innføring av nytt diagnoseverktøy (IGRA-test) som supplement til dagens verktøy, vil redusere antall unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Stortinget har vedtatt at kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF skal reduseres med 1,6 mill. kroner som følge av dette, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009) og Innst. S. nr. 355 (2008-2009).*

Dette er tatt til etterretning og innarbeidet i budsjetter for 2009.

- *De kravene som stilles under nye oppdrag og utdyping/presisering av oppdragsdokument 2009 skal rapporteres i årlig melding. Det gjelder 3.3.3 Fødselsomsorg – oppfølging av St.meld. nr 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, 3.3.12 Landsfunksjoner, flerregionale og overnasjonale funksjoner og Helsepersonellens opplysningsplikt ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger og informasjon til foreldre om helsetjenestens tilbud om dødsstedsundersøkelse.*

Rapporteringen anses å være tilstrekkelig ivaretatt under tilbakemeldingen på oppdragsdokumentets kapitler 3.3.3 og 3.3.12.

## 2.2 Rapportering på krav i foretaksmøteprotokoller 2009

### Foretaksmøte 26. januar 2009

#### Sak 3 Eiers overordnede styringsbudskap for 2009

- *Foretaksmøtet forutsatte at fremtidig planlegging og endringer i tjenestetilbud og organisering, herunder IKT (jf. pkt 5.4) og strategier for investeringer mv., underbygger og skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.*

Dette er ivaretatt. Det vises bl.a. til omtalen om omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst og vedtatt plan for strategisk utvikling. Planen er gjort bindende for helseforetakene i foretaksmøter. Det vises også til omtale om etablering av Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør i Helse Sør-Øst og flere nasjonale samarbeidsoppgaver, herunder etablering av senter for pasientreiser, nytt nødnett, Norsk Helsennett mv.

- *Foretaksmøtet la grunn at Helse Sør-Øst RHF deltar og medvirker til at strategi og tiltak i den kommende samhandlingsreformen følges opp.*

Helse Sør-Øst RHF har bidratt i det nasjonale arbeidet med forberedelse av samhandlingsreformen. En har videre arbeidet aktivt med å videreutvikle samhandlingen med kommunene gjennom avtaler mellom helseforetak og kommuner og regionalt i samarbeid med KS.

- *Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Sør-Øst RHF prioriterer tiltak i oppfølgingen av regjeringens tiltakspakke mot finanskrisen og fremlegger sine prioriteringer for Helse- og omsorgsdepartementet. Det er foreslått bevilget 540 mill. kr. til Helse Sør-Øst RHF til vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Tiltakene skal komme i tillegg til tiltak som allerede er planlagt gjennomført i 2009. Det legges til grunn at tiltakene skal ha høy sysselsettingseffekt, geografisk spredning og kunne igangsettes raskt.*

Geografisk spredning er ivaretatt, både mellom helseforetak, og innen helseforetakene. Sysselsettingseffekten for tiltakene ble oppgitt i oversikten som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Noen tiltak ble igangsatt umiddelbart, mens andre tiltak krevde lengre planleggings- og kontraheringstid.

#### Sak 4 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2009

##### 4.1 Resultatkrav for 2009

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.*

Dette er ivaretatt i budsjetteringen

- *For Helse Sør-Øst stilles det krav til et regnskapsmessig resultat i balanse i 2009.*

Foretaksgruppen går samlet mot et regnskapsmessig underskudd i 2009 på om lag 300 mill. kroner.

##### 4.2 Styring og oppfølging i 2009

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst innretter sin samlede virksomhet, herunder aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringer, slik at resultatkravet nås.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF har lagt til dette grunn, og administrasjonen har fulgt dette kravet opp bl.a. i hyppige oppfølgingsmøter med hvert enkelt helseforetak.

- *Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak og føringer gitt i Oppdragsdokumentet for 2009*

Dette er gjort gjeldende for helseforetakene gjennom foretaksmøter og fulgt opp gjennom året. Oppfølging, tiltak og resultater er fortløpende rapportert til eier og drøftet bl.a. i de faste oppfølgingsmøtene Helse Sør-Øst RHF gjennomfører med helseforetakene.

- *Foretaksmøtet ba styret iverksette nødvendige grep for å heve kvaliteten i budsjetteringen.*

For å følge opp dette har det regionale helseforetaket utarbeidet en økonomihåndbok som helseforetakene skal følge. Dette vil bidra til mer ensartethet i budsjetteringen og i sum bedre kvalitet. Flere helseforetak har satt i verk tiltak for å bedre budsjetteringen internt.

- *Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med en vesentlig forbedret kvalitet på de tall som rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksmøtet påpekte at det ved alle periodeavslutninger skal utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat.*

Kravet om at det skal utarbeides prognoser ved hver periodeavslutning er ivaretatt.

- *Foretaksmøtet ba om at styret sikrer fortsatt betryggende styring og oppfølging av helseforetakenes økonomi i 2009.*

Styret har gjennom hele året lagt stor vekt på å følge opp foretaksgruppens økonomiske utvikling.

#### **4.2.1 Intern kontroll og risikostyring**

- *Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2009. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.*

Dette er fulgt opp gjennom rapporteringen for 2. tertial 2009.

Det vises videre til omtale i kapittel 2.1.2 om virksomhetsstyring. Det vises for øvrig til tidligere omtale av "kraftttaket" som i noen grad har medført at viktige områder som kompetanseutvikling, medisinskteknisk utstyr, bygningsmessige investeringer og vedlikehold har blitt utsatt. Dette har forsterket helseforetakenes allerede betydelige etterslep på enkelte områder.

#### **4.2.2 Realistiske og konkrete omstillingstiltak**

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF i 2009 har en mer bevisst holdning til og en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes omstillingstiltak enn i 2008.*

Dette er fulgt opp gjennom året i oppfølgingsmøter og i rapporter til styret for Helse Sør-Øst RHF.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF iverksetter tiltak for å bidra til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte.*

Dette er videreført overfor helseforetakene gjennom beslutninger i foretaksmøter. Helseforetakenes utvikling og gjennomføring av omstillingstiltak er fulgt opp gjennom regelmessige oppfølgingsmøter.

- *I den sammenheng skal Helse Sør-Øst RHF i 2009 legge vekt på å sikre:*
  - *at det enkelte helseforetak til enhver tid har en omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre god intern organisering*
  - *at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåleffektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter*
  - *at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser, og en realistisk fremdriftsplan, skal være beskrevet i omstillingsplanen*

- *at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak*
- *at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak*

Alle krav fra Helse- og omsorgsdepartementet er videreført i foretaksprotokollene med helseforetakene, og er fulgt opp gjennom året.

- *Foretaksrådet forutsatte at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt, først skal behandles i det aktuelle helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne.*

Dette er videreført overfor helseforetakene gjennom beslutninger i foretaksrådet. Det har i liten grad skjedd konkrete utvidelser av tilbud eller etablering av nye tilbud etter initiativ fra helseforetakene i 2009. Fra regionalt nivå har en initiert nye tilbud innen fedmekirurgi og innen TSB.

- *Foretaksrådet forutsatte videre at styret sørger for at administrasjonene på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringer som helseforetaksgruppen står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.*

Helse Sør-Øst RHF har et vedvarende fokus på ledelse, lederutvikling og gjennomføringsevne i forhold til omstillinger. Det vises bl.a. til omtale i styrets plandokument, kapittel 3.1.3 Personell og kompetanse og kapittel 3.2.2 Innsatsområde 4 – mobilisering av medarbeidere og ledere.

Sentrale prinsipper for lederopplæring i Helse Sør-Øst er at denne skal ta utgangspunkt i foretakenes reelle utfordringer og være praktisk orientert. Alle foretakene har intern lederopplæring for sine ledere i bruk av foretakets systemer og rutiner. Verdibasert ledelse legges til grunn for lederskap. Gjennom aktivt arbeid med verdier og holdninger i lederutviklingstiltakene sikres/forsterkes lederkorpsets lojalitet og målfokus. Disse temaene ivaretas både i lokale og regionale lederutviklingstiltak gjennom bruk av foretakenes egne dagsaktuelle problemstillinger/utfordringer som øvingscase i lederopplæringen.

I tillegg til tiltakene nevnt ovenfor understøtter også Nasjonalt topplederprogram arbeidet med å istandsette ledere til å møte omstillingsutfordringene til helseforetaksgruppen.

Det samarbeides med arbeidstakerorganisasjonene i lederutviklingen og alle foretakenes ledergrupper samles to ganger i året for å diskutere mål, strategier sentrale problemstillinger for hele foretaksgruppen. På foretaksnivå er bl.a. bemanningsstyring/bemanningsplanlegging tema i lederutviklingsprogrammene. Med utgangspunkt i de 12 prinsippene for medvirkning arbeides med utvikling av metoder for medarbeiderinitierte omstillingstiltak. De etablerte pilotsykehusprosjektene har overføringsverdi i forhold til dette.

#### **4.2.3 Etablering av kompetansenettverk for bedre økonomisk styring og kontroll**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF bidra aktivt i et nettverk for økonomisk styring/”controlling” på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Dette for å legge til rette for større grad av erfaringsutveksling og utvikling av bedre metodikk og rutiner. Helse Midt-Norge RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket.*

Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt i dette arbeidet.

#### **4.2.4 Etablering av kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF bidra aktivt i et kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Formålet er å utvikle god metodikk, systemer og rutiner for likviditetsoppfølging og prognostisering. Helse Nord RHF er bedt om å etablere og lede*

*kompetansenettverket.*

Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt i dette arbeidet.

#### **4.2.5 Rapporteringskrav - økonomi**

- *Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp den økonomiske utviklingen i Helse Sør-Øst gjennom månedlige møter.*

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp dette gjennom deltagelse i Helse- og omsorgsdepartementets faste oppfølgingsmøter i 2009.

#### **4.3 Investeringer og kapitalforvaltning**

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF baserer sine investeringsplaner på helhetlige utredninger av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionnivå.*

Dette er ivaretatt gjennom bl.a. hovedstadsprosessen, som er en regional prosess, og etterfølgende helhetlige utviklingsplaner innen sykehusområdene.

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF tilpasser sin investeringsstrategi slik at den underbygger og gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.*

Dette blir løpende ivaretatt gjennom omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst, samt gjennom krav til fasevise utredninger, dokumentasjon og beslutninger for investeringer i tidligfasen.

##### **4.3.1 Investeringstilskudd**

- *Foretaksmøtet forutsatte at midlene for særskilt investeringstilskudd som bidrag til gjennomføring av nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet brukes til finansiering av prosjektene samt reduksjon av de kostnadsmessige implikasjoner når byggene tas i bruk. Det skal gis tilbakemelding om prosjektenes framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009. Prosjektene skal også omtales i årlig melding.*

Prosjektene er omtalt i tertialsrapportene.

Ny Ahus følger planlagt fremdrift og budsjett, hvor det i 2009 har pågått byggearbeider i forbindelse med fase 2 som omfatter riving av gamle og bygg og oppføring av siste sengepir. Byggearbeidene ferdigstilles i løpet av 2010.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet ble ferdigstilt i mai 2009, og innflyttet i juni-august, innenfor godkjent kostnadsramme og fortsatt framdrift. Offisiell åpning var 27.08.09. Endelig byggeregnskap blir ferdigstilt i 2010.

##### **4.3.2 Låneopptak**

- *Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme til investeringsformål i 2009 kun benyttes til finansiering av sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).*

Tildelt låneramme til investeringsformål i 2009 på 60 mill. kroner er benyttet til finansiering av sykehotell (pasienthotell) ved Rikshospitalet. I tillegg er det brukt 50 mill. kroner av rammen for 2008.

#### **4.4 Ny inntektsfordeling, herunder gjestepasientoppgjør**

- *Foretaksmøtet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppgjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksmøtet presiserte at Helse Sør-Øst RHF ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for*

*gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.*  
Dette er fulgt opp og tatt til følge gjennom budsjett og planer.

## **Sak 5 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2009**

### **5.1 Organisatorisk og styringsmessig videreutvikling**

#### **5.1.1 Utarbeiding av veileder for styrene i de regionale helseforetakene**

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF deltar i utarbeiding av en veileder for styrene i de regionale helseforetakene.*

Helse Sør-Øst RHF avventer Helse- og omsorgsdepartementets videre oppfølging av saken.

### **5.2 Utvikling av HR-området**

#### **5.2.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø**

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å sikre et godt arbeidsmiljø i helseforetakene, både med henblikk på målsettingene i "God vakt" og Inkluderende Arbeidsliv. Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp tilsynsrapportene og sikrer at avvik lukkes. Det vises for øvrig til pkt 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.*

Tilsynskampanjen "God Vakt" er fulgt opp i samtlige foretak som var omfattet av kampanjen, og avvik er lukket og svart ut i henhold til Arbeidstilsynets påpekninger. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med vernetjenesten, lokalt ved det enkelte helseforetak og regionalt ved konsernverneombudet. Det er avholdt koordineringsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene for oppfølging av det siste påleggspunktet vedrørende ansattes opplevelse av ubalanse mellom ressurser og oppgaver. De foretak som har fått dette pålegget, har kartlagt, risikovurdert og utformet tidfestede handlingsplaner for lukking av påleggspunktet. Arbeidet videre følges opp av det regionale helseforetaket. Status og fremdrift rapporteres av foretakene direkte til Arbeidstilsynet i henhold til plan for oppfølging.

Foretaksgruppens felles HR-strategi er forankret i styrene til samtlige foretak i gruppen, og den forpliktende handlingsplanen har tiltak som på ulike måter omfatter HMS, arbeidsmiljø og Inkluderende Arbeidsliv (IA).

- En regional HMS-policy er utarbeidet og implementeres i 2010.
- Årlige medarbeiderundersøkelser inngår i det systematiske HMS-arbeidet. Det er i 2009 iverksatt et forbedringsarbeid som skal sikre bedre gjennomføring og oppfølging av kartleggingene. Ny kartlegging og oppfølging gjennomføres for hele foretaksgruppen i tredje tertial 2010
- Prosjektet Administrativ HR er under utrulling, og dette gir ledere bedre IKT-verktøy for den systematiske oppfølgingen av sykemeldte. Gjenstående foretak for utrulling er Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF
- Innføring av regionalt arbeidsplansystem skal på sikt bedre oversikt over ressursbruk og arbeidsbelastning. Systemet vil sette ledere bedre i stand til å planlegge ressursbruk og sikre jevnere arbeidsbelastning
- Det er i Nasjonalt Prosjekt for Stab- og Støttetjenester (NPSS) utviklet felles resultat- og måleindikatorer, noe som vil bidra til å kvalitetssikre og bedre sykefraværsmeldingen
- Det er utviklet 12 prinsipper for medvirkning i omstilling i regionen. Prinsippene er førende for alt omstillingsarbeid, og implementeres videre gjennom regionens lederutviklingstiltak.

Samtlige tiltak beskrevet over er planlagt og gjennomført i samråd med de ansattes representanter i henhold til foretaksgruppens egne prinsipper om medvirkning i omstilling.

## 5.2.2 Helsepersonell - et mangfoldig arbeidsliv

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF bidra til at bl. a. rekrutteringspolitikken i foretaksgruppen utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv.*

Kravene i den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er drøftet med HR-direktørene i nettverksmøte. Hensynet til universell utforming av bygg ligger dessuten inne i planene til nytt Østfoldsykehus. Byggeplanene baserer seg på at funksjonshemmede skal ha likeverdig tilgang til alle deler av sykehuset. Sunnaas sykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus rapporterer spesielt om tiltak rettet mot funksjonshemmede. Ved Sunnaas sykehus HF er det etablert et opplegg for praksisplasser i samarbeid med NAV. Dette følges opp ved rekruttering. Lovisenberg Diakonale Sykehus satser aktivt på tilrettelegging, som er nedfelt i en egen IA-plan for funksjonshemmede. For øvrig har helseforetakene i liten grad formulert egne tiltak på dette området.

Rekruttering og ivaretagelse av personer med innvandrerbakgrunn inngår som ett av flere satsningsområder i forbindelse med det regionale likeverdsprosjektet. Prosjektleder har informert om mål og midler i møte med HR-direktørene. Hun har fulgt opp dette med besøk ved flere av foretakene. Flere av foretakene, spesielt Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF, har også tidligere arbeidet mye med dette. Disse tiltakene videreføres. De nevnte foretakene har alle en stor andel innvandrere i alle yrkesgrupper. Også de fleste andre foretak har egne retningslinjer i sin rekrutteringspolitikk og en bevisst ansettelsespraksis for å øke andelen ansatte med fremmedkulturell bakgrunn. Noen rapporterer om at de er i ferd med å gjennomgå sin rekrutteringspolitikk og/eller skolere sine HR-medarbeidere ved egne kurs på dette området. Det er også viktig at krav til nødvendige språkkunnskaper ivretas.

To av helseforetakene gir uttrykk for at de ennå ikke har påbegynt et systematisk mangfoldsarbeid. To private sykehus har ikke kommentert dette punktet.

## 5.2.3 Reduksjon i uønskede deltidsstillinger

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at hvert av helseforetakene fortsatt har oppmerksomhet på uønskede deltidsstillinger, og iverksetter tiltak som legger til rette for økte stillingsandeler. Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF rapporterer hvilke tiltak som er iverksatt for å legge til rette for økte stillingsandeler, og om effektene av tiltakene, i årlig melding.*

Det er viktig å kunne tilby hele stillinger til de som ønsker det og for å sikre nødvendig kontinuitet og kompetanse. HR-direktørene har drøftet deltidsproblematikken og utvekslet erfaringer om ulike, lokalbaserte tiltak i to møter. Noen har arbeidet aktivt med reduksjon av deltid gjennom flere år, og disse tiltakene videreføres. Spesielt gjelder dette Oslo universitetssykehus HF - Ullevål, Vestre Viken HF - Sykehuset Buskerud og Ringerike sykehus samt Sykehuset i Vestfold HF.

De fleste foretak rapporterer for øvrig om systematisk arbeid knyttet til oppfølging av den kartleggingen som ble foretatt i 2008. Noen sier seg ferdig med arbeidet mens flere gir uttrykk for at de ikke har hatt deltidsansatte som ønsker utvidelse av stilling. Et av de private sykehusene har ikke kommentert punktet.

Iverksatte tiltak er i hovedsak innen følgende områder:

- Fleksiturnus/ønsketurnus
- Ressurs-/vikarsenter
- Kombinasjonsstillinger
- Prioritering av deltidsansatte ved ledighet i stilling/utlysning av ny stilling
- Innføring av ressurs- og arbeidsplanleggingssystem
- Spesielle prosjekter ved enheter der kartleggingen dokumenterte et problem
- Krav til ledere om individuelle tilretteleggingstiltak

Effekten av ressurs-/vikarsentre ser ut til å være nokså begrenset. Relativt få søker seg til disse enhetene for å supplere sitt ansettelsesforhold. Derimot fremholdes det av flere foretak at man har meget gode erfaringer med fleksiturnus/ønsketurnus. Det synes også å være god effekt av en mer systematisk prioritering ved nyansettelse. Videre er det grunn til å vente resultater av nytt IKT-basert system for arbeidsplanlegging (RAPS). Sykehuset i Vestfold HF har bl.a. gode erfaringer fra sitt

pilotprosjekt.

Hovedinntrykket er at mange helseforetakarbeider aktivt for å løse problemet med uønsket deltid. Det fremgår også at noen utfordringer gjenstår. Bedre arbeidsplanlegging, økt fleksibilitet og kontroll over egen arbeidssituasjon er stikkord for videre utvikling av aktuelle tiltak.

### 5.3 Oppfølging av juridisk rammeverk

#### 5.3.1 Stiftelser og legater

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF oppdaterer tidligere foretatte kartlegginger av helseforetakenes engasjement i stiftelser og legater, samt klarlegger forholdet mellom oppretter og eventuell mottaker (jf. stiftelsesloven § 19). Dette for å vurdere og eventuelt rette opp forholdet til aktuelle stiftelser og legater slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer. Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF rapporterer om plan for arbeidet innen 1. oktober 2009.*

Helse Sør-Øst RHF har oppdatert kartlegging foretatt i desember 2008 med utvidet kartlegging i 2009. Resultatene av kartleggingen er forelagt styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 23. september 2009, sak 069-2009. Det ble også sendt et brev med orientering til Helse- og omsorgsdepartementet av 29. september 2009 med plan for det videre arbeidet. Kartleggingen har avdekket enkelte avvik i foretakenes forhold til stiftelser, som Helse Sør-Øst RHF ba foretakene rette innen 1. desember 2009. De fleste foretakene har utført dette, men enkelte foretak har fortsatt avvik som det arbeides med å få lukket. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette arbeidet.

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sikrer at helseforetakenes kontakt med stiftelser rutinemessig revideres opp mot gjeldende regelverk og retningslinjer, f.eks. ved hjelp av helseforetakets revisor.*

Helse Sør-Øst RHF stilte som krav i foretaksrådene med helseforetakene i 2009 at helseforetakenes kontakt med stiftelser rutinemessig skal revideres opp mot gjeldende regelverk og retningslinjer, for eksempel ved hjelp av foretakets revisor. Gjennom den utvidede kartleggingen i 2009 avdekket man enkelte avvik. Foretakene ble etter dette gitt frist til 1. desember 2009 med å lukke alle avvik.

#### 5.3.2 Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, utreder og vurderer etablering av en nasjonal kompetanseenhet for offentlige anskaffelser, med utgangspunkt i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Utredningen bør vurdere hvorvidt andre løsninger (for eksempel nettverksmodell) vil kunne være mer hensiktsmessig for å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosesser, samt eventuelle supplerende tiltak som bør iverksettes.*

*Utredningen skal omfatte økonomiske, organisatoriske og juridisk sider ved etablering av en slik enhet. Likeledes skal finansielle løsninger, spørsmål om organisering i forhold til regelverket for offentlige anskaffelser med tanke på egenregi, innkjøpssentral mv., samt rutiner for bruk av kompetanseenheten til rådgivning/ internkontroll i anskaffelsesprosesser, vurderes.*

*Foretaksrådet ba om at utredningen, med vurderinger og anbefalinger, oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2009.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i arbeidet med å utarbeide denne utredningen som er fremlagt for møtet mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene for godkjenning og oversendt eieravdelingen, Helse og omsorgsdepartementet.

Arbeidet med utredningen er avsluttet.



## 5.4 Utvikling av IKT-området

- *Foretaksrådet merket seg at regjeringen har besluttet å utrede om det med utgangspunkt i Norsk Helsenett, skal etableres en statlig enhet som skal ha et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helsetjenesten.*

Overdragelse av Norsk Helsenett AS til Norsk Helsenett SF er gjennomført.

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF påser at sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT er forankret i ledelsen i hvert av helseforetakene. Sikkerhetsarbeidet må ha en hensiktsmessig organisering med klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet skal også omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og risiko- og sårbarhetsanalyser.*

Et regionalt nettverk mellom alle helseforetak for samordning av informasjonssikkerhet i regionen er opprettet. Sykehuspartner IKT er opprettet for blant annet for å sikre en effektiv og trygg leveranse av IKT-tjenester til alle helseforetak i regionen.

Det er arbeidet systematisk videre med tilgangsstyring i helseforetakene og dette arbeidet er understøttet med etablering av informasjonssikkerhetstjenester i infrastrukturen med identitetsfederering og sikker pålogging fra usikre nett.

Kompetanseprogram for informasjonssikkerhet er etablert for å sikre planlagt, systematisk og dokumentert opplæring.

Det er under utarbeidelse og etablering felles styringssystem inkludert organisering, rolle og ansvarsdeling, prosedyre for risiko- og sårbarhetsanalyse og prinsipper for sikkerhetsarkitektur.

### 5.4.1 Krav til meldingsformater

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at helseforetakene følger opp målene og handlingsprogrammet som er etablert i forbindelse med "meldingsløftet" (jf. programdirektiv "Nasjonalt meldingsløft 2008-2010"). Foretaksrådet ba også om at Helse Sør-Øst RHF i 2009 aktivt tilrettelegger for tilknytning til Norsk Helsenetts adresseregister.*

Et regionalt program for meldingsløft er opprettet, og Helse Sør-Øst RHF er aktivt involvert i det nasjonale prosjektet, ledet av Helsedirektoratet. Arbeid med utvikling og innføring og bruk av Norsk Helsenetts adresseregister og elektroniske meldinger pågår iht. vedtatte planer.

Helseforetakene har etablert lokale mottaksprosjekter for "meldingsløftet" som fokuserer på prosessendringer og uttak av gevinster

### 5.4.2 Elektroniske resepter

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST. Gjennom 2009 skal prosessene for å forberede mottak av eResept videreføres gjennom aktiv deltakelse inn mot eReseptprogrammet og avrop på rammeavtaler med leverandører med sikte på utbredelse i 2010.*

Helse Sør-Øst RHF har, på vegne av Nasjonal IKT (NIKT), gjennomført et forprosjekt for å sikre videre arbeid med eResept i spesialisthelsetjenesten.

Kompleksiteten i arbeidet har vist seg å overgå hva en kunne forutse. Det er store avhengigheter til sikkerhetsarkitektur med PKI som sentralt element. Dette innebærer modenhetsnivå som de færreste helseforetak ennå har nådd i sin infrastruktur. Videre er det sterke avhengigheter til intern medikasjon i helseforetakene. Dette er det stort sett ikke systemstøtte for i noe helseforetak ennå. Det er lagt en plan for videre arbeid og hvordan en kan realisere dette, men det vil kreve lenger tid enn tidligere forutsatt.

Det gjøres en vurdering i regi av NIKT om en gjennom dispensasjon fra sikkerhetskrav kan få på plass enklere løsninger.

- *Foretaksrådet ba videre om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at nye blåresepter blir påført refusjonskode i tråd med den nye blåreseptforskriften.*

Dette er forutsatt implementert av journalleverandørene i sykehusenes systemer (ellers vil ikke apoteket kunne ekspedere). Dette bekreftes gjennomført i DIPS, som er leverandør til de fleste foretak i regionen, og følges også opp i forhold til de andre journalleverandørene.

#### **5.4.3 Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønskede hendelser**

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Statens helsetilsyn, bidrar til innføring av elektronisk meldeordning.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt med pilotprosjekt i Sykehuset Østfold HF og videre planer avventer en evaluering av dette arbeidet.

#### **5.4.4 Automatisk oversendelse av frikort – overtakelse av pasientreiser**

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at alle egenandeler fra poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapportert elektronisk til frikortløsningen i tråd med de føringer som blir gitt for etableringen av denne.*

Det samarbeides tett med Helsedirektoratet, de øvrige regionene og leverandørene for å få gode løsninger på plass. Leveransene fra leverandørene kommer tett opp mot frist for implementering og innebærer en nasjonal risiko for å ha dette implementert for alle foretak innen 1.6.2010. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg ekstra risiko i Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF som gjennomfører svært mange parallelle endringsløp i ly av fusjonene.

- *Foretaksrådet viste videre til at de regionale helseforetakene skal overta ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser gradvis i perioden fra 1. september 2009 til 1. januar 2010. Det er stor avhengighet mellom forvaltningen av frikortløsningen og pasientreiser. Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar til et godt samarbeid med Helsedirektoratet i den forbindelse.*

Helse Sør-Øst RHF har, sammen med de øvrige regionale helseforetakene bidratt aktivt i arbeidet med overtagelse av ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser. De regionale helseforetakene har i denne sammenheng deltatt i arbeid initiert av Helsedirektoratet, samtidig som en i regionene har arbeidet med implementering av reformen. Dette arbeidet har vært organisert gjennom egne regionale prosjekter.

Helse Sør-Øst RHF er vertskap for virksomheten lokalisert til Skien og har stilt til disposisjon styreleder for den nasjonale enheten for pasientreiser som er organisert gjennom et ANS.

#### **5.5 Samordning av stabs- og støttefunksjoner**

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst fortsatt leder arbeidet med samordning av stabs- og støttefunksjoner og bad om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, utarbeider en kortfattet statusrapport fra arbeidet med samordning av stabs- og støttefunksjoner innen 1. oktober 2009. Rapporten skal gjøre rede for hvordan tiltak som sikrer forankring og implementering av de ulike prosjektene følges opp i hvert av de regionale helseforetakene. Videre skal det gjøres rede for lønnsomheten for hvert av de tre prosjektene og det skal framvises en strategi for hvordan den påviste lønnsomheten skal tas ut gjennom egnede gevinstrealiseringstiltak.*

En foreløpig rapport ble utarbeidet innen tidsfristen. Den endelige rapporten ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 02.12.2009, etter grundig behandling i møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene. Det har vært utfordrende å fremstille gode lønnsomhetsanalyser og tiltak for å sikre gevinstrealisering. Dette ble igjen etterspurt i protokollen fra

foretaksmøtet i januar 2010 og fristen for å inngi svar ble satt til juni 2010.

## **Sak 6 Øvrige styringskrav**

### **6.1 Oppfølging av miljøpolitikken**

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å bidra til å sikre en helhetlig tilnærming for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene med utgangspunkt i rapportens anbefalinger. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i videreføringen av dette arbeidet. Arbeidet skal organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene, og skal ledes av Helse Vest RHF. Det er viktig at arbeidet er forankret i ledelsen og at det arbeides systematisk med dette.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å følge opp anbefalingene fra rapporten med hensyn til utvikling av miljøkrav i forbindelse med innkjøp. Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene vurdere strategier for å nå regjeringens målsettinger på miljø- og klimaområdet ved bruk av felles innkjøpsmakt, jf punkt 5.4.2 i protokollen.*
- *Foretaksmøtet ba videre om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer et miljø- og klimaforum innen 1. juni 2009. Forumet skal være rådgivende og ledes av Helse Vest RHF. Alle de regionale helseforetakene og hvert av helseforetakene skal delta i dette forumet. Forumet rapporterer til nevnte samarbeidsprosjekt.*
- *Foretaksmøtet bad om at de regionale helseforetakene i samarbeid vurderer hvorvidt helseforetakene bør miljøsertifiseres. Rapport med vurderinger og anbefalinger oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.*

Arbeidet med de nasjonale miljø- og klimamålene er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene og med deltaking i prosjektgruppen fra alle regionforetakene samt fra utvalgte helseforetak. Dessuten er de tillitsvalgte og vernetjenesten representert i prosjektgruppen. Prosjektet er ledet av Helse Vest RHF og rapporterer framdrift av arbeidet periodisk til møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene, som er styringsgruppe.

