

# Årlig melding 2010

## Helse Sør-Øst RHF

til Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2011

## **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 2011. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsregnskap og årsberetning 2010 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 15. mars 2011.*

*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 2010 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2011.*

*I utarbeidelsen av årlig melding har det vært tett dialog med brukerutvalget og de konserntillitsvalgte. Det er gitt mange positive bidrag i dette samarbeidet.*

# Innhold:

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 1.    | INNLEDNING .....  | 4   |
| 1.1   | HELSE SØR-ØST – VISJON OG VERDIGRUNNLAG .....   | 4   |
| 1.2   | SAMMENDRAG AV POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER I 2010 .....                         | 5   |
| 2.    | RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT 2010.....   | 8   |
|       | Styrets konklusjon.....   | 23  |
| 2.1   | AKTIVITET.....  | 24  |
| 2.2   | KVALITET, PRIORITERING OG PASIENTRETTIGHETER.....   | 24  |
| 2.2.1 | Kvalitetsforbedring .....   | 24  |
| 2.2.2 | Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester .....  | 25  |
| 2.2.3 | Tilgjengelighet og brukermedvirkning .....  | 26  |
| 2.3   | PASIENTBEHANDLING .....   | 28  |
| 2.3.1 | Helhetlige pasientforløp og samhandling .....   | 28  |
| 2.3.2 | Psykisk helsevern .....   | 30  |
| 2.3.3 | Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) .....                        | 32  |
| 2.3.4 | Habilitering og rehabilitering .....  | 32  |
| 2.3.5 | Områder med særskilt fokus .....  | 33  |
| 2.4   | UTDANNING AV HELSEPERSONELL.....  | 37  |
| 2.5   | FORSKNING .....   | 38  |
| 2.5.1 | Forskning .....   | 38  |
| 2.5.2 | Innovasjon .....  | 39  |
| 2.6   | PASIENTOPPLÆRING .....  | 40  |
| 3.    | RAPPORTERING PÅ KRAV OG RAMMER FOR 2010 I FORETAKSPROTOKOLL HELSE SØR-ØST                     | 41  |
| 3.1   | ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER FOR 2010.....   | 41  |
| 3.2   | STYRING OG OPPFØLGING I 2010.....   | 42  |
| 3.3   | TILTAK PÅ PERSONALOMRÅDET.....  | 46  |
| 3.4   | OPPFØLGNING AV JURIDISK RAMMEVERK.....  | 48  |
| 3.5   | UTVIKLING AV IKT-OMRÅDET .....  | 53  |
| 3.6   | DATAKVALITET OG RAPPORTERING .....  | 56  |
| 3.7   | ØVRIGE STYRINGSKRAV FOR 2010.....   | 57  |
| 3.8   | MEDVIRKNING, DIALOG OG FORANKRING .....   | 59  |
| 3.8.1 | Brukermedvirkning.....  | 59  |
| 3.8.2 | Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud .....  | 62  |
| 3.8.3 | Dialog med andre instanser og organisasjoner .....  | 64  |
| 4.    | STYRETS PLANDOKUMENT.....   | 65  |
| 4.1   | UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER.....  | 65  |
| 4.1.1 | Økonomiske rammebetingelser .....   | 69  |
| 4.1.2 | Personell og kompetanse .....   | 73  |
| 4.1.3 | Bygningskapital – status og utfordringer .....  | 77  |
| 4.1.4 | Nasjonal helseplan – ny helse- og omsorgsplan .....   | 78  |
| 4.2   | PLAN FOR STRATEGISK UTVIKLING, STRATEGISK FOKUS OG MÅL 2011 FOR HELSE SØR-ØST .....           | 81  |
|       | Innledning .....  | 81  |
| 4.2.1 | Strategisk fokus 2011-2014 .....  | 82  |
|       | OMSTILLINGSPROGRAM – KVALITETSSTRATEGI - INNLEDNING .....                                     | 82  |
|       | INNSATSOMRÅDE 1; PASIENTBEHANDLING.....   | 83  |
|       | INNSATSOMRÅDE 2; FORSKNING .....  | 85  |
|       | INNSATSOMRÅDE 3; KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS.....                                       | 85  |
|       | INNSATSOMRÅDE 4; ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER.....                            | 86  |
|       | INNSATSOMRÅDE 5; MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE.....                                  | 86  |
|       | INNSATSOMRÅDE 6; BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING .....                       | 87  |
| 4.3   | MÅL FOR 2011 OG PLANPERIODEN .....  | 87  |
| 5.    | VEDLEGG .....   | 89  |
|       | Vedlegg 1: Rapportering styringsparametre i henhold til mal .....                             | 89  |
|       | Vedlegg 2: Samlet risikovurdering 3. tertial 2010.....  | 101 |
|       | Vedlegg 3: Avvik etter tilsyn 2010 – samlet oversikt .....                                    | 109 |
|       | Vedlegg 4: Skjema E2 – Rapporteringsskjema investeringer, resultateffekt og finansiering..... | 110 |

# 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 forankret i lovverket, bl.a. helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og arbeidsmiljøloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtektene. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan 2007-2010 – i 2011 avløst av ny nasjonal helse- og omsorgsplan, samt 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 70 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2011 på om lag 60 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. Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier 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 2010</b><br>Helseforetak / sykehusområde             |   |
|---|---|
| Akershus universitetssykehus HF   | <i>Akershus sykehusområde</i>             |
| Oslo universitetssykehus HF<br>Sunnaas sykehus HF                             | <i>Oslo sykehusområde</i>                 |
| Psykiatrien i Vestfold HF<br>Sykehuset i Vestfold HF<br>Sykehuset Telemark HF | <i>Telemark og Vestfold sykehusområde</i> |
| Sykehuset Innlandet HF  | <i>Innlandet sykehusområde</i>            |
| Sykehuset Østfold HF  | <i>Østfold sykehusområde</i>              |
| Sørlandet sykehus HF  | <i>Sørlandet sykehusområde</i>            |
| Vestre Viken HF   | <i>Vestre Viken sykehusområde</i>         |
| Sykehusapotekene HF   | <i>Har ansvar innen hele regionen.</i>    |

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

Det er inngått avtaler om forpliktende samarbeid med 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 1 024 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratorie- og røntgen og institusjoner 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 2010

### Gjennomføring av omstillingsprogrammet

Den største utfordringen og viktigste premiss for at omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst skal lykkes, er at endringene i hovedstadsområdet gjennomføres i tråd med de vedtak som er fattet. Omstillingsprosessene omfatter særlig hovedstadsområdet og innebærer flerårige prosesser. Endringene krever koordinering og oppfølging på tvers av helseforetakene og det er etablert særskilt oppfølging av arbeidet. Utfordringene i 2010 er håndtert på en god måte.

### Aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet

- Aktivitetstallene for 2010 viser at det har skjedd en ytterligere poliklinisering av pasientbehandlingen. Aktiviteten er høy og i samsvar med eller over de mål som er satt.

- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter per 2. tertial er redusert innen somatikk og TSB mens den har økt innen BUB og VOP. Ventetid for rettighetspasienter er redusert innen somatikk, moderat økt innen psykisk helsevern for voksne og TSB, mens ventetid er undret for psykisk helsevern for barn og unge (BUP).
- Andel fristbrudd er redusert innen alle tjenesteområder sammenlignet med tidligere perioder i 2010 og 3. tertial 2009. Andel fristbrudd for rettighetspasienter har vist en jevn nedgang fra 2008.
- Andel korridorpatienter viser en svak økning, fra 1,1 prosent til 1,4 prosent. Andelene for somatikk og psykisk helsevern er på hhv. 1,5 prosent og 0,1 prosent.
- Innen somatikk er veksten i antall nyhenvisninger på 2 prosent. Det er små endringer innen psykisk helsevern mens veksten er størst innen TSB med 5 prosent.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter har vist en jevn nedgang fra 2008.
- Andel epikriser sendt ut innen 7 dager øker jevnt og nærmer seg målet på 80 prosent.
- Høy andel utskrivningsklare pasienter er i hovedsak knyttet til sykehus i Oslo-regionen. I tillegg ser man en økning ved Sørlandet sykehus HF gjennom året.
- Andel som tildeles individuell plan viser en klar økning for barnehabilitering, men er fremdeles lav for gruppene schizofreni voksne og ADHD hos barn og unge.
- Andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram er fortsatt noe over det nasjonale målet på 5 prosent.
- Andel reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdeling for psykisk helsevern pr. 10 000 innbygger er redusert fra 21 prosent i 2009 til 14 prosent i 2010.
- Andel tvangsinnlagte innen psykisk helsevern er stabilt på regionalt nivå, men fortsatt med store variasjoner mellom foretakene.
- Antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere var 5,8 i 3. tertial 2010 mot 6,7 i 3. tertial 2009. Raten varierer betydelig mellom sykehus og i helseforetakenes opptaksområder.
- Prevalensen av sykehusinfeksjoner var våren 2010 på 5,0 prosent. Helse Sør-Øst nærmer seg dermed det nasjonale målet (5 prosent eller lavere), og ligger best an av regionene. For 2011-14 er målet å komme under 3 prosent.

### Pasientsikkerhet

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser som sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil. Det arbeides aktivt for å gi gode, sikre og trygge tjenester og etablere gjennomgående system for internkontroll for alle sider ved tjenesten.

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" er et viktig grep for å synliggjøre behovet for å redusere antall pasientskader og vil sammen med utvikling av gode pasientforløp og behandlingslinjer bidra til sikrere behandling og bedre oppfølging og kommunikasjon med pasienter og pårørende.

### Samhandling

Helse Sør-Øst har fokus på å integrere samhandling med kommunehelsetjenesten i arbeidet med å utvikle gode behandlingstilbud. Det er etablert regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner. Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder. Samhandlingsaktivitetene vil bli intensivert frem mot gjennomføring av samhandlingsreformen i 2012. Kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten er avgjørende for å sikre god samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

### For store ulikheter

Det er store ulikheter nasjonalt og innad i Helse Sør-Øst når det gjelder sykdomsbilde, risikofaktorer, opplevelse av sykdom, tilgjengelighet, fristbrudd, behandlingstilbud mv. Arbeidet med å implementere prioriteringsveilederne er viktig for å sikre likeverdighet i tilgang til behandling. Helse Sør-Øst har fokus på minoritetshelse og likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning.

### Forskning og innovasjon

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 er et mål at samlet ressursinnsats innen 10 år (2018) skal trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet. Det er satt av i alt inntil 10 millioner kroner til innovasjon i 2010 og 21 prosjekter har fått støtte fra innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst RHF. Gjennom etableringen av Inven2 har en fått på plass en betydningsfull kommersialiseringsenhet. Hele 70 oppfinnelser fra helseforetakene ble behandlet i Inven2 i 2010.

### 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. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger. Dagens planer må reflektere det fremtidige behovet for arbeidskraft både med hensyn til utdanning, rekruttering og arbeidsmetodikk. Bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov både i antall og kompetanse. Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellens førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

### Fellestjenester

I 2010 er innsatsen økt for å realisere gevinster innen fellestjenester. Innkjøp og logistikk oppnår besparelser som planlagt, men det er lav utnyttelse av Forsyningssenteret og det elektroniske innkjøpssystemet som er regionens verktøy for bedret logistikk og avtalelojalitet.

For IKT vil samordnet oppfølging og prioritering av midler sikres gjennom etablert styringsmodell og prioriteringskriterier. Sykehuspartner IKT er et viktig redskap i dette. Prioriteringer innen IKT og øvrige investeringsbehov, gjøres samlet for foretaksgruppen. IKT langtidsplan viser forventet behov for nye midler i 2011 på 800 millioner kroner. Samfunnsutvikling generelt og organisering av helsesektoren spesielt krever økende grad av samhandling. Dette innebærer stor grad av åpne nettverk og økt sikkerhetsrisiko som krever aktiv satsning på tidsmessig sikkerhetsarkitektur for samhandling på en trygg måte.

Eiendomsområdet er styrket gjennom tiltak for regional koordinering og styring for å sikre realisering av vedtatte arealreduksjoner (10 prosent) og arealeffektivisering (10 prosent). Helse Sør-Øst RHF's styre godkjente i desember 2010 forprosjektet for nytt østfoldsykehus. Forprosjektet gir grunnlag for en effektiv og kvalitativ god drift i Sykehuset Østfold.

### Arbeidsmiljø og HR-innsats

Til tross for krevende omstillinger ved helseforetakene er sykefraværet noe lavere enn i 2009, men fortsatt på et høyt nivå. Dette indikerer utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering. Sykefravær må ha ledelsesmessig fokus også i 2011. Helse Sør-Østs HMS-policy skal implementeres og følges opp med målrettede tiltak og resultatindikatorer.

### Økonomi

Foretaksgruppen samlet forventes å få positivt resultat på om lag 170 millioner kroner i 2010. Det er likevel betydelig økonomisk utfordring knyttet til de omfattende og krevende omstillingsprosessene som gjennomføres samtidig som det er full drift i hovedstadsområdet.

Det er også betydelig utfordring innen investeringsområdet. For å kunne håndtere behov knyttet til pasientbehandlingen, og nasjonale myndigheters 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. Det er videre behov for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren.

## 2. RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT 2010

Rapportering gjennom plan- og meldingssystemet skal gi Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om måloppnåelse i forhold til helsepolitiske mål og grunnlag for arbeid med statsbudsjettet.

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet er årlig melding for 2010 utarbeidet i en noe knappere form enn tidligere. Dette gjelder særlig rapporteringskapitlet som er redigert iht. konkret mal og bestilling fra departementet, samt at det i stor grad benyttes data for 2. tertial 2010. Bakgrunnen for dette er bl.a. merknader fra Riksrevisjonen om manglende kvalitet på form og innhold i de regionale helseforetakenes rapportering i årlig melding. I tillegg til dette er det foretatt andre redaksjonelle endringer og nedkortinger, og det er i større grad enn tidligere kun henvist til relevante og tilgjengelige dokumenter.

Rapporteringen nedenfor er basert på den løpende rapportering og oppfølging i foretaksgruppen og på årlig melding fra helseforetakene. Kravene i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller har vært gjennomgått halvårlig og har vært grunnlag for en gjennomgående risikovurdering i forbindelse med rapportering for andre tertial 2010.

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.

### **”Sørge for”-ansvaret - overordnet vurdering av måloppnåelse**

På sidene 6-18 gjøres en overordnet vurdering av helseforetaksgruppens måloppnåelse i 2011. Denne munner ut i styrets konklusjon vedrørende oppfyllelse av Helse Sør-Østs ”sørge for”-ansvar i 2011. Det rapporteres deretter på oppdragsdokumenter og foretaksmøteprotokoller i 2011.

### ***Gjennomføring av omstillingsprogrammet***

Med bakgrunn i det oppdraget som ble gitt av Helse og omsorgsdepartementet i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007 er det utarbeidet og iverksatt et omfattende omstillingsprogram i helseforetaksgruppen for perioden 2008-2020. Styrets vedtak i sak 108-2008 utgjør, sammen med vedtak i sakene 040, 049, 058, 068 i 2007 og 109, 038, 039, 050, 067 nr 1 til nr 7 i 2008 det samlede svaret på oppdraget fra eier. Dette er videre sammenfattet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst som ble behandlet i sak 130-2008.

Gjennom styrets vedtak er det fattet omfattende beslutninger om generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, herunder organisering i sykehusområder, ny foretaksstruktur, forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akutfunksjoner og prehospitale tjenester, spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner. 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 og virkemiddel til å styrke pasientsikkerhet og pasientbehandling.



Som en del av denne omstruktureringen inngår også den omfattende endringen i hovedstadsområdet med etableringen av Vestre Viken HF og endringene i Oslo universitetssykehus med en overføring av ansvaret for befolkningen i Follo-kommunene og bydel Alna i Oslo inn under ansvarsområdet for Akershus universitetssykehus HF. Dette bl.a. for å sikre fremtidig full kapasitetsutnyttelse i det nye sykehuset.

Det er videre vedtatt prinsipper for organisering og utvikling innenfor de forskjellige innsatsområdene, samt forholdet til private tjenesteleverandører. For Oslo sykehusområde er det i tillegg fattet beslutninger om videre utvikling av lokalbaserte spesialisthelsetjenester, etablering av en rusakutt, samarbeid om storbylegevakt og organisering av lands-, regions- og områdefunksjoner. I tillegg viderefører Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF et godt og forpliktende samarbeid med Oslo kommune for videre å planlegge og konkretisere fremtidige tjenester ved Aker sykehus som en samhandlingsarena.

Det ble avholdt foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27. november 2008. I møtet ble styrets vedtak stadfestet og foretaksmøtet uttrykte at Helse Sør-Øst RHF, gjennom de foreliggende vedtak, har løst oppdraget på en god måte og i tråd med eiers forutsetninger.

Den største utfordringen og viktigste premiss for at omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst skal lykkes, er at endringene i hovedstadsområdet gjennomføres i tråd med de vedtak som er fattet. I 2011 og årene fremover vil det stå sentralt å gjennomføre de store omstillingsprosessene i hovedstadsområdet som omfatter helseforetakene Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Dette vil være flerårige prosesser, og det forutsettes at disse prosessene håndteres på en slik måte at pasienttilbudet opprettholdes, kvaliteten på pasientbehandlingen er god og kan utvikles videre og at personalmessige forhold blir ivaretatt på en god måte. Samtidig skal gevinster tas ut over tid. Det er særlig viktig at overføringen av ansvar fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus for befolkningen i Follo og bydel Alna i Oslo, har kunnet skjer på en så sikker måte og at tryggheten for befolkningen opprettholdes også i det videre arbeid.

Disse endringene krever særskilt koordinering og oppfølging på tvers av helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har etablert et oppfølgingsregime for Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for 2011, som understøtter ansvaret til styre og ledelse ved disse helseforetakene i løpende oppfølging av resultater, gevinstuttak og håndtering av risiko.

Endringene som følger av Plan for strategisk utvikling har også betydning for arbeidsmåten i det regionale helseforetaket og i forholdet mellom RHF og HF. På grunnlag av dette ble det i 2010 igangsatt en prosess for organisasjonsutvikling også innen Helse Sør-Øst RHF.

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen har styret for Helse Sør-Øst RHF vedtatt et knippe målformuleringer for 2011 og videre i planperioden 2011-2014. Målene uttrykker organisasjonens ambisjon om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

Det legges til grunn at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2011 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Videre er brukermedvirkning et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester. Det er utarbeidet tretten prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst og det legges bl.a. til grunn at brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten. 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.

### **Pasientbehandling – overordnet bilde**

- Aktivitetstallene for 2010 viser at det har skjedd en ytterligere poliklinisering av pasientbehandlingen. På alle tjenesteområdene er veksten i poliklinisk aktivitet stor og til dels større enn planlagt, mens tallene for dag - og døgnaktivitet går noe ned.
- Resultat for antall behandlede pasienter innen somatikk er nær målet for året. Den polikliniske aktiviteten øker, og antall konsultasjoner har økt med 1,9 prosent fra 2009. Antall DRG-poeng for "sørge for"-ansvaret (ekskludert DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus) viser et negativt avvik på kun 0,5 prosent, og er 0,6 prosent høyere enn i 2009.
- Resultatet for innen psykisk helsevern er i tråd med budsjettmålene med en vekst på 2,5 prosent.
- Resultatet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) er tilfredsstillende, særlig for poliklinisk aktivitet, og er over budsjettmålet på 5 prosent vekst fra 2009.
- Sammenlignet med 2009 er gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter per 2. tertial redusert fra 71 til 70 dager innen somatikk og fra 70 til 68 dager innen TSB. Innen BUB og VOP har ventetidene økt hhv. fra 66 til 67 dager og fra 54 til 58 dager. Ventetiden for rettighetspasienter er redusert innen somatikk, moderat økt innen psykisk helsevern for voksne og TSB, mens ventetidene er undret for psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det vises til vedlegg 1 for rapport på alle styringsparametre.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter har vist en jevn nedgang fra 2008. Med unntak av en forbigående oppgang per 2. tertial 2010 gjelder det også for samlet andel fristbrudd.
- Per 2. tertial viser andel korridorpasienter en svak økning, fra 1,1 prosent til 1,4 prosent. Andelene for somatikk og psykisk helsevern er på hhv. 1,5 prosent og 0,1 prosent.

### Aktivitet

- Somatikk: Antall døgnopphold og antall polikliniske konsultasjoner er samlet litt under, men nær budsjettmålet for 2010. Antall dagbehandlinger er redusert i 2010 sammenlignet med 2009. Flere opphold som tidligere ble registrert som dagopphold registreres nå som døgnopphold eller polikliniske konsultasjoner, og antallet konsultasjoner viser altså en økning.
- DRG-tallene er nær budsjettmålet for 2010 og viser et negativt avvik på 0,5 prosent totalt for "sørge for"-ansvaret. De største negative DRG-avvikene er ved Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. For øvrig har de fleste foretakene et positivt avvik i forhold til budsjett.
- Posten "Kjøp fra private kommersielle sykehus/andre" viser et avvik på minus 3 602 DRG-poeng i forhold til budsjett. Avviket skyldes i hovedsak at avtalene som ble inngått for 2010 var lavere enn budsjettet, dels at noen private leverandører har hatt lavere aktivitet enn forutsatt.
- Det er fremdeles stor usikkerhet rundt DRG-poeng for dyre biologiske legemidler. Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen arbeidsgruppe for å bistå foretakene i å bedre kvaliteten på registreringen. Alle helseforetak og private ideelle sykehus er besøkt for å gjennomgå registreringspraksis. En har i tillegg gjennomført et erfaringsmøte med helseforetak og sykehus i regionen hvor registreringspraksis og koding av biologiske legemidler er gjennomgått. Det arbeides med ulike tiltak for å sikre et større fokus på området, og oppnå bedre registrering og koding fra forskrivende enheter.

Samlet viser aktivitetsutviklingen innen somatikk at det har vært en positiv utvikling gjennom året med ytterligere omlegging av aktiviteten fra døgn til poliklinikk. Som nevnt er det knyttet usikkerhet til den reelle aktivitetsutviklingen på dag, da omleggingen av DRG-systemet til differensierte vektorer for dag, døgn og poliklinikk har ført til ulik praksis for registrering av de ulike aktivitetsnivåene. Tallene viser at det også har vært en liten, samlet nedgang på døgnaktiviteten, parallelt med en liten økning i antall liggedøgn. Isolert sett gir denne observasjonen støtte til antagelsen om en ytterligere omlegging fra døgn- til dagaktivitet på regionalt nivå, selv om aktivitetsprofilen varierer en del mellom de ulike sykehusene i regionen.

Psykisk helsevern: Samlet sett er aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern tilfredsstillende i forhold til budsjettmålet om en samlet økning på 2,5 prosent i 2010. Innenfor psykisk helsevern for voksne har man fått en forsterket omlegging fra døgn til dag som er kraftigere enn budsjettet. Den samme tendensen ser man innenfor psykisk helsevern for barn og unge, selv om aktivitetsutviklingen på dette området er svakere på døgn enn hva man planla ved starten av året.

På begge områdene er det en reduksjon i liggetiden på døgnoppholdene. Samlet sett er man derfor tilfreds med utviklingen der man får en ytterligere omlegging fra døgn- til poliklinisk aktivitet.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB): Samlet aktivitetsutvikling er tilfredsstillende og over målet om 5 prosent økning i 2010. Antall døgnopphold har økt med 4,3 prosent totalt, herav 4,1 prosent ved foretakene og 5,1 prosent ved private institusjoner, sammenlignet med 2009. Andelen behandlet ved private institusjoner er omtrent på samme nivå som i 2009. Samlet vekst i poliklinisk aktivitet er på 6,7 prosent fra 2009 til 2010, og her er det foretakene som drar opp med en økning på 7,5 prosent.

Det er fortsatt behov for en generell styrking av behandlingstilbudene med særlig fokus på akuttfunksjonene og lokalbaserte behandlingstilbud forankret i poliklinikkene. Det bør også utvikles mer differensierte korttidsbehandlingstilbud. Som en konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester fortsatt styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning. Det er et særlig behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det vil i 2011 bli gjennomført en anskaffelse innen TSB for hele regionen med virkningsdato 01.07.12. Anskaffelsen gjøres i lys av føringene i omstillingsprogrammets forutsetninger om store sykehusområder med ansvar for 80-90 prosent av befolkningen i opptaksområdet, noe som bl.a. innebærer et tett samarbeid mellom det enkelte helseforetak og private avtaleparter.

### Tilgjengelighet

- Innen somatikk er det registrert en liten økning i antall nyhenvisninger i 2. tertial 2010 (0,5 prosent) sammenlignet med 2. tertial 2009. For året som helhet har nyhenvisninger økt med drøyt 2 prosent fra 2009 til 2010. Sammenlignet med 2009 er gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter per 2. tertial redusert fra 71 til 70 dager. Samtidig er ventetiden for rettighetspasienter redusert, mens antall ventende totalt er økt med 13 prosent, i hovedsak betinget i at ikke prioriterte pasienter er satt i en lenger ventekø.
- Nær 90 prosent av de som fremdeles står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for et økende antall langtidsventende, som særlig venter innenfor fagområdene ortopedi og øre-nese-hals-sykdommer.
- Innen psykisk helsevern er det marginale endringer i antall nyhenvisninger. Tallene for 2010 som helhet er nesten identiske med 2009, og det gjelder både for voksne (VOP) og barn/ungdom (BUP). Innen BUP har ventetidene økt fra 66 til 67 dager fra 2. tertial 2009 til 2. tertial 2010, mens økningen er fra 54 til 58 dager for VOP. Rettighetspasienter innen VOP

har hatt en økning av ventetiden med 3 dager, mens tilsvarende ventetid er uendret for barn og unge. Samtidig har begge tjenester hatt økende aktivitet (2,5-3 %) fra 2009 til 2010, noe som tyder på at aktivitetsøkningen er brukt på økte tjenester til dem som allerede får et tilbud, muligens i form av lengre behandlingstid/oppfølging. Dette synes å være spesielt uttalt for VOP.

- Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) har det i 2. tertial 2010 vært en reduksjon av antall nyhenvisninger på -5,1 prosent sammenlignet med 2. tertial 2009. Helårstallene bekrefter at det har vært en liten nedgang etter flere år med relativt kraftig vekst i antall nyhenviste pasienter for TSB. Gjennomsnittlige ventetider for alle TSB-pasienter er redusert fra 70 til 68 dager fra 2. tertial 2009 til 2. tertial 2010. Det gjør det vanskeligere å forklare at ventetiden for rettighetspasientene har økt med 8 dager i samme periode. Innen TSB er det ventetider på innleggelse som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider. Samtidig er antall ventende redusert.

Helse Sør-Øst har i perioden 2006-2010 gjennomgående hatt de korteste ventetidene innen alle tjenesteområdene sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Dette gjelder med unntak av psykisk helsevern voksne hvor Helse Vest har kortere ventetider. Ventetidsutviklingen fra 2009 til 2010 er ikke like positiv, trass i at Helse Sør-Øst RHF i 2010 har intensivert arbeidet med å få ned ventetidene. Det er særlig henviste pasienter som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp, som får lengre ventetid. Vi velger å tolke dette som uttrykk for en økt og riktigere prioritering, men vil følge utviklingen.

- Andel fristbrudd for rettighetspasienter har vist en jevn nedgang fra 2008. Vedlegg 1 viser at en sammenligning mellom 2. tertial 2009 og 2010 indikerer en økning av samlet andel fristbrudd, men andelen fristbrudd innen hvert av tjenesteområdene har vist en god og jevn reduksjon gjennom året. Med unntak av et forbigående brudd opp per 2. tertial gjelder det også for samlet andel fristbrudd. Dette kan illustreres ved at samlet andel fristbrudd somatikk for 2010 var 8,2 %, mens den isolerte andelen for desember var gått ned til 6,1 %. Innen psykisk helsevern var tilsvarende prosenter hhv. 7,7 og 4,0, mens resultatene for TSB var 4,0 og 1,9.

#### Kvalitetsmål og styringsvariabler

- Andel korridorpasienter inn psykisk helsevern er betydelig redusert fra 2008 og er nå i praksis kun knyttet til ett helseforetak, Akershus universitetssykehus HF, men også her er antallet etter hvert minimalisert. Innen somatikk er det en økning fra 1,0 prosent i 3. tertial 2009 til 1,6 prosent i 3. tertial 2010. Økningen for foretaksgruppen kan i stor grad tilskrives økning i andel korridorpasienter ved enkelte foretak (Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF).
- Andel epikriser sendt ut innen 7 dager øker jevnt og nærmer seg målet på 80 prosent.
- Høy andel utskrivningsklare pasienter er i hovedsak knyttet til sykehus i Oslo-regionen. I tillegg ser man en økning ved Sørlandet sykehus HF gjennom året.
- Andel som tildeles individuell plan viser en klar økning for barnehabilitering, men er fremdeles lav for gruppene schizofreni voksne og ADHD hos barn og unge.
- Andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram er fortsatt noe over det nasjonale målet på 5 prosent.
- Andel reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdeling for psykisk helsevern pr. 10 000 innbygger er redusert fra 21 prosent i 2009 til 14 prosent i 2010.
- Andel tvangsinnlagte innen psykisk helsevern er stabilt på regionalt nivå, men fortsatt med store variasjoner mellom foretakene.
- Raten, dvs. antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i helseforetakenes opptaksområder var 5,8 i 3. tertial 2010 mot 6,7 i 3. tertial 2009. Raten varierer betydelig mellom sykehusene og i helseforetakenes opptaksområder.

- Prevalensen av sykehusinfeksjoner var våren 2010 på 5,0 prosent. Helse Sør-Øst nærmer seg dermed det nasjonale målet (5 prosent eller lavere). For 2011-14 er målet å komme under 3 prosent.

### Pasientsikkerhet

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. En vesentlig premisse for å skape et helsevesen med god kvalitet er å gi trygge helsetjenester, noe som også er et av de definerte kvalitetsmålene som ligger til grunn for Helse Sør-Øst sitt omstillingsprogram. De fleste hendelsene skyldes bl.a. sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil. Kvalitet og pasientsikkerhet kommer til uttrykk i møte mellom pasient og ansatt, og 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. Avvik, skader og tilsynsoppfølginger blir behandlet i ledelsens gjennomgang i styrene hvert tertial. Pasientsikkerhetskultur ble målt ved hjelp av flere parametre i medarbeiderundersøkelsen i 2010. Resultatene fra undersøkelsen følges aktivt opp i 2011 gjennom åpne, involverende og medvirkningsbaserte prosesser.

Det arbeides aktivt for å gi gode, sikre og trygge tjenester er å bygge et gjennomgående system for internkontroll som omfatter alle sider ved tjenesten. Det vises til egen omtale om god virksomhetsstyring nedenfor.

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" er et viktig grep for å synliggjøre behovet for å redusere antall pasientskader. Kampanjen skal også legge til rette for varige forbedringer av pasientsikkerheten og pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten, og bidra bl.a. til bedre oppfølging og kommunikasjon med pasienter og pårørende. Kampanjen starter med å måle omfanget av pasientskader på norske sykehus. Helse Sør-Øst vil slutte helhjertet opp om kampanjen. Det gir god støtte for eget arbeid med å videreutvikle trygge og gode tjenester i tråd med brukernes behov. Det vises også til omtalen av helseforetaksgruppens mål for 2011, jf. kapittel 4.3. Som et ledd i arbeidet for bedre pasientsikkerhet vil en også følge opp nasjonale og lokale brukerundersøkelser, igangsatte pasientsikkerhetsprosjekter, erfaringskonferanser mv. Dette vil sammen med utvikling av gode pasientforløp og behandlingslinjer og bruk av veilederen som ble utarbeidet i 2010 om håndtering av uønskede hendelser bidra bl.a. til bedre oppfølging og kommunikasjon med pasienter og pårørende når en feil/skade først har skjedd.

Antallet innkomne saker til NPE fortsetter å øke. I 2010 kom det inn nasjonalt 4 352 nye saker, mot 3 938 i 2009. Dette utgjør en økning på drøyt ti prosent. De medisinske områdene ortopedi, gastroenterologisk kirurgi samt svulster og kreftsykdommer utgjør om lag 50 prosent av alle saker. Mer enn 1300 skadelidte pasienter og/eller pårørende ble tilkjent erstatning gjennom NPE i 2010. Fra Helse Sør-Øst kom det inn 1576 saker i 2010 mot 1551 i 2009. Det ble gitt medhold i 531 saker (33 prosent) og avslag i 1075 saker i 2010. Det antas at økningen i antall nye saker skyldes at ordningen er blitt bedre kjent hos helsepersonell og i befolkningen, og at pasienter i større grad vet om muligheten til å melde sitt erstatningskrav. Økningen kan også tilskrives økt rettighetsbevissthet i befolkningen og at helsepersonell i større grad enn tidligere informerer pasientene om mulighetene for å fremme et krav til Norsk pasientskadeerstatning. Utbetalinger fra primærhelsetjenesten utgjør en økende andel. Det er viktig å ta lærdom av sakene for å skape bedre og sikrere tjenester.

### Funksjons- og oppgavefordeling prioriteres og videreutvikles

I arbeidet med omstillingsprogrammet/hovedstadsprosessen ble prinsippet om sentralisering av det som må sentraliseres og desentralisering av alt som kan desentraliseres, lagt til grunn. Det vises i tillegg til Plan for strategisk utvikling, der følgende fremgår under Mål for 2009: *Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 108/2008)*. Helse Sør-Øst RHF har som mål å etablere en systematisk og enhetlig tilnærming til faglig funksjonsdeling i regionen, og det er fattet vedtak eller pågår arbeid innen følgende fagområder:

- Kreftbehandling (behandlet av styret 16. desember 2010)
- Karkirurgi
- Ortopedi, revmakirurgi og revmatologi
- Medisinske støttefunksjoner
- Prehospitale tjenester

Arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling er krevende oppgaver som involverer og engasjerer mange ulike aktører. De regionale fagrådene spiller en viktig rolle i dette arbeidet også gjennom den etablerte brukermedvirkningen. Helse Sør-Øst RHF vil bidra til grundige prosesser der alle interessenter kommer til orde. I viktige spørsmål gjennomføres det høringer og erfaringskonferanser. Det er etablert flere arenaer for dialog med kommuner, både i fellesskap og enkeltvis.

#### Kjøp av eksterne helsetjenester

Private leverandører av spesialisthelsetjenester og avtalespesialister er viktig bidragsytere i ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF kjøpte eksterne helsetjenester for om lag 3,5 mrd. kroner i 2010. Dette utgjør over 6 prosent av bruttobudsjettet. Det overordnede mål er at den samlede ressursinnsats helseforetak, private leverandører og avtalespesialister skal gi optimal effekt i forhold til "sørge for"-ansvaret. Som grunnlag for disse anskaffelsene foretas en omfattende behovskartlegging hvor også brukermedvirkning blir ivaretatt.

Kjøp fra private leverandører er et område med stor offentlig oppmerksomhet, og medfører et stadig økende utfordringsbilde i forhold til omdømme for sektoren. Antallet leverandører og kapitaleiere som ønsker seg inn på markedet er økende, og konkurransen er blitt større med økte krav til profesjonalitet i anskaffelsesprosessene. Valg av anskaffelsesform og skillet mellom ideelle/ikke ideelle er blitt mer utfordrende. De regionale helseforetakene samarbeider for å harmonisere sine innkjøpsprosesser. Det legges vekt på forutsigbarhet, god kontakt med leverandørene og bevisst bruk av ideelle og ikke ideelle leverandører.7

Det arbeides aktivt for hele tiden å møte den utfordring som ligger i spenningsfeltet mellom en god ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret sammen og det detaljerte regelverk som følger av regelverket om offentlige anskaffelser. Konsernrevisjonen har i 2010 foretatt en revisjon av den samlede innkjøpsprosessen. I 2011 vil det bli foretatt en ekstern og intern evaluering av innkjøpsprosessene.

#### Samhandling

Helse Sør-Øst har over mange år hatt et fokus på å integrere samhandling med kommunehelsetjenesten i sitt arbeid med å utvikle gode behandlingstilbud. Det er etablert et regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner. Samhandling er en vesentlig del av regionens omstillingsprogram hvor de prinsippene som ble utviklet i St.meld. 47 er integrert. Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder. Satsingsområdet - *utvikling av gode pasientforløp/behandlingslinjer* er eksempel på et tiltak for å få bedre og mer forutsigbare og gode helsetjenester. Ikke minst er dette av betydelig viktighet for helsetjenesten for eldre, kronikere og psykisk syke. Et annet virkemiddel har vært å gi prosjektmidler til samarbeidsprosjekter der både helseforetak og kommuner er inkludert, gjennom regionens satsing på Helsedialog. Kriterier for tildeling av midler har bl.a. vært å gi støtte til oppstart av samhandlingsprosjekt der fokus har vært veiledning av kommunehelsetjeneste, legevakt og fastleger. Helse Sør-Øst RHF har videre arrangert dialogkonferanse om veiledningsplikten meddeltagelse både fra helseforetak og kommuner. Hensikt er å stimulere og spre kunnskap om vellykkede prosjekter. Styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet styresak om fokusområder for samhandling. Denne er tilgjengelig fra internettetsiden til Helse Sør-Øst RHF og kan brukes som arbeidsredskap med linker til verktøy og gode eksempler. Bedre veiledning og samhandling skal sikre at henvisning av nye pasienter og utskrivningsklare pasienter får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå.

Samhandlingsaktivitetene vil bli intensivert frem mot gjennomføring av samhandlingsreformen i 2012. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp de premisser og forutsetninger som vedtas i forbindelse med ny nasjonal helse- og omsorgsplan. En vil i samarbeid med kommunene søke 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. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i alle ledd i primærhelsetjenesten er helt 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. Fortsatt fokus på tiltak for å utbre bruken av individuell plan og bruk av praksiskonsulenter samt riktig bruk av legevaktsfunksjoner vil ha fokus. Arbeidet med områdeplanene innenfor alle sykehusområdene vil være de viktigste virkemidlene for å sikre bedre og gjensidig forpliktet samhandling mellom helseforetakene og kommunene. I denne sammenheng vil utviklingen av samhandlingsarena Aker og storbylegevakt i Oslo få en særskilt betydning i et storbyperspektiv.

#### Folkehelse, forebygging og helsefremmende arbeid

Alle helseforetak har Lærings- og mestringssentra som har som formål å forebygge funksjonssvikt og forverring av helsetilstand hos en rekke definerte målgrupper. Dette er også deloppgave for rehabiliteringsinstitusjonene. Regionalt kompetansesenter for læring og mestring som er tilknyttet Sørlandet sykehus driver en rekke prosjekter og tiltak rettet mot forebygging av sykdom også i forbindelse med å mestre og takle påkjenninger. Et konkret tiltak er produksjon og formidling av videobasert veiledning og opplæring av pasienter/brukere gjennom

[www.helsefilm.no](http://www.helsefilm.no)

I 2010 behandlet Styret i Helse Sør-Øst RHF en styresak om fokusområder for samhandling der satsing på god folkehelse er ett av temaene. Helse Sør-Øst RHF inngikk i 2009 en overordnet samarbeidsavtale med KS i regionen. På samarbeidsmøte i 2010 ga KS sin tilslutning til at fokusområdene danner felles grunnlag for det videre arbeid med bl.a. folkehelse. Mange av helseforetakene i regionen deltar også i lokale partnerskap for folkehelse sammen med kommunene, fylkeskommune og andre aktører.

Akershus universitetssykehus er sekretariat et nettverk som utgjør den norske avdelingen av WHO-nettverket Health Promoting Hospitals. I 2010 har det pågått rekruttering for å få helseforetakene i regionen som deltagere i det norske nettverket for helsefremmende sykehus.

#### For store ulikheter

Tall fra Statistisk sentralbyrå og flere forskningsrapporter dokumenterer store ulikheter på nasjonalt plan og innad i Helse Sør-Øst når det gjelder sykdomsbilde, risikofaktorer, opplevelse av sykdom, tilgjengelighet, fristbrudd, behandlingstilbud mv. Arbeidet med å implementere prioriteringsveilederne er viktig for å sikre mer likeverdighet i tilgang til behandling. Åpne sammenlikninger mellom helseforetakene vil fortsatt bidra til at ulikhet blir ledelsesmessig fokusert. Helse Sør-Øst vil arbeide for mer likeverdige helsetjenester og for å redusere sosiale helseforskjeller.

Helse Sør-Øst har et særlig fokus på minoritetshelse og likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. Per 1. januar 2010 er det 459 000 innvandrere i Norge, og 93 000 personer norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse to gruppene 11,4 prosent av befolkningen. Av disse bor 69 prosent i Helse Sør-Øst. Innvandrerettheten varierer sterkt, men det er en betydelig konsentrasjon i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken. Arbeidet innen dette området vil være avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet vil videreutvikles gjennom samhandlingsreformen. 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. Oslo universitetssykehus HF er i denne sammenheng pilotsykehus både i den regionale satsningen og i det nasjonale prosjektet for samhandling.

Helse Sør Øst RHF og Oslo kommune har et felles likeverdsprosjekt ledet av Oslo universitetssykehus HF, der ett av tiltakene er utdanning av 35 nye kulturveiledere, som er ansatte i sykehusene i hovdestadsområdet og i bydelene.