Prosjektgruppen har satt ned et delprosjekt for innkjøp og utarbeidet særskilt mandat for dette arbeidet. Helse Sør-Øst RHF leder delprosjektet for å følge opp anbefalingene fra rapporten med hensyn til utvikling av miljøkrav i forbindelse med innkjøp med deltagere fra alle de øvrige regionale helseforetak. Møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene har vedtatt mandatet for delprosjektet. Konklusjon på arbeidet og sluttdato er satt til 30.06.10.

Miljø- og klimaforumet med representanter fra helseforetakene er etablert innen fristen som var satt og så langt har det blitt avviklet tre samlinger. Prosjektgruppen utarbeider sakliste til samlingene der de tema som blir sette på dagsorden har sammenheng med de tema prosjektgruppa arbeider med i miljø- og klimaprojektet.

Prosjektgruppen har nå et hovedfokus på spørsmålet om en bør tilrå at helseforetakene blir miljøsertifiserte og skal avlevere rapport om dette til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.

### **6.2 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer**

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF innen 1. juni 2009 etablerer nødvendig kulturminnevernkompetanse i tråd med de vurderinger og vedtak som er gjort i det regionale helseforetaket i forbindelse med oppfølging av de krav som fremgikk av protokoll fra foretaksmøtene i januar 2008. Dette kompetansemiljøet/nettverket skal samtidig overta ansvaret for databasen som er opprettet i forbindelse med landsverneplanprosjektet. Helse Sør-Øst RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene evaluere denne ordningen mht. organisasjonsform og hensiktsmessighet innen to år etter etablering.*

Helse- og omsorgsdepartementets fremlegging av landsverneplan for sektoren ble utsatt til primo 2010, og prosessen for etablering av kulturminnefaglig kompetanse ble tilpasset dette. Det er etablert en stilling i Helse Sør-Øst RHF, som på vegne av alle helseregionene skal drifte et nettverk med

utgangspunkt i eiendomsmiljøene i de regionale helseforetakene, med de underliggende helseforetakene.

- *Foretaksrådet la til grunn at koordineringsgruppa som er nedsatt tidligere, skal ha ansvar for slutføring av landsverneplanen, samt å ivareta de etablerte meldingsrutiner for aktuelle byggesaker fram til nytt kompetansenettverk blir etablert.*

Landsverneplanen ble slutført, og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2009.

### **6.3 Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF følge opp forslaget om å opprette et partssammensatt parkeringsutvalg ved hvert helseforetak. Foretaksrådet la til grunn at de regionale helseforetakene evaluerer organiseringen av parkeringstilbudet i 2010.*

Helseforetakene er bedt om å følge opp rapport som ble utarbeidet i 2008. Arbeidet vil bli fulgt videre opp i 2010.

### **6.4 Samordnet kommunikasjon**

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF deltar i kommunikasjonsnettverket for å sikre samordnet kommunikasjon og hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner mellom regionene og internt i foretaksgruppen på området.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i kommunikasjonsnettverket mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. Temaer og informasjon fra Helse- og omsorgsdepartementets nettverk er fulgt opp i kommunikasjonsnettverket i foretaksgruppen.

### **6.5 Nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi (KVIST)**

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar til å identifisere områder der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi.*

Helse Sør-Øst RHF ba høsten 2009 fagråd for kreft om å gi en vurdering av om det er områder der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring av stråleterapi. Fagrådet har redegjort for situasjonen i Helse Sør-Øst. Alle stråleterapienheter i regionen er nå samlet under en ledelse innad i Oslo universitetssykehus HF, både den klinisk/medisinske del og den teknisk/fysikalske del av strålebehandlingen. Det vurderes ikke å være noen områder med behov for samordning fra Statens strålevern.

- *Foretaksrådet ba videre om at Helse Sør-Øst RHF bidrar i det nasjonale arbeidet med å sette fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillinger i stråleterapi, samt følger opp og implementerer anbefalinger som utarbeides.*

Helse Sør-Øst RHF ba fagråd for kreft om en vurdering av Helse Sør-Øst til deltakelse i og implementering av anbefalingene fra det nasjonale kvalitetssikringsprogrammet i stråleterapi (KVIST) som ble etablert i år 2000. I KVIST-gruppen deltar personer fra alle stråleterapiavdelingene, også fra Helse Sør-Øst og fagrådet vurderte at det var grunn til å tro at anbefalingene er blitt implementert. Helse Sør-Øst RHF har bedt Oslo universitetssykehus HF gi en nærmere redegjørelse for i hvilken grad anbefalingene fra KVIST er implementert ved alle stråleterapienhetene.

### **6.6 Poliklinisk radiologi; kartlegging og informasjon**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å gjennomføre kartleggingen av poliklinisk radiologi. Arbeidet forutsettes ferdigstilt innen 1. juli 2009 og Helse- og omsorgsdepartementet skal samtidig orienteres skriftlig om resultatet, herunder hvordan Helse Sør-Øst RHF vil følge opp arbeidet fremover.*

Helse Sør-Øst RHF sendte sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet 29. juni 2009 med en omfattende redegjørelse om kartleggingen og planlagte tiltak. Saken er senere fulgt opp, bl.a. ved at

saken er tatt opp i direktørmøter og fagdirektørmøter i regionen, deltakelse i og innspill til en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet høsten 2009, samt i oppdrag til det nyopprettede fagråd for medisinske støttefunksjoner.

Helse Sør-Øst RHF understreket i svarbrevet et behov for at sentrale helsemyndigheter "prioriterer et raskt arbeid med å fastsette nasjonale retningslinjer for rekvirering og bruk av MR-undersøkelser", og vil fortsatt arbeide for at anbefalingen følges opp.

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i framtidige avtaler med private røntgeninstitutt stiller krav til at relevant informasjon om alternative behandlingstilbud mv. framgår av de private røntgeninstituttens henvisningsblanketter. Videre skal Helse Sør-Øst RHF sikre at forventet ventetid for lavest prioriterte pasienter rapporteres til "Fritt sykehusvalg" for publisering.*

Ventetider rapporteres en gang per måned til kontoret for fritt sykehusvalg. Kontoret følger nøye med på utviklingen av ventetider, og rapporterer til det regionale helseforetaket. Oversikt over ventetider er tilgjengelig hos Fritt sykehusvalg, på Helse Sør-Øst RHF's nettsider, samt på leverandørens nettsider. Henvisningsblankettene til de private instituttene inneholder opplysninger om fritt sykehusvalg, og kontaktinformasjon. Dette vil kvalitetssikres ved anskaffelsen som skal gjennomføres i løpet av sommer/høst 2010 for hele regionen.

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF kritisk gjennomgår eget informasjonsopplegg (herunder nettsider) til pasientene med tanke på at relevant informasjon gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag.*

Helse Sør-Øst RHF har foretatt en totalgjennomgang av nettløsningene i foretaksgruppen. Dette er en av de viktigste kanalene i kommunikasjonen med pasientene.

Avtale med leverandør av ny, felles nettløsning for hele foretaksgruppen ble inngått i desember 2008. Løsningen er utviklet i 2009. Den tas i bruk i første halvår 2010. Målet er at alle helseforetakene og det regionale helseforetaket skal ta den nye nettløsningen i bruk i løpet av 2010.

Prosjektets mål er:

- Økt kvalitet på kommunikasjonsarbeidet gjennom økt samordning, bedre tilgjengelighet og enhetlig utforming og struktur.
- Legge til rette for bruk av felles innhold.
- Standardisering av sentrale innholdselementer og arbeidsprosesser.
- Etablere en enhetlig og fleksibel kommunikasjons- og teknologiplattform for helseforetakenes internettløsninger.
- Nettløsningen skal ivareta brukergruppens krav til god tilgjengelighet og gode brukergrensesnitt, samt helseregionens og Helse- og omsorgsdepartementets føringer.

Helse Sør-Øst RHF har også – i regi av Prosjekt Riktigere prioritering som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene - arbeidet med nye brevmaler for svar til pasienter på henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Nye brevmaler ble sendt til helseforetakene i juli med anbefaling om at disse skulle tas i bruk. De nye malene har vært tema i opplæringsarbeidet i forbindelse med implementeringen av prioriteringsveilederne.

## **6.7 Mobil digital røntgentjeneste**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å vurdere tilbud om mobil digital røntgentjeneste for sykehjemspasienter.*

Helse Sør-Øst RHF har vurdert og gitt støtte til opprettelse av mobil digital røntgentjeneste i Oslo og Akershus.

## **6.8 Rapportering av nøkkeltall**

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF leverer data som er komplette og av god kvalitet til*

*Norsk Pasientregister (NPR) og andre aktuelle dataleverandører. Det er særlig behov for å forbedre datakvaliteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og innen psykisk helsevern for voksne.*

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet mye med den interne rapporteringen i foretaksgruppen i 2009, bl.a. med videreutvikling av styringsvariable og definisjonskatalog. Dette arbeidet har hatt som siktemål at helseforetakene og sykehusene leverer komplette data av god kvalitet i samsvar med fastsatte frister, også for å bidra til å forbedre tilsvarende dataleveranser til NPR. Psykisk helsevern og TSB har hatt særlig prioritet i dette arbeidet.

- *Foretaksrådet bad om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at registrering og rapportering av et felles minimum datasett for skade (FMDS) iverksettes så snart forskriften for NPR er trådt i kraft, og at disse opplysningene rapporteres til NPR.*

Alle helseforetakene/sykehusene var kjent med at forskriften trådte i kraft 15. april 2009, uten at datasystemene for registrering og rapportering var på plass. Hovedleverandøren DIPS er forsinket, og kun Oslo universitetssykehus HF - Ullevål har kunnet rapportere i 2009. En ny versjon piloterer nå ved Sørlandet sykehus HF, og en regner med full implementering for alle helseforetak/sykehus i løpet av 2010.

- *Foretaksrådet merket seg at Helse Sør-Øst RHF skal delta i en gjennomgang av NPRs rolle som leverandør av styringsdata både på nasjonalt nivå og til de regionale helseforetakene.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2009 fortsatt arbeidet med å sikre det regionale helseforetaket bedre og raskere tilgang til styringsdata, bl.a. gjennom og kontakt med og deltakelse i styringsgruppen for NPR.

## **6.9 Kostnader per pasient (KPP)**

- *Foretaksrådet ba om Helse Sør-Øst RHF om å foreslå aktuelle helseforetak til deltakelse i KPP-prosjektet i henhold til de føringer og frister Helsedirektoratet gir.*

Fra vår region deltar Oslo universitetssykehus HF (Ullevål og Rikshospitalet), Vestre Viken HF (Ringerike sykehus), Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF i KPP-prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg stilt med to ressurser inn i prosjektgruppa.

## **6.10 Etablering av svartjeneste for arts- og funksjonskontoplan**

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om aktivt å bidra til problemløsning ved spørsmål vedrørende arts- og funksjonskontoplanene. Helse Vest RHF er bedt om å ta et særskilt ansvar for å sikre god dokumentasjon av avklarte problemstillinger og for å samordne og strukturere de problemstillingene som de regionale helseforetakene ønsker å avklare med departementet.*

Helse Sør-Øst RHF har bidratt i dette arbeidet.

## **6.11 Samlokalisering av nødmeldesentralene i Søndre Buskerud**

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet med samlokalisering av nødmeldesentralene som Sykehuset Buskerud HF deltar i, og bidrar til at målsettingene for prosjektet nås.*

Arbeidet er fulgt opp gjennom deltagelse i og oppfølging av prosjektet

## **Foretaksråd 8. juni 2009**

- *Med forbehold om Stortingets behandling av St.prp. nr 67 (2008-2009) settes Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt i 2009 til 2 485 mill. kroner.*

Dette er tatt til etterretning og innarbeidet i budsjetter for 2009.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene og helseforetakene om å gjøre en særskilt vurdering i saker om salg av eiendom. Der det er aktuelt skal det, i nær dialog med aktuelle kommuner, gjøres vurderinger av om eiendommen kan være egnet for bruk i forhold til de forslag som vil komme i samhandlingsreformen.*

Det har ikke vært aktuelle salgssaker av slik karakter i 2009.

- *Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. juni 2009, med forbehold om Stortingets nødvendige vedtak og med hjemmel i helseforetaksloven § 15, at foretaket skal avgi sine aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etablering av Norsk Helsenett SF. Dette skal skje etter framgangsmåte fastsatt i nytt foretaksmøte.*
- *Foretaksmøtet forutsatte at styret i sitt kommende styremøte gjør følgende vedtak: "Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. juni 2009, med forbehold om Stortingets nødvendige vedtak og med hjemmel i helseforetaksloven § 15, at foretaket skal avgi sine aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etablering av Norsk Helsenett SF. Dette skal skje etter framgangsmåte fastsatt i nytt foretaksmøte. Styret samtykker i foretaksmøtets vedtak om å avgi aksjene."*

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 056-2009 samtykket i foretaksmøtets vedtak om å avgi aksjene.

## 2.3 Kontoret for fritt sykehusvalg

Kontoret for fritt sykehusvalg for helseregion Sør-Øst skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede sykehussektoren, også den private delen. Kontoret skal videre bidra til å øke pasientenes mulighet til medbestemmelse på helseområdet ved å gi dem rett til å velge hvilket sykehus de skal behandles på. Tjenesten er organisert nasjonalt gjennom grønt nummer 800 41 004 og nettstedet [www.frittisykehusvalg.no](http://www.frittisykehusvalg.no). Den telefontekniske løsningen eies av helsedirektoratet. Tjenesten er primært rettet mot pasienter, pårørende og fastleger. Kontoret for Helse Sør-Øst er lokalisert i Tønsberg, og betjenes av 5 pasientrådgivere, fordelt på 4,4 stillinger. Alle har helsefaglig bakgrunn.

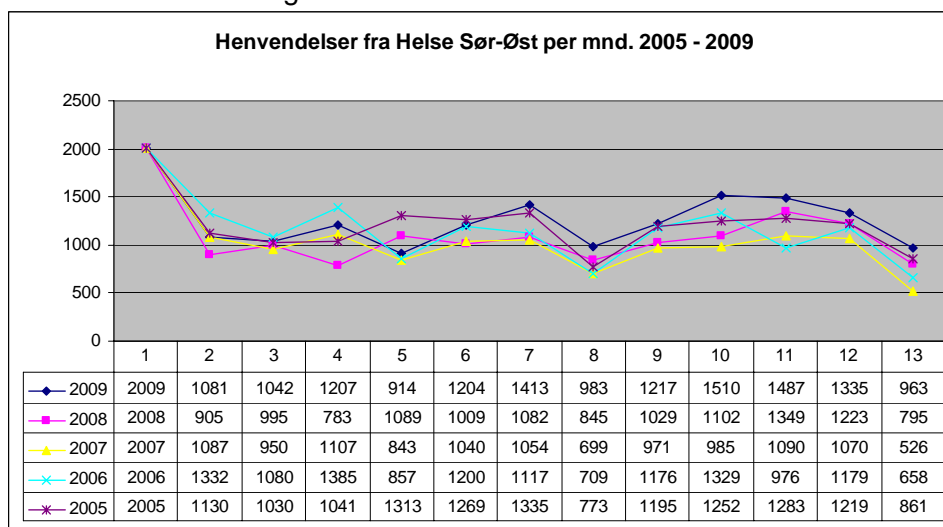
Aktiviteten ved informasjonskontoret har vært opprettholdt som forrige år, med å gi informasjon til pasienter, pårørende, fastleger, NAV kontor, sykehus m.fl. Fritt sykehusvalg Norge har registrert totalt 22 137 telefonhenvendelser i 2009. Tabellen under viser fordelingen på landsbasis, med en samlet økning på 14 % og en økning på 18 % for helseregion sør øst fra 2008.

Region	2009	2008	Prosent
Helse Sør-Øst	14356	12206	18 %
Helse Vest	2191	2335	-6 %
Helse Midt-Norge	1952	1845	6 %
Helse Nord	3262	2879	13 %
Ukjent	376	164	129 %
<b>Totalt 01.01. - 31.12</b>	<b>22137</b>	<b>19429</b>	<b>14 %</b>

Helse Sør-Øst har hatt den største økningen i antall mottatte telefoner i 2009. I tillegg øker bruken av netjtjenesten. Forklaringen på økningen knyttes i noen grad til den nasjonale informasjonskampanjen. Samtidig har etableringen av informasjonstjenesten for tilgjengelighet hos avtalespesialister innenfor psykisk helsevern bidratt til en økning i antallet henvendelser. Raskere tilbake ble videreført i 2009 og henvendelser vedrørende tilbud for sykmeldte har også bidratt til økningen.

Tabellen nedenfor viser at økningen fra 2008 til 2009 fordeler seg jevnt utover hele året. Med unntak av mai har alle månedene økning i forhold til samme måned i 2008.

Tabell – Månedlig antall telefonhenvendelser 2005 – 2009





Det henvises for øvrig til kontorets årsrapport for 2009 som er tilgjengelig på [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no). Rapporten viser bl.a. utvikling telefonhenvendelser etter fylke, hvilke fagområder og diagnoser som har flest henvendelser og hva henvendelsene gjelder.

En vil i 2010 arbeide med å videreutvikle databasen, samt gjennomgå og videreutvikle fagområder / tjenester på [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no). Det holdes sterkt fokus på høy grad av service og tilgjengelighet. Kontakt med regionens helseforetak og sykehus videreføres, også med besøk på aktuelle avdelinger. I 2010 vil også kontakt med prosjektkoordinatorene ved helseforetakene i forbindelse med "raskere tilbake" videreføres. Kontoret er organisert som en del av avdeling for bestilling og rapportering, og brukes aktivt av avdelingen som et mål på kapasitetsdekningen i foretaksgruppen og hvordan tjenestene fungerer. Pasientinformasjon av styringsmessig verdi videreformidles i Helse Sør-Øst, og viktige forhold blir også presentert for landets regionale fagdirektører.

## 2.4 Saker behandlet av styret i 2009

### Styresaker

Styret for Helse Sør-Øst RHF hadde i 2009 i alt 12 møter, hvorav fire var ekstraordinære møter.

I møtene ble det behandlet til sammen 108 saker. Av disse var 73 ordinære styresaker og 35 orienteringssaker. I hvert av styremøtene ble det også gitt omfattende driftsorienteringer og styret fikk presentert 24 temasaker.

I tillegg til saker som omhandler å fylle kravet om økonomi i balanse, aktivitetsoppfølging, budsjett mv. har styret i 2009 hatt særlig fokus på oppfølging av vedtakene i omstillingsprogrammet fra 2008.

Type saker som er behandlet av styret i 2009:

- saker om eiendom, salg og investeringsprosjekter, herunder sak om fordeling av midler fra regjeringens tiltakspakke
- regional plan for smittevern og beredskap i forbindelse med influensa A (H1N1)
- arbeidet med ny inntektsmodell for Helse Sør-Øst
- stiftelse av Vestre Viken hF
- overføring av virksomheter til Sykehuspartner
- handlingsplan for spesialisthelsetjeneste for eldre 2010-2020
- handlingsplaner for innkjøp og logistikk samt HR-strategi
- nasjonalt program stabs- og støttefunksjoner
- prinsipper for brukermedvirkning
- kartlegging av helseforetakenes forhold til stiftelser

Revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF er konsernrevisjonens oppdragsgiver som gjennom instruks fra styret i Helse Sør-Øst RHF er gitt de nødvendige fullmakter til å utøve oppdragsgiverrollen.

## 2.5 Konsernrevisjonens årsrapport for 2009

### 2.5.1 Sammendrag

Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen i det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og internkontroll. Konsernrevisjonen skal bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av interne styrings- og kontrollsystemer i foretaksgruppen. Sammendraget bygger på de revisjoner som er gjennomført i 2009 og resultatet av oppfølging av tiltak iverksatt for tidligere revisjoner.

#### Virksomhetsstyring - generell vurdering

For å kunne bidra til forbedringer gjennom revisjons- og rådgivningsoppdrag, er et godt samarbeid med administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF og hennes ledergruppe av stor betydning. I praksis foregår samhandlingen gjennom faste månedlige møter hvor det gjensidig informeres om status i konsernrevisjonens arbeid, det legges til rette for at konsernrevisjonen kommer inn på viktige møtearenaer og risikobildet drøftes som ledd i revisjonsplanleggingen. Administrerende direktør og/eller viseadministrerende direktør deltar i møtene med revisjonskomiteen for å redegjøre for aktuelle temaer knyttet til virksomhetsstyringen og har en utvidet dialog med revisjonskomiteen når det gjelder risikostyringen og tiltak for å bedre styring og kontroll.

Konsernrevisjonens utvikling og vekst kan i stor grad tilskrives det regionale helseforetakets ledelse og styrets vilje til å utvikle og stadig forbedre sin styring av foretaksgruppen, herunder viljen til å bruke konsernrevisjonens arbeid aktivt for å finne frem til og forbedre internkontroll og risikostyring i foretaksgruppen. Uten denne sterke viljen til å satse på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettingene for spesialisthelsetjenesten, hadde konsernrevisjonen vanskelig vært i stand til å levere revisjoner i det omfang den har gjort.

I tillegg har konsernrevisjonen gjennomført en revisjon av internkontroll i Helse Sør-Øst RHF med særlig fokus på risikostyring. Hovedkonklusjonen var at det regionale helseforetakets internkontroll er vel etablert i forhold til de oppgavene det har ansvaret for. Det er ikke funnet alvorlige feil eller svakheter i intern styring og kontroll. Kun ett område ble definert som rødt og er knyttet til prosessbeskrivelser for kjerne- og støtteområdene som ikke var på plass. De forbedringsområdene som er identifisert er fortløpende korrigerert av administrerende direktør. Resultatet av revisjonen og iverksatte tiltak følges opp i dialog med administrerende direktør, herunder spesielt prosjektet for helhetlig virksomhetsstyring og oppfølging i Helse Sør-Øst RHF.

Kort oppsummeres dette slik:

- *Sterkt internkontrollfokus*  
Styret og administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF har tillagt konsernrevisjonens arbeid stor vekt i arbeidet med å finne frem til, utvikle og forbedre internkontroll og risikostyring som del av virksomhetsstyringen.
- *God eier- og virksomhetsstyring*  
Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF og styret for Helse Sør-Øst RHF ved revisjonskomiteen har god forståelse for prinsippene om god eier- og virksomhetsstyring. Det er stor bevissthet om hvilken rolle konsernrevisjonen skal ha som verktøy for både å "se etter" og "bidra til forbedringer".

Riksrevisjonen har gjennom dokument 3:2 og 3:3 pekt på hvor viktig internkontroll og risikostyring er for å oppnå god eier- og virksomhetsstyring.

## Revisjonsområder hvor forbedringer har gitt effekt

Som ledd i konsernrevisjonens oppfølging av de tiltak som var besluttet gjennomført ved helseforetakene og det regionale helseforetaket ble det bedt om tilbakemelding på hvilke effekter de gjennomførte tiltakene har hatt. Selv om effekter i forhold til bedring av internkontrollen i de fleste tilfeller ikke er direkte målbare har helseforetakene uttrykt effekter av både kvantitativ og kvalitativ art.

Revisjoner utført i første del av 2009 innenfor både Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner var av proaktiv karakter. Forbedringer ble foretatt løpende av de prosjektene som ble underlagt revisjon og vil ikke være overførbare til direkte effektmåling i ettertid.

For revisjoner gjennomført i 2009 er den meldte effekten av revisjonen av TNF-hemmere<sup>3</sup> at den bidro til å skape kunnskap om området og forbedring av dokumentasjon og oppfølging av behandling i klinisk praksis som er i tråd med nasjonale retningslinjer. På regionalt nivå ble det utarbeidet en egen oppfølgingsplan for observasjoner av regional karakter. Arbeidet vil ha relevans og betydning også for eventuelle nye grupper legemidler som overføres til helseforetaksfinansiering (behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF, sak 083-2009).

For revisjoner gjennomført i perioden 2006-2007 i viser tilbakemeldingene fra helseforetakene og det regionale helseforetaket at de tiltak som har vært iverksatt har gitt effekt, direkte eller indirekte, i forhold til å skape bedre styring og kontroll.

Oppfølging av tiltak vedtatt etter Revisjon av Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering viser at dette verktøyet har utviklet seg fra å være en rapportering til å bli benyttet som et ledelsesverktøy og som ledd i risikostyringen.

For revisjon av forskning viser oppfølgingen at det har vært tydelig fokus på å skape forbedringer i internkontrollsystemet knyttet opp til forskningsprosjektene. Det har også kommet nytt lovverk i perioden som stiller helt eksplisitte krav til viktige internkontrollelementer som rolle, ansvar og oppgaver, hvilket var et tema som revisjonen også fokuserte sterkt på.

For revisjon ventetid Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er det foretatt ny oppfølging av om alle tiltak har blitt iverksatt i tråd med vedtatte handlingsplaner og om det har gitt positiv effekt. Eksempel på tilbakemelding: *Iverksatte tiltak har gitt forbedring. Mål for ventetid er innfridd og er nå under gjennomsnitt 60 dager.* Dette bekreftes også av offisielle data om utviklingen i ventetider.

## Revisjonsområder hvor forbedringer ikke har gitt forventet effekt

Oppfølging av revisjon av innkjøpsområdet fra 2007 -2008 viser at med få unntak har både helseforetakene og det regionale helseforetaket fortsatt utfordringer når det gjelder å etablere og gjennomføre internkontrolltiltak som bidrar til måloppnåelse og etterlevelse av gjeldende lovverk. Bekreftelse på dette utfordringsbildet er også gitt gjennom revisjon av innkjøpsområdet ved Sykehuset Innlandet HF som ble avsluttet og rapportert på i 2009. Det er dessuten ikke fullt ut utviklet systemløsninger som bidrar til at det kan foretas en tilstrekkelig og god rapportering på de vedtatte måleparametrene, KPlene.

Fra Helse Sør-Øst RHF sin side fremholdes det at oppfølging av helseforetakene gjennom at det nå er satt styringskrav på området er svaret på mye av dette. Gode resultater i forhold til

---

<sup>3</sup> Revisjon av etterlevelsen av gjeldende retningslinjer forskrivning, kjøp og fakturering av TNF-hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi.

styringskrav vil være vanskelig å oppnå uten at det drives gjennomgående virksomhetsstyring for å sikre at det innenfor et helseforetak følges opp at de fullmakter som er gitt i forbindelse med innkjøp overholdes. Dette er den største utfordringen og som medfører at effekt av tiltakene uteblir (avtalelojalitet, gevinstrealisering etc.) i helseforetak. Helse Sør-Øst RHF velger å konsolidere i 2010 samt sikre god gjennomføring på iverksatte tiltak for å måle effekt.

Fokus fremover for konsernrevisjonen er å se etter om det sikres oppfølging av helseforetakenes implementering av vedtatt handlingsplan for innkjøps- og logistikkområder, herunder helseforetakenes oppfølgingsregimer. Det bør videre ses nærmere på Sykehuspartners oppgaver knyttet til støtte innenfor koordinering av anbud, kontraktsforvaltning og vedlikehold av varekataloger. Til slutt bør det ses nærmere på helseforetakenes arbeid med å implementere retningslinjene for fullmakter som trådte i kraft 1.1.2009.

Oppfølging av revisjonsrapporten "Dokumentflyt i pasientarbeidet/henvisningsrutiner" viser, både i forhold til helseforetakene, men også i forhold til det regionale helseforetaket, at dette forbedringsarbeidet ikke vil være avsluttet med forventede forbedringer før "Meldingsløftet" er fullført. Dette forutsetter også at dette prosjektet inkluderer elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene.

Det ble gitt seks anbefalinger til det regionale helseforetaket som var relatert til de utfordringene som ikke helseforetakene hver for seg kan løse, og det er utarbeidet handlingsplan som er styrebehandlet.

I forhold til vedtatt handlingsplan gjenstår det å sette i verk to tiltak. Dette gjelder tiltak som krever løsninger av elektronisk og teknologisk art.

Arbeidet med å etablere løsninger for rask og hensiktsmessig informasjonsutveksling mellom helseforetak er satt på dagsorden, men løsningene er så langt ikke etablert og implementert. Innhenting av styringsdata for henvisningsområdet er avhengig av teknologiske løsninger som så langt ikke er etablert.

Konsernrevisjonen vil ha et fortsatt fokus på området, om tiltak iverksettes og har forventet effekt.

Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomisk balanse er gjennomført i tre helseforetak.

Oppfølging av iverksatte tiltak og effekt av disse viser at området har fått stor oppmerksomhet. Andre tiltak enn de foretaksspesifikke innenfor dette området har vært det regionale helseforetakets oppfølgingsregime, samt tiltaket "Krafttaket" som ledd i fokus på balanse.

Resultatet av revisjonene som i sin tilnærming har et økonomi- og virksomhetsstyringsfokus, forutsatte tiltak både på kort sikt (for budsjettåret) og på lang sikt for å sikre et tilfredsstillende internkontrollsystem som basis for virksomhetsstyringen. Oppfølgingen viser at det fortsatt gjenstår arbeid med tiltakene for å sikre varig effekt og robusthet i styringssystemet.