## ***Forskning og innovasjon***

### Fortsatt stor forskningsinnsats

Cirka 60 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 1,7 milliarder kroner årlig (2009-tall). Den økte satsingen på forskning helt siden helsereformen i 2002 avspeiles nå blant annet i en sterk økning i antallet doktorgrader de siste par årene. Økningen var på 18 prosent fra 2008 til 2009 og har fortsatt i 2010. I 2010 fordelte Helse Sør-Øst 424 millioner kroner til løpende og nye forskningsprosjekter, til regionale forskningsnettverk og til nye regionale forskningsgrupper og kjernefasiliteter. Samlet ressursinnsats skal innen 10 år (2018) trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet, under forutsetning av tilfredsstillende økonomisk utvikling i det regionale helseforetaket. Dette forutsetter aktiv prioritering og omstilling av regionens ressursbruk både på region- og helseforetaksnivå. Opptrappingsplanen for ressurser til forskning må følges opp. Utarbeidet handlingsplan må gjennomføres. Det er en utfordring å sikre god bredde og tverrfaglighet i forskningen og det er i 2010 også bevilget midler til forskningskompetansehevende tiltak spesielt rettet inn mot helsefaglige profesjoner. Det stimuleres også til forskning på tjenestenes organisering og logistikk og støtten til kompetansemiljø for helsetjenesteforskning (HØKH ved Ahus) er videreført i 2010. I 2010 er det benyttet anslagsvis 20 mill. kroner til samhandlingsrelatert forskning.

Gjennom samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo er det etablert et strategisk forskningssamarbeid, herunder også en egen koordineringsgruppe for samordning mellom Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF. Forskningssamarbeidet inngår også i arbeidet i samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst og høgskolene. Iht. regional forskningsstrategi ivaretar Oslo universitetssykehus en viktig navfunksjon.

### Innovasjon

Aktiviteten på innovasjon har vært høy i 2010. Medinnova og Birkeland Innovasjon ble slått sammen til Inven2. Gjennom denne fusjonen har en fått på plass en kommersialiseringsenhet med den største porteføljen av innovasjonsprosjekter i Norge. Hele 70 oppfinnelser fra helseforetakene ble behandlet i Inven2 i 2010. En rekke samarbeidsprosjekter gjennom ordningen med forsknings- og utviklingskontrakter finansiert gjennom Innovasjon Norge ble ført videre og flere nye har kommet til. De aller fleste punktene i handlingsplanen for innovasjon er gjennomført. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene utarbeidet en felles handlingsplan med Innovasjon Norge og Norges Forskningsråd som skal styrebehandles i 2011. Videre har helseforetakene i Helse Sør-Øst kanalisert en rekke prosjekter gjennom InnoMed.

Oslo universitetssykehus HF fikk i 2010 et nytt senter for forskningsbasert innovasjon (SFI) gjennom Centre of Cardiological Innovation. SFIene har en langvarig finansiering fra Norges Forskningsråd. Sentrets hovedmål er å bidra til økt verdiskaping ved å utvikle nye diagnostiske metoder for å påvise hjertesvikt og kardiologiske sykdommer.

Det er satt av i alt inntil 10 millioner kroner til innovasjon i 2010 og hele 21 prosjekter har i 2010 fått støtte fra innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst RHF. Det er stor spredning i prosjektene. Prosjektene opplyser at midlene har stor betydning for avklaring av rettigheter og patentering og vil i neste omgang legge grunnlag for større prosjekter av viktighet for pasientbehandlingen.



## **Kunnskapsutvikling og god praksis**

Å sikre kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp er et tverrfaglig arbeid og et strategisk satsningsområde i Helse Sør-Øst (Jf. "Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020"). Prosjekt "Kunnskapsutvikling og god praksis" ble opprettet i Helse Sør-Øst RHF for å understøtte helseforetakenes arbeid på innsatsområdet. Arbeidet har vært basert på noen grunnleggende forutsetninger – nemlig at det er mulig å endre tenkemåter, handlingsmønster og holdninger. Dagens kultur og atferdsmønstre ble utviklet i en tid der IKT ikke hadde noen rolle som arbeidsverktøy, og der pasienter og pårørende ikke hadde fått den status som lovverk og samfunnsutvikling har gitt dem i dag. Mange opplever at helsevesenet ikke har klart omstillingen som har endret resten av samfunnet de siste 20-30 årene. Undersøkelser viser at en betydelig del av ressursene i et sykehus går tapt grunnet mangel på kunnskapsbasert praksis, feilbehandling, feilmedisinering og lite effektive arbeidsprosesser og pasientlogistikk. Å fremme og tilrettelegge for en styrket forbedringskultur, der kunnskapsbasert praksis og kontinuerlig læring er en naturlig del av måten å arbeide på, vil være viktig for å møte morgendagens utfordringer.

Omstilling og endring kommer ikke av seg selv. Det er viktig at kunnskap om endring og endringsledelse er en del av helsepersonellutdanningen, og at helsevesenets ledere på alle nivåer skaper grunnlag for nødvendig omstilling gjennom ledelse og i dialog med sine medarbeidere. Like naturlig må det være at brukerne, pasienter, pårørende og alle som møter helsevesenet med synspunkter, blir møtt med et åpent sinn og en vilje til å tilpasse rutiner, service og kvalitet til brukernes behov og krav. Samtidig er dette et krevende område å gå løs på, der realisering av endringer skjer i summen av daglig praksis i tjenesten.

Det er gjennom 2010 utviklet prioriterte innsatsområder som i 2011 følges opp gjennom konkrete oppdrag til helseforetakene i forhold til tiltak det er bred oppslutning om vil kunne bidra til å fremme positive endringer. Dette vil støttes opp gjennom fellesregionale tiltaksområder. Det er utdannet ca 100 prosessveiledere gjennom denne satsningen, som skal sikre videreføring av satsningen på de enkelte HF. I januar 2011 ble det publisert en artikkel i British Medical Journal (BMJ) om suksessfaktorer i forbedringsarbeid, samt evaluering av gjennombruddsprosjekter i Norge. Forsker teamet bak artikkelen består av seks personer, hvorav halvparten er ansatt i Helse Sør-Øst. Artikkelen understøtter den satsning som gjøres innenfor området kunnskapsutvikling og god praksis

### Utdanning og rekruttering

Innsatsen for å sikre god og tilstrekkelig kompetanse i fremtiden må økes. Dette behovet fremstår klart både på grunnlag av befolkningsframskrivninger - herunder økningen i antallet eldre, sykdomsutvikling og den medisinske og teknologiske utviklingen, samt av de politiske føringene som ligger i samhandlingsreformen og Ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Det forventes at en i fremtiden vil en få en situasjon med sterkere konkurranse om arbeidskraften enn i dag.

Helse Sør-Øst RHF har i en særskilt utredning vurdert behovet for arbeidskraft og kompetanse frem mot 2020. Utredningen er gjennomført i samarbeid med bl.a. det regionale utdanningsutvalget (RUU) og samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst og høgskolene. En har videre hatt et nært samarbeid med de øvrige RHF via Spekter og gjennom dette fått et felles datagrunnlag på flere områder. Det er besluttet å utarbeide en tiltaksplan for å imøtekomme behovene. Rapporten vil også bli behandlet i samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo

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 tydeliggjøres et ansvar for det enkelte helseforetak, klinikk og avdeling samt utvikles system for individuelle kompetanseutviklingsplaner for alle medarbeidere, knyttet til utviklingssamtaler og virksomhetens mål.

## **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. En har i 2010 økt innsatsen for å realisere gevinster, 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 er videre lagt opp til at helseforetakenes risikovurderinger av egne handlingsplaner følges opp og korrigeres i helseforetakenes styrer. Det er også etablert egne styringsindikatorer for innkjøp og logistikk som rapporteres innad i foretaksgruppen. Medarbeiderne i Helse Sør-Øst forholder seg til en rekke bestemmelser og retningslinjer innen området "etikk" og det er vedtatt felles etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst. De regionale helseforetakene har inngått samhandlingsavtaler med Legemiddelindustrien (LMI) og Leverandører for helse-Norge (LFH). Avtalene sikrer at samhandlingen skjer på en faglig og etisk korrekt måte.

Oppnåelse av målsetning vedrørende besparelser er som planlagt. Det er imidlertid lav utnyttelse av det elektroniske innkjøpssystemet som skal understøtte avtalelojalitet. Forsyningssenteret som er regionens verktoy for bedret logistikk og avtalelojalitet brukes ikke i tilstrekkelig grad. Dette har også sammenheng med at man i 2010 ikke har oppnådd tilstrekkelig leveranse kvalitet fra forsyningssenteret ut mot helseforetakene. Det er igangsatt et større forbedringsarbeid både for å styrke kvaliteten i tjenesteleveransene, og helheten i logistikkjeden. Arbeidet for å forbedre utnyttelsen videreføres i 2011.

Helse Sør-Øst ble valgt til vinner av etikprisen "Ikke for enhver pris" for 2010. Prisen tildeles en person eller organisasjon innen offentlig sektor for sitt arbeid med å fremme etiske aspekter ved innkjøp. Helse Sør-Øst samarbeider tett med organisasjonen Initiativ for etisk handel (IEH). I løpet av 2010 og 2011 blir flere av anskaffelsene i Helse Sør-Øst fulgt opp blant annet med kontroller og oppfølging helt ute i produksjonsstedene. Ved å være medlem i IEH har Helse Sør-Øst RHF forpliktet seg til å rapportere om arbeidet med etisk handel. Rapporten for 2010 vil være tilgjengelig på [www.etiskhandel.no](http://www.etiskhandel.no).

### Utfordringer innen IKT-området

Helseforetakene blir stadig mer avhengige av teknologi og det forventes at helseforetakenes IKT-kostnader vil stige i tiden fremover. Gjennom etablering av en omforent prioriterings og medvirkningsprosess, og etablering av Sykehuspartner IKT som felles tjenesteleverandør i foretaksgruppen skal det både fokuseres på å bruke ressursene riktig og å utvikle gode fagmiljøer. Utfordringene innen planlegging, utvikling, drift og sikkerhet ville vært vesentlig større om alle helseforetak skulle ivarett 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 sammen med høyt prioriterte myndighetspålagte oppgaver i lys av samhandlingsreformen 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 videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering.

Prioriteringene innenfor IKT-området og øvrige investeringsbehov, gjøres samlet for foretaksgruppen i henhold til vedtatt *Langtidsplan IKT med strategiske føringer 2011-2014*. Planen revideres hver vår, neste gang juni 2011. I tillegg utvikles det med utgangspunkt i langtidsplanen koordinerte områdeplaner for IKT som vedtas i styret i det enkelte helseforetak. Prioriteringene skjer på grunnlag av helhetlige vurderinger knyttet til nasjonale føringer og prioriteringer, behov for virksomhetskritiske leveranser og vedlikehold, myndighetskrav, standardisering, omstilling og utvikling. IKT-investeringene gjennomføres i Sykehuspartner, som

også drifter og forvalter løsningene. IKT langtidsplan viser et forventet behov for nye midler i 2011 på 800 millioner kroner. Av dette går ca 300 millioner kroner til reinvesteringer drift og 180 millioner kroner til myndighetskrav og eierpålagte oppgaver. Øvrige behov på ca 320 millioner kroner går til tiltak innen samhandling, kliniske applikasjoner, administrative systemer, styringssystemer og infrastruktur. Omstruktureringer og omstillinger i foretakgruppen har vist seg mer IKT-krevende enn forutsatt med tanke på behov for IKT-endringer med betydelige investeringer for å få ønsket effekt. Endringstakten i foretaksgruppen overgår Sykehuspartners evne til leveranser og har blitt en flaskehals. Utfordringsbildet er forsterket gjennom Sykehuspartners egen omstillingsprosess. Det er iverksatt tiltak for å sikre akseptable leveranser til foretaksgruppen.

Videre utvikling av IKT-områdeplaner skal ytterligere forbedre lokal forankring, forutsigbarhet og hensyn til spesifikke utfordringer i det enkelte foretak. Internrevisjoner og eksterne evalueringer har vært brukt for å identifisere risiko og mangler innen IKT-styring, IKT-løsninger og implementerte arbeidsprosesser.

Nasjonal styring innen IKT i helsesektoren er i økende grad blitt fokusert og Helse- og omsorgsdepartementet har tatt en sterkere koordineringsrolle gjennom opprettelsen av eHelsegruppen for prioritering av nasjonale IKT-initiativ i helsetjenesten. Det er imidlertid fortsatt rom for videre tydeliggjøring av en nasjonal styringsmodell for IKT-utviklingen i sektoren.

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. Behovene for investeringer på IKT-området overgår de regionale helseforetakenes investeringsevne. Det viser til omtale nedenfor vedrørende utfordringer innen investeringsområdet.

#### Eiendomsområdet og nytt Østfoldsykehus

Eiendomsområdet er styrket gjennom flere tiltak for regional koordinering og styring. Dette for å sikre realisering av vedtatte arealreduksjoner (10 prosent) vedtatte og arealeffektivisering (10 prosent). I 2010 har styret sluttet seg til 10 delprosjekt som skal bidra til å nå disse målene. Delprosjektene omfatter strategi, husleiemodell, klassifikasjonssystemer, vedlikeholdsplaner og tilstandsvurderinger, og portefølje og prosjektstyring.

Styret for Helse Sør-Øst RHF godkjente i desember 2010 forprosjektet for nytt østfoldsykehus. Forprosjektet følger opp føringene som er lagt til grunn fra styret i Helse Sør-Øst RHF og gir et godt grunnlag for en effektiv og kvalitativ god drift i Sykehuset Østfold. Byggestart er planlagt høsten 2011 og utbyggingen planlegges avsluttet i løpet av 2014. Deretter startes testing, klargjøring og prøvedrift av anlegget slik at driften kan fases gradvis inn ultimo 2015. Nytt østfoldsykehus er dimensjonert for å dekke behovet for spesialisthelsetjenester til en befolkning på cirka 300 000 innbyggere, basert på en fremskriving av befolkningsgrunnlaget i Østfold fra 2007 til 2020. Det er forutsatt at prosjektet skal realiseres innen et styringsmål på 5 090 millioner kroner (prisnivå februar 2010).

Gjennom 2009 og 2010 fulgte Helse Sør-Øst RHF opp eiers mandat vedrørende kjøp av sykehusomt på Gullaug i Lier kommune. Det ble gjennomført undersøkelser som tilsier at det er stor risiko og omfattende kostnader bl.a. knyttet til sikring av tomta mot ras og utglidning. På grunnlag av dette er det avklart i foretaksmøte i januar 2011 at det ikke er aktuelt å kjøpe tomt på Gullaug i Lier kommune og at muligheten for oppgradering/utvidelse av nåværende sykehusbygg i Drammen sentrum skal utredes raskt. Dersom dette ikke er et alternativ skal utredning av andre alternativer i Buskerud prioriteres, slik at tomtevalget blir raskt avklart. I arbeidet skal det legges til grunn at tilbud innen somatikk og psykisk helsevern skal samlokaliseres.

## **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 arbeidsmiljø og 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 siden 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, 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. Dette er også viktig for å sikre god ressursutnyttelse. 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 2009, men det er fortsatt på et for høyt nivå. Også dette indikerer utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering. Utviklingen i sykefravær må ha stort ledelsesmessig fokus også i 2011. Helse Sør-Øst vil arbeide for at virksomhetenes organisering, arbeidsmetoder og miljø ikke i seg selv fremkaller sykdom. Arbeidsmiljøfremmende tiltak vil bli iverksatt, bl.a. gjennom videreføring av IA-avtalene og oppfølging av tilsynskampanjen God vakt.

I dette perspektivet vil Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen som helhet også videreutvikle og gjennomføre regionale lederutviklingstiltak. Helse Sør-Østs HMS-policy skal implementeres og følges opp med konkrete målrettede tiltak og etablerte resultatindikatorer. Verktøy for bedre ressursstyring skal videreutvikles. Gjennom dette arbeidet vil man blant annet fremskaffe bedre ledelsesinformasjon og sørge for større lederfokus på arbeidsmiljø og god ressursstyring innenfor gjeldende lov- og avtaleverk.

Helse Sør-Øst RHF leder Styringsgruppen for nasjonal ledelsesutvikling. I 2010 har man jobbet systematisk med videreutvikling og styrking av nasjonale tiltak. Et hovedsatsingsområde for 2011 vil være å utvikle en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. I tillegg vil det rettes spesielt fokus på arbeid med å styrke rekruttering til lederstillinger i helseforetakene gjennom karriere- og suksjonsplanlegging og forberede innføring av mentortrening og alumniordning for tidligere deltakere på Nasjonalt topplederprogram.

### Bemanningsutvikling

På overordnet nivå viser beregninger at det vil oppstå stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger.

Det er et mål at bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. Det har i 2010 vært en økning i bemanningen med 0,6 prosent, til sammen 354 årsverk. Bemanningsøkningen er lavere enn aktivitetsveksten i perioden. Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte inn vikartjenester for 340 millioner i 2010. Det vil si 1 prosent av et samlet lønnsbudsjett på 34 milliarder. De innleide vikarene utfører anslagsvis noe i overkant av 80.000 vakter i løpet av året. Dette utgjør 0,6 % av de ca 15 millioner vakter/dagsverk som utføres i løpet av året av den samlede bemanningen.

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 ønsker å være fagpersonellets førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

Helseforetakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte. Det er skjerpede krav om at helseforetakene i regionen som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9). I oppdragsdokumentet for 2011 er det målsatt at andelen deltid reduseres med minst 20 prosent i løpet av 2011, og at det videreutvikles indikatorer spesielt når det gjelder deltid. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene vil samarbeide med Spekter, fagorganisasjoner og de øvrige RHF om dette arbeidet.

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

#### God økonomisk kontroll

Helseforetakene har gjort en stor innsats i 2010 for å sikre god styring av økonomien samtidig som det gjennomføres store omstillinger og det stilles krav om reduksjon i ventetider og fristbrudd. Spesielt har arbeidet med likviditetsstyring og økonomisk langtidsplan virket bevisstgjørende.

Foretaksgruppens økonomiske situasjon ble ved inngangen til 2010 vurdert som krevende, blant annet som følge av pågående omstilling og utfordrende tilpasning av bemannings- og driftskostnader. 2010 ble derfor planlagt som et år for realisering av det vedtatte omstillingsprogrammet, samtidig med størst mulig grad av konsolidering av driften innen foretaksgruppen samt uttak av forutsatte gevinster. Det ble således ikke lagt opp til ekspansive utviklingstiltak eller stor aktivitetsvekst ut over statsbudsjettets forutsetninger med unntak av aktivitetskravet for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Målet med dette var å øke handlefriheten, holde fokus på kvalitetsforbedring og å legge grunnlag for å styrke foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Oppfølgingsregimet med tett oppfølging av alle helseforetak ble videreført i 2010, med fokus på god virksomhets- og økonomistyring.

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har levert et negativt økonomisk resultat hvert år siden sammenslåingen av de to tidligere helseregionene i 2007. Det negative resultatet er imidlertid blitt mindre år for år. Før regnskapsavslutningen 2010 er avsluttet, er vurderingen at foretaksgruppen samlet vil ha et positivt resultat på om lag 170 millioner kroner<sup>1</sup>. Alle helseforetakene i hovedstadsområdet vil for 2010 fremvise et negativt økonomisk resultat i forhold til resultatkravene. De øvrige helseforetakene vil alle trolig kunne vise positive resultater i forhold til resultatkravene.

Det er betydelige økonomiske utfordringer ved helseforetakene i hovedstadsområdet, knyttet til de omfattende og krevende omstillingsprosessene som er vedtatt, og som gjennomføres samtidig som det er full drift. For 2010 gjelder dette spesielt Oslo universitetssykehus HF som gjennomfører en stor og krevende omstillingsprosess internt. Samtidig har det vært viktig å legge forholdene til rette for tilpasning til og overføring av deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF og omlegging av oppgave- og funksjonsfordelinger mellom Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra 2011.

---

<sup>1</sup> Foreløpig tall.

### 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. Det vises 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.

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. 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 (FUBE), slik at det sikres at vedtatte strategier m.v. gjennomføres som planlagt.

Det er etablert prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst som skal bidra til å sikre at foretakene skal styre samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer for 2011 til drift og investeringer, og for å legge til rette for et investeringsregime der foretakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer. Det arbeides også med utviklingsplaner for sykehusområdene hvor aktuelle investeringsbehov klarlegges. Disse planene samordnes og prioriteres regionalt.

En rekke forhold tilsier også at det er behov for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren – dette i tillegg til de pågående IKT-satsninger i de ulike delene av sektoren. Dette er godt dokumentert i St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen og det fremgår klart at en del av de løsninger som må finnes for bedre samhandling på tvers av dagens oppsplittede behandlingsskjeder, må understøttes av nye nasjonale, felles IKT-løsninger. Målet for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren må være at pasientforløpene på tvers av nivåer og institusjoner i helse- og omsorgstjenesten følges av elektronisk pasientinformasjon. En slik satsing vil ha stor betydning for pasientsikkerheten og for effektivitet i helsetjenesten. Det vises til de regionale helseforetakenes felles innspill til statsbudsjettet for 2012 <http://www.helse-sorost.no/arligmelding-vedlegg>

### God virksomhetsstyring

Det er stor oppmerksomhet omkring helseforetaksmodellen og de regionale helseforetakene. Dette merkes særlig gjennom antall mediaoppslag, spørsmål i Stortingets spørretime og i den administrative kontakten med Helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet og politikere på lokalt og nasjonalt nivå. Helse Sør-Øst sitt omdømme har blitt utfordret flere ganger det siste året. Enkelte av disse sakene, særlig ventelistesaken på Bærum sykehus i Vestre Viken HF, har vist at det er svakheter i intern styring og kontroll ved de enheter som er involvert, enten ved at tiltak i forhold til måloppnåelse ikke har vært god nok, eller ved at regelverk og rutiner ikke har blitt etterlevd. I denne sammenheng er virksomhetsstyring et helt sentralt begrep, og Helse Sør-Øst har i 2010 arbeidet aktivt for å beskrive og tydeliggjøre innholdet i kravene til virksomhetenes interne styring og kontroll. Intern styring og kontroll handler bl.a. om ansvar. Selv om dette i siste instans er et styre- og ledelsesansvar, forventes det også at alle medarbeidere tar medansvar i arbeidet med å sikre god intern styring og kontroll. Det arbeides derfor for at det skapes gjennomgående holdninger og kultur for å sikre at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte, og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger. God virksomhetsstyring er nærmere omtalt i under punkt 3.4 Oppfølging av juridisk rammeverk.

En vil også styrke arbeidet med å begrunne beslutninger slik at de bedre kan forstås og bidra til bedre kommunikasjon overfor omverdenen. Det er videre viktig å underbygge bevisstheten om at velbegrunnede og riktige beslutninger er riktig og viktig for framtidens pasient - og at det er

nødvendig å tåle uenighet og støy omkring enkelte beslutninger. Helse Sør-Øst RHF vil også spisse, fokusere og prioritere oppgavene i det regionale helseforetaket for best mulig å gi merverdi til foretaksgruppen og sikre god utvikling av helsetjenestene for befolkningen i regionen.

### Styrets konklusjon

På grunnlag av den samlede rapportering for 2010, herunder også beslutninger som er fattet av styret og den samlede planlegging og styring av virksomheten, anser styret for Helse Sør-Øst RHF at

- Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivarett i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2010 og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2010.
- Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2010, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp.
- Styret peker samtidig på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver blant annet innen kvalitet og pasientsikkerhet og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag. Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2012, jf. styresak 082-2010 og brev av 16.12.2010 til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helseforetakene i Helse Sør-Øst har arbeidet godt med økonomistyring og resultatoppfølging i 2010. Samlet viser foretaksgruppen et positivt økonomisk resultat.
- Hendelser i 2010 understreker behovet for ar arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og avvikshåndtering videreføres og styrkes i 2011. Prinsippene for god virksomhetsstyring må følges opp på alle nivåer.
- Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet vil baseres på begrunnede langsiktige beslutninger, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft. Virksomheten vil baseres på ny nasjonal helse- og omsorgsplan når denne vedtas, plan for strategisk utvikling og mål 2011 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.

Rapporteringen nedenfor følger kapittelinnvidlingen iht. mal. Teksten fra oppdragsdokumentet er markert som kulepunkter mens rapporteringen er kursivert tekst. Det vises også til rapportering på konkret e styringsparametre tatt inn i vedlegg 1.

## 2.1 Aktivitet

- 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.

*Det framgår av vedtaket i styresaken om budsjettet for 2010 at TSB skulle ha 5 prosent økning i aktiviteten mens forutsetningen i statsbudsjettet var 2,5 prosent. Frigjorte midler ved omstilling skulle brukes innen fagområdet. De øremerkede midlene ble fordelt til helseforetakene med hovedfokus på økning av akutt- og utredningstilbudet, ungdom og unngåelse av fristbrudd. Disse føringene ble også innarbeidet i oppdrags- og bestillerdokumentet til helseforetakene.*

*I årlig melding rapporterer alle helseforetakene at de har brukt midlene fra "Raskere tilbake" iht. pålegget om at midlene skal komme i tillegg til basismidlene.*

## 2.2 Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter

### 2.2.1 Kvalitetsforbedring

- Helse Sør-Øst RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene fortsette arbeidet med å utvikle og implementere felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Arbeidet skal samordnes med relevante prosesser i Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og sees i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt.

*Oppdraget styres av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Det ble tidlig høsten 2010 konstatert at utviklingen med å utvikle og implementere fellesløsninger innen IKT ikke var tilfredsstillende, og at en del av problemet var knyttet til Hemits oppdrag. Det var delvis et kapasitetsproblem i Hemit innefor de områdene der teknologien var utviklet, men også et etterslep på utvikling av nye løsninger i kjeden fra innregistrering til analyserbare data.*

*Det ble laget ny framdriftsplan med omfordeling av ressurser til Hemit, og noen nye oppgaver til andre RHF. Oppdraget var ved årsskifte i rute i forhold til plan vedtatt av styringsgruppen. Arbeidet fortsetter med ytterligere forsterkning av ressurser i 2011.*

*Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt i den interregionale styringsgruppen for kvalitetsregistre og gjennom ledelse av gruppen. Det er blant annet satt søkelys på at det er behov for felles finansieringsmodell for nasjonalt godkjente kvalitetsregistre og at implementering av teknisk løsning for disse registrene er på etterskudd og må på plass før ytterligere kvalitetsregistre godkjennes med nasjonal status.*

*Helse Sør-Øst RHF har samarbeidet nært med det nasjonale servicemiljøet (SKDE) og de øvrige regionale helseforetakene om koordinering av nasjonale prosesser og løsninger. Regional kvalitetsregisterkonferanse ble avholdt juni 2010 (over 90 deltakere) for blant annet å informere og videreutvikle de etablerte og planlagte nasjonale kvalitetsregistre som er forankret i regionen i samsvar med nasjonale prosesser og felles løsninger. Midlertidig IKT-funksjon for kvalitetsregisterarbeidet i Helse Sør-Øst RHF var på plass fra november 2010 for å ivareta*



samarbeidet mellom Helse Midt-Norge IT (HEMIT) og SKDE mot de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst. Det vil bli ansatt fast IKT-ressurs for kvalitetsregisterarbeidet i 1. halvår 2011.

- Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for implementering av elektroniske fellesløsninger i den rekkefølge Helse Midt-Norge RHF utvikler slike for utvalgte kvalitetsregistre.

I utviklingsarbeidet av registerløsning er hjerteinfarkt- og slagregistrene brukt som "piloter". Disse registrene har derfor ligget i forkant i utviklingsarbeidet, men det har også krevd mye ressurser. Videre har Hemit startet utviklingen av Norsk karkirurgisk register (NORKAR) og Nasjonalt spinalregister.

Det er i 2010 gjennomført et svært omfattende analyse- og planarbeid i forhold til kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst, med særlig vekt på Kreftregisteret.

Det er laget en løsningsbeskrivelse som underlag for en prosess for å anskaffe ny nasjonal teknisk løsning for Kreftregisterets underliggende kvalitetsregistre, som også kan benyttes av de resterende nasjonale kvalitetsregistrene Helse Sør-Øst forvalter. Løsningen vil basere seg på eksisterende løsninger for innregistrering, dvs. MRS fra HEMIT som foretrukket plattform for manuell registrering av elektroniske skjema. Den foreslåtte løsningen supplerer MRS, blant annet for forhold som berører "funksjonell fellesregisterdrift" av kvalitetsregistre.

Elektronisk innregistreringsløsning for Nasjonalt kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes og Cerebral pareseregisteret i Norge er klare for test og planlegges iverksatt på MRS-plattform 1. kvartal 2011. Midlertidig teknisk løsning for Nasjonal sarkomdatabase er under utredning og planlegges satt i produksjon 1.halvår 2011.

- Helse Sør-Øst RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasienter som benytter kostnadskreven biologiske legemidler for behandling av autoimmune lidelser. De regionale helseforetak skal påse at det etableres en mest mulig likeverdig behandlingspraksis både innad i og mellom regionale helseforetak, i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.

Arbeidet med register for biologiske legemidler er iverksatt som eget prosjekt i regi av SKDE og styrt av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Prosjektet tar utgangspunkt i modellen "fellesregister med basisregister" og tilhørende kvalitetsregistre, jfr. nasjonalt Hjerte-karregister. Det deltar aktører fra fagområdene hud, revmatologi, gastrologi, øye, nevrologi sammen med ressurser fra Helsedirektoratet (NPR) mfl. Det er et komplekst arbeid fordi dette både omhandler mange fagområder, og ellers skiller seg fra andre kvalitetsregistre ved at de ikke tar utgangspunkt i sykdom, men i legemiddel. En samlet rapportering vil bli utformet av SKDE.

Prosjektrapportering for 2010 skjer til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Nords årlige rapportering som sendes i januar/februar 2011. Det er avklart med Helse- og omsorgsdepartementet at det ikke skal gå separat rapportering fra alle RHF.

## **2.2.2 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester**

- Helse Sør-Øst RHF skal delta i styringsgruppen som skal forberede pasientsikkerhetskampanjen. Styringsgruppen ledes av Helsedirektoratet.

Administrerende direktør har deltatt i styringsgruppen.

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre deltakelse av fagpersonell i arbeidsgruppene som opprettes av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som er sekretariat for kampanjen.

Helse Sør-Øst RHF har sikret deltakelse av fagpersonell i fagrådet for kampanjen.

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at alvorlige hendelser i forbindelse med pasientbehandlingen blir gjennomgått, og at gjennomgangen brukes til læring for å unngå liknende hendelser.

Helse Sør-Øst hadde som mål i oppdrags- og bestillerdokumentet for 2010, at alle helseforetak skulle kunne dokumentere en reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser.

Temaet pasientsikkerhet og alvorlige hendelser har også vært oppe i styremøtene i RHF og HF, i styreseminar og i direktørmøtene, lederforum, i de ulike fagnettverk i foretaksgruppen samt på en egen erfaringskonferanse innen ortopedi. Pasientsikkerhet har også vært tema i møter med fylkeslegene både på RHF- og HF-nivå. Det er i 2010 lagt frem styresak om god virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst (sak 16-2010). Denne saken er videreutviklet til et rammeverk for god virksomhetsstyring som er gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøte. Risikostyring og ledelsens gjennomgåelse er viktige elementer i virksomhetsstyringen.

Som et understøttende tiltak arrangerte Helse Sør-Øst RHF i januar 2010 kurs i bruk av Global TriggerTool, basert på erfaringene fra Akershus universitetssykehus HF. Etter dette er Global TriggerTool innført ved medisinsk klinikk ved Sykehuset i Telemark HF og vil ruller ut i hele helseforetaket i løpet av 2011. Helseforetaket har spesielt fokus mot infeksjoner ved keisersnitt og hofteproteser. Tiltak er iverksatt og det er en betydelig reduksjon siste tertial.

Helse Sør-Øst RHF har i utarbeidet med en veileder om håndtering av utilsiktede hendelser. Denne er revidert i 2010 og godkjennes i mars 2011. Veilederen vil vær et hjelpemiddel i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen.

Helseforetakene videreutvikler fortløpende sine interne meldesystemer for å registrere, analysere og forebygge uønskede hendelser.

### **2.2.3 Tilgjengelighet og brukermedvirkning**

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre at helseforetakene informerer pasienter og pårørende om klageadgang.

Det er sendt brev til alle helseforetak med pålegg om å bruke standard nasjonal mal utarbeidet av helsedirektoratet for svar til pasienter på henvisninger. I denne malen er informasjon om klageadgang ivaretatt. Alle helseforetak har tatt i bruk malen.

- Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes mest vanlige behandlingstilbud.

Kontoret for Fritt sykehusvalg har fulgt opp distribusjon av nytt informasjonsmateriale vedrørende retten til fritt sykehusvalg fra Helsedirektoratet til helseforetak i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført opplæring og fagdag internt ved kontoret for å sikre god publikumsinformasjon.

Kontoret har formidlet til Helsedirektoratet et behov for gjennomgang av behandlingstilbud på [www.frittsykehuvalg.no](http://www.frittsykehuvalg.no) og gjennomgang av ulike behandlingsmetode knyttet til en enkelt tjeneste. Det er også formidlet et ønske om formalisering og opprettelse av en arbeidsgruppe for videreutvikling av fagområder og tjenester på [www.frittsykehuvalg.no](http://www.frittsykehuvalg.no)

Kontoret for Fritt sykehusvalg har gjennomført helseforetaksbesøk for opplæring i forbindelse med fastsettelse av forventet ventetid for de mest vanlige tjenestene. Det er utarbeidet styringsvariabel for andel oppdaterte ventetider på [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) og helseforetak som ikke når mål om 100 prosent andel oppdaterte ventetider følges opp.

I tillegg informerer kontoret om tilgjengelighet hos avtalespesialister innenfor psykisk helsevern og somatikk, samt prosjektet Rasker tilbake.

Det henvises for øvrig til kontorets årsrapport for 2010 som vil være 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.

- Helse Sør-Øst RHF skal utrede/gjennomgå/vurdere ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal iverksettes tiltak for å:
  - redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt
  - redusere ventetiden for pasienter med hjerteflimmer

Helse Sør-Øst RHF har i 2010 intensivert arbeidet med å få ned ventetider, bl.a. ved at helseforetakene og sykehusene skal prioritere en større del av den polikliniske kapasiteten for nyhenviste pasienter, samt gjennomgå alle pasientgrupper med lang ventetid, spesielt ventende over ett år (ny "ventelistedugnad"). Samtidig fortsetter arbeidet for økt og riktig bruk av prioriteringsforskriften. Dette skal gi rettighetspasienter kortere ventetid, men som en konsekvens vil samtidig en del henviste pasienter som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp kunne få lengre ventetid. Hvis mange på denne måten gis lavere eller ingen prioritet, og dermed får lang ventetid, kan den samlede effekten på enkelte fag- og tjenesteområder bli økt gjennomsnittlig ventetid.

Helse Sør-Øst RHF arbeider for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt. Helseforetakene har i sitt oppdrags- og bestillerdokument fått et krav om å beskrive hvordan de skal møte den stadig økende utfordringen med sykelig overvekt, også i samhandling med kommunehelsetjenesten i sine områdeplaner.

Helseforetakene vurderer ventetider og ventelister i henhold til forskriften hver måned, mens fristbrudd følges opp fortløpende og rapporteres hver 2. uke. I 2010 ble det operert cirka 600 pasienter med diagnose sykelig overvekt i Helse Sør-Øst. Det legges opp til en økning i antall operasjoner i 2011, samt en kompetanseheving i alle helseforetakene med hensyn til tverrfaglig poliklinisk behandling, for å styrke hele behandlingsforløpet.

For pasienter med atrieflimmer er oppmerksomheten konsentrert om den lille andelen som har behov for ablasjonsbehandling. Helse Sør-Øst RHF har i 2010 arbeidet for å øke kapasiteten ved Oslo universitetssykehus HF, dels ved å samle aktiviteten på Rikshospitalet og Ullevål, og som del av dette å etablere et nytt ablasjonssenter på Rikshospitalet. Det har tatt lenger tid enn planlagt med ombygging og anskaffelse/installering av nye laboratorier, som først blir åpnet og tatt i bruk januar 2011. For raskere å avhjelpe pasienter i ventekø har Helse Sør-Øst RHF derfor i tillegg forhandlet fram en tilleggsavtale med Feiringklinikken om kjøp av 200 ablasjonsbehandlinger der i 2011.

- 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 fikk i oppdrags- og bestillerdokumentet for 2010 i særskilt oppdrag å prioritere driften av FORMI innenfor tildelt basisramme for 2010. Oslo universitetssykehus HF rapporterer at FORMI er prioritert innenfor rammen i 2010. Den er organisatorisk lagt til FOU avdelingen i klinikk for kirurgi og nevrofag. Intensjonen er å styrke samarbeidet mot de kliniske fagmiljøene som arbeidet med muskel- og skjelettlidelser.

## 2.3 Pasientbehandling

### 2.3.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

- Helse Sør-Øst RHF skal videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planer for store pasientgrupper som pasienter med de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Planene skal utvikles i et forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der dette er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle flaskehalser f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Relevante faglige retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogrammer (ulike krefttyper) og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet legges til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er et viktig element.

*Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i juni 2010 "Regionale utviklingsområder innen TSB" hvor det ble lagt overordnede føringer for hvordan dette fagfeltet skal utvikles. Vedtaket la føringer både for det videre arbeidet på regionalt nivå og for innholdet i områdeplanene som sykehusområdene skal utarbeide. Det er utarbeidet tilsvarende styresaker innen psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering, med beskrivelser av de regionale utviklingsområdene og med føringer for områdeplaner. Det skal videre utvikles områdeplaner for det enkelte sykehusområde og det er lagt til grunn at områdeplanene skal utarbeides i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene.*

*De fleste helseforetakene er kommet godt i gang med dette arbeidet.*

*Helse Sør-Øst RHF har med basis i utredninger levert av et regionalt kreftråd gjennomført en total gjennomgang av kreftbehandlingen og vedtatt revidert funksjonsfordeling av kreftkirurgien (jf. styresak 85/2010 av 16.12.2010). På dette grunnlag vil kreftrådet få presiserte oppdrag i tråd med utarbeidet gjennomføringsplan for styrevedtaket. Videre har kreftrådet levert forslag til samlet handlingsplan for kreftbehandlingen i regionen. Representanter for kommunene har deltatt i denne prosessen. Handlingsplanene vil bli behandlet av styret og oppdatert i tråd med vedtatt funksjonsfordeling og de nye oppdragene til kreftrådet. Videre skal det utredes hvorvidt ventetid for kreftbehandling er i tråd med prioriteringsforskriftene og det skal lages beskrivelser for standardiserte ventetider og arbeidsdeling mellom førstelinjetjenesten og helseforetakene i behandlingsforløpet for de ulike kreftformene. I dette skal det også utarbeides forslag til hvordan behandlingstilbud innen plastikkirurgi med tilbud om rekonstruksjon og brystbevarende kirurgi kan integreres i behandlingslinjen. Det skal også lages forslag til hvordan tilbudet kan dimensjoneres og prioriteres til beste for pasientene.*

*De nevnte utredningsarbeidene forventes gjennomført i løpet av 2011.*

- Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene, pasienter med hjerneslag og pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med de regionale helseforetak om dette.

*Helse Sør-Øst har deltatt på et seminar i regi av Helsedirektoratet/Kunnskapscenteret med tanke på etablering av styringsvariabler/indikatorer knyttet til nasjonale faglige retningslinjer.*

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre at helseforetakene iverksetter tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å

etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.

*Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdrags og bestillerdokumentet for 2010. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning som er med å sikre en god dialog og utvikling på tjenestenivå. Helse Sør-Øst RHF har understøttet samhandlingen gjennom å gi prosjektmidler til samarbeidsprosjekter der både helseforetak og kommuner er inkludert.*

*Helse Sør-Øst RHF har arrangert dialogkonferanse om veiledningsplikten med deltagelse både fra helseforetak og kommuner. Hensikt er å stimulere og spre kunnskap om vellykkede prosjekter.*

- De regionale helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010.

*Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg 2010-2014. I denne planen er blant annet følgetjenesten beskrevet. Helseforetakene og kommunene skal i samarbeid utforme avtaler som sikrer felles utnyttelse både når det gjelder svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg samt følgetjeneste for gravide til fødested. Avtalene skal inneholde virkemidler for å sikre at nødvendige tilpasninger til fødselsomsorgen ikke reduserer kvaliteten av det samlede tilbudet til gravide og fødende. Sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal i samarbeid med kommunene i sykehusområdet tydeliggjøre retningslinjer for samarbeid mellom lege og jordmor, samt med spesialisthelsetjenesten, inkludert eventuelle avtalespesialister.*

*Helseforetakene og kommunene arbeider med å lage avtaler for følgetjeneste og beredskap i de sykehusområdene som er aktuelle for dette. Ingen av de sykehusområdene hvor følgetjeneste er aktuelt har ennå undertegnet ferdig forhandlede avtaler om følgetjeneste og beredskap for gravide til fødeinstitusjon. Dette arbeidet vil bli fulgt opp i 2011 slik at nødvendige avtaler kommer på plass i løpet av første halvår.*

- Helse Sør-Øst RHF skal følge opp at helseforetakene gir samhandlings- og koordineringsfunksjonen en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring.

*Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdrags og bestillerdokumentet for 2010. Alle helseforetak har i sine årlige meldinger beskrevet hvordan det har løst dette oppdraget. Organiseringen er noe ulik; fem av helseforetakene har samhandlingsdirektører og øvrige har samhandlingssjefer. De fleste har egne avdelinger for samhandling, samtidig som de angir at ansvaret for den daglige oppfølging av samhandling er videreført i linjen. Alle har en klar organisatorisk og ledelsesmessig forankring mot adm. direktør eller fagdirektør.*

*Helse Sør-Øst RHF fulgte opp dette i 2010 gjennom en omorganisering der ansvaret for oppfølging av samhandling på strategisk nivå med KS og fylkeskommuner samt brukermedvirkning ble organisert i en egen avdeling.*

- Helse Sør-Øst skal utrede hvordan de kan øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller. Det skal i tillegg utredes hvilke oppgaver og hvilken kompetanse det er behov for i primærhelsetjenesten for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til departementet er 1.6.2010.