## 2.5.2 Gjennomførte revisjoner

Nedenfor oppsummeres revisjoner gjennomført i 2009 og oppfølging av tidligere revisjoner. Orientering om revisjonsarbeidet og samlet oversikt over revisjoner fremlegges i konsernrevisjonens årsrapport for 2009 den 4. mars 2010.

Område	Periode	Tema	Videre oppfølging fra konsernrevisjonen
Rapportering og oppfølging i	2009	Evaluering av rutiner og systemer for rapportering og oppfølging i	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging

foretaksgruppen		foretaksgruppen 2009	i 2010.
Internkontroll og risikostyring, jf. foretaksprotokoll 4.3.1	2008-9	Revisjon av internkontroll i Helse Sør-Øst RHF med særlig fokus på risikostyring 2008-9	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging i 2010.
Økonomistyring og virksomhetsstyring	2007-9	Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomisk balanse	Konsernrevisjonen vil i dialog med 2 reviderte helseforetak vurdere om det bør gjennomføres en oppfølgingsrevisjon i 2010-11, og for ett helseforetak foreta en oppfølgingsrevisjon i 2010-11.
Biologiske legemidler – endringer i finansieringsordning – økende kostnader	2008-9	Revisjon av TNF-hemmere biologiske legemidler – forskrivning, innkjøp og oppgjør ved alle aktuell helseforetak og sykehus	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging i 2010.
Henvisningsrutiner	2007-8	Revisjon av "Dokumentflyt i pasientarbeidet/henvisningsrutiner ved 8 helseforetak	Konsernrevisjonen vil i dialog med helseforetakene vurdere om det bør gjennomføres en oppfølgingsrevisjon i 2010-11.
Innkjøpsområdet	2006/7 og 2009	Revisjon av innkjøpsområdet ved 7 nåværende helseforetak	Konsernrevisjonen vurderer det nødvendig å foreta en oppfølgingsrevisjon i 2010-11.
Internkontroll og risikovurdering	2006-7	Revisjon av ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering- gjennomført i alle helseforetak i tidligere Helse Øst.	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging i 2010.
Forskning	2006-7	Revisjon av forskning – gjennomført i alle helseforetak i tidligere Helse Øst pluss Rikshospitalet	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging i 2010.
Ventetider i barne- og ungdomspsykiatrien	2006 og 2009	Revisjon ventetid BUP 2006 gjennomført i alle helseforetak i tidligere Helse Øst Revisjon BUP – Pasientforløpet gjennomført ved Psykiatrien i Vestfold	Konsernrevisjonen anser ikke behov for ytterligere oppfølging i 2010.

## 2.6 Medvirkning, dialog og forankring

### 2.6.1 Brukermedvirkning

#### 2.6.1.1 Innledning

Helse Sør-Øst har ambisjoner om å være et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. I 2009 har brukerutvalget og ledelsen sammen tatt grep for å øke forståelsen og viktigheten av brukermedvirkning. Det er i 2009 utviklet 13 prinsipper for hvordan brukermedvirkning på systemnivå skal ivaretas i Helse Sør-Øst:

#### Brukermedvirkningens grunnlag

1. Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse.
2. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
3. Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer.

4. Medvirkningen skal sikres gjennom faste organer og for øvrig gjennom systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner og eldres organisasjoner. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser.

### **Brukermedvirkning i drift og omstilling**

1. Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse.
2. Brukerrepresentanter skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon.
3. Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssentra.
4. Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse.

### **Kompetanse og metoder**

1. Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerepresentasjon.
2. Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer.
3. Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten skal være forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse.
4. Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres.
5. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisin- og helsefagyrkene.

Brukermedvirkning er et kontinuerlig arbeid som skal bidra til god kvalitet på behandlingstilbudet og sikre at pasientenes behov skal være førende for utvikling av tjenestene. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF representerer pasientenes kritiske og konstruktive stemmer. Ved å lytte til disse kan vi videreutvikle helsetjenestene våre på best mulig måte for alle pasienter i Helse Sør-Øst. Virkemidler i tillegg til de 13 prinsippene er bl.a.:

- Modulbasert opplæringsprogram i brukermedvirkning. Det bidrar til å gjøre brukerne dyktige og målbevisste slik at de kan påvirke utformingen av helsetjenestene på en god måte.
- Gode samarbeidsrutiner mellom profesjoner og brukere.
- Synliggjøring av at brukere har deltatt i ulike prosesser og råd.

### **Brukerutvalget**

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas.

Brukerutvalget representerer pasientene og de pårørende på systemnivå. Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjoner. Styret

oppnevnte høsten 2009 nytt brukerutvalg etter forslag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), Landsforbundet mot stoffmisbruk, Kreftforeningen og Pensjonistforbundet.

I henhold til brukerutvalgets mandat skal årsrapport innarbeides i Årlig melding. Det skal videre fremgå av oversendelsen av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet at brukerutvalget har fått seg forelagt meldingen før denne sendes departementet.

Formålet med brukerutvalget er iht. mandatet

- bidra til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester
- bidra til medvirkning
- bidra til god samhandling

### 2.6.1.2 Årsrapport for brukerutvalget

Brukerutvalget har 15 medlemmer. Rammen for brukerutvalgets arbeid er mandatet og de lover og retningslinjer som er gjeldende for Helse Sør-Øst RHF. Det er valgt et arbeidsutvalg som består av leder og nestleder og to av de øvrige medlemmene.

Administrerende direktør eller hennes representant deltar som hovedregel på alle brukerutvalgets møter. Brukerutvalget har hatt 10 møter i 2009, inkludert årlig møte med styret for Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF stiller sekretær til rådighet for brukerutvalget. Sekretæren deltar både i brukerutvalgets og arbeidsutvalgets møter.

I samarbeid med administrasjonen inviteres det en gang i året til konferanse med brukerorganisasjonene. Tema for konferansen i 2009 med organisasjonene var brukarmedvirkning i helseforetakene i gjennomføring av omstillingsprosessen. Det arrangeres vanligvis også en årlig konferanse hvor brukerutvalgene i helseforetakene inviteres til å sende representanter. Dette arrangementet ble avlyst i 2009 pga "krafttaket" for å bedre foretaksgruppens økonomiske situasjon.

### **Møtene**

Brukerutvalget har behandlet totalt 124 saker. Sakslisten settes av arbeidsutvalget i samarbeid med brukerutvalgets sekretær på grunnlag av rullert plan for styresaker og brukerutvalgets egen plan samt innkommet post og øvrige innmeldte saker. Endelig saksliste besluttet av leder/arbeidsutvalget. Det er lagt betydelig vekt på arbeidet med å sikre at brukerutvalget får gitt innspill til planer og styresaker på et tidlig tidspunkt. Brukerutvalget blir i hvert møte orientert om status i Helse Sør-Øst RHF og gir i dialog med administrerende direktør eller hennes stedfortreder synspunkter på utviklingen.

Det ble i forbindelse med etablering av nytt brukerutvalg gjennomført et opplæringsprogram for å gi medlemmene et grunnlag for sitt arbeid og bli kjent med lover og øvrige føringer, planer og pågående prosesser. Det ble også arrangert et eget program for å utvikle brukerutvalget som team.

Brukerutvalget involveres i arbeid med budsjett, strategiske planer, årlig melding og gjennom prioritering av saker og uttalelser og innspill i møter, i risikoanalyser og i arbeidet med tema til oppdrags- og bestillerdokument til helseforetak og private sykehus.

De viktigste sakene i brukerutvalget i 2009 har vært utilsiktede hendelser og varige skader, likeverdige helsetjenester, storbylegevakt, handlingsplan i spesialisthelsetjenesten for eldre (eldreplanen), samhandlingsplanen, organdonasjon, ventetider for cochleaimplantatoperasjoner, problemer ved i gangkjøring på Akershus universitetssykehus HF, prosessene

rundt Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og pilotsykehusprosjektet. Det har også vært tema om pasientopplæring, egenmestring og lærings og mestringssentrene. Brukerutvalget følger med når det gjelder pasientreiser, både kvalitet og ventetid ved reisene og ved refusjon gjennom det nye nasjonale selskapet.

### **Øvrig deltagelse og samarbeid**

Leder og nestleder, eller den brukerutvalget bestemmer, møter i styret som observatører.

Det er med få unntak praksis at minimum to representanter fra brukerne møter i de prosesser og prosjekter der brukerutvalget velger å være med. Viktige deltagelser i 2009 har bl.a. vært i midlertidige fagråd som har levert innspill til regionale strategier innen rus, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og i arbeidet med regional forskningsstrategi.

Brukerutvalget har også deltatt aktivt i prosessen med utarbeidelse av strategisk fokus 2010–2013 og mål for 2010 samt arbeidsgruppe vedrørende ny inntektsmodell, arbeidet med samhandlingsplanen, likeverdige helsetjenester, forskningsutvalget, arbeidet i Pasientreiser ANS, prosjektet "kunnskapsutvikling og god praksis" og prosjektet "raskere tilbake". Arbeidsgruppen arytmi-behandling, fagråd for karkirurgi, fagråd for infeksjonsmedisin, smittevern og immunologi, sektorkomite for akkreditering av akuttmottak i regionen, ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst, felles nasjonal IKT plattform, regionalt legemiddelforum, forum for bygg og eiendom og nye brukerundersøkelser i Helse Sør-Øst. Det har også vært brukerrepresentanter til utredningsgrupper for nasjonale tjenester som skulle vurdere behov for og tjenester ved nasjonale medisinske kompetansesentra.

Både brukerutvalgets leder og øvrige medlemmer har i 2009 holdt mange innlegg og presentasjoner i konferanser arrangert av Helse Sør-Øst RHF og andre. Eksempler på dette er innlegg om brukerperspektiv på lederkonferanser i Helse Sør-Øst, innlegg i forbindelse med åpning av rehabiliteringskonferansen, lederseminar i brukerorganisasjonene, kunnskapssenteret Alliance for pasientsikkerhet, Nasjonal pilotsykehuskonferanse og kvalitetskommuneprogrammet i KS.

Det er også gledelig at brukerutvalg i enkelte helseforetak etterspør nærmere samarbeid og dialog med representanter fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. Det gjelder bl.a. Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF. God dialog mellom brukerutvalget på regionnivå og i helseforetakene er blitt ytterligere viktig for å bidra til realisering av mål og vedtak tatt i hovedstadsprosessen.

Det har også vært avholdt fellesmøter med ledere og nestledere i alle regionale brukerutvalg hvor de viktigste drøftingspunktene har vært samhandlingsreformen, pasientsikkerhet og pasientreiser i tillegg til lærings og mestringssentrene.

### **Prinsipper for brukermedvirkning**

Gjennom en prosess som startet i 2008 utarbeidet brukerutvalget 13 prinsipper for brukermedvirkning. Disse er gjengitt ovenfor. Styret for Helse Sør-Øst RHF sluttet seg i møte 28. mai 2009 til de intensjoner og det verdigrunnlag som ligger i prinsippene. Det er videre i samråd med brukerutvalget laget en presentasjonsserie og folder om brukermedvirkning i Helse Sør-Øst RHF som er formidlet til helseforetak, brukerorganisasjoner og andre sentrale aktører. Det er gledelig at prinsippene og folderen har fått stor oppmerksomhet og brukerutvalget vil påse at prinsippene følges.

### **Erfaringer og hovedfokus**

Brukerutvalget har merket seg at holdninger og innspill som brukerrepresentantene har kommet med, ofte er kommet med i saksgrunnlag og vedtak.



Også 2009 har stilt store krav til brukerutvalget. For å få til slik bred brukerdeltagelse som redegjort for ovenfor ordnes deltaker ofte ett medlem fra brukerutvalget og en representant foreslått av brukerutvalget fra en relevant brukerorganisasjon. Dette gir bredde i representasjonen og bidrar også til kompetansespredning. Å skaffe kompetente medvirkere i så stort omfang er en utfordring, og brukerutvalget har nytte av bistand fra organisasjonenes oversikter over kompetente medvirkere.

Brukerutvalget har full tillit til at alle parter ønsker at den holdning som vi gir uttrykk for i innledningen til strategidokumentet, fortsatt skal være den styrende:

- ... ***pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene***
- ... ***pasienten er ikke et medisinsk problem, men først og fremst et menneske som har behov for våre tjenester***

### 2.6.1.3 Til årlig melding 2009 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 avsnittene 1.2. og 2.6.1. Punkt 2.6.1 *Brukermedvirkning* er utformet med utgangspunkt i tekstforslag fra gruppen. Brukerutvalget er forelagt årlig melding i møte 24. februar 2009.

*Punkt 1.2. "Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009". Her har administrasjonens forslag til tekst vært utgangspunktet for dialog mellom administrasjonen og arbeidsgruppen. Meldingen tar for seg den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst i 2009 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2010 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet i punkt 1.2. Brukerutvalget vil for øvrig legge særlig vekt på de oppgaver som er presisert i årlig melding kapittel 2.6.1.3.*

- Pasientsikkerhet: Brukerutvalget vil at det fokuseres sterkere på pasientadministrative forhold og logistikken rundt pasientens vei fra hjemmet, gjennom nivåene i helsetjenesten og tilbake til hjemmet. Pasientombudenes erfaringsmateriale mener vi vil være et hjelpemiddel i dette arbeidet.
- Styrket samhandling: Brukerutvalget støtter at det skal legges til rette for innføringen av samhandlingsreformen. Vi ser videreutvikling av veiledningsplikten og samarbeidet gjennom ambulante team som viktige redskaper til å styrke kontakten med kommunehelsetjenesten. Gjensidig hospitering vil bedre pasientsikkerheten og styrke tryggheten for pasienter og pårørende.
- For store ulikheter: Det er et overordnet fokusområde også for brukerutvalget å bidra til reduksjon av sosiale forskjeller i helse mellom befolkningsgrupper. Vi mener at en i arbeidet med dette må legge spesiell vekt på at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene.
- Det registreres bedring i kvaliteten for pasientbehandling ved at det er færre korridorpasienter og at andel epikriser som er utsendt innen 7 dager utvikler seg positivt i 2009.
- Noe negativt er utviklingen av lenger ventetid for polikliniske undersøkelser. Årsak til denne utvikling bør undersøkes og bearbeides de neste år.
- Fagrådene er i gang: Fagrådernes mandat gir klare føringer om å arbeide med overordnede problemstillinger og å være fremtidsrettet. Brukerutvalget har arbeidet aktivt gjennom deltakelse i fagrådene for at pasientens behov har hovedfokus for alle fagrådernes anbefalinger.
- Fortsatt stor forskningsinnsats: Brukerutvalget er positiv til den økte satsningen på forskning. Det må legges stor vekt på at forskningen skal utvikle gode diagnoseverktøy og kvaliteten på helsetjenestene som tilbys pasientene. Vi vil at logistikk og

pasientadministrative forhold undersøkes nærmere – hvorledes de medisinske tjenestene drives – hvordan dette kan gjøres til gjenstand for forskning.

- Kunnskapsutvikling og god praksis: Brukerutvalget er meget tilfreds med teksten i dette avsnittet og har store forventninger til de anbefalinger som prosjektet kommer fram til. Vi vil at det skal legges stor vekt på å utvikle helhetlige pasientforløp for de store pasientgruppene. Å utvikle helhetlige pasientforløp ser vi som et nødvendig redskap når samhandlingsreformen skal settes ut i livet. Brukerutvalget vil fra årsskiftet ha representant både i styringsgruppen og prosjektgruppen.
- Gjennom erfaringene fra 2009 regner brukerutvalget med at lærings- og mestrings-sentrene videreutvikles. Brukerutvalget mener at pasientenes rett til opplæring må konkretiseres og at det sikres at tilbudene blir likeverdige innenfor helseregionen. Dette er en viktig oppgave som må forankres i ledelsen ved det enkelte helseforetak.
- Ledelsesinformasjon: Brukerutvalget vil at brukermedvirkning og den betydningen Helse Sør-Øst legger i den skal være en integrert del av ledelsesstrategien
- Mobilisering av medarbeidere og ledere: Brukerutvalget vil at brukermedvirkning skal innarbeides som en del av helsefagutdannelsen og kursvirksomheten forøvrig.

Brukerutvalget vil til slutt gi uttrykk for tilfredshet med at helseforetaksgruppens økonomiske resultat gir grunn til forsiktig optimisme. Brukerutvalget ønsker at helsetjenesten styres på en slik måte at det gis handlefrihet til planlagt omprioritering og realisering av de gode intensjoner som følger av styrevedtak 108-2008.

## **2.6.2 Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud**

Et godt samarbeid på alle nivåer i organisasjonen vil fremme initiativ, motivasjon og samholdighet. 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 ved utformingen 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. Sentrale temaer er styresaker generelt og regionale strategiplaner spesielt. Videre deltar de konserntillitsvalgte i de aktuelle regionale prosjekter. Det vektlegges at de konserntillitsvalgte kan komme tidlig inn i prosessene før sakene slutføres.

### **2.6.2.1 12 prinsipper for medvirkning i omstilling**

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:

#### **Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud**

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.
2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.

3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning.

#### Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker

1. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
2. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.
3. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

#### Informasjon

1. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.
2. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

#### Endringsmetodikk

1. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.
2. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
3. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.
4. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

God pasientbehandling nås best gjennom medvirkning. I 2010 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.

### **2.6.3 Dialog med andre instanser og organisasjoner**

Helse Sør-Øst forholder seg til mange, og svært ulike eksterne målgrupper. Det legges vekt på toveis kommunikasjon og at det skal være åpenhet i prosesser og beslutninger. Helse Sør-Øst har følgende prinsipper for kommunikasjonsarbeidet:

- Bidra til å bygge tillit mellom helsetjenesten og allmennheten generelt og mellom tjenesteyter og pasient spesielt. Helse Sør-Øst har ansvar for å bygge, opprettholde og videreutvikle dette tillitsforholdet.
- Ansvar for å gi den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter.
- Organisere en aktiv informasjonsfunksjon overfor brukere, allmennheten og media.
- Skape åpenhetskultur gjennom aktiv informasjon.

- Underbygge og bære egne og nasjonale verdier.

Som et ledd i dette er en opptatt av å ivareta god forankring og dialog gjennom faste samarbeidsmøter, høringer og innspill. Det er etablert en fast møtearena med fylkeskommunene. Samarbeidet i forhold til kommunene videreutvikles både mellom det enkelte helseforetak og kommunene, og regionalt i samarbeid med KS. En har videre et godt samarbeid med pasientombudene i Helse Sør-Øst. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

## 3. STYRETS PLANDOKUMENT

Denne delen av meldingen viser utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur m.v. som vil kunne få betydning for helseforetaket og "sørge for" ansvaret. Kapittel 3.1 omhandler fremtidens behov, mens kapittel 3.2 beskriver styrets strategier og planer for å møte utfordringene.

### 3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I kapittel 3.1 redegjøres det på et generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont er 3-4 år.

#### 3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

Det gis nedenfor en nærmere omtale av utvikling og utfordringer innenfor Helse Sør-Øst. De tema som belyses særskilt er befolkningsutvikling på kort og lang sikt, faglige trender og faglige prioriteringer. Det vises for øvrig til kapittel 3.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2009 for Helse Sør-Øst hvor de seks innsatsområdene og motivasjonen for disse omtales nærmere.

##### 3.1.1.1 Befolkningsutvikling

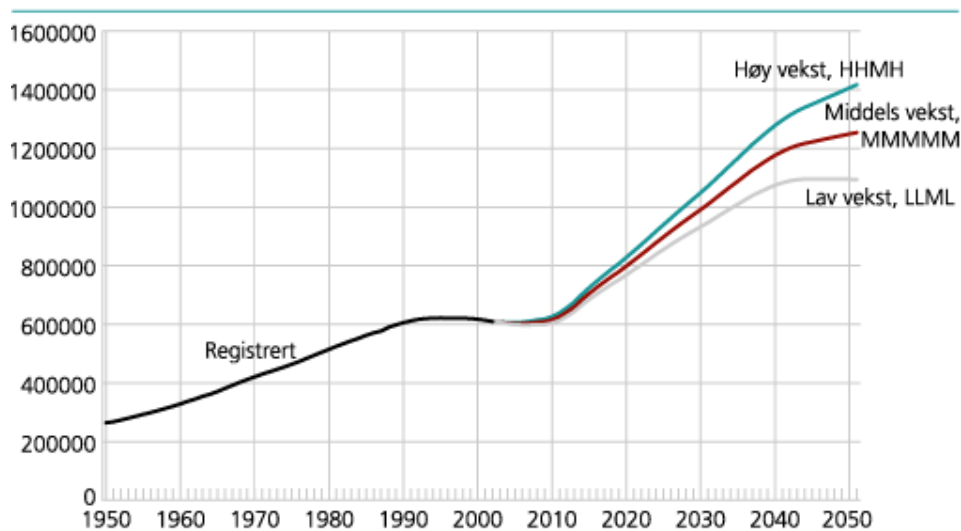
Den forventede vekst i den eldre befolkningen er av stor betydning for langsiktig utvikling, planlegging og organisering innen helsetjenesten. Utviklingen vil også ha betydning for fremtidig finansiering av infrastruktur og hvordan helsetilbudet skal betales. Dette er likevel spørsmål som avgjøres mer i samtiden og med utgangspunkt i konjunkturførhold og samfunnsøkonomisk situasjon. De beslutninger som dette påvirker direkte i dag er beslutningene om sykehusstruktur og utbyggingsbehov.

Tabell: Befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2020 (alternativ MMMM)

Fylke	2010		2015		2020	
	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+
Østfold	271 325	11 %	285 658	12 %	299 386	13 %
Akershus	537 875	9 %	582 108	10 %	622 116	11 %
Oslo	585 119	8 %	643 960	8 %	695 913	9 %
Hedmark	190 700	13 %	194 541	14 %	198 756	15 %
Oppland	184 793	13 %	187 960	13 %	191 184	15 %
Buskerud	257 381	11 %	272 079	11 %	285 875	13 %
Vestfold	231 549	11 %	243 452	12 %	254 534	13 %
Telemark	168 294	12 %	172 442	12 %	176 605	14 %
Aust-Agder	108 394	10 %	113 779	11 %	118 935	13 %
Vest-Agder	170 145	10 %	180 285	10 %	189 874	12 %
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>2 705 575</b>	<b>10 %</b>	<b>2 876 264</b>	<b>11 %</b>	<b>3 033 178</b>	<b>12 %</b>

Kilde (<http://statbank.ssb.no/,01.02.09>)

Figur: Forventet befolkningsutvikling og utvikling i aldersgruppen over 67 år frem mot 2050.



I første del av perioden (2010-2015) får Helse Sør-Øst en utflating av veksten i den eldre befolkningen, og presset på spesialisthelsetjenesten vil merkes mest ved en markant økning i aldersgruppen 60-69 år. Pasienter fra denne gruppen representerer de første kullene av etterkrigs generasjonen, og vil kanskje være preget av at de har levd opp med høyere levestandard, har bedre økonomi og høyere krav og forventninger, også til hvilke problemer helsetjenesten kan løse. Dette understreker behovet for en målrettet utvikling av tjenestetilbudet, basert på oppdatert kunnskap, god praksis, klare prioriteringer og god samhandling.

### 3.1.1.2 Faglige trender og utfordringer

2010 markerer andre året for gjennomføring av plan for strategisk utvikling 2009-2020, "omstillingsprogrammet". Disse regionale strategiene bygger på kjente faglige trender:

- Flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, som en konsekvens av økende levealder, forlenget levetid med etablert sykdom og økende antall eldre i befolkningen.
- En stor og økende andel ikke-vestlige innvandrere i regionen, spesielt i hovedstadsområdet.
- Antall kreftsykdommer øker med økende alder i befolkningen, og flere pasienter vil leve med kreft.
- Livsstilssykdommer, blant annet knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og økende alkoholbruk, forventes å øke.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer og multiresistente mikroorganismer forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til økende familiær og sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale forskjeller, antas å øke.
- For enkelte grupper vil sykdomsbildet i større grad preges av voldsskader, rusmiddelbruk og psykiske lidelser.
- Medisinsk kunnskap og teknologi er i rask utvikling, og gir betydelige endringer i diagnostikk og behandlingstilbud, til dels forbundet med høye kostnader, bl.a. innen bruk av nye legemidler.
- Grensene mellom dagens fagspesialiteter og profesjoner utfordres og endres, med økende behov for tverrfaglige og oppgaveorienterte arbeidsformer.

- Lovfestede brukerrettigheter og økt brukermedvirkning påvirker i økende grad behandlingen, kvaliteten i tjenestetilbudene og valgfriheten mellom tilbudene.
- Moderne informasjonsteknologi påvirker i økende grad tjenestene, og utfordrer grensesnittet mellom it-baserte og organisatoriske strukturer.
- Kroniske pasienter utfordrer spesialisthelsetjenestene til økt satsing på forebygging, vedlikehold og palliasjon.

Mange kjente risikofaktorer, for eksempel røyking, alkoholbruk, overvekt og inaktivitet kan påvirkes. Potensialet for positive effekter av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er stort, men er vanskelig å utløse. Helsetilstanden avhenger i vesentlig grad også av økonomiske og sosiokulturelle faktorer, og forskningen på disse områdene tyder ikke på at en har klart å redusere de sosiale forskjellene i befolkningens helsetilstand i Norge i de siste tiårene. I vår region er dette tydeligst vist mellom ulike bydeler i Oslo.

På noen av disse områdene er arbeidsdelingen mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar ennå uklar. Ett av målene med samhandlingsreformen må være å bedre disse forhold, både gjennom bedre samhandling på de områder en er helt avhengig av et godt samarbeid, men også ved at en derigjennom avklarer hvilke områder en er eksklusivt ansvarlig for.

Helse Sør-Øst har hensyntatt disse utviklingstrendene i sine plandokumenter, som bygger på følgende hovedutfordringer:

- Sikre en god dekning av lokalbaserte spesialisthelsetjenester innenfor sykehusområder.
- Samle spesialiserte spesialisthelsetjenester på færre steder i regionen ("desentralisere det som kan desentraliseres, og sentralisere det som bør sentraliseres").
- Forbedre intern samhandling og samhandlingen mellom tjenestenivåene.
- Møte utfordringene som sosial ulikhet i helse gir, gjennom å arbeide for økt likeverd, bl.a. i forhold til innvandrere fra ikke-vestlige land.
- Innrette tjenestene og helsepersonellens kompetanse i forhold til medisinske problemstillinger knyttet til høy alder.

Nyere og bedre behandlingsmetoder har skapt økende forventninger til hva spesialisthelsetjenesten kan løse. Samtidig er pasientrettighetene styrket. Det har resultert i økende antall nyhenvisninger, og gitt krysspress mellom tilgjengelige ressurser, ventetider og fristbrudd med behov for bedre faglige prioriteringer innen alle tjenesteområdene.

#### Særlig om psykisk helse:

Helse Sør-Øst har satset mye på å videreføre intensjonene fra "opptrappingsplanen for psykisk helse". Nå er de fleste desentraliserte behandlingstilbudene på lokalsykehusnivå ferdigstilt i form av distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Koblet på disse ønsker en å øke utbyggingen av polikliniske og ambulante behandlingstilbud, både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. For å nå disse målene, vil det fortsatt være viktig å sikre rekruttering av høgskoleutdannet personell, psykiatere og psykologer. I tillegg ønsker Helse Sør-Øst at sykehusområdene fremmer samarbeidet med avtalespesialistene innen psykiatri og psykologi, og arbeidet med å bedre tilgjengeligheten til dem fortsetter.

#### Særlig om utviklingen på rusfeltet:

Antall unge med alvorlige og sammensatte rusproblemer øker, og noen har i tillegg en aggressiv og utagerende atferd. Det er også en økende forekomst av kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og vedvarende rusmiddelmissbruk. Overdosedødsfallene er redusert, men er fortsatt høye.

Generelt er det et udekket behov for tjenester til rusmiddelavhengige, ikke minst for etniske minoriteter, ungdom, og voksne med relativt krevende problematikk.

Helse Sør-Øst har styrket behandlingsskapiteten innen rusfeltet, men på avrusning og utredning er den fortsatt for lav. Bedre og mer tilgjengelige tilbud har også gjort at antallet nyhenvisninger øker spesielt mye på dette tjenesteområdet. Det har vært vanskelig å bruke den samlede institusjonskapasiteten optimalt, både med hensyn til å kunne tilby den enkelte pasient det mest hensiktsmessige behandlingstilbudet, og få til god pasientflyt. Det er videre behov for å øke andelen helsepersonell innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, noe som er en stor utfordring på grunn av generell mangel på fagpersonell i sektoren, og særlig på psykiatere og psykologer.

#### Særlig om utviklingen på legemiddelfeltet

Legemiddelbruk reiser mange viktige faglige, pasientsikkerhetsmessige og økonomiske problemstillinger, for eksempel ved bruk av biologiske legemidler. Spesielle utfordringer er også knyttet til legemiddelbehandling av barn og eldre med polyfarmasi.

Sikring av nødvendig kompetanse og ferdigheter hos helsepersonellet innen legemiddelbehandling er helt avgjørende for faglig forsvarlig virksomhet. Regionalt legemiddelforum skal ha et særlig ansvar for å gi gode råd på dette feltet, bl.a. for å fremme koordinering og samarbeid mellom helseforetakene og Sykehusapotekene HF. Helse Sør-Øst vil prioritere bedret pasientsikkerhet gjennom reduksjon av feil i legemiddelbehandling, bl.a. ved økt bruk av farmasøytter i klinikken. En vil også satse på regionale fellesprosjekter og satsninger. Eksempel på dette er bl.a. optimalisering av overgang fra parenteral til peroral antibiotikabehandling.