*Dette er videreført overfor helseforetak og sykehus i oppdrags- og bestillerdokumentene for 2010. Det er forutsatt at det skal samarbeides med primærhelsetjenesten om dette. Kravet er fulgt opp gjennom rapporteringen i 2010. Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at ventetidene i Helse Sør-Øst fra 2006-2009 gjennomgående var de korteste på alle*

*tjenesteområder. Samtidig ser en at ventetidene ikke er redusert de siste årene, og til dels har vist en liten økning det siste året. For å få et bedre bilde av utviklingen over tid, har en valgt å se flere mål i sammenheng. Det gjelder:*

- *Antall nyhenviste*
- *Antall ordinært avviklede*
- *Antall ventende*
- *Ventetid for avviklede pasienter (med og uten rett)*

*En samlet analyse av disse målene gir et bedre bilde av behovs- og kapasitetsutviklingen, bl.a. ved at vi ser det er samsvar mellom ventetid, nyhenvisninger, avvikling av pasienter og antall som fremdeles venter på behandling/utredning.*

*På de fleste tjenesteområder er økning av poliklinisk virksomhet en ønsket utvikling, i tråd med modernisering og "poliklinisering" av spesialisthelsetjenesten fra døgnbehandling til dag-/poliklinisk behandling, poliklinisk gruppebehandling og ambulant virksomhet. I første omgang har en konsentrert mest oppmerksomhet på analyser av polikliniske konsultasjoner innen somatikk. Men intensjonen er at vi mer kritisk skal gjennomgå bruken av poliklinisk kapasitet på alle tjenesteområder. Også innen psykisk helsevern og rusbehandling kan antall oppfølgende polikliniske konsultasjoner reduseres til fordel for flere nyhenvisninger, bl.a. ved tidligere tilbakeføring til avtalespesialister og primærhelsetjenesten.*

- Helse Sør-Øst RHF skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.

*Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdrags og bestillerdokumentet for 2010. Alle helseforetak og private ideelle med avtale har rapportert om aktivitet på dette området. Flere av de store helseforetakene; bl.a. Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF har pågående prosjekter i samarbeid med kommunene i området. Alle har ernæring som en del av programmet i LMS-kursene. Flere melder at ernæring er en integrert del av pasientforløp innen rehabilitering. Ernæring er på grunnlag av kravet i oppdragsdokumentet spesifikt omtalt i kravspesifikasjon for kjøp av private rehabiliteringstjenester.*

### **2.3.2 Psykisk helsevern**

- Helse Sør-Øst RHF skal evaluere effekten av avtalene om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunene, herunder barnevernet. Evalueringen skal vurdere avtalene opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodeller.

*Helse Sør-Øst har formalisert samarbeid med Bufetat og har årlig felles fagdager med BUP og barnevern. På fagdagen fordypet man seg i tema hvor ansvarsområdene er overlappende, noe som danner grunnlag for videreutvikling av samarbeidet. Det er formaliserte samarbeidsavtaler på alle nivåer helt ned til utøvende enheter i helseforetak/ sykehus. Samhandlingsprosjekt med kommuner/bydeler registreres og informasjon legges på nettside. Det etablerte samarbeidet evalueres fortløpende. Resultatet av samarbeidet er positivt og bidrar til styrket pasientbehandling, mer tverrfaglig samarbeid og en sammenhengende tjeneste.*

- Helse Sør-Øst RHF skal som ledd i etableringen av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppgaven spesifiseres i et eget brev.

*Alle helseforetak/sykehus fikk i eget brev detaljerte krav om oppdraget som ble gjennomgått i felles møte 2. juni. Fagrådet for psykisk helsevern har fått oppdrag om å utarbeide regional plan, som slutføres primo 2011. Alle styringskrav vedrørende tvang er tatt inn i styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern" med eget vedtak som underbygger oppdraget.*

*Egne områdeplaner for alle sykehusområder, basert på styresaken, skal sikre arbeidet knyttet til bruk av tvang. Videre er det i styresak 061/2010 vedtatt at alle sykehusområder skal etablere brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlig og tilbakevendende psykiske lidelser for å forebygge bruk av tvang. Lokale planer og regional plan er utarbeidet i 2010, plandokumenter og føringer gitt i ny Nasjonal strategi samt styresak 061/2010, skal implementeres fullt ut i 2011.*

*Det har også vært satt fokus på å få ned antall tvangsinnleggelses gjennom styringssignaler i definisjonskatalogen, den månedlige rapporteringspakken og ved å stille krav i oppdrags- og bestillerdokumentet. Løpende oppfølging av helseforetakene har skjedd gjennom den månedlige rapporteringspakken. Bruken av tvang har vært viet særlig oppmerksomhet, også med bakgrunn i de store variasjonene i mellom sykehusene. Forskjellene er fortsatt uakseptabelt store, og alle helseforetak/sykehus er nå pålagt å lage egne handlingsplaner for redusert bruk av tvang.*

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

*Det er i de regionale strategiplanene som ble styrebehandlet i 2010 lagt stor vekt på behovet for et nært samarbeid mellom psykisk helsevern og TSB for å sikre en helhetlig oppfølging og behandling. Kravet ble videre tatt opp med helseforetakene i møte hvor kravene i oppdragsdokumentet ble gjennomgått.*

- Helse Sør-Øst RHF skal bidra til Helsedirektoratets kartlegging av behandlingstilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser når det gjelder kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet. Direktoratets kartlegging skal omfatte tilbudet på regionalt nivå, i helseforetak og DPS, i BUP, i privat regi, samt i kommunene, jf. regjeringens ønske om å styrke behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, med særlig fokus på barn og unge.

*Dette er gjennomført. I tillegg har Helse Sør-Øst hatt en egen intern kartlegging og egen anskaffelse fra private avtaleparter for spiseforstyrrelser og sikret ekstra kapasitet både for barn/unge, (samt unge voksne) og voksne.*

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS, jf. relevante erfaringer fra prosjektene "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS) mv.

*Dette oppdraget er behandlet gjennom eget vedtak i styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern". Det er vedtatt i styresaken at "Brukerstyrte plasser utvikles og prøves ut i alle sykehusområder for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendende alvorlige sykdomsutbrudd." Dette skal legges inn i helseforetakenes områdeplaner i 2011.*

*Videre er det i samme styresak vedtatt at alle helseforetak/sykehus skal legge til grunn Helse Sør- Østs 13 prinsipper for brukermedvirkning og styrke de pårørendes rolle. Sykehusområdene skal også sikre god samhandling med primærhelsetjenesten, avtalespesialistene og private tilbydere av helsetjenester. Økt samhandling skal legge til rette for god ressursutnyttelse, differensiering av tjenestetilbudet, økt brukermedvirkning og pasientens frie valg mellom behandlingstilbudene.*

Det rapporteres gjennom årlig melding fra helseforetak at man eksempelvis har prøvet ut et særlig fokus på å systematisere erfaringer med ambulante akutteam (inkl. bruk av beredskapssenger). Erfaringer har medført en omfattende omstilling av de aktuelle teamene (iverksatt fra 01.01.11) samt av typen og kapasiteten av døgnplasser innenfor DPS. Et annet eksempel er fra Psykiatrien i Vestfold HF der det rapporteres at DPSene i helseforetaket har lav terskel og direkte kontaktmulighet med innleggelser for kjente pasienter. Søndre Vestfold DPS arbeider med konsept lignende Jæren DPS. Det er mot slutten av 2010 etablert en ordning med brukerstyrte senger ved Nordre Vestfold DPS, med utgangspunkt i avtaler med et antall aktuelle pasienter.

- Helse Sør-Øst RHF bes vurdere å legge til rette for å gi økt tilbud til personer med psykiske lidelser/problemstillinger innenfor ordningen "Raskere tilbake".

I ordningen Raskere tilbake i 2010 har Helse Sør-Øst RHF gjennom toppfinansierte prosjekt ved helseforetak lagt til rette for en økning av tilbudet for pasienter med psykiske lidelser. Ved utgangen av 2010 er det etablert 11 prosjekter innen fagområdet. Ved utgangen av 2010 er det videre under forberedelse en anskaffelse av tjenester fra private tilbydere til behandling av lettere psykiske lidelser. Dette rettet mot fylkene Østfold, Hedmark, Oppland og Vest-Agder.

Samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst og private sykehus med driftsavtale deltar i ordningen. Tilbudene er både aktivitetsbaserte og i form av toppfinansierte prosjekter. Tilbudene har særskilt finansiering og kommer i tillegg til ordinær aktivitet innrettet for å ivareta Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar. Tilbudene gis som polikliniske utredninger, innleggelser og som oppfølging.

Fagområder som hovedsakelig dekkes er innen muskel/skjelett-lidelser, lettere psykiske lidelser og ortopedi. I tillegg er det inngått avtaler med private leverandører innen rehabilitering med arbeid som mål.

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

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at den permanente Rusakutten i Oslo åpnes så raskt som mulig i løpet av 2010 med døgnpost.

Oslo universitetssykehus HF etablerte i begynnelsen av 2010 et ambulant team og ekstra døgnplasser i påvente av etableringen av den permanente Rusakutten som ble åpnet 30. august 2010. Rusakutten har som planlagt 12 døgnplasser.

- Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med kommunene legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling.

Kravet ble tatt opp med helseforetakene i møte hvor kravene i oppdragsdokumentet ble gjennomgått. Av helseforetakenes årlige meldinger framgår at det er iverksatt konkret tiltak i forhold til dette. Det rapporteres et nært samarbeid med kommunene om behandlingsforeberedende tiltak herunder veiledning og rådgivning til pasienter som får midlertidige tilbud i kommunale bo- og omsorgsinstitusjoner.

### **2.3.4 Habilitering og rehabilitering**

- Helse Sør-Øst RHF skal i 2010 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009 for befolkningen. Helse Sør-Øst RHF forutsettes å ta hensyn til forventet bruk av tjenester i disse institusjonene fra andre regionale helseforetak.



*Kjøp i 2010 har vært i samsvar med føringen. Det er kjøpt tjenester for om lag 800 millioner kroner. Det er ikke foretatt noen nye anskaffelser i 2010, slik at avtalene for 2009 er videreført med den i statsbudsjettet fastsatte deflator. Også pasienter fra andre helseregioner har benyttet institusjonene i Helse Sør-Øst. I tillegg er det anskaffet rehabiliteringstjenester under ordningen "Raskere tilbake".*

## **2.3.5 Områder med særskilt fokus**

### **2.3.5.1 Kronisk smerte**

- Helse Sør-Øst RHF skal innen utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette.

*Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter, men har dessverre oversett fristen for oversendelse til departementet. Dette er nå ivaretatt.*

*Helse Sør-Øst RHF har startet et planarbeid med tanke på å styrke tilbudet til pasienter med langvarige smerter. Det er gjennomført et møte der fagmiljøene i helseforetakene og brukerrepresentanter deltok. Det kom frem mange forslag om forbedringer som skal følges opp i en arbeidsgruppe i 2011.*

### **2.3.5.2 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)**

- Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide rapport med status over adekvate tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasienter med CFS/ME. Rapporten skal vise hvilke helseforetak som har tilbud til pasientgruppen, hvilken type tilbud, antall pasienter som er henvist og antall pasienter som er gitt et tilbud i helseregionen i 2009. Frist for rapportering er utgangen av 2. tertial 2010.

*Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en rapport med status over adekvate tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasienter med CFS/ME. Denne statusen ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet den 16.09.10.*

### **2.3.5.3 Huntingtons sykdom**

- Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle kompetanse og fagnettverk for å sikre at pasienter med Huntingtons sykdom får et relevant tilbud i alle faser av sykdommen. Dette tilbudet må ses i sammenheng med tilbudet ved Senter for sjeldne diagnoser.

*Helsedirektoratet har valgt Kløverinstitusjonene som samarbeidspartner til dette tiltaket. Kløverinstitusjonene og Oslo universitetssykehus- Senter for sjeldne diagnoser (SSD) har startet arbeidet med å konkretisere ressursentrenes oppgaver og samhandlingen med SSD. Det sendes inn rapport om drift og resultater av prosjektet for 2010 til Helsedirektoratet i løpet av 1. tertial 2011.*

*Videre har Helse Sør-Øst RHF inngått avtale med Vikersund kurbad AS om kjøp av plasser for tidligfasebehandling av pasienter med huntingtons sykdom.*

### **2.3.5.4 Organdonasjon/transplantasjon**

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, slik at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres.

*Arbeidet med å sikre en tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner er en kontinuerlig prosess. Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag*

å sikre landsfunksjonen for organtransplantasjoner, slik at flest mulige tilgjengelige organer kan transplanteres.

Transplantasjonsaktiviteten av de abdominale organer har økt kontinuerlig de siste 10 årene. I 2010 ble det totalt utført 373 transplantasjoner (263 nyrer hvorav 83 fra levende giver), 89 leverer, 15 bukspyttkjertler og 6 øycelle transplantasjoner). Det representerer sammenlignet med år 2005 en økning på ca. 25 prosent og sammenlignet med år 2000 en økning på ca. 60 prosent. Alle organer som er blitt tilgjengelige er blitt benyttet, og ingen organer er gått tapt pga. manglende kapasitet ved avdelingen. I 2010 ble 238 personer meldt som potensielle organgivere, og det ble 102 realiserte organdonasjoner. Avslagsprosenten fra pårørende var 28 prosent. Dette er blant de lavere verdiene de siste 10 år. Ventelistene for nyretransplantasjon er i Norge stabile og lave sammenlignet med alle andre land. Ved utgangen av 2010 sto 220 pasienter på venteliste for nyrer, mens tilsvarende tall for de fire foregående år er; 206, 232, 180 og 179.

Antallet levertransplantasjoner har økt mye de siste årene. Tilgangen på donorlever er god i Norge. Transplantasjonsraten for lever er nå 17-18 pr mill. innbyggere, og dette er den høyeste raten i Skandinavia. Dette gjør at også pasienter med transplantabel ondartet sykdom i leveren får et reelt behandlingstilbud med transplantasjon. Ventelistene for lever er korte (median ca 4-5 uker), og den ventelisterelaterte dødeligheten er minimal.

Antallet nyre/bukspyttkjerteltransplantasjoner er stabil på 15-20/år og var i 2010 15. Faktorer relatert til donor (alder, kroppsvekt, medisinsk tilstand forøvrig) begrenser tilgangen på helorgan bukspyttkjertel til transplantasjon. Imidlertid kan øyceller utvinnes fra majoriteten av givene. I 2010 ble det gjort 6 øycelletransplantasjoner og det kan forventes et økt antall transplantasjoner av denne typen i fremtiden.

Organtransplantasjon hjerte, lunge: Aktiviteten i 2010 har vært tilfredsstillende i forhold til antall organgivere. Det har vakt bekymring at man tidvis må si nei til marginalt fungerende transplantater pga. manglende ressurser. Dette skyldes at transplantasjonsaktiviteten er en liten del av den samlede aktiviteten ved thoraxkirurgisk avdeling og hvor intensivkapasiteten utnyttes maksimalt på dagtid og transplantasjon oftest skjer utenfor ordinær arbeidstid.

Det er i 2010 økte anstrengelser for å overføre en del av etterkontrollene til andre sykehus, i denne forbindelse er det avholdt et 2-dagers kurs for lungeleger med en rekke forelesere fra miljøet. Det er utført 30 hjerte transplantasjoner samt en kombinert transplantasjon av hjerte og nyre. To av disse inngrepene var re-transplantasjoner pga. utvikling av kronisk karsykdom i transplantatene. Det er utført en hjerte- og lungetransplantasjon, 30 bilaterale lungetransplantasjoner og 1 ensidig transplantasjon. Dette er det høyeste antall lungetransplantasjoner noensinne. Det var i 2010 tre hjertepasienter som døde på venteliste, syv lungepasienter er enten døde eller ble trukket fra listen da de ble bedømt som ikke lenger transplantable.

Det vises for øvrig til kompetansesentrenes rapporter som er tilgjengelig på

<http://forskningsprosjekter.ihelse.net/HSListe.aspx?regionId=3>

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

Helseforetakene har iverksatt tiltak for å øke antall tilgjengelige organer. Det er etablert donoransvarlig lege ved helseforetakene og noen steder er det også etablert donoransvarlig sykepleier. Det er regelmessige møter med donoransvarlige leger/sykepleiere og nasjonal koordinator i Helsedirektoratet. Nordisk film har i tett samarbeid med fagmiljøene i Oslo universitetssykehus laget en dokumentarserie om organtransplantasjon som ble vist på nasjonalt fjernsyn tidlig i 2011. Bakgrunnen for serien er å vise livshistorien til barn/ungdom og voksne som venter på organer, deres og familiens forhåpninger, forventninger, skuffelser og gleder. Serien viser også det store apparat som kreves for å gjennomføre organtransplantasjoner. Det

omfattende donorarbeidet som involverer alle landets donorsykehus gir en god tilgang på organer i Norge sammenlignet med alle andre land.

#### 2.3.5.5 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig kapasitet for cochleaimplantasjoner jf. nasjonale mål.

Nasjonale mål for cochleaimplantatvirksomhet er oppfylt hva gjelder volum.

Det er 2010 operert totalt 56 barn (43 nye barn og 13 barn med CI fra før som får CI2 eller utskifting). Det er operert 41 voksne (25 nye voksne og 16 voksne med CI fra før som får CI2 eller utskifting). Dette utgjør totalt 124 implantater

Barn med behov for cochleaimplantat (landsfunksjon) prioriteres og er operert innen fristen for nødvendig helsehjelp. Pga naturlig variasjon økte antallet barn som fikk CI fra 24 i 2009 til 43 (75 prosent) i 2010. Ettersom barna oftest får to CI og voksne ett, har derfor antallet voksne opererte blitt halvert (fra 50 til 25). Dermed økte ventelisten og ventetiden for voksne (som i 2009 ble redusert fra 2-3 år til ca 4 måneder fra henvisning til operasjon) i 2010, men er fortsatt innenfor frist.

Cochleaimplantater krever vedlikehold. Hvert år øker samlet antall cochleaimplantat-opererte med 7-8 prosent. De fleste er unge, derfor fortsetter trenden de nærmeste 50 årene.

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.

Oslo universitetssykehus' cochleaimplantatteam ønsker å ha primært (re)habiliteringsansvar første året etter operasjon og fungere formelt som kompetansesenter for cochleaimplantat. Det pågår diskusjoner med Hørselshemmedes landsforbund (HLF) om samarbeid omkring habilitering. Det er i dag noen sykehusområder som har et eget tilbud. De sykehusområdene som ikke har eget tilbud, benytter tilbudet ved ØNH-avdelingen ved Oslo universitetssykehus HF.

#### 2.3.5.6 Prehospitale tjenester

- Helse Sør-Øst RHF skal sikre at helseforetakene innen 1.4.2010 oppfyller kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Foretakene melder tilnærmet oppfyllelse av kravene. Vel 90 prosent av ambulanspersonellet har autorisasjon som ambulansarbeidere. De øvrige er enten sykepleiere med tilleggskompetanse eller kompetanse i tråd med NOU-kravene. I ferier og ved større høytider er andelen personell med autorisasjon som ambulansarbeider lavest. Det gir utfordringer med å sette sammen vaktlag med tilstrekkelig samlet kompetanse til å oppfylle forskriftskravet. Det arbeides kontinuerlig med dette i de seks foretakene som har ansvar for prehospitale tjenester og Helsetilsynet er for tiden i gang med en ny detaljert kartlegging.

- Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulansbiler som følge av Norges implementering av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.

Dette arbeidet er i prosess og videreføres i 2011. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet.

#### 2.3.5.7 Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

- Helse Sør-Øst RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten i tråd med og fra den tid departementet beslutter.

*Helse Sør-Øst RHF vil implementere nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten når dette foreligger.*

- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med departementet og Helsedirektoratet, evaluere forvaltningen av Landsfunksjon for NBC-skader ved Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål.

*NBC-senteret har i 2010 drevet virksomheten i tråd med virksomhetsplan som har vært drøftet med Helsedirektoratet. Evalueringen var besluttet å være en oppgave for Helsedirektoratet med bistand og samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. Det ble startet planlegging av evaluering høsten 2010 og med utkast til evalueringsskjema. Helsedirektoratet har i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet senere besluttet å forskyve evalueringsprosessen til 2011.*

#### 2.3.5.8 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

- Helse Sør-Øst RHF skal implementere nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner i tråd med og fra den tid departementet beslutter.

*Helse Sør-Øst RHF vil implementere nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner i tråd med og fra den tid departementet beslutter.*

#### 2.3.5.9 Smittevern

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at det er tilstrekkelige ressurser til å rapportere og kvalitetssikre at data blir brukt til å evaluere klinisk praksis i enheter som rapporterer til NOIS-systemet. Alle foretak, hvor det utføres to eller flere inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrer til NOIS-systemet innenfor fastsatte tidsfrister og med kvalitetssikrede data.