#### 3.1.1.3 Faglige prioriteringer

Helse Sør-Øst har lagt til grunn den aktivitetsveksten som er forutsatt fra Helse- og omsorgsdepartementets side i budsjettproposisjonen for 2010. Føringer om å styrke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, samt habilitering og rehabilitering er ivaretatt ved krav om høyere aktivitetsvekst på disse områdene enn innen somatikk. Foretakene har måttet prioritere 2010-aktiviteten slik at samlet regional aktivitetsvekst fra 2009 til 2010 blir 2,5 prosent for psykisk helsevern og 5 prosent for TSB.

Innen tjenesteområdene skal helseforetakene og sykehusene også identifisere egne særskilte behov og prioritere aktivitetsveksten der ventelisteutfordringene er størst. Helse Sør-Øst har over flere år fulgt ventelisteutviklingen ved sammenstilling av data for nyhenvisninger, ventende og ventetider for avviklede pasienter. Det store flertallet av pasientene venter på poliklinisk undersøkelse/utredning. Enkle grep vil gjøre at foretakene unngår fristbrudd knyttet til poliklinikkene, men det krever at en raskere og mer aktivt prioriterer nyhenviste pasienter til poliklinisk utredning.

Helse Sør-Øst RHF vil sikre kvalitetsutvikling, ved å understøtte helseforetakenes kvalitetsarbeid. Dette omfatter tiltak for å bedre kvalitet i behandlingen, med et særskilt fokus på å redusere uønskede hendelser. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp arbeidet med kompetanseoverføring og erfaringsutveksling for å bedre utviklingen av gode pasientforløp. De nasjonale kvalitetsindikatorne legges til grunn for å følge utviklingen innenfor kvalitetsområdet. Helse Sør-Øst vil ha særlig oppmerksomhet på utviklingen av ventetider, fristbrudd, korridorpatienter og sykehusinfeksjoner. Sykehusapotekene vil prioritere utviklingen av en (nasjonal) indikator for medisineringsfeil.



Arbeidet med å redusere epikrisetiden vil bli videreført. Stadig flere helseforetak/sykehus når målsettingen om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen 1 uke, delvis ved at flere pasienter nå får epikrisen som en del av utskrivningssamtalen ("epikrise til pasienten").

Helse Sør-Øst vil at 2010 brukes aktivt til å forberede tiltakene i samhandlingsreformen. De passer svært godt inn i de vedtak som er gjort for det regionale omstillingsarbeidet. Innenfor hvert helseforetaks- og sykehusområde ønsker en å videreutvikle arbeidet i samarbeidsutvalgene med kommuner og bydeler, og reformen har bidratt til å konkretisere tiltakene. Helse Sør-Øst vil bl.a. legge til rette for helhetlige tjenester til pasienter med sammensatte lidelser, herunder aktiv bruk av individuell plan. Helse Sør-Øst vil i 2010 utvide arbeidet med pasientforløp. I tillegg er det et sentralt mål at omstillingene skal bidra til at rehabilitering blir en integrert del av behandlingen og pasientforløpene.

De helsefaglige prioriteringene for 2010 er gjort i dialog med helseforetakene, og understøtter nasjonale prioriteringer. Brukermedvirkning har vært en sentral del av prioriteringsarbeidet. I tillegg til prioritering av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og psykisk helsevern har Helse Sør-Øst RHF blant annet gjort følgende prioriteringer for 2010:

- Økte midler til prehospitaltjenester
- Utbygging av intensivkapasiteten
- Økte midler til habilitering
- Økte midler til intensiv rehabilitering av større hodeskader (TBI)
- Midler til plastisk kirurgisk behandling etter svær vektreduksjon som følge av behandling for sykkelig overvekt
- Økte midler til Organdonasjon
- Midler til lysbehandling psoriasispatienter
- Økte midler til ME-tilbud til personer med kronisk utmattelsessyndrom
- Regional avsetning til samhandlingsprosjekter

Det er i budsjettforslaget innarbeidet en betydelig økt satsning på forskning og innovasjon, i tråd med vedtatt strategiplan.

Det er videre satt av økte midler til regional IKT knyttet til realisering av vedtak i omstillingsprogrammet innen dette området og administrativ HR. Som en del av denne satsingen er IKT-avdelingen også styrket med en egen enhet for Klinisk IKT.

### **3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger**

#### **3.1.2.1 Innledning**

Det er innenfor Stortingets årlige budsjettvedtak som Helse Sør-Øst må planlegge sin virksomhet for å ivareta sitt lovpålagte "sørge for"-ansvar overfor befolkningen. De økonomiske rammeforutsetningene omfatter:

- Økonomiske rammer til drift og investering
- Finansieringsordninger
- Driftskreditter og lånerammer

Det er i tillegg knyttet en rekke krav til rammeforutsetningene i form av pålegg i foretaksprotokoll og oppdragsdokument der det bl.a. settes krav til økonomisk resultat.

Overfor helseforetakene i regionen er fra 2010 inntektsrammene, aktivitetskravene, de faglige prioriteringene, mål, samt resultatkrav mv samlet i et oppdrags- og bestillerdokument. Dette dokumentet bekreftes av foretaksmøter med helseforetakene. Et tilsvarende dokument er også utarbeidet for de private, ideelle sykehusene. Dette dokumentet undertegnes av de administrerende direktører i Helse Sør-Øst RHF og hvert av sykehusene.

Disse dokumentene utgjør i sum de økonomiske og faglige rammeforutsetningene for foretaksgruppen i budsjettåret.

### 3.1.2.2 Økonomisk bæreevne over tid

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har gått med underskudd siden etableringen i 2007. Underskuddet ble redusert betydelig fra 2007 til 2008- og målet for 2009 var å levere et resultat i balanse. Dette har en imidlertid ikke lyktes med, foretaksgruppene leverer samlet sett også et underskudd i 2009. Underskuddet for 2009 blir imidlertid betydelig redusert i forhold til 2008.

Betydelige underskudd på driften reduserer tilgjengelig likviditet og dermed det økonomiske handlingsrommet. Dette gjør det igjen vanskelig å opprettholde et tilfredsstillende investeringsnivå. Det er dokumentert et stort avvik mellom nødvendig investeringsnivå og faktiske investeringer i helseforetakene. For å sikre økonomisk bæreevne over tid innen rammen av de økonomiske rammeforutsetningene som forventes, er det derfor nødvendig å frigjøre likviditet gjennom mer effektiv drift for dermed å kunne ta igjen det opparbeidede behovet for nyinvesteringer.

### 3.1.2.3 Konsolidering og oppfølging

I Stortingets budsjettvedtak for 2009 og 2010 er nye kriterier for inntektsfordeling mellom helseregionene implementert. Som en følge av dette er Helse Vest, Helse Midt- Norge og Helse Nord i alt er tilført 1,125 mrd. kroner i økt basisramme over to år. Dette har som konsekvens en relativt sett større utfordring for å innfri resultatkravet i Helse Sør-Øst enn i de øvrige helseregionene.

Foretaksgruppens økonomiske situasjon er krevende. Utfordringene er knyttet til flere forhold. Dette omfatter manglende gjennomføring av planlagte omstillingstiltak, og et bemanningsnivå som ikke er tilpasset de økonomiske rammene.

2010 legges opp til et år for realisering av det vedtatte omstillingsprogrammet, samtidig med størst mulig grad av konsolidering av driften innen foretaksgruppen samt uttak av forutsatte gevinster. Dette vil være utgangspunktet for og vil prege det regionale helseforetakets styring og oppfølging gjennom 2010.

Konsolidering innebærer at det for 2010 ikke legges opp til ekspansive utviklingstiltak eller stor aktivitetsvekst ut over statsbudsjettets forutsetninger med unntak av aktivitetskravet for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere. Målet er å øke handlefriheten, holde fokus på kvalitetsforbedring og å legge grunnlag for å styrke foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Oppfølgingsregimet med tett oppfølging av alle helseforetak videreføres i 2010 med fokus på god virksomhetsstyring og derved kostnadsreduksjoner og tilpasninger i kostnadsnivået inkludert bemanningsnivået.

Det er lagt opp til betydelige strukturelle og faglige endringer innen foretaksgruppen, særlig i hovedstadsområdet. Integrasjonsprosessene i Oslo universitetssykehus HF og i Vestre Viken HF er krevende oppgaver samtidig som alle foretakene skal gjennomføre omstillingsprogrammet. Ved Akershus universitetssykehus HF er risikobildet knyttet til økonomi, utvikling av organisasjons- og ledelsesfunksjonene og prosessen med tilpasningen til nytt og utvidet opptaksområde fra 2011.

For å dekke pasientenes behov må virksomhetene styres slik at det skapes en økonomisk handlefrihet til å videreutvikle god kvalitet på tjenestene. Den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst, herunder omfang og type pasientbehandling, kompetansesammensetning og bruk av kompetanse, likviditetsstyring og prioritering av samlede investeringer, må innrettes slik at resultatkravet kan nås og at det tas høyde for de utfordringene som foreligger.

Foretaksgruppen står overfor betydelige økonomiske utfordringer også i 2010, og det vil fortsatt kreve sterkt ledelsesmessig fokus på omstilling, kvalitetsforbedring og kostnadseffektive driftsløsninger for å kunne innfri resultatkravet, samtidig som pasienttilbudet opprettholdes og økes i henhold til føringene i statsbudsjett for 2010. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal fortsatt legges til grunn. Tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling må vurderes. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv følges opp.

Det vises også til kapittel 4 om aktivitetsforutsetninger og innspillet til statsbudsjettet for 2011, og til avsnittet om Målområde 6 bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring.

### **3.1.3 Personell og kompetanse**

#### ***3.1.3.1 Utdanning og rekruttering***

Ensidig vektlegging av drift og økonomisk balanse kan ta fokus bort fra det store utdanningsansvaret som hviler på helseforetakene. Helse Sør-Øst ønsker å sikre tilgang på riktig kompetanse gjennom målrettet rekruttering av kompetent fagpersonell. Dette skal bidra til god pasientbehandling og at man løser morgendagens utfordringer. Som en av landets største arbeidsgivere er det også viktig å ivareta en solidarisk rekrutteringspolitikk. Videre er det sentralt å være i dialog med utdanningssystemene for å bidra til best mulig samsvar mellom utdanningstilbudet og kompetansebehovet i vår del av tjenesten.

Helse Sør-Øst RHF etablerte derfor i oktober 2009 et regionalt utdanningsutvalg som skal arbeide med utdanningsspørsmål på strategisk nivå. Et eget utvalg dedikert til utdanningsspørsmål har i flere år vært etterspurt fra flere holdt, blant annet har de konserntillitsvalgte vært opptatt av dette.

Det regionale utdanningsutvalget skal være et viktig rådgivende organ for administrerende direktør i saker vedrørende utdanning og kompetansebehov på kortere og lengre sikt. Utvalget er komplementært sammensatt for å kunne ha alle typer grunn- og videreutdanning som er representert i spesialisthelsetjenesten, som sitt ansvarsområde. Utvalget har et omfattende mandat, og skal blant annet identifisere og synliggjøre kompetansebehov for slik å bidra til at utdanningstilbudet har riktig kvalitet og kapasitet, er fremtidsrettet, i samsvar med demografisk utvikling, utvikling av behandlingstilbud og internasjonale og nasjonale føringer, herunder samhandlingsreformen. Utvalget skal også gi råd og bidra til å løse utfordringene som endringer i foretaksstruktur, opptaksområder, fag og funksjonsfordeling, gir i forhold til utdanning og kompetanseutvikling.

I tillegg til det regionale utdanningsutvalgets arbeid på et mer langsiktig og strategisk nivå, har Helse Sør-Øst gjennom HR-strategien også etablert et tiltak for strategisk kompetansestyring (se kapittel 3.1.3.2 for nærmere beskrivelse av dette arbeidet). Det vil være utstrakt grad av samhandling mellom sekretariatet for utvalget og arbeidet med strategisk kompetansestyring, og samlet sett vil arbeidet i disse foraene kunne bidra til å sikre godt samsvar mellom dagens og fremtidens kompetansebehov og -tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten.

### 3.1.3.2 Oppfølging av HR-strategi

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 65.000 medarbeidere som hver og en representerer verdifull kunnskap og erfaring. Måten de menneskelige ressursene forvaltes, videreutvikles og anvendes på, er vesentlig for å realisere de langsiktige målene og utfordringene Helse Sør-Øst står overfor. Utvikling av gode arbeidsmiljøer er viktig for fremtidig rekruttering og trygge omstillingsprosesser.

Helseforetakene må ha riktig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser for å løse sine oppgaver. Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. Helse Sør-Øst vil i 2010 fortsatt ha fokus på styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles HF-spesifikke tiltak tilpasset lokale utfordringer. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011 ble vedtatt av styret 19. juni 2008. Det vises til plan for strategisk utvikling for Helse Sør Øst, spesielt kapittel 3.2, hvor en av de strategiske satsningsområdene er "Mobilisering av medarbeidere og ledere". Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil også i 2010 være en viktig premis for prioriteringer og tiltak innen HR-området.

En overordnet handlingsplan for hvordan HR-strategien skal operasjonaliseres og implementeres ble vedtatt i styret 26. februar 2009 og revidert i juni 2009. Arbeidet med tiltakene er nå iverksatt i henhold til handlingsplanen. Tiltakene vil bli gjennomført i alle helseforetak i samarbeid med ledelse, tillitsvalgte og HR-medarbeidere. Handlingsplanen består av følgende 15 tiltaksområder/prosjekter:

#### Fokusområde 1: Mobilisering av ledere og medarbeidere

- *Forankring av verdigrunnlaget i Helse Sør-Øst:* Dette er en kontinuerlig prosess som vedvarer i hele organisasjonens levetid. For å legge et ekstra fokus på forankringsarbeidet gjennomføres et arbeid som skal gi føringer for Helse Sør-Øst sine verdier skal operasjonaliseres. Den konkrete operasjonaliseringen av verdiene skal gjøres i det enkelte HF.
- *Leder- og medarbeiderutvikling:* Som et utgangspunkt for arbeidet med leder- og medarbeiderutvikling skal det etableres et årshjul for linjelederes HR-arbeid. Det skal videre utarbeides et konsept for lederutvikling innenfor to identifiserte fokusområder: "topplederprogram" og "utvikling av lederutviklere". Til dette skal det utvikles et konsept for lederevaluering og oppfølging. I tillegg skal det utarbeides et konsept for medarbeidersamtaler for alle medarbeidere som sikrer at ansatte gis utviklingsmuligheter. Ansvar for utvikling av mellomledere ligger på det enkelte HF, men "program for utvikling av lederutviklere" skal styrke foretakenes evne til å gjennomføre tiltak overfor denne målgruppen.
- *Personalpolitikk:* Det skal utarbeides en felles personalpolitikk for Helse Sør-Øst. Personalpolitikken er et strategisk virkemiddel som skal sikre at medarbeiderne ivaretas og behandles etter samme prinsipper, og som skal hindre tap av viktig kompetanse i Helse Sør-Øst.
- *Lønn og incentivsystem:* Helse Sør-Øst skal være en attraktiv arbeidsgiver i et marked med økt konkurranse om arbeidskraften. For å oppnå dette skal Helse Sør-Øst utvikle lønn og incentivsystemer som fungerer som virkemidler for å nå fastsatte mål, skape resultater og bidra til økonomisk handlefrihet.
- *Medvirkning i omstilling:* Tiltaket skal sikre forankring av de 12 prinsippene for medvirkning og omstilling. Det skal videre utvikles arenaer som sikrer god samhandling mellom ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere. Arbeidet skal sikre reell medbestemmelse, eierskap til omstillingsprosessene, økt engasjement og involvering.

## Fokusområde 2: Kompetanseutvikling

- *Strategisk kompetansestyring:* Formålet med prosjektet er å sette ledere på ulike nivå i stand til å utøve kompetansestyring, det vil si å planlegge for nok og rett kompetanse ut fra eksisterende og framtidig behov. En forstudie skal skaffe til veie et kunnskapsgrunnlag for en eventuell beslutning om utvikling av et helhetlig system for strategisk kompetanseplanlegging og –styring. Et eventuelt hovedprosjekt skal bygge videre på leveransene fra forstudien. For å understøtte strategisk kompetansestyring og rekruttering skal prosjektet bidra til å vurdere og eventuelt implementere systemstøtte for disse prosessene.
- *Felles regional e-læringsplattform:* Prosjektet har hatt som mål å sikre riktig implementering og utnyttelse av Læringsportalen. Læringsportalen skal bidra til å oppnå høyere kvalitet i pasientbehandlingen gjennom å forenkle og effektivisere kompetanseutvikling. Dette gjøres gjennom bedre kvalitet, økt produktivitet og kostnadsbesparelser. Læringsportalen skal bidra strategisk ved å være: Kvalitetsutviklende, standardiserende, forenkende og effektiviserende. Læringsportalen er nå implementert i alle helseforetakene i regionen, og selve prosjektet er nå avsluttet. Arbeidet videreføres i linjeorganisasjonen med støtte fra regional systemansvarlig.

## Fokusområde 3: Ressursstyring

- *Ressursplanlegging, rapportering og styring:* Dette tiltaket inngår i AdmHR-prosjektet og NPSS. AdmHR er i hovedsak et anskaffelses- og implementeringsprosjekt med bl.a. verktøy for ressursplanlegging.
- *Rapporteringsrutiner og bruk av ressurser:* Gjennom dette arbeidet skal hvert helseforetak sikre at de har hensiktsmessige rapporteringsrutiner innenfor personalområdet. Det skal legges til rette for at medarbeidere med fullmakt og ansvar får nødvendig kompetanse for å sikre oppfølging av riktig bruk av ressurser.

## Fokusområde 4: Arbeidsmiljø og HMS

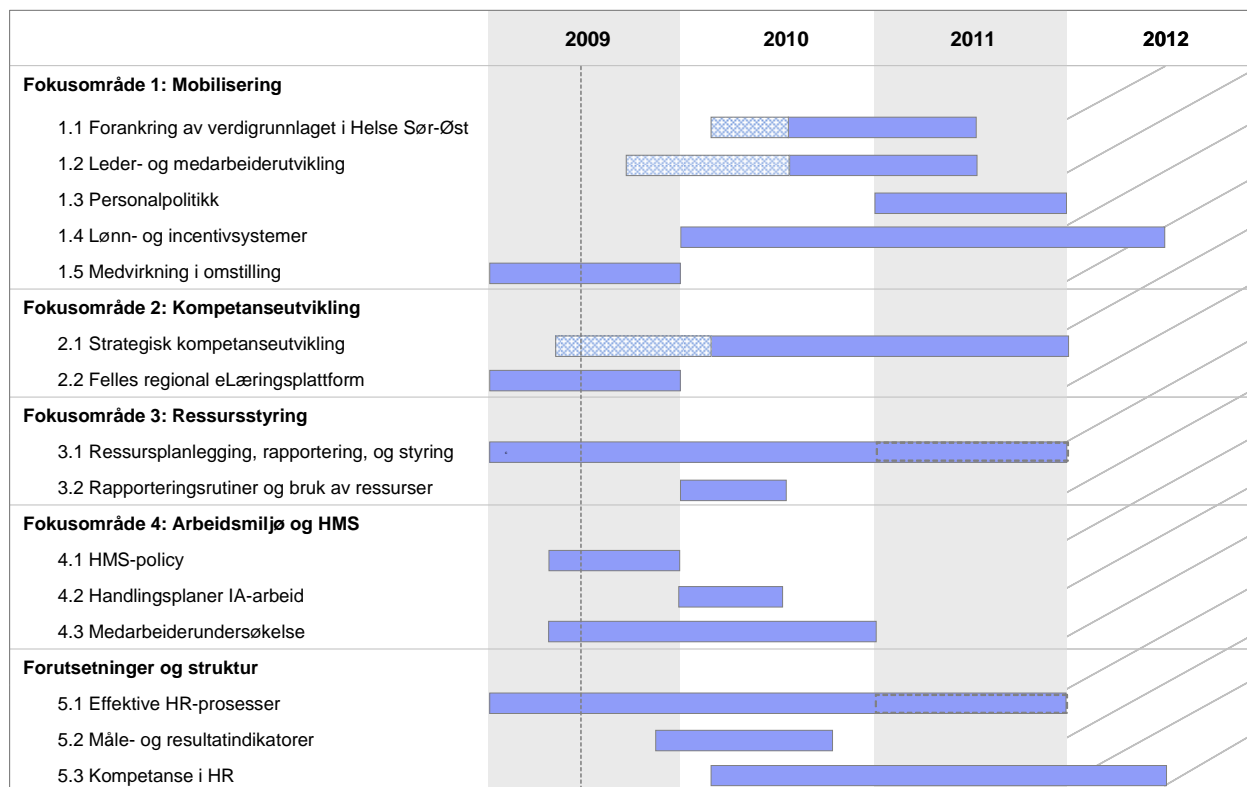
- *HMS-policy:* Det er utviklet felles overordnede retningslinjer og felles styringsindikatorer for arbeidsmiljø og HMS. Videre skal det sikres at alle HF har systemer for avvikrapportering, risikovurdering og oppfølging innen disse områdene. Informasjon fra slike systemer skal benyttes aktivt og systematisk til forbedringsarbeid ved tilbakemelding og lukking av avvik.
- *Handlingsplaner IA-arbeid:* Det skal utarbeides konkrete handlingsplaner for IA-arbeidet. Handlingsplanene skal ha som formål å systematisere innsatsen for å opprettholde et inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø. Handlingsplanene skal utformes i samsvar med avtale mellom partene i arbeidslivet, og skal som et minimum omtale økt grad av nærvær, rekruttering og integrering av flerkulturelle medarbeidere, livsfasepolitikk og tilrettelegging for funksjonshemmede. Arbeidet med disse handlingsplanene er foreslått integrert i arbeidet med HMS-policy.
- *Medarbeiderundersøkelse:* Basert på en evaluering av den felles medarbeiderundersøkelsen som ble utviklet og gjennomført i 2008, skal det utvikles og gjennomføres en tilsvarende undersøkelse årlig i september/oktober.

## Forutsetninger og struktur

- *Effektive HR-prosesser:* Dette tiltaket skal sikre at de transaksjonstunge HR-områdene blir skilt ut i en egen organisatorisk enhet underlagt Sykehuspartner, samt anskaffe og innføre felles systemer og teknologi for HR-området. Tiltaket inngår i AdmHR.

- *Måle- og resultatindikatorer:* Utviklingen av måle- og resultatindikatorer skal sikre at det defineres og implementeres like måle- og resultatindikatorer for HR. Tiltaket skal koordineres med NPSS/AdmHR, og sees i sammenheng med tiltak 4.1 HMS-policy.
- *Kompetanse i HR:* Prosjektet skal analysere hvordan HR- funksjonen i Helse Sør-Øst både på RHF- og HF-nivå er rustet til å møte de strategiske og operative utfordringene i tiden fremover. Gjennom disse analysene defineres det krav og forventninger til et fremtidig behov i regionen, og det skal gjennomføres målrettet kompetanseutvikling innen HR-funksjonen.

Arbeid med flere av tiltakene beskrevet ovenfor er allerede igangsatt. Nedenfor presenteres den gjeldende, samlede gjennomføringsplanen for tiltakene fra juni 2009:



- Iverksatt/lht. plan
- Mulig forlengelse
- Forprosjekt

Handlingsplanen vil bli revidert i løpet av våren 2010.

Det legges vekt på å ansvarliggjøre ledere og medarbeidere og gjøre kompetansen og endringskraften som finnes hos de ansatte tilgjengelig for virksomheten i forbindelse med omstilling og endring. Arbeidet med HR-strategien vil med bakgrunn i gjeldende lov- og avtaleverk samt innspill fra tillitsvalgte, verneombud, ledere og øvrige ansatte i Helse Sør-Øst følge vedtatte prinsipper for medvirkning i omstilling.

### 3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Det vises til plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst med bl.a. strategier om arealeffektivisering og utnyttelse av eksisterende bygg. Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil være en viktig premiss for prioritering av investeringer.

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet i desember 2009 sak om økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde i forhold til prioritering av investeringer i Helse Sør-Øst Hovedpunktene i styrets beslutning er gjengitt nedenfor:

- Hovedbudskapet er at foretaksgruppens investeringsbehov er større enn de investeringsmuligheter som følger av et regnskapsmessig resultat i balanse, og at nødvendig handlingsrom for investeringer derfor forutsetter likviditet generert gjennom resultatmessig overskudd i foretakene.
- Finansiering av byggeprosjekter gjennom låneopptak skal skje etter en samlet vurdering av prosjektets, foretakets og foretaksgruppens evne til å bære framtidig belastning av renter og avdrag i tillegg til eventuelle økte driftskostnader og avskrivninger. Plan for gjennomføring og oppfølging av gevinstrealiseringstiltak som del av beslutningsunderlaget til styret ved vedtak om investeringer.
- Det skal holdes tilbake likviditet fra Helse Sør-Øst RHF sin basisramme for regionale prioriteringer og prosjekter som gjennomføres i regi av det regionale helseforetaket.
- Frigjort likviditet ved salg av eiendom skal kunne benyttes til investeringer, og skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.
- Grensen for regional prioritering av byggeprosjekter økes fra hhv. 10 MNOK (adm. godkjenning) og 50 MNOK (styregodkjenning) til hhv. 50 MNOK og 100 MNOK., med unntak av Sunnaas sykehus HF, hvor grensen adm. godkjenning på regionalt nivå beholdes uendret. For foretakene i Telemark og Vestfold sykehusområde forutsettes investeringer over 10 MNOK felles investeringsvedtak i styrene.
- Regionale midler til store byggeprosjekter gis som lån.
- Nytt østfoldsykehus er basert på at Sykehuset Østfold HF kan betjene nødvendig låneandel og eventuelle økte driftskostnader, og det innmeldes full finansieringsplan for dette prosjektet med tilhørende lånebehov, fordelt over gjennomføringsperioden.
- Det forutsettes gjennomført en god prosess med utviklingsplanen for Vestre Viken HF innen utgangen av 2010, herunder løsning for sykehuspsykiatrien i foretaket som protokollert i foretaksmøtet 17. desember 2007.
- Det ble forutsatt fremlagt en samlet risikovurdering for investeringsområdet for styret.

Det vises for øvrig til årlig melding 2007 fra Helse Sør-Øst RHF hvor styret ber om at Helse- og omsorgsdepartementet vurdere et rullerende opplegg tilsvarende Norsk veiplan, der større investeringsprosjekter planlegges med inntil 12 års tidshorisont.

### **3.1.5 Nasjonal helseplan**

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikkenes enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) ligger til grunn for strategier, prioriteringer og beslutninger i Helse Sør-Øst. For en sammenstilling av plandokumentet vises det til Årlig melding 2007 fra Helse Sør-Øst RHF, kapittel 10.

Det vises også til St.prp. nr. 1 (2009-2010) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporteringen fra Helse og omsorgsdepartementet i forhold til planen er knyttet til helseplanens seks bærebjelker og de konkrete aktiviteter og initiativ det arbeides med:

#### Helhet og samhandling

- Samhandlingsreform
- Grep for å styrke helheten i helsetjenestene

#### Demokrati og legitimitet

- Åpenhet om kvalitet og resultater
- Samarbeidsordning med ansattes organisasjoner
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

#### Nærhet og trygghet

- Lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Utvikle robust beredskap og krisehåndteringsevne
- Sikre robuste forsyningssystemer
- Styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet

#### Faglighet og kvalitet

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Nasjonal enhet for pasientsikkerhet
- Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
- Ny og kostnadskrevende behandling
- Private avtalespesialister
- Forskning – forskningssamarbeid, innovasjon, stamcelleforskning, ny helseforskningslov og styrking av regionale forskningsetiske komiteer, særskilt kompetanseoppbygging
- Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning
- Innholdet i utdanningene skal samsvare med behovene
- Etisk rekruttering av helsepersonell
- Folkehelsearbeid
- Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten
- Ernæringsarbeid
- Smittevern
- Rus

#### Sterkere brukerrolle

- Brukermedvirkning
- Individuell plan

#### Arbeid og helse

- Raskere tilbake

## **3.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2010 for Helse Sør-Øst**

### **3.2.1 Innledning**

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder og hovedstrategiske valg som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Strategidokumentet, som er Helse Sør-Østs



strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020, er gjengitt i sin helhet i årlig melding for 2008.

Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Strategisk fokus (2010-2013) angir strategisk perspektiver for en tidsperiode på 3-4 år. Det er lagt opp til at strategisk fokus rulleres hvert år mht. målformuleringer og for å fange opp styringssignal fra eier og endringer i behov.

Mål for 2010 som første år i den nye planperioden uttrykker spissede prioriteringer innenfor de seks innsatsområdene i omstillingsprogrammet med basis i nasjonal politikk og regional risikovurdering. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til alle overordnede vedtak og krav fra eier og styret men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål for å oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier og vedtak.

Dokumentet bygger på tidligere strategiprosesser og det samlede arbeid med omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst, slik det er fremlagt for styret i løpet av 2008 samt sentrale styrebeslutninger i løpet av 2009. Utformingen er videre basert på interne prosesser i det regionale helseforetaket, innspillsrunde i helseforetakene og direktørmøtet, gjennomgang og innspill fra brukerutvalg og konserntillitsvalgte.

De nye målformuleringene er innarbeidet og lagt til grunn i arbeidet med budsjett for 2010. De inngår også i det samlede bestillings- og oppdragsdokument for helseforetakene/sykehus for 2010. Oppfølgingen av de mål som er vedtatt vil skje gjennom de etablerte rapporteringssystemer og bli forelagt styret gjennom tertialrapport, risikovurdering og årlig melding.