*Helse Sør-Øst samarbeider med Folkehelseinstituttet (FHI) om innrapportering. Avvik fra helseforetakene med hensyn til rapportering til FHI meldes Helse Sør-Øst RHF. Resultatene av NOIS undersøkelser bearbejdes av smittevernkompetansen ved Oslo universitetssykehus HF som også anbefaler tiltak for oppfølging av Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF anser at det ligger muligheter til å utnytte NOIS ytterligere i kvalitetsarbeidet.*

- Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet påse at det utvikles og implementeres et pilotprosjekt for helhetlig opplæringsprogram for å leve med hiv i regi av lærings- og mestringssenteret.

*Det er etablert kontakt med Helsedirektoratet og møtetidspunkt avventes.*

#### 2.3.5.10 Beredskap

- Helse Sør-Øst RHF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1).

*Hvert helseforetak/sykehus har evaluert på grunnlag av egne erfaringer. RHF avventet den regionale gjennomgangen inntil Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sin rapport om det samme forelås. På grunnlag av rapporten fra DSB, som er distribuert til alle helseforetakene, gjennomføres nå en evaluering der både beredskapskompetanse og infeksjonsmedisinsk kompetanse inngår. Dette er i prosess.*

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen har oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.

*Regional beredskapsplan er rullert i 2010 og vedtatt i styret for Helse Sør-Øst. Planen er gjort gjeldende for helseforetakene og benyttes som grunnlagsdokument i beredskapsarbeidet hele foretaksgruppen.*

*Det pågår et aktivt samordningsarbeid gjennom regionalt beredskapsutvalg (RBU) som er et permanent utvalg for koordinering og utvikling av beredskapsarbeidet i regionen. Regionale ROS-analyser er revidert/oppdatert i 2010. Det er gjennomført varslingsøvelser i foretaksgruppen i juni og september. Forutsetningen om oppdaterte planer og øvingsaktivitet er også tatt inn i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 til helseforetakene og rapporteres i helseforetakenes årlige meldinger.*

*Det er gjennomgående et sterkt fokus på beredskapsarbeid i foretaksgruppen både når det gjelder rullering av planer, deltakelse i øvelser, behovet for å sikre effektiv ressursutnyttelse også i håndteringen av krisesituasjoner og ivaretagelse og videreutvikling av gode relasjoner til relevante samhandlingsparter.*

## **2.4 Utdanning av helsepersonell**

- Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. områder med diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister – et eksempel er behov for onkologer. Det vil være hensiktsmessig at de regionale helseforetakene samarbeider om denne oppgaven.

*Kunnskapen om forventet behov og tilgang på kompetanse generelt og på legespesialister spesielt, har ikke vært tilstrekkelig. De regionale helseforetakene har derfor initiert et samarbeid med Spekter, SSB, Helsedirektoratet, HOD og KD om å gjennomføre en felles overordnet analyse. Analysen har særskilt fokus på rekrutteringsutsatte legespesialister, ambulansesarbeidere og helsefagarbeidere. Analysen beskriver dagens situasjon og inneholder en beskrivelse av fremtidige behov. Basert på et forbedret kunnskapsgrunnlag, vil regionene iverksette tiltak for å møte gapet mellom behov og tilgang i løpet av 2011.*

*Det har ikke vært gjennomført ytterligere felles RHF-tiltak for dette i 2010, slik det for eksempel ble gjort for geriatrien i 2009 under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Imidlertid har Helse Sør-Øst RHF ved fordelingen av de utsatte legekvote for 2008-2010 prioritert utdanningsstillinger innenfor spesialiteter med særskilt rekrutteringsbehov (kreftrelaterte spesialiteter/laboratoriefag og psykisk helsevern)*

*Med hensyn til legefordeling og rekruttering for øvrig har Helse Sør-Øst hatt sitt hovedfokus på omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet. Her har man gjennomført overflytting av 167 legehjemler som konsekvens av nye sykehusområder. Den totale kartlegging og analyse av legefordelingen mellom helseforetakene basert på ny inntektsmodell (internt prosjekt i 2008-2009) ble lagt til grunn beregning av legestillingsbehovet. Den gjennomførte analysen har også sammen med helseforetakenes søknader/vurderinger blitt lagt til grunn for fordelingen av de siste års legekvote.*

*Det vil være behov for at en i det enkelte berørte helseforetak/sykehus i hovedstadsområdet, i samband med omstillingsprogrammet, vurderer de faktiske konsekvenser for spesialistutdanningen. Om det har oppstått reduksjoner i utdanningskapasiteten på enkeltområder, vil en vurdere tiltak i forhold til dette. Helse Sør-Øst RHF vil ha dette med i betraktningen ved fordelingen av kommende års legekvote og evt. andre tiltak.*

- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningene. Antallet rapporteres i årlig melding.

Bortsett fra et par helseforetak med mer spesialiserte oppgaver rapporterer alle helseforetak (samt de fleste private sykehus) at de arbeider aktivt med etablering av lære plasser i de aktuelle fag. Dette gjelder dels egne plasser, dels plasser i fylkeskommunal regi. Alle har ikke oppgitt antall. Til sammen er det rapportert om følgende antall plasser i 2010 og (2009):

- Helsefagarbeider: 64 (93)
- Ambulansearbeider: 104 (143)

I tillegg kommer lærlinger i andre fag.

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

Helse Sør-Øst RHF har gitt det regionale utdanningsutvalget en særskilt rolle i å bidra inn i det nasjonale arbeidet, og utvalget har vært i kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet om fremdriften i arbeidet. Utvalget ser det som viktig å få på plass et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning, og ser frem til Helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid i denne saken.

- Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om et pilotprosjekt om opprettelse av kompetanseområde i palliativ medisin.

Helsedirektoratet har oppnevnt to deltagere fra helseforetakene til dette arbeidet (fagrådet). Fagrådets overordnede målsetning med prosjektet er å bedre og kvalitetssikre helsetilbudet til alvorlig syke og døende gjennom å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medisin for leger.

Ved å etablere et formelt kompetanseområde i palliativ medisin ønsker fagrådet å oppnå følgende mål eller effekter:

- formelt kvalifiserte leger i palliative team og på palliative enheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- et mer enhetlig palliativt tilbud nasjonalt
- bedre rekruttering til fagfeltet
- behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten eller som en delt oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten for pasienter som ellers ville trenge oppfølging i spesialisthelsetjenesten

Fagrådet har hatt flere møter siden mai 2010 og har utarbeidet en prosjektplan for arbeidet om opprettelse av kompetanseområde i palliativ medisin. Det forberedes oppstart av en pilot 01.03.11.

## 2.5 Forskning

### 2.5.1 Forskning

- Helse Sør-Øst RHF skal bruke minst 8 mill. kroner til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regionalt finansierte forskningsprosjekter i denne kategorien tilsvarer ca 9-10 millioner kroner per år. Dessuten er regionalt kompetansesenter for helsetjenesteforskning (HØKH) ved Akershus universitetssykehus støttet med 5,6 millioner kroner for 2010 av regionale forskningsmidler. HØKH er et sentralt kompetansemiljø for denne type forskning. I tillegg kommer en rekke forsknings- og utviklingstiltak som finansieres på helseforetaknivå, hovedsakelig med basis i

*helseforetakenes egne driftsbudsjetter. Et nøyaktig tall for samlet regional ressursbruk til denne type forskning er imidlertid vanskelig å fastslå. Rundt 20 millioner kroner er et anslag.*

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF, slutføre arbeidet med å etablere et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudier (fase I-IV) i helseforetakene, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikres koherens med de systemer som etableres i de regionale etiske komiteene for å registrere forskningsprosjekter (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre systemer for registrering av kliniske studier og forskning. Det skal gjennomføres et arbeid for å vurdere muligheten for å klassifisere og rapportere alle forskningsprosjekter i helseforetakene etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.

*En arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2010 med representanter fra de andre regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo, NIFU, Forskningsrådet og regional etisk komité. Gruppen har slutført sitt arbeid og har konkludert med anbefaling av rapporteringssystem i tråd med bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sluttrapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet februar 2011.*

- Helse Sør-Øst RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressurser i utviklingsarbeid knyttet til videreutvikling av de nasjonale systemene for måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning og utvikling.

*Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidsgrupper i forbindelse med etablering av nytt nasjonalt forskningsinformasjonssystem (CRISTIN) og i arbeidsgruppe etablert av RHF-enes strategigruppe for videreutvikling av nasjonalt system for ressursmåling (NIFU)*

- Helse Sør-Øst RHF skal sette av nødvendige ressurser for etablering av Norsk vitenskapsindeks i de rapporteringsenhetene som inngår i det nasjonale målesystemet for forskningsresultater.

*Helse Sør-Øst RHF har dialog med alle helseforetak gjennom administrativt forskningsledernetverk og også presentert etableringen av Norsk vitenskapsindeks i andre regionale fora. De store helseforetakene bruker ressurser fra eget driftsbudsjett, men ressursbehovet for etablering av rapporteringssystemet er foreløpig ikke klarlagt. Regionale forskningsstøttefunksjoner ved Oslo universitetssykehus som er finansiert av regionale forskningsmidler, vil kunne bistå helseforetakene med implementeringen av rapporteringssystemet.*

## **2.5.2 Innovasjon**

- Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

*Helse Sør-Øst har arbeidet nært med de øvrige RHF, Helsedirektoratet, Innovasjon Norge og Norges Forskningsråd for å lage en felles tiltaksplan for innovasjon. Den er nå på høring til alle helseforetakene. Helse Sør-Øst har et omfattende samarbeid med mange bedrifter innen rammen av satsingen.*

*I 2010 har Helse- Sør Øst slått sammen vår kommersialiseringsenhet, Medinnova med tilsvarende enhet ved Universitet i Oslo, Birkeland Innovasjon til en ny institusjon kalt Inven2 AS. Dette er et viktig bidrag til profesjonaliseringen av arbeidet med særlig forskningsbaserte innovasjoner. Allerede i 2010 har dette brakt fram flere innovasjoner enn tidligere.*

*Det er utarbeidet en handlingsplan for innovasjon for perioden 2008-2011. Det er satt av i alt inntil 10 millioner kroner til innovasjon i 2010 og hele 21 prosjekter har i 2010 fått støtte fra innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst RHF. Tilsvarende avsetning er gjort for 2011.03.07*

*I tillegg er Helse Sør- Øst aktiv i InnoMed som er en sentral felles institusjon i den nasjonale satsingen.*

## **2.6 Pasientopplæring**

- Helse Sør-Øst RHF skal påse at helseforetakenes tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming.

*Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdrags og bestillerdokumentet for 2010. Helseforetakene melder i sin årlige melding til Helse Sør-Øst RHF at de følger opp tiltaket. I denne sammenheng kan bl.a. Sørlandet sykehus HF nevnes, som har ansvaret for regionalt LMS. Helseforetaket har utviklet helsefilmportalen. Helsefilm er pedagogisk tilrettelagt film som delvis erstatter og delvis supplerer ordinære LMS- tilbud. Filmene gjøres tilgjengelig via internett. Filmene kan lett oversettes til flere språk.*

*De fleste helseforetak opplyser at de ikke har egne kurs for fremmedspråklige, men at de, dersom behovet er meldt, sørger for tolk. Oslo universitetssykehus melder at de har en 50 prosent stilling dedikert fremmedspråklige. De fleste helseforetak eller private ideelle sykehus med samarbeidsavtale bemerker særskilt at de har tilrettelagte kurs for rullestolsbrukere, syns- og hørselshemmede. Der de ikke har egne kurs, er det samarbeid med andre helseforetak.*



### 3. RAPPORTERING PÅ KRAV OG RAMMER FOR 2010 I FORETAKSPROTOKOLL HELSE SØR-ØST

*Det vises til Foretaksprotokoll Helse Sør-Øst RHF, krav og rammer for 2010. Det vises også til eksplisitt stilte rapporteringskrav omtalt under sak 4, 5 og 6 i protokollen, samt rapporteringskrav og standardiserte rapporteringsmaler som fremgår av vedlegg 1 til årlig melding.*

*Nedenfor gjøres kort greie for tiltak som er igangsatt for å oppfylle styringskravene:*

#### 3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2010

##### Resultatkrav for 2010

- Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2010. Foretaksrådet forutsatte at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri balansekravet og at gjennomføringen av disse tiltakene skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

*Krav om økonomisk balanse er nedfelt i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 til helseforetakene. Disse dokumentene er bekreftet i foretaksrådet med foretakene. Det er i dokumentet presisert at den økonomiske utfordringen i 2010 tilsier at det skal settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak, og at Helse Sør-Østs 12 prinsipper for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn.*

- Foretaksrådet understreket de regionale helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer. Foretaksrådet la til grunn at de regionale helseforetakene utarbeider budsjetter for 2010 hvor det er samsvar mellom avsatte midler til investeringer og planlagte investeringsprosjekter.

*Helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer er nedfelt i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 til helseforetakene. Budsjetterte resultater og investeringer for 2010 er innenfor helseforetakenes tilgjengelige rammer.*

- Det økonomiske opplegget for 2010 presentert i Prop. 1 S (2009-2010) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som i 2009. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2010 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Foretaksrådet presiserte at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Prop. 1 S (2009-2010). Dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010) vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.

*Pensjonskostnader ble i budsjett for 2010 håndtert på linje med andre kostnader. Endringen i beregning av pensjonsforpliktelse per 31.12.2010 og håndteringen av dette i Prop. 32S (omgrupperingsproposisjonen) er fulgt opp overfor helseforetakene, de private ideelle med*

*driftsavtale samt aktører med kjøpsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Håndteringen er avklart med Helse- og omsorgsdepartementet samt øvrige regionale helseforetak.*

- Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank, innenfor de rammene departementet setter. Ved inngangen til 2010 er samlet driftskredittramme på 6,9 mrd. kroner. Anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie i 2010 tilsier at pensjonspremien vil bli 500 mill. kroner lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden. Basert på disse anslagene, skal samlet ramme for driftskreditter reduseres med 500 mill. kroner fra 6,9 mrd. kroner til 6,4 mrd. kroner ved utgangen av 2010.

*Helse Sør-Øst RHF har i budsjett og løpende styring i 2010 forholdt seg til gjeldende driftskredittramme, prinsippene for rammeendringer knyttet til forholdet mellom pensjonskostnad og -premie, og har også tilbakebetalt iht. Prop 32S (omgrupperingsproposisjonen).*

- Helse Sør-Øst RHF har nå en godkjent driftskredittramme på inntil 2 485 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF's andel av samlet nedbetaling utgjør 270 mill. kroner slik at driftskredittrammen ved utgangen av 2010 settes til 2 215 mill. kroner. Driftskredittrammen vil følgelig bli nedjustert med 22,5 mill. kroner ved utgangen av hver måned. Foretaksmøtet viste videre til at Helse Sør-Øst RHF har hatt stram likviditet i 2009 og at dette vil være tilfelle også i 2010.

*I budsjettet og utbetalingsplaner for 2010 ble det tilrettelagt for nedjustering av driftskreditt som følge av kravene om nedbetaling på grunn av forholdet mellom pensjonskostnad og -premie. Tilbakebetaling av tildeling iht. Prop 32S (omgrupperingsprop) er gjort.*

- Helse Sør-Øst RHF må holde seg innenfor en driftskredittramme på 2 215 mill. kroner.

*Helse Sør-Øst har i 2010 holdt seg innenfor gjeldende driftskredittramme.*

- Helse Sør-Øst må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.

*Helse Sør-Øst har budsjettert innenfor tilgjengelig likviditet og med en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.*

## **3.2 Styring og oppfølging i 2010**

### **Rapporteringskrav – økonomi**

Månedlig rapportering inngår i ØBAK. Kommentarer til utviklingen sendes i eget dokument innen samme frister. Periodisert budsjett for foretaksgruppen sendes departementet i ordinært format innen 25. februar 2010. Rapportering på likviditet, investeringer og kontantstrøm (skjema E4) hvert tertial.

- Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med at Helse Sør-Øst RHF nå er inne i en positiv økonomisk utvikling. Foretaksmøtet vektla betydningen av at økonomistyring og -oppfølging fortsatt skal være en hovedprioritet i Helse Sør-Øst RHF slik at den positive utviklingen i 2. halvår 2009 kan videreføres og forsterkes i 2010.

*Dette er tatt til etterretning. Det har vært et sterkt fokus på økonomistyring og resultatutvikling for foretaksgruppen i 2010. Den positive utviklingen fra 2009 er videreført og forsterket i 2010.*

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

*Dette er tatt til etterretning. Det er gjennomført utstrakt dialog med helseforetakene omkring budsjettforutsetninger og -prosess. Det regionale helseforetakene har kvalitetssikret helseforetakenes budsjetter som et ledd i utarbeidelsen av foretaksgruppens samlede budsjett for 2010.*

- Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet månedlig iht. det opplegg som er etablert i ØBAK. Helse- og omsorgsdepartementet vil som hovedregel innkalle til månedlige oppfølgingsmøter i 2010.

*Dette kravet er ivarettatt.*

- Det er etablert et kompetansenettverk mellom de regionale helseforetakene for å bedre økonomisk styring og kontroll. Helse- og omsorgsdepartementet vil, med utgangspunkt i det arbeid som allerede er gjort i det enkelte regionale helseforetak, ta initiativ til et arbeid i regi av kompetansenettverket for å bedre den interne effektiviteten i sykehusene, herunder spesielt vurdere kapasitet, logistikk og pasientflyt. Rammene for dette arbeidet vil bli utarbeidet i nært samarbeid mellom departementet og de regionale helseforetakene. Foretaksrådet forutsatte at de regionale helseforetakene gjennom kompetansenettverket for økonomistyring bidrar i arbeidet med å bedre den interne effektiviteten i sykehusene.

*Oppgaven ble spesifisert i brev fra HOD av 07.04.10. I fellesskap skulle RHF'ene utarbeide en rapport innen 20.10 og med følgende innhold: En beskrivelse av effektiviseringsarbeidet i de fire regionene, forslag til tiltak og plan for videre prosess.*

*I regi av kompetansenettverket for økonomistyring ble det nedsatt en arbeidsgruppe med to deltagere fra hvert RHF. Arbeidsgruppen hadde to møter og første utkast til rapport ble ferdigstilt 9. september. Av hensyn til behandling av rapporten i RHF'ene ble Helse- og omsorgsdepartementet forespurt om utsatt frist for avlevering av rapport, og etter avtale ble rapporten oversendt 28. oktober.*

*En kort oppsummering av rapportens innhold er at det allerede foregår mye prosjektrettet arbeid knyttet til effektivisering i RHF'ene, f.eks. bedring av logistikk, som del av kvalitetsutvikling og generell tilrettelegging av styringsinformasjon. Benchmarking er en mye brukt metode for å avdekke potensial for innsparing, men det å måle prestasjoner og sammenlikne, er generelt sett en stor utfordring. Rapporten nevner og drøfter en lang rekke potensielle indikatorer egnet for oppfølging, men understreker samtidig betydningen av at definisjoner, spesifikasjoner og datagrunnlaget som sådan kvalitetssikres, spesielt ved nasjonal implementering. Plan for videre prosess omtaler behovet for nasjonale analyser, utnyttelse og videreutvikling av eksisterende rapportering, erfaringsutveksling og spesielle initiativ.*

*Helse Sør-Øst RHF deltar og bidrar i dette kompetansenettverket, blant annet i arbeidet knyttet til å bedre den interne effektiviteten i sykehusene.*

- Foretaksrådet viste til at prioritering av pasienter skal baseres på individuelle vurderinger av den enkelte pasient og ikke lønnsomhetsbetraktninger i forhold til finansieringssystemet. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF foreta en gjennomgang av hvordan finansieringsordningene praktiseres internt i sykehusene.

*Dette kravet er nedfelt i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010.*

Helse Sør-Øst har i 2010 ved flere tilfeller foretatt gjennomgåelser av helseforetakenes praksis når det gjelder helsefaglig koding, og vurdert konsekvensene for finansiering. Dette har vært gjort som ledd i enkeltstående undersøkelser knyttet til spesielle temaer, og ikke som en total gjennomgang. En mer helhetlig tilnærming til dette er planlagt gjennomført i 2011.

- Foretaksrådet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksrådet 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.

Helse Sør Øst RHF har forholdt seg til de presiseringer som fremgår og videreført kravet i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 til helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst. Det er ikke fattet beslutninger eller foretatt funksjonsmessige endringer som er i konflikt med departementets forutsetninger.

## Investeringer og kapitalforvaltning

Det vises til omtale nedenfor om planlagte investeringer i de kommende årene, samt vedlegg 4 med skjema E2 med oversikt over fremdrift og kostnadsutvikling på prosjekter som er gitt investeringstilskudd. Det vises også til plandelen, kapittel 4.1.1 Økonomiske rammebetingelser med nærmere omtale av økonomisk langtidsplan 2011-2014, investeringsnivå og bæreevne.