Det er en ambisjon at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

### **3.2.2 Strategisk fokus 2010-2013 og mål for 2010**

#### ***Omstillingsprogram – kvalitetsstrategi og mål 2010 - Innledning***

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

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

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Hensikten med Strategisk fokus 2010-2013 er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og plan for strategisk utvikling. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Målene for 2010 uttrykker en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier. Det har vært en betydelig positiv utvikling på flere målområder som for eksempel korridorpasienter og epikrisetid. På disse områdene har en likevel valgt å videreføre tidligere målformuleringer.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver de strategiske valg regionen har besluttet innen 6 innsatsområdene:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Gjennom Strategisk fokus 2010-2013 settes mål for 2010 innen de samme 6 innsatsområdene. De mål som prioriteres vil bli innarbeidet i budsjettprosessene og den samlede økonomiske prioritering for 2010. Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i driftsavtaler. Formell

forankring skjer i foretaksmøte i januar 2010. Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes oppfølgingsplaner og rapporteres i måned, tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.

Vedtatte mål for 2010 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende som følges opp av foretakenes styrer. Eventuelle tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, helseforetak/ sykehus, brukere og tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser

### ***Innsatsområde 1; Pasientbehandling***

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte lidelser. Det vil bli et stadig større fokus på forebygging, palliasjon og mestring for å unngå alvorlig lidelse og sikre livskvaliteten. Dette gir et behov for nærhet til tjenestene, et oversiktlig tjenestetilbud og breddekompetanse i behandlingsapparatet samt annen bruk og utvikling av kompetanse og infrastruktur som bygninger og informasjonsflyt.

Det er nødvendig med et godt og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, både i planlegging av tjenestene, i gjennomføring av pasientforløp og ved evaluering av tjenestene. God samhandling er særlig viktig for pasientgrupper med sammensatte behov, som bl.a. kronikere, eldre og pasienter med psykiske eller rusrelaterte problemer.

Det er samtidig behov for en ytterligere spesialisering innen enkelte fagområder. Dette tilsier samling og spissing av kompetanse på disse områdene.

Stadig flere pasienter kan med fordel behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Denne utviklingen må videreføres i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen. Dette vil medføre at den gjennomsnittlige liggetiden i sykehus reduseres, til beste for pasientene som vil oppleve høyere kvalitet og helsebringende tid i sykehus. Økt bruk av polikliniske og dagbehandling vil kunne bidra til endret oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter god informasjon og samhandling.

Det forventes ingen vesentlig økning i ressurstilgangen. For å styrke tjenestene på prioriterte områder som TSB, psykisk helsevern, rehabilitering og samhandling, vil det derfor være behov for omprioriteringer.

Et likeverdig tjenestetilbud er et sentralt mål. Helse Sør-Øst vil søke å utjevne forskjeller i tjenestetilbud og helsetilstand.

### **Pasientbehandling – strategisk fokus for 2010-2013**

1. Arbeidet med gode pasientforløp forsterkes og videreutvikles.
2. Bedre helsetjenester utvikles på grunnlag av nasjonale føringer, strategisk plan og omstillingsprogrammet.
3. Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde organiseres slik at man legger til rette for helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Dette innebærer samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelige tilbud. Private leverandører og avtalespesialister inngår i oppgave- og funksjonsdelingen i sykehusområdene.
4. Informasjonsflyten mellom helseforetak og kommuner må bedres i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler. Konkrete og forpliktende samarbeidsavtaler videreutvikles.

5. Sykehusområdene utvikler lokalbaserte spesialisthelsetjenester i et forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten.
6. Det etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske pasientforløp innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle sykehusområder.
7. Fremtidig organisering av de prehospitale tjenester utredes. Kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud.
8. Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.
9. Psykisk helsevern (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreutvikles og styrkes som en del av lokalsykehusfunksjonen.
10. Sykehusområdenes rehabiliteringstjenester styrkes. Behandling og rehabilitering integreres og det etableres et lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunene.
11. Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid.
12. Utvikle samarbeidsavtaler som innebærer en tett dialog mellom helseforetak og de kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvikle gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene.
13. Utvikle tilbud for minoritetsgrupper.
14. Utvikle gode holdninger og en respektfull samarbeidskultur i forholdet til brukere, pasienter og pårørende.

#### **Mål for 2010:**

- ✓ Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jf. sak 108-2008):
  - Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80-90 % av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.
  - Det utvikles helhetlige pasientforløp, herunder innen akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering inngår som en integrert del av pasientforløpene.
  - Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler.
- ✓ Kvaliteten skal bedres:
  - Mer enn 80 % av epikrisene utsendes innen 7 dager og andelen sammedagsepikriser skal økes.
  - Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen.
  - Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
  - Det skal ikke være fristbrudd.
- ✓ Pasientsikkerheten skal bedres:
  - Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.
  - Antallet NPE-saker reduseres ytterligere.

#### ***Innsatsområde 2; Forskning***

Det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for pasientrettet forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. Forskningen skjer i henhold til regional forskningsstrategi og tilhørende handlingsplaner for implementering.

## **Forskning – strategisk fokus for 2010-2013**

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet og komme pasientene til gode. Forskning skal gi kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering samt næringsutvikling.
2. Forskingen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som en drivkraft for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskingen har tilstrekkelig bredde til å bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
3. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst skal på lengre sikt (10 år) øke til 5 % av helseregionens driftsbudsjett i tråd med styrets vedtak.
4. Regionale infrastruktureltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne.
5. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene skal gi bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering/kostnadsreduksjon og næringsutvikling.
6. Forskningsforvaltningen skal gi gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Forskningsforvaltningen skal understøtte redelighet og godkvalitet i forskningen.

### **Mål for 2010:**

- ✓ Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall dr. grader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, i samsvar med økt ressurstilførsel.
- ✓ Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkl. OFU-kontrakter og patenter) er økt fra 2009-nivå.
- ✓ Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.
- ✓ Regionale teknologiske infrastruktureltak og nettverk for faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne etableres.
- ✓ Regionalt informasjonsnettsted for forskning (forskningsportal) er etablert, med synliggjøring av forskningsnyheter, -prosjekter og -ressurser.

### ***Innsatsområde 3; Kunnskapsutvikling og god praksis***

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god og likeverdig praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at hele pasientforløpet betraktes som en sammenhengende prosess der alle ledd i kjeden er avgjørende for pasientens opplevelse av et godt helsetilbud. Dette utgjør både en mulighet til å oppnå god og likeverdig behandling, sikre kvalitet i behandling og gjøre tjenesten mer forutsigbar – og står svært sentralt i samhandlingsreformen. Det er et stort potensial for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring og brukermidvirkning, forløpstankegang og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres. Det er også viktig at det brukes rett kompetanse på rett nivå og til rett tid,

I tråd med samhandlingsreformens ambisjoner skal kvaliteten være høy i hele pasientforløpet, fra forebygging gjennom aktiv behandling og rehabilitering til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Behandlingsforløpene skal være trygge, forutsigbare og bygge på kunnskapsbasert praksis. Det er i dag stor forskjell på liggetid for samme diagnose mellom helseforetak. Lengre liggetid i sykehus enn det som er nødvendig for å gjennomføre aktiv behandling medfører risiko for tap av funksjonsevne, infeksjoner og andre komplikasjoner.

## **Kunnskapsutvikling og god praksis – strategisk fokus for 2010-2013**

1. Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og god praksis for å dekke pasientens behov. Dette kan nås gjennom å styrke og utvikle gode strukturer, prosesser, anvende riktig kompetanse og kapasitet i helseforetakene og i foretaksgruppen som helhet.

### **Mål for 2010:**

- ✓ Et strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles.
- ✓ Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistrene.
- ✓ Helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten utvikles.
- ✓ Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses slik at det gis medisinsk behandling av høy kvalitet, unngår unødige opphold og samtidig sikrer effektivitet i pasientbehandlingen.
- ✓ Reell brukermedvirkning videreutvikles.

## ***Innsatsområde 4; Organisering og utvikling av fellestjenester***

Det må etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner. Behov for arealeffektivisering og fleksibel organisering og arealbruk stiller økte krav til profesjonalitet. Det må realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

## **Organisering og utvikling av fellestjenester – strategisk fokus for 2010-2013**

1. Organiseringen av IKT skal støtte opp under de prioriterte mål for kjernevirksomhetens og sikre god kvalitet på tjenesten, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessig gevinster i helseforetakene i henhold til nasjonale føringer.
2. Gjennom god organisering og bred involvering av ansatte på alle nivå i foretaksgruppen skal det utvikles en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk, inkludert vedtatte retningslinjer for etisk handel.
3. Administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.
4. Overkapasitet skal reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning. Arbeidet med å nå målet med 10 % arealreduksjon og 10 % kostnadseffektivisering i driften av eiendommene for perioden 2009-2012 videreføres. Det etableres delprosjekter innen sentrale driftsområder og arealforvaltning (metoder og incentiver for effektiv arealutnyttelse), som skal bedre styringsmåtene og målemetodene.

### **Mål for 2010:**

- ✓ Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen er etablert. Planer for ønsket gevinstrealisering er konkretisert.
- ✓ Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realisert i henhold til plan.

- ✓ Handlingsplan for innkjøp/logistikk sikrer samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for best mulig gjennomføringsevne og styrket understøttelse av avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering.
- ✓ Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 når 320 mill. kroner i 2010.
- ✓ Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk er etablert. Innsatsen i 2010 bidrar til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10 % for perioden 2009 til 2012.
- ✓ Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan.

### ***Innsatsområde 5; Mobilisering av medarbeidere og ledere***

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 65 000 medarbeidere som er virksomhetens viktigste ressurs. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor.

#### **Mobilisering av medarbeidere og ledere – strategisk fokus for 2010-2013**

1. Helse Sør-Øst trenger engasjerte og motiverte medarbeidere og ledere som bidrar til å utvikle de faglige miljøene og som sikrer god drift og kvalitet på pasientbehandlingen. Helse Sør-Øst vil bidra til dette bl.a. ved å videreutvikle metoder for endrings- og omstillingsarbeid og legge til rette for bred medvirkning og medbestemmelse.
2. Helse Sør-Øst skal ha et økt fokus på kompetanse og utvikle gode systemer for å rekruttere, utvikle og anvende de menneskelige ressursene. Den enkelte medarbeider skal gis mulighet til å utvikle sin kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd, til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv.
3. Helse Sør-Øst skal ha god oversikt over og styring med ressursbruk og bemanningsutvikling i forhold til de oppgaver som skal løses. Dette krever fokus på ressursanalyse og -forvaltning, videreutvikling av arbeidsprosesser, gode lederdialoger og mer kreativ bruk av teknologi og kompetanse.
4. Helse Sør-Øst skal gjennom HMS-arbeidet utvikle en helsefremmende virksomhet og satse på å utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte.

#### **Mål for 2010:**

- ✓ Handlingsplanen til HR-strategien gjennomføres iht. plan, og aktivitetene er samordnet gjennom felles styring og årshjul.
- ✓ Regional HMS-policy er iverksatt.
- ✓ Samordnet medarbeiderundersøkelse er etablert og fulgt opp i hele foretaksgruppen.
- ✓ De 12 prinsippene for medvirkning er innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.
- ✓ Sykefraværet er redusert med 1 prosentpoeng.
- ✓ Bemanningstilpasninger er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelagt slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode.
- ✓ System og prinsipper for strategisk kompetansestyring er utviklet.

### ***Innsatsområde 6; Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring***

For å dekke pasientenes behov må virksomhetene styres slik at det skapes en økonomisk handlefrihet til å videreutvikle god kvalitet på tjenestene. Den samlede virksomhet i Helse

Sør-Øst, herunder omfang og type pasientbehandling, kompetansesammensetning og bruk av kompetanse, likviditetsstyring og prioritering av samlede investeringer, må innrettes slik at resultatkravet kan nås og at det tas høyde for de utfordringene som foreligger.

### **Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring – strategisk fokus for 2010-2012**

1. Omstilling baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling.
2. Risikostyring på basis av mål, krav, ønsket kvalitet og økonomiske rammebetingelser med fokus på tiltak, er gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling på alle nivåer i foretaksgruppen
3. Beslutninger skal være pasientrettet og etterprøvbare.
4. Stordriftsfordeler realiseres.
5. Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse.
6. Planlegging og ressursallokering skal skje i forhold til regionens samlede "sørge for"-ansvar og nasjonalt helhetsperspektiv i tråd med krav fra eier.

#### **Mål for 2010:**

- ✓ Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.
- ✓ Helhetlig virksomhetsstyring understøttes av effektive metoder og verktøy.
- ✓ Kostnadseffektivitet gjennom standardiserte prosesser og pasientforløp.



## 4. INNSPILL TIL STASBUDSJETTET FOR 2011

### 4.1 Innledning

Iht. Oppdragsdokumentet for 2009 skal de regionale helseforetakene innen 15. desember 2009 gi innspill til statsbudsjettet for 2011.

I likhet med tidligere år er de administrerende direktører i de regionale helseforetakene enige om å utarbeide et felles innspill. Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet innspillet i møte 10.12.09, sak 099-2009. Innspillet er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 16.12.09.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige (TSB).

### 4.2 Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2010

#### 4.2.1 Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2011 blir her vurdert på basis av de forhold som erfaringsmessig bestemmer behovet for tjenester, og under hensyn til de helsepolitiske prioriteringer som gjelder.

Selv om samhandlingsreformen ikke vil gi konkrete utslag i statsbudsjettet for 2011, kan den prege de prioriteringer og den tenkning som ligger til grunn for budsjettet. I dette dokumentet er det lagt til grunn at all aktivitet i spesialisthelsetjenestens somatiske sektor i prinsipp skal videreføres, selv om noe av aktiviteten etter hvert kan bli flyttet ut av spesialisthelsetjenesten.

#### Aktivitet og aktivitetsutvikling 2004-2008

For somatisk sektor blir antall korrigerede DRG-poeng for ISF-opphold benyttet som aktivitetsmål. Når det gjelder den polikliniske aktiviteten, har overgangen til DRG-refusjon i 2008 ført til at det er vanskelig å sammenligne aktiviteten i 2008 med aktivitetstall fra tidligere år.

Hovedtyngden av aktiviteten i somatisk sektor er ISF-opphold, og utviklingen både i den polikliniske og den øvrige aktivitet i somatisk sektor er relativt sterkt korrelert med utviklingen av den ISF-finansierte delen. Det anses derfor som forsvarlig å bedømme utviklingen på grunnlag av DRG-poengene.

I perioden 2004-2008 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,5 prosent per år, målt i antall korrigerede DRG-poeng. Som det fremgår av tabellen nedenfor, har veksten i de senere år vært avtagende; fra 2007 til 2008 var den 1,2 prosent.

**Aktivitetutviklingen i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i Norge i perioden 2004-2008 (Kilde: ISF-kuben), fremskrivning 2009-2011.**

	Historikk					Fremskrivning		
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Forbruk av tjenester, korr. DRG-poeng	1 031 452	1 072 204	1 101 696	1 124 889	1 138 377	1 152 038	1 165 862	1 187 163
Forbruksvekst, % per år	1,78	3,95	2,75	2,11	1,20	1,20	1,20	1,83
Demografisk drevet vekst, % per år	0,65	0,79	0,89	1,02	1,16	1,21	1,29	1,33
Realvekst, % per år	1,13	3,16	1,86	1,08	0,04	-0,01	-0,09	0,50

Behovet for somatiske spesialisthelsetjenester avhenger både av befolkningens størrelse og aldersfordeling. Tabellen viser hvor stor veksten ville blitt i det enkelte år, dersom forbruket per innbygger, på hvert enkelt alderstrinn, hadde vært like stort som året før. Det er denne teoretiske størrelsen som i tabellen er kalt "Demografisk drevet vekst". Tabellen viser at den demografisk betingede vekst hele tiden har vært noe mindre enn den virkelige veksten. Den virkelige veksten har derfor gitt et visst rom for "Realvekst" – dvs. for nye pasientgrupper og nye behov. Realveksten er differansen mellom den faktiske forbruksvekst og den demografisk betingede veksten.

Mens forbruksveksten har vært avtagende, har den demografisk betingede vekst vært økende; i 2008 var realveksten praktisk talt 0. Dette er de laveste som er observert siden DRG ble tatt i bruk til analyseformål på 1990-tallet. Spørsmålet er om den gir tilstrekkelig rom for nye behov.

Tabellen viser at den demografiske betingede veksten vil fortsette å øke frem mot 2011. Tallene for aktivitetutviklingen i 2009 og 2010 er basert på et foreløpig anslag (2009) og på Statsbudsjettets forutsetninger (2010). Det fremgår av tabellen at disse forutsetningene ikke gir rom for realvekst. For 2011 er det i tabellen satt inn en realvekst på 0,5 prosent, som sammen med den demografisk betingede vekst på 1,33 prosent bestemmer aktivitetsnivået.

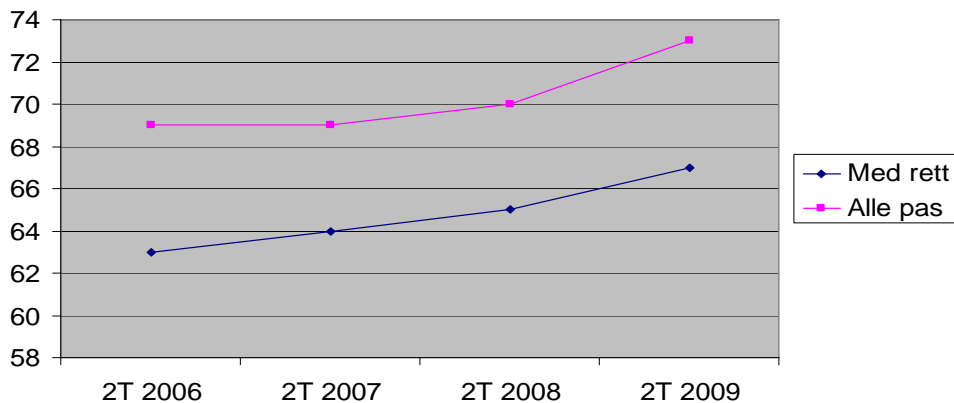
#### Ventetider og behovsdekning

Hvorvidt de senere års vekst har vært tilstrekkelig til å dekke behovene, kan til en viss grad belyses gjennom de endringer som har skjedd i pasientenes ventetider. Redusert ventetid indikerer økt grad av behovsdekning og økt ventetid indikerer redusert behovsdekning, såfremt det dreier seg om sammenlignbare pasienter.

Ventelistestatistikken viser at somatiske rettighetspasientene i alle regioner bortsett fra Helse Nord hadde lengre ventetider i 2008 enn i de forutgående år. Utviklingen på landsbasis fremgår av diagrammet<sup>4</sup> nedenfor. Spørsmålet blir nå om rettighetspasientene i 2008 var like alvorlig syke som tidligere års rettighetspasienter.

<sup>4</sup>Basert på data fra samme rapport.

### Gjennomsnittlig ventetid for avviklede somatiske pasienter 2. tertial 2006-2009. Alle helseregioner.



I de senere år har den andel av de nyhenviste somatiske pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp vært synkende, og antall nyhenviste rettighetspasienter har ikke utviklet seg i takt med befolkningsutviklingen<sup>5</sup>. Dette tyder på at rettighetsvurderingen er blitt gradvis strengere, og at rettighetspasientene i 2008 ikke var mindre alvorlig syke enn i tidligere år. Når den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasienter har økt, må det bety at tilbudet er blitt dårligere.

Nominelt indikerer økningen i ventetid fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2009 en underkapasitet på knapt én prosent.

Analysen i dette avsnittet er gjennomført på høyt aggregert nivå. En mer detaljert analyse ville vært ønskelig, men forutsetter data av bedre kvalitet enn det som i dag er rutinemessig tilgjengelig. Mer detaljerte analyser ville gi bedre forståelse av årsakene til den utvikling som nå observeres, men det antas ikke at de ville endret de konklusjonene.

#### Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2008-2011

*Den demografisk betingede behovsvekst* i perioden 2008 til 2011 fremgår av tabellen ovenfor, og for perioden sett under ett utgjør den 3,8 prosent<sup>6</sup>.

*Nye behov og økt grad av behovsdekning* vil også påvirke aktivitetsbehovet. Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette i årene som kommer, og føre til økte behov for tjenester. Nye behandlingsmetoder fører også til at pasientene i enkelte pasientgrupper vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette er "realvekst" som kommer i tillegg til den demografisk betingede behovsveksten.

*Endrede helsepolitiske prioriteringer* innebærer ofte at tilbudene til enkelte pasientgrupper må styrkes, noe som også kan medføre økte aktivitetsbehov. De senere års opprioritering av pasienter med sykkelig overvekt er et eksempel på dette. I den grad den nye aktiviteten ikke fullt ut kan baseres på ressurser som er frigjort fra lavere prioritert aktivitet, vil dette medføre en realvekst i aktivitetsbehovet.

Prosjektet *Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten* har ført til økt bevissthet om nødvendigheten av, og et bedre kunnskapsgrunnlag for riktigere prioriteringer. Med riktigere prioriteringer vil den aktivitet som kreves for å oppnå en viss grad av behovsdekning,

<sup>5</sup> Norsk pasientregister: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009 (IS-1756)

<sup>6</sup> Beregnet på grunnlag av SSBs fremskrivning 2009-2060, alt. MMMM.

reduseres noe. Det er derfor viktig at arbeidet med implementering av prioriteringsforskriften videreføres og at arbeidet med å etablere og drive de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene gis høy prioritet. Resultater fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for vurderinger og prioriteringer som sikrer drift med riktig innholdsmessig kvalitet og som motvirker overforbruk, underforbruk og feil bruk av helsetjenester.

#### Nødvendig aktivitetsvekst

Det er et mål å redusere rettighetspasientenes ventetider, og å jevne ut ulikhetene i ventetid regionene imellom. For at det skal bli mulig, må de utviklingstrekk vi har sett de senere år brytes. Hovedalternativene er:

1. Tilstrekkelig realvekst; ut fra tidligere års erfaringer kan 2-3 prosent pr. år være nødvendig.
2. Målrettet reduksjon/avvikling av lavprioritert aktivitet, anslagsvis 3 prosent per år.

Med riktigere prioriteringer vil behovet for realvekst trolig bli noe lavere enn det har vært i de senere år; riktigere prioriteringer kan også bidra til å redusere volumet av lavprioritert aktivitet.

Helsepolitisk sett er ikke aktivitetsbegrensning et meningsfullt mål. Man ønsker å unngå unødvendig aktivitet, men ut over dette er det ressursforbruket man ønsker å begrense. Legger vi det til grunn, kan en mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon muliggjøre både den nødvendige aktivitetsvekst en bærekraftig økonomisk utvikling av spesialisthelsetjenesten.

I tabellen ovenfor er realveksten i 2011 satt til 0,5 prosent. Dersom behovsdekningen skal opprettholdes, vil dette kreve streng prioritering.

0,5 prosent gjelder på nasjonalt nivå; veksten må selvsagt fordeles mellom regionene i henhold til Magnussenutvalgets behovsnøkkel.

Dersom aktiviteten i 2011 skal fastsettes som at antall DRG-poeng, kan dette gjøres med utgangspunkt i den faktiske aktivitet i 2009; prognosen for 2010 kan være beheftet med feil som ikke er ubetydelig i forhold til den årlige vekst.

## 4.2.2 Psykisk helsevern

### Aktivitetutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge viser en markert vekst i perioden 2004-2007. Fra 2007 til 2008 var økningen på henholdsvis 3,8 og 5,6 prosent:

#### **Utvikling totale driftsutgifter til psykisk helsevern. Nasjonale tall 2003-2008 (2008 kr.)**

Nøkkeltall <sup>[1]</sup>	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Psykisk helsevern for voksne	10440	11117	11506	12716	13 197	3,78
- i tillegg kapitalkostnader		971	1076	1016	899	-11,52
Psykisk helsevern for barn og unge	1988	2155	2340	2589	2 735	5,64
- i tillegg kapitalkostnader		190	213	225	227	0,89

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009 (Omregnet til 2008 kr iht. konsumprisindeks SSB)

I likhet med tidligere år er det også for 2009 forutsatt at den samlede ressursøkning til psykisk helsevern i de regionale helseforetakene skal være større enn for somatiske tjenester. Iht. beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten er det bare Helse Sør-Øst RHF som har innfridd dette i 2008.

#### **Aktivitet psykisk helsevern voksne. Nasjonale tall 2003-2008.**

Nøkkeltall	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Polikliniske konsultasjoner	758 979	867 390	930 789	988 418	1 098 898	11,1
Utskrivninger	41 249	43 515	47 549	47 681	49 195	3,2
Antall oppholdsdøgn	1 612 392	1 571 281	1 560 009	1 481 883	1 383 137	-6,7

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009

Tabellen viser at antall polikliniske konsultasjoner for voksne i perioden 2004-2008 er økt med nesten 45 prosent (økning fra 2007 til 2008 på 11,1 prosent). Samtidig er antall oppholdsdøgn redusert, for hele perioden med 14,2 prosent, mens reduksjonen fra 2007 til 2008 er på 6,7 prosent.

Det har det skjedd en aktivitetsmessig omstrukturering innen psykisk helsevern for voksne fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS, poliklinikk og ambulant virksomhet, samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Sammenstillingen av ressursinnsats og aktivitetsutvikling kan tolkes som fallende produktivitet.

<sup>[1]</sup> Det er ikke beregnet kapitalkostnader for private institusjoner uten driftsavtale, da dette antas å være betalt som en del av prisen de offentlige betaler de private.

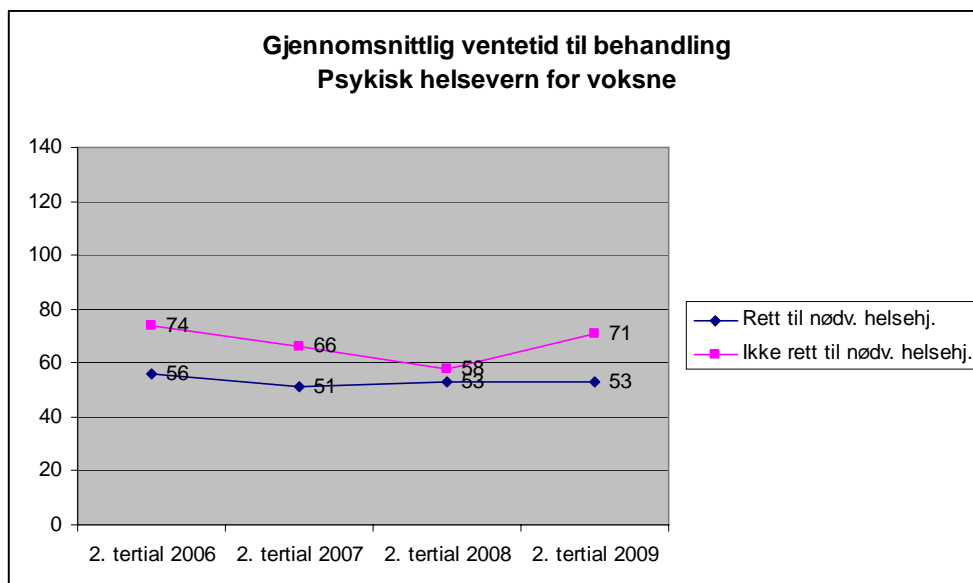
## Aktivitet psykisk helsevern barn og unge. Nasjonale tall 2003-2008.

Nøkkeltall	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Oppholdsdøgn, døgnpasienter	87 386	87 880	84 221	80 839	79 400	-1,8
Behandlede pasienter	39 340	43 426	47 280	49 479	53 111	7,3
Polikliniske tiltak	495 963	561 304	641 972	717 160	816 960	13,9

Kilde: Oppholdsdøgn: SSB Statistikkbanken (<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>), 09.11.2009  
 Øvrige: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009

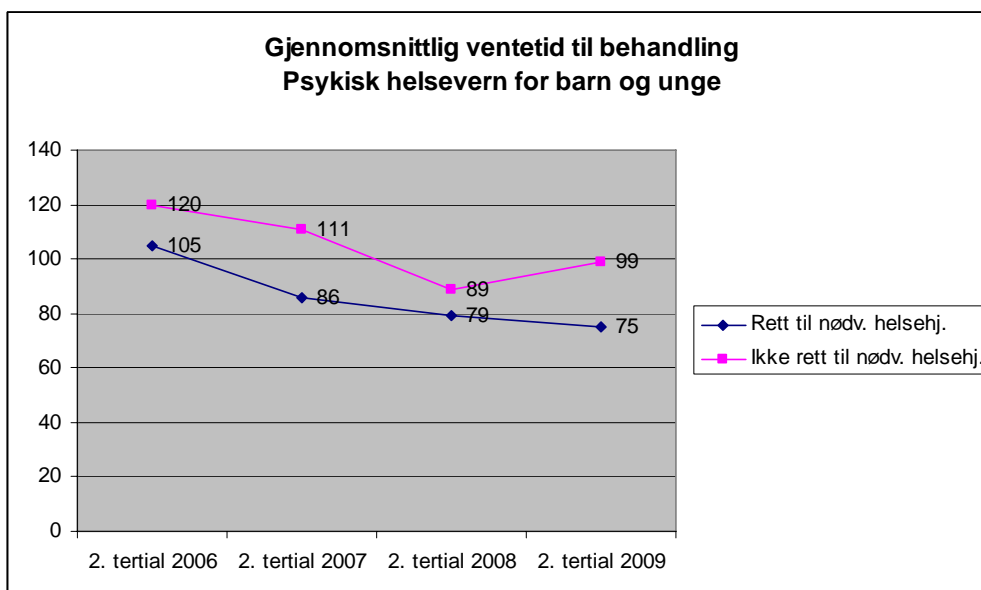
Tilsvarende omstrukturering som for psykisk helsevern for voksne med endring fra døgnopphold til poliklinisk behandling har også skjedd innen psykisk helsevern for barn og unge. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2004-2006 redusert med mer enn 9 prosent. Denne reduksjonen fant for det meste sted i perioden 2005-2007, mens nedgangen fra 2007 til 2008 er redusert til 1,8 prosent. Samtidig viser antall behandlede pasienter en økning på 35 prosent (fra 2007 til 2008 er økningen 7,3 prosent) og polikliniske tiltak en økning på noe under 65 prosent (nesten 14 prosent fra 2007 til 2008).