Viktige forutsetninger ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2011-2014 har vært:

- Det skal genereres likviditet gjennom resultatmessig overskudd i helseforetakene slik at handlingsrom for et tilstrekkelig investeringsnivå etableres
- De omfattende omstillingsprosessene i hovedstadsområdet vil pågå over flere år og innebærer betydelig risiko. Investeringsbehov, omstillingsplaner, potensial for gevinstrealisering og tilhørende risikovurderinger må ligge til grunn for økonomisk langtidsplan 2011-2014 og senere planperioder
- Følgende langsiktige investeringer legges til grunn i perioden for økonomisk langtidsplan (2011-2014):
  - Nytt Østfold sykehus 2010-2015
  - Samlokalisering Oslo 2010-2016
  - Fase 2 ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand 2011-2012
  - Samlokalisert Vestfold-klinikk 2010-2012
- Det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken vurderes når foretaket har levert sine planer. Øvrige større byggeprosjekter, som i Sykehuset Innlandet HF, må vurderes i senere planperioder. Byggeprosjekter i Telemark-Vestfold sykehusområde må vurderes etter at sykehusområdet har fullført sitt planleggingsarbeid i 2011
- Fram mot styrets møte 4. november skal helseforetakene etablere planer for vedlikehold og fornyelse av bygg og medisinsk teknisk utstyr (MTU). Økonomiske konsekvenser av disse planene skal være innarbeidet i helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan
- Bemanningsutviklingen skal reflektere krav til aktivitetsutvikling, produktivitetsutvikling, gevinstrealisering av fellestjenester og investeringer i bygg, IKT og MTU

## Investeringstilskudd

- Foretaksrådet understreket betydningen av det arbeidet som gjøres i de regionale helseforetakene for å tilpasse dagens sykehusstruktur til fremtidens behov og utfordringer. Foretaksrådet 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 i plan for strategisk utvikling 2009-2020 (omstillingsprogrammet) som er vedtatt for Helse Sør-Øst og i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2011-2014 (2025)*

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF tilpasser sin investeringsstrategi slik at den underbygger og gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk og intensjonene i samhandlingsreformen.

*Helse Sør-Øst planlegger investeringer som underbygger og er i tråd med nasjonal helsepolitikk. Samhandlingsreformen, og intensjonene i den, hensyntas når den antas å ville få konsekvenser.*

- Det følger av tidligere krav satt i foretaksmøtet at de regionale helseforetakene skal tilpasse og planlegge framdriften av fremtidige investeringsprosjekter innenfor ordinære rammer. De regionale helseforetakene gis som hovedregel ikke lån til investeringer. Til større enkeltprosjekter kan det imidlertid gis mulighet for lånefinansiering. For å skape forutsigbarhet knyttet til gjennomføring av større investeringer, vil det ved en eventuell lånetildeling bli avsatt en øvre låneramme for hele prosjektperioden.

*Helse Sør-Øst har i 2010 utviklet økonomisk langtidsplan for perioden 2011-2014. Det er i denne planen også gjort vurdering av økonomiske konsekvenser av større investeringer, helt fram til 2025. Lånebehov og -muligheter er innarbeidet.*

- Med bakgrunn i målsettingene i Nasjonal helseplan jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) har kompetansenettverket for sykehusbygg utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.

*Arbeidet med klassifisering av sykehusbygg er nærmest fullført, bortsett fra Sykehuset Innlandet. Det mangler noen kompletteringer og oppdatering i forhold til endringer ved Oslo universitetssykehus (spesielt Aker sykehus). Det er i gangsatte et arbeid sammen med de øvrige regionene for å kvalitetssikre dataene og eventuelt opprettelse av database for dataene. Det er gjort en felles kontrahering av rådgivertjenester på dette området.*

- Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2003-2004) vedtok Stortinget et særskilt investeringstilskudd som bidrag til gjennomføring av nye Ahus på 2 600 mill. kroner (2004-kroner). For 2010 tildeles 173,5 mill. kroner til prosjektet nye Ahus. Med dette er det totalt utbetalt 2 859 mill. kroner i løpende kroner, som tilsvarer det samlede investeringstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004). Foretaksmøtet forutsatte at midlene brukes til finansiering av prosjektet, samt reduksjon av de kostnadsmessige implikasjoner når bygget tas i bruk. Det skal gis tilbakemelding om prosjektets framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2010 (jf. vedlegg 1). Prosjektet nye Ahus skal også omtales i årlig melding.

*Prosjektet Nye Ahus nærmer seg fullføring. Siste sengebygg ble tatt i bruk ved årsskiftet 2010/2011. Gjenstående arbeider er kjøkkenseksjon og et bygg for psykisk helsevern (rus). Dette vil bli ferdigstilt i løpet av våren som planlagt. Gjenstående til vår/sommer er da resterende utomhusarbeider. Prosjektet er gjennomført innenfor de planlagte økonomiske rammer, og nådde økonomiske styringsmål innenfor P50- verdi*

- I henhold til det system som er lagt til grunn for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter, er Helse Sør-Øst RHF ansvarlig for styring og oppfølging av prosjektet nye Ahus innenfor premissene som følger av Stortingets vedtak. Som det framgår av St.prp. nr. 1 (2003-2004) og finansieringsløsningen som er lagt til grunn for prosjektet, vil eventuelle merkostnader være et anliggende for Helse Sør-Øst RHF.

*Det vises til omtalen ovenfor.*

## Landingsplasser for helikoptre

- Foretaksrådet viste til rapport utarbeidet i juni 2008 av Luftambulansetjenesten ANS som viser at det ikke er tilfredsstillende landingsmuligheter for ambulanshelikoptre ved flere av landets akuttisyrkehus. Det må også ses hen til at det skal anskaffes nye redningshelikoptre. Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene iværsette et felles prosjekt for å ivareta krav om forsvarlige landingsmuligheter for ambulans- og redningshelikoptre ved akuttisyrkehusene.

*De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt for å ivareta kravet om forsvarlige landingsmuligheter for ambulans- og redningshelikoptrene ved akuttisyrkehusene. Luftambulansetjenesten ANS har fått i oppdrag å lede dette prosjektet. Det er videre etablert regionale underprosjekter med for å ivareta kartlegging, faglige vurderinger og prioritering av tiltak og aktiviteter. Prosjektet gjennomgår følgende faser:*

1. Klargjøre myndighetskrav til landingsplasser
2. Kompetanseoppbygging (se pkt 3 om seminar nedenfor)
3. Kvalitetssikre og justere oversikt over landingsforhold ved norske sykehus
4. Kartlegge planer og pågående prosjekter for bygging/opprusting av landingsplasser
5. Definere behov for de enkelte sykehus
6. Prioriteringer
7. Konkretisere løsninger

*Prosjektet vil ventelig kunne avsluttes i løpet av første halvår 2011.*

- Foretaksrådet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser for ambulanshelikoptre må vurderes i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter

*Det vises til omtalen av prosjektet ovenfor. I dette arbeidet klarlegges også hvilke myndighetskrav som gjelder for landingsplasser og det vil bli gitt råd om hvordan en skal sikre nødvendig utredning og ivaretagelse av relevante krav i forbindelse med planlegging og utbygging av sykehus.*

## 3.3 Tiltak på personalområdet

### Inkluderende Arbeidsliv (IA), sykefravær og uønsket deltid m.m.

- I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv er det enkelte arbeidssted fremholdt som en viktig arena for å redusere sykefravær, hindre helserelatert utstøting fra arbeidslivet og få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Gjeldende IA-avtale er forlenget til 1. mars 2010 i påvente av at partene i avtalen vurderer nye tiltak, f.eks. mer sektordifferensierte tiltak. Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger til rette for et godt arbeidsmiljø i helseforetaksgruppen, med henblikk på god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene og målsettingene i Inkluderende Arbeidsliv.

*De fleste foretak har fornyet sin IA-avtale, eller er i forhandlinger med NAV om etablering av ny avtale. Alle foretak har etablert gode systemer for oppfølging av sykemeldte*

*Det har i 2010 vært sterkt fokus på innføring av et felles system for arbeidsplanlegging i foretaksgruppen, for bl.a. å gi bedre oversikt over, og sikre jevnere belastning for, de tilgjengelige helsepersonellressursene. Det ble også i 2010 gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse i regionen. Denne synliggjør styrker og forbedringsbehov innen arbeidsmiljøet for enheter på alle*

nivåer i foretakene. Andelen medarbeidere som deltok i undersøkelsen, er klart forbedret i alle foretak (70 prosent deltakelse totalt i 2010 mot 64 prosent i 2008). I årets undersøkelse svarte 14 prosent av medarbeiderne at fravær har jobbrelaterte årsaker, mot 20 prosent i 2008

Det har gjennom flere år vært satset på utvikling av arbeidsmiljøet i foretakene. Fokuset har i stor grad vært systemarbeid, kursing av ledere/tillitsvalgte/vernetjeneste og generell opplæring og informasjonsarbeid rettet mot ansatte. Det arbeides også med andre arbeidsmiljøfremmende tiltak, bl.a. videreføring av IA-avtalene og oppfølging av tilsynskampanjen God vakt. Helse Sør-Østs HMS-policy skal også i tiden fremover implementeres og følges opp med konkrete og målrettede tiltak og etablerte resultatindikatorer.

- Foretaksrådet viste til at regjeringen har satt ned et utvalg som skal gjennomgå årsakene til det relativt høye sykefraværet og tidlig avgang fra arbeid i helsesektoren. Utvalget skal videre foreslå tiltak som kan redusere sykefravær og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen utgangen av 2010. Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF kartlegger omfang av og årsak til sykefraværet og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen, samt utarbeider handlingsplaner med adekvate tiltak. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.

Helse Sør-Øst RHF har analysert og vurdert foretaksgruppens fraværproblematikk opp mot arbeidsmiljø, kjønn, alder, yrkeskategorier, mv. Analysene er meldt tilbake til styre og ledelse i Helse Sør-Øst RHF samt foretakenes ledelse. Helse Sør-Øst RHF har løpende bistått det regjeringsoppnevnte utvalget med data, sammenhengsanalyser, bransjekunnskap og erfaringer med virksomme tiltak.

Sykefraværet er en prioritert oppgave i alle foretak, noe som blant annet synliggjøres gjennom den aggregerte risikovurderingen i det enkelte foretak. For driftsåret 2010 er fraværet redusert i samtlige helseforetak, men ikke alle foretak har nådd måltallet for Helse Sør-Øst (reduksjon med 1 prosent).

Det er betydelig variasjon i sykefraværet mellom foretakene (rundt 3,5 prosent mellom høyeste og laveste). Disse forskjellene forklares i stor grad med hvor foretaket er lokalisert. Variasjon i foretakenes fraværprofil gjenspeiler i stor grad fraværet i den øvrige befolkningen i det aktuelle fylke.

Analyser av fraværet i helseforetakene viser at det er andelen kvinnelige arbeidstakere som i størst grad forklarer forskjellen til samfunnet for øvrig (kilde: NOU 2010: 13 Arbeid for helse),

Døgnkontinuerlig drift med turnusarbeid har gitt noe høyere fraværprosent i helseforetakene enn i virksomheter som i stor grad baserer seg på dagarbeid. Det ble for 2010 innført en ny nasjonal standard for rapportering av fravær som skal sikre likhet i rapportering mellom helseregionene (NPSS). Indikatoren beskriver bedre det reelle fraværet i helseforetakene og kan i noen grad forklare reduksjonen i fraværprosenten.

Årsaker til reduksjonen er vanskelig å fastslå. Foretakene mener at både arbeidet rettet mot fraværproblematikken og de øvrige faktorer innenfor HMS har hatt en positiv innvirkning på fraværet. Totalt fjorten regionale prosjekter og tiltak er vurdert å virke inn mot fravær og fraværforebygging på ulike måter. Disse favner over et vidt spekter – fra prinsipper om medvirkning ved omstilling til systemstøtte for arbeidsplanlegging og lederutvikling

- Foretaksrådet har tidligere stilt krav til at Helse Sør-Øst RHF skal kartlegge omfang av og iverksette tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene. Foretaksrådet forutsatte at det fortsatt arbeides aktivt for å redusere uønskede deltidsstillinger og legge til rette for økte stillingsandeler. Det skal rapporteres i årlig melding på hvilke tiltak som er iverksatt og om effekten av tiltakene.

Foretakene har ulike utfordringer på dette området. Langt de fleste har likevel en vei å gå før alle som ønsker det, kan få tilbud om heltidsstilling. Det meldes derfor om fortsatt innsats langs ulike handlingslinjer for å finne nye måter å redusere bruken av deltid på. Lokale prosjekter og deltidsutvalg er en del av dette bildet. Følgende typer konkrete tiltak rapporteres:

- Systematisk bruk av nytt ressurs- og arbeidsplansystem (GAT)
- Arbeidsforhold som omfatter flere organisasjonsheter
- Bemanningsenhet/vikarpool
- Nye retningslinjer for ansettelse
- Aktiv bruk av fortrinnsrett
- Nye arbeidstidsordninger

På konsernnivå har HR-direktør ført en løpende dialog med foretakene v/deres HR-direktører og fagorganisasjonene v/de konserntillitsvalgte. Det forberedes en temasak til styret våren 2011.

### **Lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak**

- Det er avgjørende at den offentlige spesialisthelsetjenesten har tillit og legitimitet i samfunnet. Det er derfor viktig at lederne i helseforetakene har lønns- og pensjonsvilkår som ikke oppfattes som urimelige, sett i forhold til de krav stillingen innebærer. Foretaksmøtet viste til at helseforetakene er omfattet av Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak (sist fastsatt 8. desember 2006).

Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 9.9.2010. Styret slutter seg til retningslinjene. Melding om dette ble gitt departementet i brev 15.9.2010. Alle helseforetak ble samtidig tilskrevet og bedt om å gjennomføre tilsvarende styrebehandling i eget foretaksstyre. Det rapporteres fra alle foretak at retningslinjene legges til grunn.

### **Bruk av konsulenter**

- Foretaksmøtet viste til bruk av eksterne konsulenter i helseforetakene og i de regionale helseforetakene. Eksterne konsulenter bør fortrinnsvis brukes på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Engasjement av eksterne konsulenter bør i hvert enkelt tilfelle vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF sikrer at det er et bevisst forhold til bruk av konsulenter i helseforetaksgruppen.

Det praktiseres gjennomgående en restriktiv og begrenset bruk av eksterne konsulenter. Generelt benyttes konsulenter ved midlertidig behov og på fagområder der det er vanskelig å rekruttere riktig kompetanse. Eksempler er arbeidsrett, omstilling og areal- og byggeplanlegging. Foretakene melder stort sett om at felles rammeavtaler for Helse Sør-Øst legges til grunn ved behov for konsulenttenester.

## **3.4 Oppfølging av juridisk rammeverk**

### **Intern kontroll og risikostyring**

- 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. Det skal redegjøres for dette i årlig melding.

*I oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 til helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Det er videre lagt til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring har vært en del av helseforetakenes tertialrapportering i 2010 og det redegjøres for dette arbeidet i helseforetakenes årlig melding for 2010.*

*Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre. Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet. 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. God og komplett rapportering er også en nødvendighet for at det regionale helseforetaket skal kunne gjøre gode bestillinger.*

*Helse Sør-Øst RHF har rapportert om styrets arbeid med intern kontroll og risikostyring i tertialrapporten for 2. tertial 2010. I rapporten inngår også samlet risikovurdering per 2. tertial. Samlet risikovurdering for foretaksgruppen pr. 3. tertial følger her som vedlegg 2.*

*Helse Sør-Øst RHF har i 2010 gjennomført minimum fire oppfølgingsmøter med de 11 underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i oppdrags- og bestillerdokumentet til helseforetaket og vedtatt strategi.*

*I tillegg er det gjennom regelmessige direktørmøter en tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, samt en rekke fagnettverk på tvers av 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.*

*Omstillingsprogrammet er med på å sikre tilstrekkelig fokus og innsats i utviklingen av tjenestetilbudene, og vurderes også som et godt hjelpemiddel i arbeidet med oppfølging av tiltak i forhold til områder med uakseptabel risiko. Helse Sør-Øst RHF har opprettet et særskilt og gjennomgående oppfølgingsregime for helseforetakene i hovedstadsområdet. Dette videreføres i 2011. Oppfølgingsregimet innebærer både foretaksvis og samlet rapportering. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog vil være tilpasset vurdert risiko.*

*Helse Sør-Øst sitt omdømme har blitt utfordret flere ganger i 2010 og flere av disse sakene har vist at det er svakheter i intern styring og kontroll ved de enheter som er involvert, enten ved at tiltak i forhold til måloppnåelse ikke har vært god nok, eller ved at regelverk og rutiner ikke har blitt etterlevd.*

*Med utgangspunkt i dette har Helse Sør-Øst RHF arbeidet aktivt for i enda større grad sikre en omforent forståelse for hvordan en gjennom prinsipper og metoder for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, systematisk kan forbedre og styrke virksomheten og bidra til en bedre måloppnåelse. Helse Sør-Øst RHF har som en del av dette arbeidet utarbeidet et rammeverk for god virksomhetsstyring, hvor innholdet i, og kravene til intern styring og kontroll beskrives. Dette*

dokumentet er ment å være en støtte til alle som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Det vises til uttrykt vedlegg. Dokumentet God virksomhetsstyring, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst [kan lastes ned her](#). De etablerte prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er gjort gjeldende for helseforetakene i oppdrags og bestillerdokumentet for 2011.

I tillegg til det fokus styret og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har i forhold til utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i form av linjestyrte aktiviteter, ivaretar styret gjennom den etablerte revisjonskomiteen og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst sin tilsyns- og kontrollrolle. Det innebærer oppgaver som oppfyller formålet med revisjonskomiteen, som er å foreta særskilte vurderinger av utvalgte saksområder innen foretaksgruppen og rapportere tilbake til styret. Som del av dette arbeidet behandlet revisjonskomiteen risikovurderingen som Helse Sør-Øst RHF fremla for styret 2. tertial og gjennomfører årlig en oppfølging av eksterntrevisors arbeid. I tillegg oppfyller revisjonskomiteen sitt formål gjennom det arbeid som konsernrevisjonen utfører.

Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer. Konsernrevisjonen ivaretar dette gjennom utførelse av bekreftelsesoppdrag for å se etter på vegne av styret v/revisjonskomiteen om intern styring og kontroll er tilfredsstillende innenfor utvalgte områder, i tillegg til at konsernrevisjonen kan utføre rådgivningsoppdrag.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF I 2010 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte deler av foretaksgruppen. Disse er gjennomført innenfor området kjøp av helsetjenester i Helse Sør-Øst RHF fra private leverandører, felles tjenesteleverandør Sykehuspartners virksomhet, budsjettprosess 2010 for Vestre Viken HF, intern styring og kontroll innenfor henvisningsområdet i Vestre Viken HF, med hovedfokus på "ventelistesaken". For revisjonsplanperioden 2010-2011 er det startet opp og pågår revisjoner i forhold til intern styring og kontroll av det pasientadministrative system og melde- og avvikssystemer, samt intern styring og kontroll i forhold til system for mottak og forankring av krav fra eier som sikrer gjennomføring og rapportering. Disse revisjonene vil omfatte alle foretakene. Revisjonsrapport fra den enkelte revisjon sendes administrerende direktør i det enkelte foretak og behandles i foretaksstyret. Samlet resultatet av revisjonsarbeidet i 2010 fremlegges for styret i Årsrapport 2010 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst i april 2011 sammen med revisjonsplan for perioden 2011-2012.

Konsernrevisjonens rådgivningsoppdrag har i 2010 vært høyere enn tidligere år og knyttet til det regionale foretakets utvikling av rammeverk for virksomhetsstyring og prinsipper for intern styring og kontroll. Konsernrevisjonens årsrapport 2010 er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen).

- 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.

Det vises til omtalen ovenfor og redegjørelsen som er gitt i rapporten for 2. tertial 2010.

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.

Helseforetakene skal i forbindelse med årlig melding en gang i året rapportere status for avvik etter tilsyn til det regionale helseforetaket. Det vises til vedlegg 3 med samlet oversikt over tilsyn og ikke lukkede avvik. Helseforetakene bør imidlertid rapportere fortløpende til eget styret ved særskilte behov, dersom styret skal kunne bedømme fremdriften i lukkingen av avvikene. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en veileder "Håndtering av uønskede hendelser - som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring" hvor dette beskrives nærmere. 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.

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.

### **Oppfølging av forholdet til stiftelser**

- Foretaksrådet viste til mottatte planer fra de regionale helseforetakene om videre oppfølging for å bringe forholdet til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og helseforetakenes retningslinjer på området. Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF viderefører arbeidet for å bringe helseforetakenes forhold til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og helseforetakenes retningslinjer på området, så langt helseforetakene har muligheter og virkemidler til dette.