## Gjennomsnittlig ventetid til behandling, fordelt etter rettighetsstatus per sektor/fagområde. 2. tertial 2006-2009



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Samlet sett har aktivitetsveksten de senere år medført en beskjeden reduksjon/stabilisering i ventetidene innen psykisk helsevern for voksne. Gjennomsnittlig ventetid til behandling viser små endringer i perioden fra 2006 til 2009, målt ut fra tall for 2. tertial. Variasjonen i ventetid fra år til år er mindre for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for de som ikke har rett til nødvendig helsehjelp.



Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Innen psykisk helsevern for barn og unge er ventetidene redusert i perioden fra 2006 til 2009. Dette gjelder uavhengig av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

#### Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2009-2011

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige fremstår som høyt prioriterte områder nasjonalt og regionalt. Samtidig ser en at det fortsatt er store uløste oppgaver.

På samme måte som innen somatikken må det påregnes en demografisk betinget behovsvekst også innen psykisk helsevern. Den øvrige behovsveksten som følge av bl.a. endret sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser mv., er vanskelig å anslå og må vurderes ut fra utviklingen de senere år.

Det understrekes at det fortsatt er behov for å omstrukturere behandlingstilbudene for å oppnå tilstrekkelig faglig robuste behandlingstilbud på lokalsykehusnivå. Dette omfatter ytterligere økning av poliklinisk aktivitet, noe det også er behov for ut fra at ventetidene innen psykisk helsevern fortsatt er for lange.

Det vil i så måte være viktig å bedre tilgangen på legespesialister, nye legehjemler mv. Aktuelt i denne sammenheng er også å bedre takstene for samhandling/ veiledning, rehabilitering og ambulant virksomhet. Fokus på aktivitetsvekst og dreining av behandlingstilbudet betinger at det utvikles nye typer aktivitetsmål.

Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og forutsetningene om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før, med minimum 2 % per år. Behovsvekst utover dette bør kunne dekkes gjennom økte effektivitetskrav innen tjenesteområdet.

### 4.2.3 Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av St.prp. nr 1 (2007-2008). Planen omtaler utfordringene innen rusfeltet på et overordnet nivå, men drøfter ikke om det er behov for strukturelle endringer, jf. opptrappingsplanen for psykisk helse som hadde stort fokus på oppbygging av lokalbaserte behandlingstilbud. Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten tilsvarende ressursmessig styrking.

#### Utvikling i totale driftsutgifter til tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Nasjonale tall 2003-2008. (2008 kr.)

Nøkkeltall <sup>[2]</sup>	2004	2005	2006	2007	2008	Prosent endring 07-08
Rusbehandling	1872	2025	2217	2390	2 644	10,63
- i tillegg kapitalkostnader		86	95	88	142	61,36

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Nasjonale nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Nasjonale-nokkeltall2/>), 09.11.2009 (Omregnet til 2008 kr iht. konsumprisindeks SSB)

Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004-2008 er de regionale helseforetakenes budsjetter til rusfeltet økt, fra 2007 til 2008 med 10,6 prosent. For perioden uttrykker dette til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettert inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten dokumenterer imidlertid at den prosentvise ressursveksten til rusbehandling har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester i alle regioner.

Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

#### Nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonale tall 2006-2008.

Nøkkeltall	2006	2007	2008	Prosent endring 06-07	Prosent endring 07-08	Prosent endring 06-08
Døgnplasser	1 588	1 617	1 615	1,8	-0,1	1,7
Registerbaserte årsverk	3 046	3 075	3 200	0,9	4,1	5,0
Oppholdsdøgn	574 882	569 139	576 819	-1,0	1,3	0,3
Innleggelser	13 188	12 473	12 450	-5,4	-0,2	-5,6
Polikliniske konsultasjoner		154 746	193 391		25,0	

Kilde: SAMDATA på nett / Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Rus - Nøkkeltall (<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Rus-Nokkeltall-/>), 09.11.2009

Eksisterende data på rusfeltet gir ikke god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Et av delmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre dokumentasjon og statistikk i rusfeltet. For å nå dette målet er det vedtatt obligatorisk registrering av aktivitetsdata for enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av

<sup>[2]</sup> Det er ikke beregnet kapitalkostnader for private institusjoner uten driftsavtale, da dette antas å være betalt som en del av prisen de offentlige betaler de private.

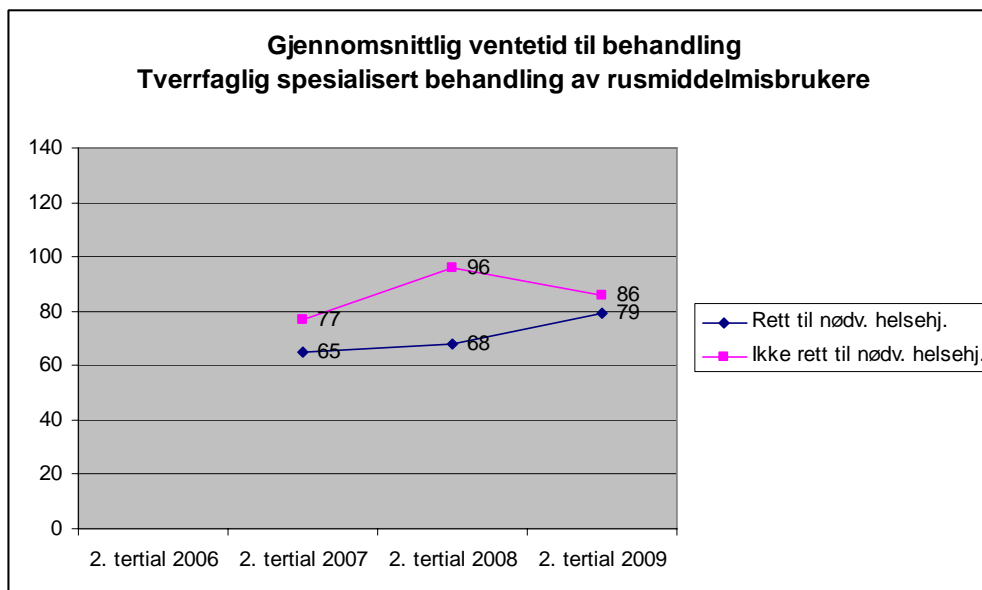


rusmiddelmisbruk fra 1. januar 2009. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

Registerbaserte årsverk er økt fra 2006-2008 med 5 prosent. Det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingenheter.

Kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser en liten økning i antall døgnplasser fra 2006-2008, på tross av en reduksjon fra 2007 til 2008 på 0,1 prosent (2 plasser). Antall oppholdsdøgn er i samme periode økt med 0,3 prosent, mens antall innleggelser er redusert med 5,5 prosent og døgnopphold med 4,7 prosent. Polikliniske konsultasjoner viser en økning på 25 prosent fra 2007 til 2008.

## Gjennomsnittlig ventetid til behandling, fordelt etter rettighetsstatus 2. tertial 2006-2009.



Korrigert for institusjoner og sykehus innenfor rus som ikke har rapportert data i perioden.  
Kilde: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009. Norsk pasientregister (Rapport IS-1756)

Fra 2. tertial 2007 til 2. tertial 2009 er gjennomsnittlig ventetid til behandling økt med mer enn 20 prosent for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp (over 90 % av alle pasienter). Tilsvarende økning for pasientgruppen som ikke har rett til nødvendig helsehjelp er noe mindre.

## Nødvendig aktivitetsvekst og ressursvekst i perioden 2009-2011

Tjenesteområdet rus er en betydelig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, men målt i kostnader utgjør tjenesteområdet bare en sjettedel av rusbehandling og psykisk helsevern for voksne samlet sett.

Strukturen på dagens behandlingstilbud er til dels ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akutfunksjoner (inkl avrusning og innleggelser etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Samhandling med det kommunale tjenesteapparatet og oppbygging av de kommunale tilbudene er viktig. Den høye raten overdosedødsfall i Norge er særlig bekymringsfull. Det er videre viktig å sikre nødvendig finansiering og kostnadseffektiv distribusjon av LAR-medikamentene.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester fortsatt styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Det vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

En har ikke statistiske metoder til å beregne behov og behovsutvikling innen TSB. Økningen i antallet henvisninger og ventelistetallene viser imidlertid behov for en mer forpliktende opptrappingsplan. Regjeringen har i Soria Moria erklæringen uttrykt at opptrappingsplanen skal videreføres, men uten at dette er fulgt opp med en planmessig økonomisk opptrapping. De regionale helseforetakene ser det som en betydelig fordel om eventuelle statlige rammeøkninger gis med forutsigbarhet over flere år.

Oppsummert er det behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst i form av rammeøkninger. Utover dette vil det også være viktig at de regionale helseforetakene bidrar til at effektiviteten innen tjenestene forbedres.

### **4.3 Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2011**

- Det er viktig at eventuelle nye oppgaver som overføres til de regionale helseforetakene fullfinansieres. Dette har ikke skjedd ved overføringen av pasientreiser og automatisk frikort. Blant annet viser det seg at drift av pasientreiser med en forsvarlig internkontroll innenfor helseforetakene blir dyrere enn det som tidligere ble betalt til NAV. Kostnadene ved levering av data i forbindelse med elektronisk frikort innebærer en stor kostnad samtidig som kostnadene i en overgangsfase øker kraftig fordi nødvendige opplysninger, i påvente av teknologiske løsninger, må fanges opp manuelt.
- De regionale helseforetakenes driftskreditter er fremdeles betydelige. Dette skyldes blant annet store utbetalinger i forbindelse med reguleringspremie knyttet til pensjon og akkumulerte regnskapsmessige underskudd. Dette gir betydelige rentekostnader og stor usikkerhet ved svingninger i rentenivået. Renten på driftskreditt i Norges Bank er i 2. halvår av 2009 på 2,07 %. Dette er et historisk lavt nivå og det er grunn til å tro at rentenivået vil være vesentlig høyere i 2011. Dette vil igjen gi de regionale helseforetakene nye utfordringer i forhold til økonomisk balansekrav.
- De regionale helseforetakene formoder at Samhandlingsreformen konkretiseres ytterligere i de kommende statsbudsjetter. Det er signalisert betydelige omstillinger og de regionale helseforetakene videreutvikler sine samhandlingsaktiviteter i lys av dette. Det vil være gunstig for denne utviklingen om det for 2011 kan etableres overgangsordninger som støtter opp under forberedelsene til reformen. Slike midler kan særlig rettes mot videreutvikling av tiltak på intermedisært nivå, og gjerne baseres på finansielt trepartssamarbeid mellom departement, foretak og kommuner. Styrking av slike ordninger vil også bidra til å avlaste sykehusene for pasienter som kan få et likeverdig tilbud på lavere omsorgnivå.
- De regionale helseforetakene understreker behovet for langsiktighet og forutsigbarhet i plan og budsjettprosessen. Det er derfor viktig at signaler om funksjonsendringer, inntektsendringer, nye oppgaver, nytt kodeverk etc. gis så tidlig som mulig, for eksempel gjennom revidert nasjonalbudsjett. Dette vil bidra til at endringene på en god måte kan fanges opp i de regionale helseforetakenes budsjettprosesser. Det anmodes videre om at fristen for innsending av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet flyttes til medio mars. Dette av hensyn til kvaliteten på prosess og sluttprodukt.

#### 4.4 Særskilte merknader fra Helse Sør-Øst RHF

- Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet i juni 2009 sak om godkjenning av konseptfasen og videreføring til forprosjekt for nytt østfoldsykehus (sak 054-2009). Styret understreket at en beslutning om å realisere nytt østfoldsykehus er betinget av at foretaksgruppen samlet sett har en tilfredsstillende økonomisk utvikling og at det kan avsettes nødvendige midler til å kunne ivareta kravet om egenfinansiering av prosjektet. Videre ba styret administrerende direktør om å etablere dialog med eier for å avklare forutsetningene for finansiering av prosjektet. Det er viktig at finansieringss spørsmålet er avklart med eier før styret skal ta stilling til godkjenning av forprosjektet. Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til at evt. godkjenning av forprosjektet kan skje høsten 2010 og at byggestart kan skje i 2011. I planene er det lagt til grunn et lånebehov på ca. 50 % av total byggekostnad. Helse Sør-Øst RHF melder på grunnlag av dette lånebehov på minimum 2,5 mrd. kroner (2009-nivå) til nytt østfoldsykehus i perioden 2011-2015.
- Storbyutfordringer samt behov for å styrke arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse og forskjeller i bruk av helsetjenester vil også påvirke aktivitetsbehovet. Tall fra statistisk sentralbyråd og flere forskningsrapporter dokumenterer store ulikheter. Dersom disse forskjellene skal motarbeides bør tiltak igangsettes både i primær- og spesialisthelsetjenesten og føre til at flere grupper med dårlige levekår bruker mer tjenester. Dette vil også være viktig i det videre arbeid med samhandlingsreformen. Det bør videre vurderes om gjeldende inntektsmodell ivaretar dette i tilstrekkelig grad.
- For å kunne håndtere behov knyttet til pasientbehandlingen, og nasjonale helsemyndigheters forutsetninger og ambisjonsnivå innen områder som IKT, medisinsk-teknisk utstyr og nødvendig vedlikehold av bygg og infrastruktur, er det nødvendig med økte økonomiske rammer. En viser også til det pågående omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst som en krevende oppgave også rent økonomisk. Det er pekt på et betydelig investeringsbehov for å kunne realisere gevinster på lang sikt.
- Iht. opplysninger fra Norsk pasientskadeerstatning er det en betydelig vekst i erstatningsutbetalingene. Prognosen for 2009 viser en vekst på 157 mill. kroner samlet for de fire regionale helseforetakene, herav om lag 86 mill. kroner og en prosentvis vekst på 33,7 %, for Helse Sør-Øst RHF. Denne veksten vil bli innkrevd som ytterligere tilskudd for 2009 og videre lagt til grunn for innbetalingene i 2010. Dette er betydelig høyere enn budsjettet nivå for 2010 og det forventes at utgiftene som minimum vil ligge på samme nivå i 2011. Det er viktig at dette også blir lagt til grunn i fastsettingen av de samlede rammer for 2011.

## 5. VEDLEGG

### Vedlegg 1: Styresak om god virksomhetsstyring og intern kontroll

#### Saksgang:

Styre	Møtedato
STYRET HELSE SØR-ØST RHF	4. mars 2010

**SAK NR 016-2010**

**GOD VIRKSOMHETSSTYRING OG INTERN KONTROLL I HELSE SØR-ØST**

#### *Forslag til vedtak:*

Styret tar den fremlagte redegjørelsen om utviklingen av et samlet opplegg for virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst til orientering og slutter seg til administrerende direktørs beskrivelse av nødvendige tiltak for videre oppfølgingen av saken.

Hamar, 24. februar 2010

Bente Mikkelsen  
administrerende direktør

## 1. Administrerende direktørs anbefalinger/konklusjon

*Denne saken belyser utviklingen av et helhetlig opplegg for å sikre god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Det legges til grunn at virksomheten skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt øvrige vedtak som fattes av styret i Helse Sør-Øst. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en internkontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, fell og mangler. Med internkontroll menes de prosesser, systemer og rutiner som er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at virksomheten har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler.*

*De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen samt eieransvar for underliggende helseforetak. Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret innebærer både bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private leverandører. I tillegg til pasientbehandling har de regionale helseforetakene ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.*

*De viktigste lovene som regulerer helseforetakenes virksomhet er spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (omhandler pasientenes rett til blant annet helsehjelp, fritt sykehusvalg, informasjon og samtykke) og helseforetaksloven (som regulerer organisering av sykehus)*

*Den samlede styringen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF formidles i det årlige oppdragsdokumentet og i foretaksmøter. I årlig oppdrag og bestilling til helseforetakene videreformidles det samlede styringsbudskapet fra departementet, sammen med egne oppdrag og oppfølging av aktuelle vedtak fattet av styret i Helse Sør-Øst RHF.*

*Den samlede mengde mål og oppdrag innebærer store krav til oppfølging, rapportering og dokumentasjon; både til det enkelte helseforetaks styre og ledelse, til styre og ledelse i Helse Sør-Øst RHF og i forhold til Helse- og omsorgsdepartementet.*

*Helse Sør-Øst legger vekt på verdibasert ledelse og har særskilt satt fokus på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Dette betyr for Helse Sør-Øst blant annet at en skal sikre åpenhet om feil og mangler, involvering fra brukere og ansatte, kunnskapsbasert praksis og det å etablere en lærende organisasjon, pasientsikkerhet og forutsigbarhet. De samme verdiene vil også prege det å videreutvikle systemer for god virksomhetsstyring, oppfølging og kontroll.*

*Det gjennomføres mange tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av et år og Helse Sør-Øst RHF har lagt vekt på prinsippet om at avvik skal behandles der de skjer. Helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt ved tilsyn og skal til enhver tid ha oversikt over sine avvik, lukke dem og bruke dem til læring og forbedring på tvers i virksomheten der det er aktuelt. Avvikenes alvorlighetsgrad skal tas hensyn til ved prioritering av tiltak.*

*Det redegjøres i saken for virksomhetsstyringen, med særskilt fokus på risikostyring og de ulike rapporterings- og oppfølgingsrutiner Helse Sør-Øst har innført.*

*Administrerende direktør er tilfreds med at det er etablert et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring og at dette er under aktiv utvikling og forbedring.*

Flere hendelser de siste månedene tilsier imidlertid at det er nødvendig med et forsterket fokus og engasjement fra styre og ledelse i hele helseforetaksgruppen for å videreutvikle et samlet opplegg for god virksomhetsstyring. Dette for å ivareta pasientenes behov for sikker og kvalitetsmessig god behandling.

## 2. Faktabeskrivelse

### 2.1. Innledning

Det vises til sak 010-2010 Ivaretagelse av pasientrettigheter, sykehusenes rutiner og praksis. Det fremgår av saken at administrerende direktør vil legge frem en ny sak om virksomhetsstyringen med særskilt fokus på risikostyring og de ulike rapporterings- og oppfølgingsrutiner som er etablert. Det redegjøres også for tiltak for å stimulere til kontinuerlig forbedring.

Saken inneholder følgende overskrifter:

- Lover, forskrifter og tilsynsmyndigheter
- Eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring
- Virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
- Nærmere om virksomhetsstyring i helseforetakene
- Spesielle tiltak i virksomhetsstyringen for å følge opp myndighetskrav
- Videreutvikling av verktøy for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst

### 2.2. Lover, forskrifter og tilsynsmyndigheter

De viktigste lovene som regulerer helseforetakenes virksomhet er spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (omhandler pasientenes rett til blant annet helsehjelp, fritt sykehusvalg, informasjon og samtykke) og helseforetaksloven (som regulerer organisering av sykehus)

Det er en lovpålagt oppgave og en etisk forpliktelse å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester. Helselovgivningen, med 11 tilsynsmyndigheter som skal se etter at myndighetskrav følges, er et av myndighetenes virkemidler for å forebygge svikt på viktige områder i helsetjenesten. I tillegg til helselovgivningen er det et stort antall lover og forskrifter som påvirker og styrer foretakenes virksomhet. Det forutsettes at det internt i den enkelte virksomhet er etablert gode systemer og rutiner for oppfølging av kravene.

Lovkravene har bidratt til å sette høy standard for norsk helsetjeneste. I den forbindelse er kravet til internkontroll i helsetjenesten presisert i egen forskrift (*Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten*). Myndighetene forventer at helsetjenestens oppfølging av internkontrollforskriften i stor grad skal sikre faglig forsvarlighet og oppfyllelse av helselovgivningen. Helseforetakene må sikre at helsepersonell har nødvendige kunnskaper, ferdigheter og ressurser for å etterleve lovene, og det skal være etablert systemer som avdekker mangel på oppfyllelse av lovkrav (avvikssystem). Det skal også være etablert rutiner for å sjekke om avvikssystemene fungerer etter hensikten. Som et eksempel må alle som plikter å følge pasientrettighetsloven, dvs. alt helsepersonell, kjenne dens innhold, etterleve loven i praksis og det skal registreres og håndteres avvik når den ikke etterleveres.

Det understrekes at helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt. Foretaksstyrene og ledelsen har dermed selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyringen og foreta lukking av avvik. Helseforetakenes styre og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene og at det gjøres forbedringer der det trengs. Ledelsen plikter også å legge til rette for at helsepersonell skal kunne gi forsvarlige helsetjenester.

Det er lederne på de ulike nivå som har det operative ansvaret for at internkontrollforskriften etterleveres, slik at det utøves forsvarlig virksomhet i samsvar med myndighetskravene og pasientenes/ tjenestemottakernes behov.

Systematisk arbeid skal sikre at pasientrettighetsloven og andre helselover med forskrifter følges, slik at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester. Det presiseres at kravene om oppfølging av myndighetskrav gjennom internkontroll gjelder alle lovområder som er vist i *vedlegg 1 Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten*. De tilsynsmyndighetene som i tillegg til Helsetilsynet fører tilsyn med at internkontrollen for deres lovområder fungerer er Datatilsynet, Mattilsynet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Statens forurensningstilsyn, Statens strålevern, Fylkesmannen, kommunene og lokalt el-tilsyn. Disse myndighetene forventer på lik linje med helsemyndighetene at virksomhetene blant annet kartlegger aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på lovverket.

### **2.3. Eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring**

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i foretaksmøte i 2004 krav til de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav – praktisering av god virksomhetsstyring. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket å forsikre seg om at:

- Styret for de regionale helseforetakene sikrer seg et samlet systemopplegg, basert på gjeldende regler for internkontroll og eventuelle supplerende tiltak, som gir de overordnede ansvarsnivåene tilstrekkelig sikkerhet for at myndighetskrav følges opp i helseforetaksgruppen.
- Styret for det regionale helseforetaket har en periodisk og samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen mht. oppfølging av myndighetskrav.

Det ble videre i foretaksmøte i 2005 stilt krav til at de regionale styrene skulle:

- Sikre seg at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten
- Etablere intern revisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen, som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Intern revisjon er et viktig ledd i styrets overvåkingsfunksjon som uavhengig av administrasjonen for øvrig, skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende. Det skal også oppnevnes en kontrollkomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon (senere kalt revisjonskomité).

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter etter dette gjentatt kravene til et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. I foretaksmøteprotokollen fra januar 2010 er dette formulert slik:

”Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

- Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.
- Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike

tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.”

I forbindelse med hendelsene ved Vestre Viken HF, har Helse- og omsorgsdepartementet sendt en påminnelse til de regionale helseforetakene om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen. I brevet av 28.01.10 understrekes de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar for at befolkningen i helseregionene blir tilbudt forsvarlige spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og § 2-2. ”Sørge for”-ansvaret innebærer blant annet å ivareta følgende styringsfunksjoner/elementer som er beskrevet på følgende måte i dokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- Ansvar for planlegging, herunder å vurdere og analysere hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. Dette forutsetter bl.a. at Helse Sør-Øst RHF kjenner reglene som gjelder for helsetjenesten, har oversikt over behov og tilbud for helsetjenester, samt har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak må det foretas risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til iverksettelse av tiltakene og det må planlegges hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres.
- ”Sørge for”-ansvaret innebærer også ansvar for å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt og til fastsatt tid, slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig.
- Videre skal gjennomføringen av planene og tiltakene evalueres; om planene/tiltakene følges, effekten av planene/tiltakene og om gjennomføringen av planene/tiltakene har medført at det har oppstått områder med fare for svikt eller svikt som må håndteres for at det skal kunne gis et forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer også innhenting av styringsinformasjon.
- Helse Sør-Øst RHF har også ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Dette innebærer å iverksette korrigerende og forebyggende tiltak på eget initiativ dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Det er det regionale styrets oppgave gjennom god virksomhetsstyring å påse at oppfølgingen av krav er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte i det regionale helseforetaket.

#### **2.4. Virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst**

For Helse Sør-Øst RHF er det etablert et styrings- og rapporteringssystem som skal ivareta oppfølgingen av det samlede styringsbudskapet fra eier:

- Oppdragsdokumentet omhandler spesialisthelsetjenestens overordnede mål, innhold og ”sørge for”-ansvar og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøte, lover, forskrifter og øvrige myndighetskrav.
- I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier. Her omtales de overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav, samt organisatoriske økonomiske og andre eierkrav og rammebetingelser.

Overfor helseforetakene i Helse Sør-Øst blir eiers krav og andre styringsbudskap fra det regionale helseforetaket formidlet til helseforetakene i oppdrags- og bestillerdokumenter og foretaksmøter.

De samlede krav og forventninger medfører store krav til rapportering og dokumentasjon i alle ledd. Helseforetakene rapporterer gjennom egen ledelse og eget styre. Helse Sør-Øst



RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Gjennom månedlige og tertialvise rapporteringer holdes styret for Helse Sør-Øst RHF orientert om de viktigste resultater, styrings- og kvalitetsindikatorer for foretaksgruppen.

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 en nødvendighet for at det regionale helseforetaket skal kunne gjøre gode bestillinger.

Med bakgrunn i eiers krav til helhetlig opplegg for virksomhetsstyring gjennom risikostyring og internkontroll har Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøter med underliggende helseforetak videreført dette kravet.

God internkontroll skal bidra til målrettet og effektiv drift, etterlevelse av lover og forskrifter og pålitelig styringsinformasjon. Det innebærer at styret og ledelsen setter klare mål for virksomheten, vurderer risikobildet og iverksetter tiltak for å nå fastsatte mål. I forbindelse med vurdering av risikobildet er det viktig at det settes klare grenser for den risikotoleranse foretaksgruppen aksepterer.

Helse Sør-Øst har gjennom plan for strategisk utvikling for 2009 - 2020, Strategisk fokus 2009-2011 og mål for hvert år, senest for 2010, satt mål for foretaksgruppen som skal gi måloppnåelse i tråd med den nasjonale kvalitetsstrategien. Målene er fordelt og organisert etter følgende seks målområder som det både rapporteres og gjøres risikovurdering i forhold til;

- Målområde 1. Pasientbehandling
- Målområde 2. Forskning
- Målområde 3. Kunnskapsutvikling og god praksis
- Målområde 4. Organisering og utvikling av fellestjenester
- Målområde 5. Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Målområde 6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Som en del av beskrivelsen av det helhetlige opplegget for virksomhetsstyringen i Helse Sør-Øst er det definert følgende hovedprosesser som inngår i årsplanen for virksomhetsstyring.

1. Strategi og mål
2. "Sørge for"-ansvaret. Behovsvurdering og prioritering
3. Budsjett
4. Oppdrags- og bestillerdokument
5. Rapportering
  - a. Månedsrapportering
  - b. Tertialrapportering
  - c. Årsregnskap
  - d. Risikovurdering
6. Oppfølgingsmøter
7. Årlig melding

Strategi og mål skal rulleres hvert fjerde år. I årene mellom en slik hovedrullering gjøres justeringer i forhold til strategisk fokus (justere målformuleringer, fange opp styringssignaler fra eier etc.). Mellom hovedrulleringene har denne prosessen som hovedmål å levere grunnlag for mål og strategi kommende år, og målformuleringene skal innarbeides i budsjettprosess for kommende år. Det legges opp til innspill fra helseforetak samt god forankring med brukere og tillitsvalgte.

Proessen knyttet til "sørge for"-ansvaret er Helse Sør-Øst sin aktivitet for å planlegge, herunder å vurdere og analysere hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og

forsvarlig helsetjeneste. Dette forutsetter å ha oversikt over behov og tilbud for helsetjenester, samt ha oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak foretas det risiko- og sårbarhetsanalyser. Konkret omfatter planleggingen avklaring og beskrivelse av behovet for å dekke Helse Sør-Østs "sørge for"-ansvar ut fra alle kjente data; kvalitetsregistre, ventetider, fristbrudd, fritt sykehusvalg, input fra fagråd etc. Videre inngår prioritering og avklaring av fordeling av bestilling mellom egne foretak/avtalespesialister, sykehus med avtale og kjøpsavtaler fra private ideelle og kommersielle aktører, samt oppfølging av bestillingene gitt i de inngåtte avtaler med helseforetakene og øvrige leverandører. Prosesser knyttet til iverksettelse av tiltakene samt hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres gjøres sammen med helseforetakene, fagråd, konserntillitsvalgte og brukere.

Budsjettprosessen gjennomføres parallelt med oppdatering av strategisk fokus og baseres bl.a. på resultater fra foregående år inklusive risikovurderinger, eiers styringssignaler og resultatutviklingen inneværende år. Det legges frem en samordnet sak til RHF-styret i mai/juni. I tilknytning til rullering av strategi og mål, utvikles et 4-årig langtidsbudsjett (finansiell langtidsplan) som i de kommende år rulleres og justeres i takt med strategisk fokus. I langtidsbudsjettet skal de økonomiske konsekvensene av strategien fremkomme (likviditet, investeringsbehov etc.)

Utarbeidelse av oppdrags- og bestillerdokument ivaretar forarbeid, planlegging og dialog med helseforetakene frem til at arbeidet slutføres og befestes i foretaksmøte januar/februar. Dette dokumentet skal gi helseforetakene en bedre totaloversikt over de krav og føringer som de skal levere i forhold til, og gjøre det regionale helseforetakets oppfølging enklere.

Rapportering. Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre. Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Rapporteringen er månedlig med omfattende krav til innhold og format. Tertialrapportering 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. Det er også en utstrakt avhengighet mellom bestilling i forhold til oppdrags- og bestillerdokument og eventuelle presiseringer gjennom året og rapportering og oppfølging. God og komplett rapportering er en nødvendighet for at RHFet skal kunne gjøre gode bestillinger.

Oppfølgingsmøter i 2010 gjennomføres minimum fire ganger i året. Det er en målsetning å bruke møtene mer aktivt på avvik fra planer, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i "oppdrags- og bestillerdokument" og vedtatt strategi.

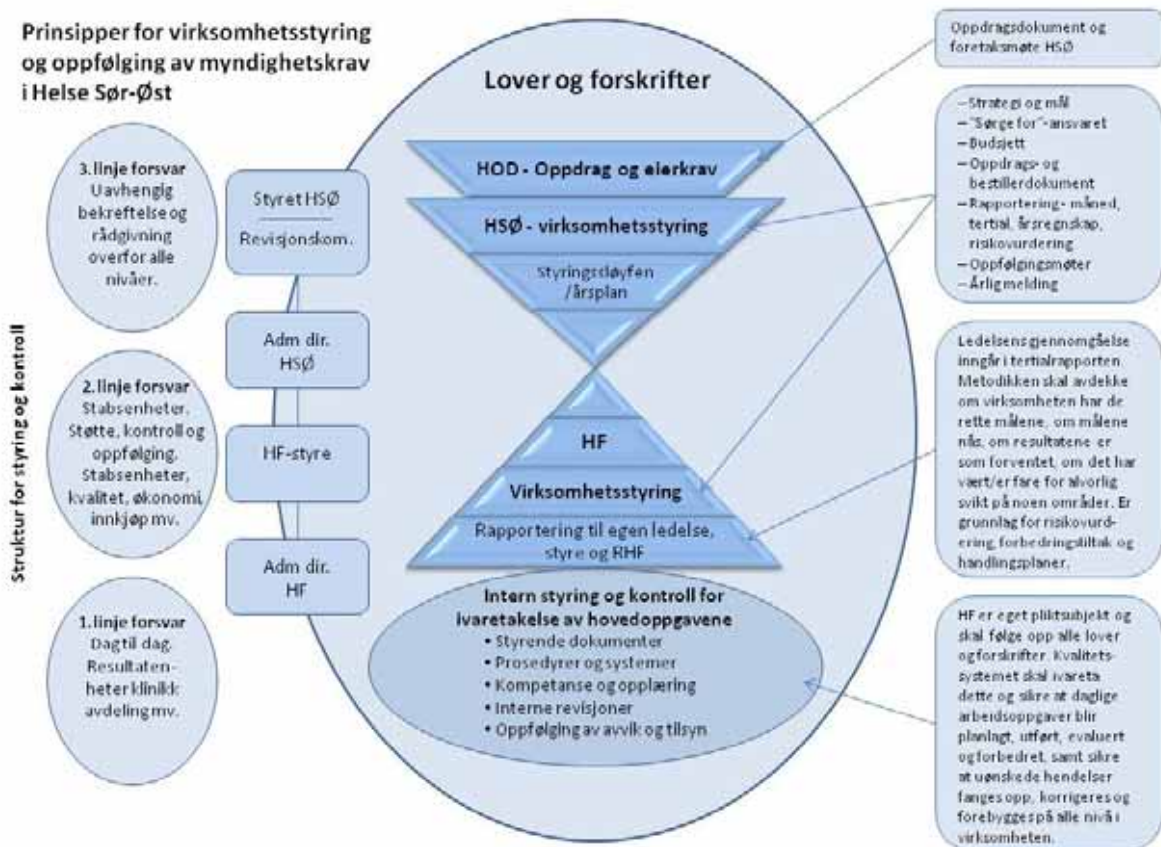
Utarbeidelsen av årlig melding følger de krav til innhold og prosess som følger av oppdragsdokument og lovverk. Det er viktig å sikre god forankring i forhold til helseforetakenes virksomhet, brukere og tillitsvalgte. Det har vært en målsetning for 2010 at mal for årlig melding fra RHF- og HF-nivå skal gjennomgås og forbedres, slik at prosess og innhold får nødvendig kvalitet i forhold til formålet.

Det er et mål at årsplanen for virksomhetsstyring skal bidra til

- å skape kunnskap om den helhetlige virksomhetsstyringen som utøves i Helse Sør-Øst
- å forstå sammenhenger og hensikt med styringen og det arbeidet som dette innebærer
- at det leveres god kvalitet i prosessene, bl.a. ved at prosedyrer og opplegg er standardisert og godt beskrevet
- å kunne planlegge de aktiviteter som prosessene forutsetter
- å kunne forenkle, standardisere og gjenbruke det arbeid og de dokumenter som produseres. Et eksempel er at strategi og mål skal gjenfinnes og gjenkjennes i

dokumenter som inngår i flere av hovedprosessene, og skal også være utgangspunkt for oppfølging og rapportering

Skjematisk kan opplegget for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst oppsummeres i nedstående figur:



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 foretaksgruppen innen kommunikasjon, økonomi, medisinske direktører, HR etc. Det er også regelmessige møter mellom det regionale helseforetaket og brukerutvalget og de konserntillitsvalgte på RHF-nivå.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har videre, etter krav fra eier i 2005, etablert revisjonskomité og en internrevisjonsfunksjon med ansvar for gjennomgående internrevisjon i helseforetaksgruppen, nå konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i den samlede foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen utgjør et "3.linjeforsvar" i styrings- og kontrollstrukturen i foretaksgruppen, jf. figur over.

## 2.5. Nærmere om krav til virksomhetsstyring i helseforetakene

Det vises til beskrivelsen av gjeldende lover og forskrifter i kapittel 2.2. I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 skal sykehus særlig ivareta følgende hovedoppgaver:

1. pasientbehandling
2. utdanning av helsepersonell
3. forskning
4. opplæring av pasienter og pårørende

Oppdrag og bestilling til helseforetakene fra Helse Sør-Øst RHF beskriver de samlede krav og forventninger til leveransene i året. For å kunne sikre etterlevelse av lover, forskrifter og eiers styringskrav, har Helse Sør-Øst RHF videreført kravene til et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring gjennom risikostyring og internkontroll.

Styrene i helseforetakene er ansvarlig for å påse at de samlede krav og forventninger kommuniseres og følges opp. Dette innebærer også at det er etablert et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. For å evaluere om virksomheten når målene, om resultatene er som forventet, om det har vært alvorlig svikt på noen områder og om det er risiko for alvorlig svikt i fremtiden, forutsettes det at det gjennomføres fortløpende risikovurdering av virksomheten jf veileder for risikostyring i Helse Sør-Øst. Som en del av dette benytter helseforetakene Ledelsens gjennomgåelse (LGG) som et verktøy for de ulike ledernivåene i helseforetaket for spesielt å sette fokus på kvalitet og myndighetskrav. Helseforetakene rapporterer som en del av tertialrapporten tertialvise risikovurderinger. Det vises til vedlagte mal for LGG som også inngår i veileder for risikostyring i Helse Sør-Øst.

Dette innebærer at en som forberedelse til risikovurderingen skal innhente en kortfattet oversikt over aggregerte data fra alle ledernivåene, med vekt på risikobilde og planlagte tiltak for å håndtere risikoen. Risikovurderingen skal bidra til at rapporteringsdataene, herunder kvalitetsmål og -indikatorer, brukes og følges opp i forbedringsarbeidet. Alle former for svikt som har skjedd i perioden og risikoen for svikt i fremtiden drøftes. Det besluttes deretter tiltak for forbedring, og utarbeides handlingsplaner med tiltak prioritert etter risiko.

Resultater fra avvikssystemet som viser

- brudd på lovkrav eller andre krav,
- meldepliktige hendelser,
- resultater etter eksterne tilsyn,
- tilbakemeldinger fra pasienter,
- pasient- og brukerombud og Norsk pasientskadeerstatning (NPE),
- tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere og
- resultat fra revisjoner

skal regelmessig gjennomgås som del av tertialrapporteringen og ledelsens gjennomgåelse på alle nivå i foretaksgruppen. Målet er å få god oversikt over de totale forholdene i egen virksomhet og gjøre en i stand til å beslutte forbedringstiltak ut fra en helhetlig vurdering av risiko og av pasientenes sikkerhet, behov og rettigheter.

Den totale risiko og måloppnåelse rapporteres en gang i året i forbindelse med årlig melding, etter at saken har vært behandlet i foretaksstyret.

Helseforetakets styre har ansvar for god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Styrets gjennomgang av intern

kontroll og risikostyring skal inngå i tertialrapporteringen i 2010, og det skal redegjøres for arbeidet med intern kontroll og risikostyring i årlig melding.

Veilederen for risikostyring vil bli revidert i løpet av 2010 for å oppnå en bedre integrasjon mellom tertialrapportering og Ledelsens gjennomgang enn det som foreligger i dag for både å unngå unødig dobbelrapportering og mer fokus på kvalitet og myndighetskrav

## **2.6. Spesielle tiltak i virksomhetsstyringen for å følge opp myndighetskrav**

### **2.6.1. Åpenhetskultur**

Internasjonal litteratur og en gjennomgang av denne sett med norske øyne har vist at de fleste feil ennå forblir uoppdaget, og uten at det skjer melding om feilen. Slik mister man mulighet for forbedring. Det er så langt ikke vist at økning av budsjetter eller økning av bemanning i foretakene har redusert antallet feil som begås av helsepersonell. Store investeringer de siste 20 årene på IKT-systemer har heller ikke ført til en målbar reduksjon av feil. Et hovedproblem er at en fremdeles bare ser en liten del av de feil som begås. Kun et lite antall av de dødsfall som skyldes feilbehandling eller komplikasjoner til behandling som kunne vært unngått, blir registrert.

En norsk undersøkelse har videre vist at 42 prosent av sykepleierne er redde for å gjøre feil. En undersøkelse blant medisinerstudenter og leger ved Haukeland Universitetssjukehus viste at tre firedeler av de spurte legestudentene hadde vurdert å slutte på studiet fordi tanken på å kunne skade pasienter tyngte dem. Nær 90 prosent av legene rapporterte å ha gjort feil som kunne fått konsekvenser for pasienten. Undersøkelsen konkluderer med at en må lære mer av medisinske feil, det må bli mer vanlig og positivt å snakke om egne feil og pasientskade – og ikke minst må vi bli flinkere til å støtte dem som har gjort feil. Arbeidet med holdningene til egne og andres feil må prioriteres og systematiseres i all helsefaglig utdanning.

Helse Sør-Øst sin egen medarbeiderundersøkelse fra 2008 viste at det fortsatt er utfordringer i enkelte HF. 10-39 % sier i at det er vanskelig å melde feil og avvik.

Det er menneskelig å gjøre feil, og det er menneskelig å forsøke å dekke over det som svikter. Vi trenger derfor:

- full åpenhet om forbedringsområder og uønskede hendelser
- systemer som på en trygg måte bidrar til å avdekke uønskede hendelser som har skjedd, slik at de ikke skjer igjen (avviksbehandling)
- systemer for å forebygge hendelser før de skjer (risikostyring)

Det jobbes aktivt i helseforetakene med å få en god meldekultur og definere forbedringspunkter/områder.

Helse Sør-Øst har utviklet HR-strategi og handlingsplaner innen flere områder for å legge til rette for en helsefremmende virksomhet, samt utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø som er preget av trygghet, åpenhet og respekt. Varslingsrutiner er en del av dette arbeidet. Det er også utarbeidet etiske retningslinjer for innkjøp i regionen.

Kompetanseprogram er under utvikling og det er gjennomført flere lederutviklingsprosjekter, både i regional og lokal regi. E-læringsmoduler benyttes og utvikles også videre for dette formålet.

### **2.6.2. IKT-systemer**

Tilgang til pasientinformasjon er en absolutt forutsetning for at arbeidet i sykehus skal foregå med akseptabel kvalitet og sikkerhet. IKT har gitt nye muligheter for å stille informasjon til rådighet for helsepersonell der de er, og når de trenger det. Eksempler på slike systemer er de pasientadministrative systemene (DIPS, PAS-DOC), elektronisk pasientjournal (DIPS,

DocuLive m.fl.) og elektronisk pasientkurve (MetaVision). Denne situasjonen har imidlertid skapt nye utfordringer:

- driftssikkerheten for systemene og de tekniske installasjonen som skal sikre kontinuerlig tilgang til informasjonen systemene lagrer
- sikkerheten til informasjonen som ligger tilgjengelig for alle som har tilgang

Sikkerheten rundt driftssystemene dreier seg om fysisk sikring av tekniske installasjoner som servere og nettverk, mens sikkerheten for informasjonen som er lagret i stor grad dreier seg om holdninger og organisasjonsutvikling i foretakene i tillegg til å innarbeide sperrer og tilgangsstyring som sikrer personvern og pasientintegritet. Datatilsynet er tilsynsmyndighet for personvern og informasjonssikkerhet. Det gjennomføres regelmessig tilsyn med foretakene. Tilsynsrapportene fra Datatilsynet og avvikene har vært gjenstand for omfattende sikkerhetsarbeid i alle foretak i regionen. Mange av de største medieoppslagene om avvik i sykehus knytter seg til avvik innen IKT.

På den ene side krever utviklingen av samfunnet generelt og organiseringen av helsesektoren spesielt økende grad av samhandling. På den andre side innebærer åpne nettverk en økende trussel som skaper diskontinuitet i driftsløsninger, fare for kriminell inntrengning og uønsket lekkasje av sensitiv informasjon fra innsiden. Dette har ført til en aktiv satsning på tidsmessig sikkerhetsarkitektur som åpner for samhandling på en trygg måte. Herunder er løsninger for å forebygge og sikre god kontroll med sensitiv informasjon, etablert eller er under etablering.

### 2.6.3. Pasientsikkerhet – uønskede hendelser, meldeplikt og meldekultur

Selv om norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv er pasientsikkerhetsproblemet stort. Cirka 10 % av pasientene rammes av uønskede hendelser i Norge og 40-50 % av disse kan forebygges.

Spesialisthelsetjenesten har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og helsepersonelloven § 17 plikt til å melde hendelser som har eller kunne ha fått alvorlige konsekvenser for pasienten. Det har vært forskjellige oppfatninger blant helsepersonell om hva som er meldepliktig og ikke. Den ulike tolkningen og praktiseringen av meldeplikten viser seg for eksempel ved at noen helseforetak melder alle reoperasjoner til Helsetilsynet, mens andre ikke melder slike hendelser i det hele tatt. Hendelsesregistreringene til Helsetilsynet vil ikke gi et sammenlignbart bilde av helseforetakene før alle registrerer de samme hendelsene på samme måte.

Helsepersonell trenger mer opplysninger om behandlingsresultatene, herunder komplikasjoner, reoperasjoner, dødsfall osv, for å vite hvor det trengs forbedringer. En større bevissthet på risikoområdene vil også kunne motivere til en mer aktiv forebygging eksempelvis ved bruk av kampanjer

En arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst har utarbeidet en veileder "Håndtering av uønskede hendelser - som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring" (vedlegg 2). Arbeidsgruppen la i juni 2008 frem denne veilederen med anbefalinger for god praksis i håndteringen av uønskede hendelser og avviksbehandling. Anbefalingene omhandler organisering av kvalitetsutvalg samt kategorisering og håndtering av registrerte hendelser i avvikssystemet.

Foretakene har plikt til å melde alvorlige uønskede avvikshendelser (skade eller alvorlig nestenuhell på pasient, ansatt, medisinsk utstyr, personvern eller miljøutslipp) til aktuell tilsynsmyndighet. Veilederen om uønskede hendelser inneholder i tillegg til skjemaet om rapportering av avvik etter tilsyn, en oversikt over alle meldeplikter til ulike tilsynsmyndigheter knyttet til pasientbehandling. Veilederen er sendt til alle helseforetakene og er gjort tilgjengelig på hjemmesiden til Helse Sør-Øst.

Det skal være en fortløpende rapportering til eget foretaksstyre ved særskilte forhold. Dette er også en del av grunnlaget for ledelsens gjennomgåelse (LGG). Slike forhold kan være:

- meldepliktige avvik (skade eller alvorlig nestenuhell på pasient, ansatt, medisinsk utstyr eller personvern)
- avvik etter internt tilsyn/revisjon innen særskilte risikoområder
- avvik etter tilsyn som ikke blir lukket innen planlagt tid av økonomiske eller andre årsaker
- avvik som krever tiltak eller koordinering på regionalt nivå
- der det foreligger spesielt alvorlige avvik i forhold til pasientsikkerhet, økonomiske eller omdømmemessige konsekvenser

#### Avviksbehandling

Avvik defineres av tilsynsmyndighetene som brudd på lovkrav, mens litteraturen om kvalitetsstyring definerer avvik som brudd på alle krav, både myndighetskrav, eierkrav og interne krav.

Alle foretakene har etablert avvikssystem. Avviksbehandlingen skal være en naturlig del av den ordinære driften og et verktøy for forbedring av tjenesten. Å lære av feil handler om å bli bedre til å planlegge fremtiden, slik at samme feil ikke skjer igjen. Avviks- og forbedringsarbeidet skal også bidra til at pasienter, pårørende, samarbeidspartnere, eiere og ansatte kan være trygge på at det reageres dersom lovverket eller interne rutiner og retningslinjer ikke blir fulgt.

Avvik skal ikke behandles som klagesaker, men som grunnlag for forbedring. For å minske sannsynligheten for personfokusering og angrep-forsvar-reaksjoner hos de berørte vil det ofte være mer hensiktsmessig å beskrive problemstillingen enn detaljer om hva som skjedde. Det er ikke ønskelig med anonymiserte meldinger internt i virksomhetene. Målet er åpenhet, trygghet og læring i alt forbedringsarbeid.

#### 2.6.4. Rapport om avvik etter tilsyn

Gjennom protokoll fra foretaksmøte 24. januar 2008 fastla HOD styrets ansvar til minimum en gang per år å ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Oppfølgingen er beskrevet i styresak 083-2008 *Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse Sør-Øst - status og rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet pr 2.tertial*. Som vedlegg til saken fulgte mal for rapportering av avvik etter tilsyn som skal fylles ut og vise oversikt over og status for lukking av avvik for alle eksterne tilsyn.

Helse Sør-Øst RHF har understreket at avvik skal behandles der de skjer. Det gjennomføres mange tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av et år. Helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt ved tilsyn og skal til enhver tid ha oversikt over sine avvik, lukke dem og bruke dem til læring og forbedring på tvers i virksomheten der det er aktuelt. Avvikenes alvorlighetsgrad skal tas hensyn til ved prioritering av tiltak.

Styret i det enkelte helseforetaket har ansvar for at avvik etter tilsyn lukkes. Helsetilsynet varsler sine tilsyn i god tid og bekjentgjør innholdet i tilsynet. Det gir helseforetaket muligheten til å forberede seg godt på tilsynet og aktivt bruke Helsetilsynet som en ekstern kontroll på om man har gjort de riktige forbedringstiltakene. Styret i det enkelte helseforetak bør påse at alle varslede tilsyn fra Helsetilsynet eller andre tilsynsmyndigheter blir godt forberedt, med mål om å unngå avvik. Enkelte helseforetak bruker bevisst varslede tilsyn som en mulighet til forbedring, med god effekt. Dersom alvorlige avvik likevel avdekkes, må styret påse at avvikene lukkes innen forsvarlig tid.

Helseforetakene skal i forbindelse med årlig melding én gang i året rapportere status for avvik etter tilsyn til det regionale helseforetaket. Helseforetakene bør imidlertid rapportere fortløpende til eget styret ved særskilte behov (se ovenfor), dersom styret skal kunne bedømme fremdriften i lukkingen av avvikene. Det vises til kapittel 3.3 i Helse Sør-Østs veileder "Håndtering av uønskede hendelser - som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring". Tilsvarende vil styret i Helse Sør-Øst RHF i årlig melding få en samlet oversikt over status i foretaksgruppen og ved alvorlige avvik gis det fortløpende orientering til styret.

Helsetilsynet sine nasjonale tilsyn har stadig avdekket mangelfull styring og ledelse og svikt i oppfølgingen av lovkrav. For kollektiv læring av tilsynene og som ledd i aktivt forbedringsarbeid, har Helse Sør-Øst RHF valgt å samle helseforetakene til erfaringskonferanser. Det gjøres i den forbindelse kartlegginger av risikoområdene, definering av suksesskriterier og det lages regionale anbefalinger for god praksis som kan komme hele regionen til nytte.

#### 2.6.5. Oppfølging av rapporter fra Helsetilsynet, pasient- og brukerombudene og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Helse Sør-Øst RHF har i forbindelse med års- og tilsynsmeldingene innarbeidet faste rutiner for kontaktmøter med Helsetilsynet, pasient- og brukerombudene og NPE for å gjennomgå årsmeldingene og andre relevante temaer. I tillegg har helseforetakene selv fortløpende møter med Helsetilsynet og med pasient- og brukerombudene.

En oppsummering fra møtene legges deretter frem i en samlet styresak. Det vises bl.a. til orienteringssak 058-2009 *Oppfølging av årsmeldingene fra Helsetilsynet, pasientombudene og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)*. For felles læring og utvikling av god praksis har Helse Sør-Øst i tillegg satt i gang flere forbedringstiltak med utgangspunkt i erfaringskonferanser på forbedringsområdene. Prosess og resultat av arbeidet rapporteres løpende til styret for Helse Sør-Øst RHF i administrerende direktørs driftsorienteringer.

Krav til helseforetakenes oppfølging er nærmere beskrevet i avsnitt 2.4.1.

#### Helsetilsynet:

Helse Sør-Øst RHF har inntatt en fasiliterende rolle der det har vært gjennomført landsomfattende tilsyn med store avvik for å sikre erfaringsoverføring, fokus på god praksis og for å ivareta sitt sørge-for ansvar og sikre god og likeverdig behandling. I 2009-2010 arrangerer Helse Sør-Øst RHF erfaringskonferanser for å følge opp de landsomfattende tilsynene innen DPS og blodbanker for å bidra til at en oppnår god praksis på forbedringsområdene. Akuttmottakene følges også opp i eget prosjekt om akkreditert sertifisering. Fødselsomsorgen vil ivaretas gjennom utarbeidelse av områdeplaner, regionale tiltak og oppfølging i regi av fagrådet.

Avvikene etter tilsyn skal følges opp i det enkelte helseforetak, jf. avsnitt 2.4.1.

#### Pasient- og brukerombudene:

Pasientombudene påpeker helsepersonellens manglende kunnskap om pasientrettigheter, utilfredsstillende praktisering av fritt sykehusvalg innen psykisk helsevern og rus, brudd på taushetsplikten og samhandlingsproblemer. Helse Sør-Øst RHF følger blant annet opp implementeringen av prioriteringsveilederne som er utarbeidet på ulike fagområder med erfaringskonferanser, veiledning og informasjonsmøter.

#### Norsk Pasientskadeerstatning:

Norsk Pasientskadeerstatning sin årsmelding har vist at ortopedi fremdeles er det største medisinske saksområdet innenfor deres arbeidsområde. Helse Sør-Øst RHF har etablert et prosjekt for forebygging av postoperative sårinfeksjoner ved hofteprotese-kirurgi. Alle helseforetak og sykehus med avtale er invitert til å delta i prosjektet. Prosjektet anbefaler alle



foretak å ta i bruk WHO's sjekklister for sikker kirurgi, samt Global Trigger Tool for retrospektiv journalgjennomgang. Som ledd i dette arbeidet er det gjennomført egen undervisning i innføring av Global Trigger Tool, og det er gitt tilbud om lokal bistand til alle helseforetak / sykehus.

## **2.7. Videreutvikling av verktøy for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst**

Det er i saken beskrevet utfordringer og konkrete tiltak med hensyn til forbedring og videreutvikling. Det bemerkes også at god virksomhetsstyring krever bruk av mange ulike verktøy. Det kan være:

- Dokumenter som beskriver hvordan oppgaver skal, kan eller bør løses (strategier, planer, prosedyrer, retningslinjer, behandlingslinjer, sjekklister, instruksjoner osv)
- Registreringer og rapporteringer som sier noe om både faglige og administrative resultater (kvalitetsindikatorer, kvalitetsregister, avviksregistreringer, meldeordninger, pasienttilfredshetsundersøkelser, medarbeiderundersøkelser, klagesaker osv)
- IKT-støtteverktøy som for eksempel pasientadministrative systemer, elektronisk pasientjournal, elektronisk pasientkurve, spesialsystemer for fødeavdelinger, akuttmottak og operasjonsplanlegging, prosessmodelleringsverktøy, avvikssystem og dokumentstyringssystem.
- Program eller opplæringstiltak som erfaringskonferanser, ledelsesutviklingsprogram, e-læringsprogram, kompetanseutvikling, kunnskapshåndtering, ressursstyring osv.

Verktøyene skal støtte opp om ledelsen og helsepersonellens arbeid med å gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Helse Sør-Øst har mange ulike løsninger av varierende funksjonalitet, og har satt i gang flere prosesser for å avklare hva som bør samordnes og standardiseres på helseforetaks, regionalt eller nasjonalt nivå.

Helse Sør-Øst RHF vil på dette grunnlaget arbeide videre med det felles målbildet for Helse Sør-Øst med hensyn til bruk av systemer og verktøy. Dette arbeidet skal ses i sammenheng med Helse Sør-Øst sin plan for strategisk utvikling 2009-2020 og de seks målområdene er gjennomgående i den ledelsesmessige kommunikasjonen.

## **3. Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør har i denne saken redegjort for hvordan Helse Sør-Øst, i tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet, arbeider med å utvikle et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. Som ledd i virksomhetsstyringen er det etablert internkontroll og risikostyring som skal sikre at målene nås. Redegjørelsen omfatter både krav til det regionale helseforetaket og til de enkelte helseforetakene.

Administrerende direktør er tilfreds med at det er under utvikling et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. Flere hendelser de siste månedene tilsier at det er nødvendig med et forsterket fokus og engasjement fra styre og ledelse i hele helseforetaksgruppen for å videreutvikle et samlet opplegg for god virksomhetsstyring. Dette for å ivareta pasientenes behov for sikker og kvalitetsmessig god behandling.

I den videre oppfølgingen av dette arbeidet vil administrerende direktør blant annet se nærmere på følgende forhold:

- Forhold knyttet til organisering og styring av Sykehuspartner generelt og spesielt i forhold som har betydning for myndighetskrav og pasientsikkerhet.
- En nærmere gjennomgang av det etablerte rapporteringssystemet i helseforetaksgruppen for å se til at spesifikke myndighetskrav, for eksempel pasientsikkerhet, etterleves og at avvik følges opp. Avklare risikotoleranse i forhold til avvik som har konsekvenser for pasientene.

- Videreutvikle tertialrapportene slik at de i større grad også er en helhetlig gjennomgang av status for virksomhetsstyring og internkontroll i foretaksgruppen.
- Vurdere en tydeligere plass for myndighetskrav og pasientsikkerhet i neste års oppdrags og bestiller dokument og i årlig melding.
- Utvikle relevante tiltak for å sikre opplæring av ansatte og ledere i god virksomhetsstyring og internkontroll.
- Gjennom oppfølging av HR strategien arbeide videre med kultur og holdninger til myndighetskrav. Dette skal være et eget område for lederutviklingsprogrammene
- Videreutvikle indikatorer for måloppnåelse i forhold til de nasjonale kvalitetsmålene i Nasjonal kvalitetsstrategi

Helsetilsynets tilsynsrapporter gir gode indikasjoner på om helselovgivningen følges. Det er derfor viktig at foretaksstyrene sørger for at avvikene lukkes og tilsynsrapportene brukes til læring i hele virksomheten. Ledelsen på alle nivå skal gjennomføre tiltak for systematisk, målrettet og forsvarlig styring av driften.

Lovbrudd og uforsvarlighet påfører pasienter store menneskelige omkostninger og samfunnet økonomiske omkostninger. Pasientombudene har gitt mange eksempler på enkeltmennesker sitt møte med en helsetjeneste som ikke ivaretar deres rettigheter eller viser medmenneskelighet. Det er en juridisk og en etisk forpliktelse å ta disse tilbakemeldingene på alvor.

Administrerende direktør vil i den videre prosessen drøfte nærmere ulike problemstillinger knyttet til god virksomhetsstyring med helseforetakene, de konserntillitsvalgte og brukerutvalget som ledd i arbeidet med å videreutvikle god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Styret vil bli holdt orientert og få forelagt aktuelle saker til behandling.

*Trykte vedlegg:*

- *Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten*
- *Prosess for ledelsens gjennomgåelse (LGG)*

*Utrykte vedlegg*

- *Veileder "Håndtering av uønskede hendelser - som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring". Helse Sør-Øst 2008.*
- *Veileder i risikostyring i Helse Sør-Øst*

## Vedlegg 1 (til styresak): Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn
Statens helsetilsyn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientrettighetsloven</li> <li>• Helsepersonelloven</li> <li>• Spesialisthelsetjenesteloven</li> <li>• Lov om psykisk helsevern</li> <li>• Pasientskadeloven</li> <li>• Smittevernloven</li> <li>• Lov om helsemessig og sosial beredskap</li> <li>• Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten</li> <li>• Lov om alternativ behandling av sykdom m.v.</li> <li>• Helseforetaksloven</li> <li>• Lov om medisinsk utstyr</li> <li>• Bioteknologiloven</li> <li>• Lov om biobanker</li> <li>• Lov om strålevern og bruk av stråling</li> <li>• Lov om forbud mot kjønnslemlestelse</li> <li>• Genteknologiloven</li> <li>• Sosialtjenesteloven</li> <li>• Kommunehelsetjenesteloven</li> <li>• Lov om sterilisering</li> <li>• Lov om svangerskapsavbrudd</li> <li>• Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.</li> <li>• Tannhelsetjenesteloven</li> <li>• Lov om legemidler</li> <li>• Apotekloven</li> </ul>
Statens legemiddelverk (blodbank og apotek)	
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personopplysningsloven</li> <li>• Helseregisterloven</li> </ul>
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matloven</li> </ul>
Arbeidstilsynet (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljøloven</li> <li>• Ferieloven</li> <li>• Tobakkskadeloven</li> <li>• Lov om lønnsgaranti</li> <li>• Lov om 1. og 17. mai</li> <li>• Permitteringsloven</li> </ul>
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brann- og eksplosjonsvernloven</li> <li>• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr</li> <li>• Produktkontrollloven</li> <li>• Siviltforsvarsloven</li> </ul>
Statens forurensningstilsyn (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forurensningsloven</li> <li>• Miljøinformasjonsloven</li> <li>• Produktkontrollloven</li> </ul>
Statens strålevern (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om strålevern og bruk av stråling</li> </ul>
Statens helsetilsyn / Statens institutt for folkehelse (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genteknologiloven</li> </ul>
Fylkesmannen (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forurensningsloven</li> </ul>
Lokalt el-tilsyn (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr</li> </ul>
Kommunalt brannvesen (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brann- og eksplosjonsvernloven</li> </ul>
Kommunene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan- og bygningsloven</li> </ul>
Riksrevisjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan revidere alle lovområder</li> </ul>

## Vedlegg 2 (til styresak): Prosessbeskrivelse ledelsens gjennomgåelse (LGG)

### 1. Oversikt over status for:

- Kvalitetsmål (lover, bestillerdokument, driftsavtale, strategisk fokus mv).
- Kvalitetspolitikk
- Kjerneoppgaver (risiko for svikt, tilstrekkelig kompetanse og ressurser).
- Hendelses- og forbedrings-registreringer (alvorlighetsgrad på avvik, risikobilde).
- Tilbakemeldinger fra pasienter og andre tjenestemootakere, samarbeidsparter, kunder, organisasjoner, media osv.
- Interne revisjoner.
- Eksterne tilsyn og revisjoner
- Forestående endringer i virksomheten (omorganisering, nye elektroniske løsninger, mv).



### 2. Ledelsens gjennomgåelse:

- Status vurderes
  - oppfyllelse av lovkrav (behov for samsvarsvurderinger)
  - alvorlighetsgrad på registreringer (resultatdokumentasjon)
  - kritiske områder med fare for svikt
  - tilstrekkelig tilgang på nødvendige ressurser omv
- Risikobilde etableres
- Handlingsplan for oppfølging av risiko-status utarbeides
  - Oppsummering og prioritering med beskrivelse av tiltak, ansvar, tidsfrister og ressursbehov



### 3. Handlingsplan gjennomføres:

- Tiltak følges opp gjennom eksempelvis:
  - Praktiske forbedringer / aksjoner
  - Utarbeidelse av prosedyrer
  - Interne revisjoner
  - Risikovurdering (risikoanalyse kan være et tiltak på områder der reell risiko ikke er kjent)
  - Diverse kartlegginger.



### 4. Neste Ledelsens gjennomgåelse(r):

- Ny\_vurdering av status (evaluering)
- Etablere nytt risikobilde
- Utarbeide ny handlingsplan

## Vedlegg 2: Avvik etter tilsyn - oversikt

### Rapportering av avvik etter tilsyn i Helse Sør-Øst i 2009

Gjennom protokoll fra foretaksmøte 24. januar 2008 fastla HOD styrets ansvar til minimum en gang per år å ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Oppfølgingen er beskrevet i styresak 083-2008 *Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse Sør-Øst - status og rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet pr 2. tertial*. Som vedlegg til saken fulgte mal for rapportering av avvik etter tilsyn som skal fylles ut og vise oversikt over og status for lukking av avvik for alle eksterne tilsyn.

Det understrekes at avvik skal behandles der de skjer. Det gjennomføres mange tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av et år. Helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt ved tilsyn og skal til enhver tid ha oversikt over sine avvik, lukke dem og bruke dem til læring og forbedring på tvers i virksomheten der det er aktuelt. Avvikenes alvorlighetsgrad skal tas hensyn til ved prioritering av tiltak.

Styret i det enkelte helseforetaket har ansvar for at avvik etter tilsyn lukkes. Helsetilsynet varslers sine tilsyn i god tid og bekjentgjør innholdet i tilsynet. Det gir helseforetaket muligheten til å forberede seg godt på tilsynet og aktivt bruke Helsetilsynet som en ekstern kontroll på om man har gjort de riktige forbedringstiltakene. Styret i det enkelte helseforetak bør påse at alle varslede tilsyn fra Helsetilsynet eller andre tilsynsmyndigheter blir godt forberedt, med mål om å unngå avvik. Enkelte helseforetak bruker bevisst varslede tilsyn som en mulighet til forbedring, med god effekt. Dersom alvorlige avvik likevel avdekkes, må styret påse at avvikene lukkes innen forsvarlig tid.

Helseforetakene skal i forbindelse med årlig melding én gang i året rapportere status for avvik etter tilsyn til det regionale helseforetaket. Helseforetakene bør imidlertid rapportere fortløpende til eget styret ved særskilte behov, dersom styret skal kunne bedømme fremdriften i lukkingen av avvikene. Det vises til kapittel 3.3 i Helse Sør-Østs veileder "Håndtering av uønskede hendelser - som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring". Tilsvarende vil styret i Helse Sør-Øst RHF i årlig melding få en samlet oversikt over status i foretaksgruppen og ved alvorlige avvik gis det fortløpende orientering til styret.

Helsetilsynet sine nasjonale tilsyn har stadig avdekket mangelfull styring og ledelse og svikt i oppfølgingen av lovkrav. For kollektiv læring av tilsynene og som ledd i aktivt forbedringsarbeid, har Helse Sør-Øst RHF valgt å samle helseforetakene til erfaringskonferanser. Det gjøres i den forbindelse kartlegginger av risikoområdene, suksesskriterier defineres og det lages regionale anbefalinger for god praksis som kan komme hele regionen til nytte.

Det er gjennomført 170 tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av 2009. Tabellen under gir en summarisk oversikt over antall tilsyn, avvik og ikke lukkede avvik i 2009 i helseforetak<sup>7</sup>/sykehus med avtale.

---

<sup>7</sup> Alle helseforetakene har rapportert avvik etter eksterne tilsyn med unntak av OUS HF Rikshospitalet som ikke har klart å frembringe denne rapporten. Alle de fem private sykehusene med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF har rapportert avvik etter eksterne tilsyn.

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik
Statens Helsetilsyn	• Pasientrettighetsloven	13	8	3
	• Helsepersonelloven	1	1	
	• Spesialisthelsetjenesteloven	9	13	13
	• Lov om psykisk helsevern	3	6	2
	• Smittevernloven			
	• Lov om helsemessig og sosial beredskap	2	4	4
	Øvrige helse- og sosiallover	3	1	0
	• Pasientjournalforskriften	8	4	3
		1	2	2
Statens legemiddelverk	• Apotekloven	3	21	0
	• Tilsyn med blodbanken	6	17	7
Helsedirektoratet	• Lov om medisinsk utstyr			
Datatilsynet	• Personopplysningsloven • Helseregisterloven			
Mattilsynet	• Matloven	33	48	25
HMS: Arbeidstilsynet	• Arbeidsmiljøloven • Ferieloven, • Tobakkskadeloven, • Lov om lønnsgaranti, • Lov om 1.og 17.mai, • Permitteringsloven	10 2 2	27 1 1	3 0 1
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	• Brann- og eksplosjonsvernloven, • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, • Produktkontrollloven, • Siviltforsvarsloven	12 1 1	19  3	14  3
HMS: Statens forurensningstilsyn	• Forurensningsloven • Miljøinformasjonsloven • Produktkontrollloven			
Statens strålevern	• Lov om strålevern og bruk av stråling	1	10	
Statens Helsetilsyn/Statens institutt for folkehelse	• Genteknologiloven			
Fylkesmannen	• Forurensningsloven	2	5	
Kommunene	• Plan- og bygningsloven			
Nesodden kommune, skole- og oppvekstadv.	• Lov om barnehager	1		
Fredrikstad kommune	• Miljørettet helsevern; vannfordelingssystemet	1	2	2
Lokalt el-tilsyn	• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	2	10	0
Kommunalt brannvesen	• Brann- og eksplosjonsvernloven	40	85	58
Luftfartstilsynet	• Luftfartsloven	1	24	19
Riksrevisjonen	• Kan revidere alle lovområder	2	0	0
Andre	• Plasmafraksjoneringspartner • Baxter AS	1	12	0
Kontor for miljørettet helsevern	• Kommunehelsetj.loven	8	54	48
	• Smittevernloven	1	15	1
Sum		195	440	234

Samlet sett viser antall ikke lukkede avvik en sterk vekst, fra 96 i 2008 til 234 i 2009. Dette skyldes hovedsakelig en høy tilsynsaktivitet, bl.a. har mattilsynet gjennomført 33 tilsyn og kommunalt brannvesen har gjennomført 40 tilsyn. Luftfartstilsynet har gjennomført 1 tilsyn som medførte 24 avvik hvorav 19 ikke er lukket.

Kommunalt brannvesen har gitt 85 avvik/pålegg. Av disse er 58 ikke lukket. Dette er et dårligere forholdstall enn i 2008. Avvikene kan være under tiltaksplan for lukking over flere år, slik at ikke lukkede avvik kan være overført fra tidligere år. Tilsynet i blodbankene ga 17 avvik, men de fleste er allerede lukket, noe som bl.a. har sammenheng med at flere blodbanker er akkreditert eller sertifisert og derfor har god erfaring med å håndtere avvik. Andelen lukkede avvik fra Helsetilsynet for øvrig er mye mindre.

Som tidligere år er en av årsakene til at avvik ikke er lukket at helseforetakenes frister for å levere dokumentasjon på gjennomførte tiltak ikke har forfalt. En annen årsak er at lukking av avvik kan ta lang tid fordi det krever iverksetting og evaluering av tiltak for å unngå nye avvik. Det kan derfor ikke forventes at alle avvik fra 2009 er lukket enda.

Helseforetakene er pliktsubjekt ved tilsyn og har ansvaret for lukkingen av avvikene. De skal derfor selv til enhver tid ha oversikt over sine avvik og bruke dem aktivt i forbedringsarbeidet. Lokalt styre har ansvar for å følge opp at avvikene lukkes og skal holdes fortløpende orientert om alvorlige avvik eller avvik etter tilsyn som ikke er lukket av økonomiske eller andre årsaker.

## Vedlegg 3: Samlet risikovurdering 2. tertial 2009

# Samlet risikovurdering 2. tertial 2009

Vedlegg til RHFstyresak 079-2009: Aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per 2. tertial 2009

### Om risikovurderingen

Overordnet risikovurdering for foretaksgruppen tar utgangspunkt i forslag til mål for 2010 og situasjonen ved utgang av 2. tertial 2009.

### Områder med stor risiko

Det største risikoområdet ved utgangen av andre tertial er driftssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF. Her er risikoen knyttet til økonomi, utvikling i organisasjons- og ledelsesfunksjonene og prosessen med tilpasningen til nytt og utvidet opptaksområde fra 2011. Det foretas en særskilt oppfølging av premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene Oslo og Akershus. Det vil bli gitt støtte fra Helse Sør-Øst RHF i arbeidet med videreutvikling av organisasjons- og ledelsesfunksjonene ved Akershus universitetssykehus HF.

Øvrige områder med stor risiko:

- Økonomisk balanse, inkl bemanningsutviklingen
- Integrasjonsprosessen Oslo universitetssykehus HF
- Investeringsnivået
- Pasienttransport
- Forventninger og omstilling innen IKT
- Fristbrudd
- Integrasjonsprosessen Vestre Viken HF
- Pasientsikkerhet
- Realisering gevinster innkjøp og logistikk
- Sykefravær

### Status tiltak

Det er administrerende direktørs vurdering at foretaksgruppen ved målrettet innsats og tilfredsstillende gjennomføring av risikoreduserende tiltak, både har mulighet for og evne til å nå målene for 2010. Administrerende direktør vil foreta en tydelig ansvars plassering av tiltakene i planen og frister for gjennomføring. Dette vil bli fulgt opp løpende og styret vil bli orientert ved avvik.

Risikovurderingen og etablerte tiltaksplaner vil ligge til grunn for konkretiseringen av mål 2010 samt avstemmes mot innretningen på budsjett 2010. Dette vil også ligge til grunn for ledelsens prioriteringer av eget arbeid samt konsernrevisjonens planer for 2010. Risikovurderingen med tiltak vil derfor også behandles i styrets revisjonskomité.

Aktuelle tiltak som blir iverksatt er:

- Oppfølgingsregimet med tett oppfølging av alle helseforetak videreføres med fokus både på kostnadsreduksjoner og tilpasninger i kostnadsnivået inkludert bemanningsnivået.
- Det foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom



sykehusområdene Oslo og Akershus og Vestre Viken iht. styrevedtak og presisert oppdrag med fokus på fremdrift og løpende avklaringer.

- Det er behov for en streng prioritering av investeringsmidlene slik at en sikrer at vedtatte strategier gjennomføres som planlagt. Dette gjelder spesielt innen IKT.
- Innen styring og kontroll med pasienttransport skal det sikres en mer realistisk budsjettering i 2010 og RHF-budsjettet skal tilpasses nye oppgaver fra 2010.
- Innen innkjøp/logistikk vil de foretaksvisе tiltaksplanene bli gjennomgått og kvalitetssikret. I tillegg skal helseforetakene gjennomføre risikovurderinger av egne handlingsplaner. Det er utarbeidet et indikatorsystem (KPI) som vil bli fulgt opp for å sikre oppfølging og kvalitetsvurdering av innkjøpssystem, gevinstrealisering og organisering.
- Styringsmodellen og organisasjonene i Sykehuspartner IKT, helseforetakene og det regionale helseforetaket videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering innen IKT.
- Det vurderes tiltak for å øke aktiviteten ved helseforetakene for å redusere antall fristbrudd i tråd med styrevedtak 23.09.09. Aktuelle tiltak er en videreføring av aktivitetsnivået i 2010, sikre implementering og bruk av prioriteringsveilederne og å forbedre rapporteringen av fristbrudd.
- For å bedre pasientsikkerhet vil det i driftsavtalene for 2010 bli krav til foretakene om å dokumentere forbedring av pasientsikkerheten.
- For å redusere risikoen knyttet til sykefraværet skal det gjennomføres ledelsesmessig oppfølging av sykefravær og arbeidsmiljøfremmende tiltak, blant annet gjennom videreføring av IA-avtalene.

SAMLET RISIKOVURDERING 2. TERTIAL 2009





		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasjonsprosess OUS</li> <li>• Investeringsnivå</li> <li>• Styring og kontroll pasienttransport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahus</li> <li>• Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen</li> </ul>
	4		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandemi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel utskrivningsklare pasienter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventninger og realisering omstilling IKT</li> <li>• Fristbrudd</li> <li>• Integrasjonsprosess Vestre Viken</li> <li>• Pasientsikkerhet</li> </ul>	
	3		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epikrisetid</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korridorpasienter</li> <li>• Arbeidsmiljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realisering av gevinster innkjøp/logistikk</li> <li>• Sykefravær</li> </ul>
	2			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikling av LMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsaktivitet</li> <li>• Kapasitet innen rus</li> </ul>	
	1					

ENDRING FRA MAI 2009

		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasjonsprosess Oslo universitetssykehus HF</li> <li>• Investeringsnivå</li> <li>• Styring og kontroll pasienttransport (nytt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akershus universitetssykehus HF (nytt)</li> <li>• Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen</li> </ul>
	4		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandemi (nytt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel utskrivningsklare pasienter (nytt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventninger og realisering omstilling IKT</li> <li>• Fristbrudd</li> <li>• Integrasjonsprosessen Vestre Viken HF</li> <li>• Pasientsikkerhet</li> </ul>	
	3		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epikrisetid</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korridorpasienter</li> <li>• Arbeidsmiljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realisering av gevinster innkjøp/logistikk</li> <li>• Sykefravær</li> </ul>
	2			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikling av LMS (nytt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsaktivitet (nytt)</li> <li>• Lav kapasitet innen rus</li> </ul>	
	1					







Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Ahus	  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene OUS og Ahus og Vestre Viken iht. styrevedtak og presisert oppdrag med fokus på fremdrift og løpende avklaringer</li> <li>• Aktuell driftssituasjon følges opp via oppfølgingsmøter</li> <li>• Ahus sitt arbeid med videreutvikling av styringssystem, organisasjons- og ledelsesfunksjonene følges opp særskilt</li> <li>• Det særskilte tilskuddet på 250 MNOK som ble gitt i 2009 i påvente av utvidet opptaksområde, videreføres i 2010</li> <li>• Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter og særskilte ledermøter</li> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av; <ul style="list-style-type: none"> <li>- etablering av lokalsykehusfunksjoner for bydelene i Oslo</li> <li>- tilbud til flerkulturelle</li> <li>- plan for gevinstrealisering</li> </ul> </li> <li>• Helse Sør-Øst bidrar med avklaring og forankringsarbeid i forhold til styrets vedtak i omstillingsprogrammet gjennom etablerte fora; samarbeidsorganet med universitet og høyskoler, kontaktmøter med Oslo kommune, møter med fylkeskommuner, de øvrige RHF og i møtefora med eier</li> <li>• RHF-et avklarer, fasiliterer og koordinerer; formelle sider ved bemanningsmessige omstillinger og anvendelse av omstillingsavtalen, IKT, flerområdefunksjoner og regionale funksjoner og kapasitet inn mot RHFets "sørge for"-ansvar, fordeling offentlig - privat og ved behov veksling i funksjoner og opptaksområder mellom Vestre Viken, AHUS og OUS</li> </ul>

Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølgingsregimet med differensiert oppfølging av alle helseforetak videreføres</li> <li>• Innsatsgruppen videreføres for å støtte foretakene</li> <li>• Særskilte fokusområder for oppfølging; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omstillingsprogrammet; 6 målområder: oppfølging av avvik og tiltak</li> <li>- budsjettforutsetninger og kvalitet</li> <li>- dokumentert oppfølgingsregime i det enkelte foretak</li> <li>- månedlige risikovurdert prognose og avvikshåndtering</li> <li>- aktivitet i forhold til ventetider, fristbrudd, inntekt</li> <li>- bemanningstilpasning i forhold til aktivitet</li> </ul> </li> </ul>
Integrasjonsprosess OUS	  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene OUS og Ahus og Vestre Viken iht. styrevedtak og presisert oppdrag med fokus på fremdrift og løpende avklaringer</li> <li>• Helse Sør-Øst bidrar med avklaring og forankringsarbeid i forhold til styrets vedtak i omstillingsprogrammet gjennom etablerte fora; samarbeidsorganet med universitet og høyskoler, kontaktmøter med Oslo kommune, møter med fylkeskommuner, de øvrige RHF og i møtefora med eier</li> <li>• Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter og særskilte ledermøter.</li> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av; <ul style="list-style-type: none"> <li>- etablering av lokalsykehusfunksjoner, OUS sitt ansvar i forskningsstrategien, plan for gevinstrealisering og særskilte nasjonale oppdrag fra eier gjennom i oppfølgingsmøtene</li> </ul> </li> <li>• RHF-et avklarer, fasiliterer og koordinerer; formelle sider ved bemanningsmessige omstillinger og anvendelse av omstillingsavtalen, IKT, flerområdefunksjoner og regionale funksjoner og kapasitet inn mot RHFets "sørge for"-ansvar, fordeling offentlig, privat og ved behov veksling i funksjoner og opptaksområder mellom Vestre Viken, AHUS og OUS</li> <li>• RHFet bidrar til regional strategisk forankring og finansiering av samordningen innen IKT i OUS.</li> <li>• Avklare håndtering av pensjonsleverandører</li> </ul>

Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Styring og kontroll pasienttransport	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre mer realistisk budsjettering i 2010.</li> <li>• Starte arbeidet med ny inntektsmodell for prehospitaltjenester</li> <li>• Tilpasse RHF-budsjettet til nye oppgaver fra 2010</li> <li>• Vurdere rettighetsperspektivet via Helseforetakenes senter for pasientreiser.</li> <li>• Regional utredning av organiseringen av prehospitaltjenester gjennomføres</li> </ul>
Investeringsnivået		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streng prioritering av midlene i hht etablerte prioriteringskriterier gjennom rådgivende arbeid i SIKT, SIL og forum for utvikling av bygg og eiendom, slik at en sikrer at vedtatte strategier mv gjennomføres som planlagt.</li> <li>• Det igangsettes et prosjekt for å gjennomføre en kartlegging av status på MTU-området i foretaksgruppen, samt identifisere tiltak som kan gi en mer samordnet behovsvurdering, innkjøpspraksis og ressursutnyttelse.</li> <li>• Videreutvikle forum for utvikling av bygg og eiendom</li> <li>• Plan for investeringer over 50 mill må følges opp og kvalitetssikres.</li> </ul>
Realisering av gevinster innkjøp/logistikk		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatet av HF-enes risikovurderinger av egne handlingsplaner følges opp og korrigeres i egne styrer.</li> <li>• Handlingsplan 2010 utarbeides og skal bidra til operasjonalisering av en mer helhetlig organisasjon for styring og utvikling av innkjøpstjenestene</li> <li>• Oppfølging og kvalitetsvurdering av innkjøpssystem, gevinstrealisering og organisering vil bli fulgt opp i eget indikatorsystem (KPI) som rapporteres tertialvis til HF og RHF styrer</li> <li>• Kommunikasjonsplan etableres for å forankre betydning av innkjøp helt ut på bestillernivå</li> </ul>










Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Forventninger og realisering omstilling IKT		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samordnet oppfølging og prioritering av knappe midler sikres gjennom aktiviteter i etablert styringsmodell og prioriteringskriterier der virksomhetskritiske konsekvenser av omstillingsprogrammet i regionen gis høy prioritet, både i forhold til ressursallokering og realisering gjennom Sykehuspartner IKT</li> <li>• Forventninger til leveranser innen IKT-området styres gjennom forankring og kommunikasjon av felles målbilde og rammebetingelser</li> <li>• Styringsmodellen og organisasjonene (prosesser og roller) i Sykehuspartner IKT, HF og RHF videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering. Strategi og forretningsplaner på IKT-området etableres.</li> </ul>
Fristbrudd	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikovurderte tiltaksplaner for å redusere antall fristbrudd i tråd med styrevedtak 23.09.09 legges frem i oppfølgingsmøtene og følges opp i HF styrene.</li> <li>• Minst videreføre aktivitetsnivået i 2010 innen økonomisk ramme</li> <li>• Sikre implementering og bruk av prioriteringsveilederne for å sikre lik og riktig prioritering.</li> <li>• Iverksette tiltak for å forbedre rapporteringen av fristbrudd</li> <li>• Unngå feilrapportering av pasientutsatt frist som fristbrudd</li> <li>• Følge opp erfaringskonferansen (17.09.09) med oppfølgingspunkter for HFene og RHFet om mer standardiserte henvisninger, gode pasienthistorier for bedre forståelse av pasientrettighetene, frister, tilgjengelighet og god praksis.</li> </ul>

Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Integrasjonsprosessen Vestre Viken	  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av leveranser i forhold til frister for overføring av opptaksområder, premisser og forutsetninger for de planlagte overføringene mellom sykehusområdene OUS og Ahus og Vestre Viken iht. styrevedtak og presisert oppdrag med fokus på fremdrift og løpende avklaringer</li> <li>• Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter og særskilte ledermøter.</li> <li>• Det foretas en særskilt oppfølging av; <ul style="list-style-type: none"> <li>- etablering av lokalsykehusfunksjoner, arealplan inklusive plan for psykisk helsevern og plan for gevinstrealisering gjennom oppfølgingsmøtene</li> </ul> </li> <li>• Helse Sør-Øst bidrar med avklaring og forankringsarbeid i forhold til styrets vedtak i omstillingsprogrammet gjennom etablerte fora; samarbeidsorganet med universitet og høyskoler, møter med kommuner og fylkeskommuner, de øvrige RHF og i møtefora med eier</li> <li>• RHF-et avklarer, fasiliterer og koordinerer; formelle sider ved bemanningsmessige omstillinger og anvendelse av omstillingsavtalen, IKT, flerområdefunksjoner og regionale funksjoner og kapasitet inn mot RHFets "sørge for"-ansvar, fordeling offentlig - privat og ved behov veksling i funksjoner og opptaksområder mellom Vestre Viken, AHUS og OUS</li> <li>• Avklare håndtering av pensjonsleverandører.</li> </ul>
Pasientsikkerhet	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det formuleres krav til foretakene i driftsavtalene for 2010 om å dokumentere forbedring av pasientsikkerheten</li> <li>• Følge opp igangsatt pasientsikkerhetsprosjekt om hofteproteser og infeksjoner.</li> <li>• Pasientsikkerhetsprosjekt om internkontroll og ledelse i DPSene starter i desember 2009.</li> <li>• Prosjekt etter tilsyn i akuttinntakene blir ferdig i 2009 og vil bli fulgt opp i 2010.</li> <li>• Erfaringskonferansene etter tilsyn i blodbankene og etter avviksbehandling følges opp.</li> <li>• Utrede endring i egenandelen for foretakene ved NPE-utbetalinger</li> <li>• Vurderer etablering av nytt opplegg mht håndtering av utbetalinger knyttet til erstatningssaker fra NPE</li> </ul>
Sykefravær		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreføre målrettet HMS- arbeid.</li> <li>• Iverksette HMS-opplæring for ledere.</li> <li>• Ledelsesmessig oppfølging av sykefravær, arbeidsmiljøfremmende tiltak, bl.a. gjennom videreføring av IA-avtalene.</li> </ul>



Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Epikrisetid	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Løpende forbedringsarbeid følges opp med høyt ledelsesmessig fokus i oppfølgingsmøter og direktørmøter, bl.a. med mål om at flere pasienter får kopi av epikrisen ved utskrivningen</li> </ul>
Pandemi	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp gjennomføring av vedtatte regionale tiltak herunder rapportering på kapasitet mv i regionen for å sikre koordinering av samlede ressurser.</li> <li>• Holde helseforetak/sykehus i regionen godt informert og formidle problemstillinger fra helseforetak til sentrale helsemyndigheter</li> <li>• Sikre riktig bruk av etablerte beredskapslagre</li> <li>• Ved en eventuell pandemisituasjon sikre riktig fordeling/utnyttelse av det innkjøpte utstyret som er lagret ved sentralt forsyningscenter</li> <li>• Personelmessige tiltak for å sikre kompetanse og kapasitet</li> </ul>
Andel utskrivningsklare pasienter	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektiv oppfølging av enkelte HF og sykehusområder med sine kommuner: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Avdekke felles utfordringer</li> <li>– Styrke samhandlingen om enkeltpasienter</li> <li>– Bruke gode erfaringer fra andre HF/sykehus</li> </ul> </li> </ul>

Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Utvikling av lærings- og mestringssenter (LMS)	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutvikle LMS-ene etter felles mal.</li> <li>• Ta i bruk redskapene pasientorganisasjonene har påpekt.</li> <li>• Integre LMS i helhetlige behandlingsskjeder.</li> <li>• Forankre LMS-ene i HF-ledelsene i større grad enn tidligere.</li> </ul>
Arbeidsmiljø		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutvikle og gjennomføre lederutvikling</li> <li>• Implementere og følge opp Helse Sør-Østs HMS-policy med konkrete tiltak og etablering av resultatindikatorer</li> <li>• Koordinere og følge opp HF'enes oppfølging av påleggene i "God vakt"</li> <li>• Videreutvikle bruken av verktøy for bedre ressursstyring</li> <li>• Gjennomføre og følge opp medarbeiderundersøkelsen</li> </ul>
Korridorpasienter	 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale anbefalinger om korridorpasienter fra 2007 følges opp, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>– omdisponering og mer fleksibel bruk av senger</li> <li>– forbedring av organisering og ressursstyring</li> <li>– videreutvikling av samhandlingstiltak med kommunale tjenester</li> <li>– bidra til erfaringsoverføring</li> </ul> </li> </ul>
Forskningsaktivitet		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opprettholde satsingen på forskning både på RHF og HF-nivå for å forskningsinnsats (målt i publikasjonspoeng)</li> <li>• Opptappingsplanen for ressurser til forskning følges, på RHF og HF-nivå for å oppnå handlingsplanmål</li> <li>• Gjennomføre handlingsplanen</li> </ul>

Risikoområde	Målområde 2009	Tiltak
Kapazität rus		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp effektene av nyetablerte tiltak i 2009: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nye behandlingsplasser relatert til rusbehandling ved DPS-ene</li> <li>- permanent økt kjøp av private behandlingsplasser</li> </ul> </li>   <li>• Ytterligere aktivitetssøkning på akuttbehandling og avrusning i 2010, samt vurdering av: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvilke andre områder som har størst behov for kapasitetsøkning</li> <li>- behovet for tettere tilknytning av private avtaleparter mot det enkelte sykehusområde</li> <li>- behovene for effektivisering av tiltakskjeden</li> <li>- behovene for ytterligere effektiviseringskrav i driftsavtalene</li> </ul> </li> </ul>