Det vises til egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet av 31.05.10 vedrørende status. Helse Sør-Øst RHF har i etterkant av denne rapporten og på basis av styret for Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i sak 047-2010 sendt oppfølgende brev til helseforetakene og bedt dem fortsette arbeidet for å ha et ryddig forhold til omkringliggende stiftelser, slik at det ikke oppstår uklarheter eller habilitetsmessige utfordringer. Helseforetakene er også bedt om å fortsatt medvirke til at de stiftelser man har en relasjon til tilfredsstiller stiftelseslovens krav, og om å ha fortsatt fokus på gjeldende retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser og legater vedtatt i styremøte 4. september 2008. Som avslutning på saken har Helse Sør-Øst RHF i brev til Stiftelsestilsynet av 09.07.10 gitt uttrykk for at vi antar at en eventuell videre oppfølging mest hensiktsmessig kan skje mellom stiftelsene og Stiftelsestilsynet direkte.

- Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF sender status på helseforetakenes forhold til stiftelser til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.

Det vises til omtalen ovenfor.

### **Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessen**

- Regelverket for offentlige anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Tiltak knyttet til organisering, ledelse og kompetanse er avgjørende for å få til korrekte og gode innkjøp, jf. St.meld. nr. 36 (2008-2009) Det gode innkjøp. Tidligere krav om god internkontroll og etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser må fortsatt ha oppmerksomhet i styrene og i ledelsen for de regionale helseforetakene og helseforetakene. De regionale helseforetakene oversendte januar 2010 rapporten "Å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosessene i helsesektoren", hvor det ble gitt anbefalinger om ytterligere tiltak for å sikre bedre kvalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Rapporten presiserte at arbeidet med kvalitetsforbedring også må inkludere prosessene før kunngjøring og etter at avtaleinngåelse har funnet sted. Videre er det identifisert behov for å følge opp med tiltak

på ulike nivå i virksomhetene. Foretaksmøtet la til grunn at det settes i gang tiltak for å møt de utfordringer som rapporten beskriver.

*Helse Sør-Øst RHF har utviklet en regional innkjøpshåndbok som legger føringer på hvordan regionale anskaffelser skal gjennomføres, hvilke kontrollpunkt en anskaffelser skal gjennom og hvordan avtalene skal følges opp. Som en del av dette er det utviklet en instruks for innkjøpere som gjennomfører regionale anskaffelser som er detaljert i forhold til prosess, malverk og sjekklister.*

*Innkjøpshåndboken er en bestilling fra styret i Helse Sør-Øst RHF og i utformingen av denne er alle helseforetak involvert. Der er innført eLæringskurs i offentlige anskaffelser som er rullet ut og tatt i bruk i alle helseforetak. Ved utgangen av 2010 hadde 1350 medarbeidere i foretaksgruppen gjennomført dette kursopplegget.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF bidra til å etablere en felles kompetanseenhet i tilknytning til Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Kompetanseenheten skal bl.a. ivareta følgende oppgaver: / - utarbeide opplegg for og forvalte standardisert opplæring / - utarbeide rutiner, standarder og hjelpemidler for gjennomføring av anskaffelsesprosesser / - gi rådgivning i arbeidet med anskaffelsesstrategi for den enkelte virksomhet / - yte uavhengig kvalifisert juridisk og innkjøpsfaglig rådgivning og kvalitetssikring rettet mot alle trinn i anskaffelsesprosess og kontraktsoppfølging.

*Arbeidet er avsluttet og styret i HINAS har vedtatt å opprette en ny, felles kompetanseenhet med 3-5 tilsatte i Vadsø.*

*Helse Sør-Øst RHF har bidratt ved utviklingen av kompetanseenheten.*

## **Etisk handel**

- De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtene i januar 2008 pålagt å følge opp Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Et sentralt element i planen er å fremme sosiale og etiske krav ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Det ble i januar 2009 lansert en veileder som ledd i oppfølging av denne planen. Veilederen Etiske krav i offentlige anskaffelser oppfordrer offentlige virksomheter til blant annet å lage handlingsplaner for etisk handel. I flere europeiske land har det vært oppmerksomhet på etisk og rettferdig handel i tilknytning til kjøp av medisinsk utstyr. Den europeiske legeföreningen (CPME) vedtok i juni 2009 å oppfordre alle medlemsforeningene til å arbeide for etisk handel med medisinsk utstyr. Dette er et initiativ Den norske legeförening har fulgt opp gjennom en oppfordring til Helse- og omsorgsdepartementet i august 2009. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF sammen med de øvrige regionale helseforetakene vurdere hensiktsmessig oppfølging av veilederen

*Rapport fra delprosjekt innkjøp i det nasjonale miljø- og klimaprojektet er distribuert til alle landets regionale helseforetak samt til Hinas. Rapporten er også oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Etiske krav og oppfølging av veilederen er omtalt i et eget kapittel i rapporten*

*Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp den nasjonale veilederen for etisk handel og legger til grunn veilederens prinsipper i sine anskaffelser. Dette innebærer risikovurderinger i alle regionale anskaffelser, krav til etiske leverandørkjeder i de anskaffelser hvor det er høy risiko og oppfølging av kravene i utvalgte anskaffelser. Helse Sør-Øst RHF har også jobbet for å utvikle leverandørene blant annet gjennom leverandørseminar og leverandørmøter med etisk handel som tema. Helse Sør-Øst RHF har drøftet temaet med de andre regionene og ønsker å utvikle dette samarbeidet i 2011.*

Helse Sør-Øst skal anskaffe varer og tjenester som er tilvirket etter høye etiske, miljømessige og sosiale standarder. Gjennom medlemskap i Initiativ for etisk handel (IEH) ønsker Helse Sør-Øst RHF å styrke helseforetaksgruppens innsats i forhold til å forbedre arbeids- og miljøforhold i leverandørkjedene. På den måten kan en bidra til en mer bærekraftig utvikling nasjonal og globalt. Det er også et ønske om å styrke oppslutningen om etisk handel generelt.

Ved å være medlem i IEH har Helse Sør-Øst RHF forpliktet seg til å rapportere om arbeidet med etisk handel. Rapporten for 2010 vil være tilgjengelig på [www.etiskhandel.no](http://www.etiskhandel.no).

### 3.5 Utvikling av IKT-området

#### Videreutvikling av Norsk Helsenett SF

- Utvikling på IKT-området er en viktig del av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Statsforetaket Norsk Helsenett er etablert som en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT innen sektoren. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene støtter opp under den videre utviklingen av Norsk Helsenett SF og bidrar til at de helsepolitiske målsettingene for etableringen realiseres.

*De regionale helseforetakene støtter sterkt oppunder videre utvikling av Norsk Helsenett. I hovedsak ivaretas dette gjennom Nasjonal IKT sine strategier og handlingsplaner.*

#### Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

- Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikes. Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at de regionale prosjektplanene og de nasjonale målene som er satt i meldingsløftet, blir fulgt opp. Spesielt skal det legges vekt på å få økt volum i meldingsutvekslingen og å avvikle bruk av papirløsninger i tråd med de prioriterte målsettingene, samt tiltak for å sikre samhandling vedrørende elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.

*Helse Sør-Øst har videreført arbeidet med Meldingsløftet. I samarbeid med legekantorenes EPJ leverandører er de fleste legekantorer oppgradert i samsvar med krav til samhandlingsarkitektur. Henvisning og epikrisemeldinger er satt i produksjon ved de fleste HF.*

*Det store flertallet av svarmeldingene er nå ferdig utviklet på rett format fra sykehussiden. Bruken av papir avsluttes når legekantorenes EPJ systemer er godkjente for mottak av de vedtatte formatene.*

*Prosjektet interaktiv henvisning og rekvirering, er iverksatt for å etablere en løsning som vil gjøre det attraktivt for legekantorene å benytte seg av elektronisk henvisning og rekvirering og øke kvaliteten på henvisningene. Helse Vest og Helse Midt-Norge har opsjon på å tiltre avtalen om systemanskaffelse som ble inngått i desember.*

*Alle HF har i dag etablert lokale gjennomføringsprosjekter for Meldingsløftet. Fremdriften i regionalt meldingsløft er avhengig av tilstrekkelig fremdrift i utviklingen av Norsk Helsenett (NHN) adresseregister og etableringen av et nasjonalt opplegg for en gjennomgående forvaltnings- og brukerstøtte.*

*Helse Sør-Øst arbeider aktivt sammen med Helsedirektoratet for å få dette etablert.*

## Elektroniske resepter

- Det forutsettes at de regionale helseforetakene bidrar til utbredelse av elektronisk resept, både i helseforetakene og i sykehusapotekene. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene og sykehusapotekene med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplaner og ambisjonsnivå avklares innen 1. mai 2010 gjennom egen dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

*Helse Sør-Øst RHF har deltatt i utredningsarbeider i Nasjonal IKT både for kortsiktige og langsiktig løsning for e-Resept i spesialisthelsetjenesten.*

*Videre har Helse Sør-Øst RHF prosjektlederansvar for NIKT-prosjektet Tiltak 24.2 Medikasjonstjeneste.*

Se: <http://www.nasjonalikt.no/Nasjonal%20IKT%20-%20Tiltak%2024.2Nytt.htm>

## Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger

- Foretaksmøtet viste til at ordningen med automatisk frikort innføres på landsbasis fra 1. juni 2010. En forutsetning for automatisk frikort er at alle som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1 og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, sender inn komplette opplysninger om betalte egenandeler til HELFO. I 2010 er komplett innsending av egenandeler for syketransport med rekvisisjon basert på at pasienten selv sender inn kvitteringer for betalte egenandeler. Frem til 1. juni 2010 skal kvitteringene sendes til NAV. Fra 1. juni 2010 skal pasienten sende kvitteringene til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, som skal videreformidle disse opplysningene til HELFO.

*Helse Sør-Øst RHF hadde i 2010 en tett oppfølging gjennom prosjekt pasientreiser av måloppnåelse for de aktuelle helseforetak med pasientreisekontor som hadde avtale med private operatører for tjenesteyting. Det ble lagt ned et stort arbeid for å få alle operatører inn på en elektronisk rapportering. Dette ble oppnådd innen fristen.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og syketransport rapporteres elektronisk til HELFO.

*Dette er ivare tatt.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF fase ut oppgjørssystemet POLK innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet.

*Det er etablert et prosjekt i Sykehuspartner for utfasing av POLK og implementering av ny behandlerkravmelding. Helsedirektoratet åpnet for utsettelse av fristen til 1.1.2012 og det er søkt om utsettelse for gjeldende systemer. Det er forventet at alle systemer er over på ny melding innen den nye fristen 1.1.2012.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011.

*Avtalespesialistene er nå pålagt å rapportere elektronisk – både til NPR og til trygden. Dette med noen unntak der HELFO har gitt fritak for enkelte spesialister.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF fortsette som nasjonal prosjekteier for pasientreiser for blant annet å sikre nasjonal oppfølging og rapportering i 2010.

*Helse Sør-Øst RHF har i 2010 videreført ansvaret som nasjonal prosjekteier for pasientreiser. Oppfølging har vært sikret gjennom styrelederfunksjon i Pasientreiser ANS og gjennom oppfølging og rapportering fra nasjonal styringsgruppe.*

## **Nytt nødnett**

- Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtet i februar 2007 om gjennomføring av første utbyggingstrinn for nytt digitalt nødnett. Det ble også vist til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. januar 2007 der rammer og forventninger til de regionale helseforetakene for gjennomføring av første utbyggingstrinn ble nærmere klargjort. Det er nå fastlagt nye planer som legger til grunn at leveransene til helsetjenesten for første byggetrinn skal implementeres i løpet av 2010. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF bidrar til at målsettingene med innføringen av nytt digitalt nødnett i Norge blir nådd.

*Helse Sør-Øst RHF har i 2010, i samarbeid med Helsedirektoratet og de øvrige RHF, gjennomført første utbyggingstrinn iht. de planer og leveranser som Nødnettprosjektet (ledet av DnK) har etablert. Arbeidet med dette fortsetter i 2011.*

*Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med de øvrige RHF etablert en nasjonal driftsorganisasjon for nødnett i helsesektoren, og satt denne i operativ drift i 2010.*

*Nødnettet er under innføring i henhold til de reviderte planer som er utarbeidet av Direktoratet for Nødkommunikasjon, på vegne av staten. Videre innføring i helsetjenestene pågår, og er planlagt avsluttet i mai 2011 for første fase.*

*Arbeid med forberedelse av evaluering som grunnlag for en Stortingsbehandling i 2011 pågår.*

*Videre arbeid med planlegging av en eventuell videreføring av nødnett i Norge er i startfasen.*

*Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet for å avklare bla:*

- *Organisering, ansvar og styring av nødnettprosjektet videre, internt i helsetjenestene og imellom de enkelte brukeretater.*
- *Overgang fra prosjekt til drift og forvaltning*
- *Finansiering*

*Helse Sør-Øst RHF ser det som sentralt å få avklart disse punktene for å sikre en god styring av drift og forvaltning av nødnett i helse, parallelt med en eventuell videre utbygging.*

*De fire regionale helseforetakene har i februar 2011 anmodet Helse- og omsorgsdepartementet om et møte grunnet bekymring for situasjonen samt for å sikre at videre utrulling utover fase 0 ikke iverksettes før en stabil driftsløsning er sikret.*

- Foretaksmøtet la til grunn at det i forbindelse med etablering av nytt digitalt nødnett i Norge settes av nødvendige ressurser til å kunne ta imot og delta i installeringen av utstyret, sikre driften av det og evaluere bruken av utstyret i et samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og resten av prosjektorganisasjonen.

*Det vises til omtalen ovenfor.*

- Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF legger til rette for en formålstjenlig bruk av nytt digitalt nødnett i de berørte kommunene, herunder sørge for å utnytte de muligheter det nye nettet vil gi for mer og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

*Det vises til omtalen ovenfor.*

## 3.6 Datakvalitet og rapportering

### Nasjonalt helseregisterprosjekt

- Et sentralt mål i Nasjonalt helseregisterprosjekt er å styrke datakvaliteten i Norsk pasientregister (NPR). Dataene skal være komplette, av god kvalitet og i henhold til retningslinjer gitt av NPR. Dette for å sikre et godt grunnlag for styring, administrasjon og forbedring av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i 2009 vedtatt ny nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade; "Ulykker i Norge" (2009-2014), der en sentral utfordring er at mangel på gode data har vært til hinder for effektiv skadeforebygging. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å oppnevne kontaktpersoner i det regionale helseforetaket og i helseforetakene som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på dataene til NPR, spesielt innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og skader og ulykker.

*Oslo universitetssykehus HF har etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF avholdt opplæringsmøter med både helseforetak og private avtaleparter innen TSB med sikte på å bedre datakvaliteten.*

*Det er oppnevnt kontaktpersoner i det regionale helseforetaket og i helseforetakene som har særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på dataene til NPR innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

- Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF har nødvendig ledelsesmessig oppmerksomhet knyttet til god kvalitet på den medisinske kodingen, og påser at nasjonale retningslinjer for medisinsk koding følges opp i virksomhetene.

*Helse Sør-Øst RHF ønsker å bedre kvaliteten i medisinsk koding. Korrekt koding gir et godt grunnlag for planlegging og oppfølging av helsetjenestene i regionen, og kvalitet på kodearbeidet har høy oppmerksomhet hos ledelsen. Orientering om status og tiltak mht. bedre kodingskvalitet har vært forelagt styret i to møter 2010. Opplæring og kvalitetssikringstiltak for å sikre korrekt koding er en kontinuerlig prosess. Analyser viser betydelig variasjon mellom helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF ba i februar 2010 helseforetakene i regionen om å foreta en kvalitetssikrende gjennomgang av sin kodepraksis, tilhørende elektroniske støttesystemer samt de prosedyrer som foreligger for kvalitetskontroll av koding. Foretakene ble bedt om å sette fokus på styrenes ansvar for internkontroll og forelegge resultatet av gjennomgangen til styret i helseforetaket. Harmonisering av basiskunnskap er et viktig tiltak for å redusere variasjon. Dette bør kunne oppnås ved en systematisk bruk av det regionale e-læringsprogram i medisinsk koding, som er utviklet av Helse Sør-Øst i samarbeid med Helsedirektoratet. Helseforetakene er oppfordret om å ta i bruk e-læringsprogrammet for alle som har oppgaver innen medisinsk koding. Det er iverksatt en regelmessig oppfølging av kodingskvaliteten gjennom analyser og sammenligninger mellom foretakene, slik at det kan iverksettes tiltak for forbedring og harmonisering. Helse Sør-Øst RHF arbeider også med planer om utvikling av IT-støtte for faglig korrekt medisinsk koding, i form av en kodingsmodul som en felles komponent til elektronisk pasientjournal.*

### Prosedyrekode knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk

- De regionale helseforetakene skal sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010. Helsedirektoratet vil sammen med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) bidra til at det kan gis opplæring for de som skal kode. Selve opplæringen vil skje i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å sørge



for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010.

*Oslo universitetssykehus HF har etter oppdrag av Helse Sør-Øst RHF avholdt opplæringsmøte med de private avtalepartene om prosedyrekoding.*

*Enhetene innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk har fra 1. september 2010 registrert og rapportert prosedyrekoder.*

### **KPP-regnskap**

- Pilotprosjektet for Nasjonal spesifisering for kostnad per pasient-regnskap (KPP-regnskap) skal videreføres i 2010. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å avsette ressurser til arbeidet med pilot i samsvar med kartlagt ressursbehov, og sørge for at deltakende helseforetak involverer medisinsk kompetanse i de lokale prosjektgruppene for KPP-arbeidet.

*Helse Sør-Øst har deltatt i pilotprosjektet som forutsatt.*

## **3.7 Øvrige styringskrav for 2010**

### **Landsvernplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer**

- Foretaksrådet viste til tidligere vedtak om krav om utarbeidelse av forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Det skal utarbeides forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2. Det vises i denne sammenheng til veilederen "Mal forvaltningsplan" utarbeidet av Statens Kulturhistoriske eiendommer i januar 2009. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF iverksette arbeidet med forvaltningsplaner slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011.

*Arbeidet med forvaltningsplaner er startet ved at det er etablert en nasjonal nettverksgruppe på regionalt nivå som skal fasilitere og veilede i dette arbeidet. Nettverksgruppen er ledet av Helse Sør-Øst RHF.*

*Det er ansatt en prosessleder med spesialkompetanse innen feltet. Videre er det etablert et nasjonalt fagnettverk for kompetansebygging og veiledning i forvaltningsplaner. I denne forbindelse er det også avholdt en landssamling i 2010, og det er planlagt flere i 2011.*

*Det vil bli etablert pilotprosjekter for utarbeidelse av forvaltningsplaner, dette arbeidet vil bli fulgt opp i 2011. Så snart det foreligger forskrift for vernede bygg i verneklasse 1 vil dette arbeidet intensiveres.*

### **Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner**

- Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år arbeidet med å begrense skadene ved tobakksrøyking, jf. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Ved revisjon av tobakkskadeloven vil det bli lagt til grunn at inngangspartier til helseinstitusjoner blir røykfrie områder. Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF innen utgangen av 2010 legger til rette for at inngangspartiene ved egne helseinstitusjoner, blir røykfrie.

*Helse Sør-Øst RHF har pålagt sine helseforetak å arbeide med dette gjennom oppdrags og bestillerdokumentet for 2010. En kartlegging i 2010 viser at dette er gjennomført eller at det arbeides med løsninger for å gjennomføre dette på en god måte. En utfordring er manglende respekt for skilting om røykefri sone fra publikums side.*

## **Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet**

- Det er regionale forskjeller i fremstilling og kjøp av legemidler (metadon) til legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet. Det benyttes både industrielt fremstilte legemidler med markedsføringstillatelse og apotekerfremstilte legemidler uten markedsføringstillatelse. Foretaksmøtet ba om at legemidler med markedsføringstillatelse skal benyttes i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikke foreligger individuelle medisinske grunner til å benytte apotekfremstilte legemidler.

*Dette pålegget ble innarbeidet i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010 for de aktuelle helseforetakene. I årlig melding fremkommer at styringskravet ennå ikke er fullt oppfylt for alle helseforetak, men at alle er på veg til å oppfylle kravet:*

*Sørlandet sykehus melder at de oppfyller kravet, Vestre Viken at de har sentralisert oppfølgingen av disse pasientene for å etterse at pålegget blir overholdt, mens Sykehuset Telemark melder at "Omlagging har pågått i 2010 til apotekfremstilt, innføres for fullt i Telemark tidlig i 2011".*

## **Samordnet kommunikasjon**

- Helse Sør-Øst RHF skal fortsatt arbeide aktivt for å styrke pasientrollen gjennom å forbedre pasientrettet informasjon på internett. Helseforetakene skal bidra til dette ved å utarbeide felles informasjon slik at kvaliteten på informasjon og tjenester rettet mot pasienter, brukere og pårørende via internett kan øke. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om fortsatt å delta i det nasjonale samarbeidet med å tilrettelegge for publisering av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med å ferdigstille oppdatering av det nasjonale profilprogrammet. Det justerte profilprogrammet skal tas i bruk så snart det foreligger.

*De regionale helseforetakene har deltatt i prosjekt som ble startet i 2009 i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten "Deling av pasientrettet informasjon" ble presentert for styringsgruppen i april 2010. Den ble brukt i forarbeidet til prosjektet "Nasjonal helseportal".*

*De regionale helseforetakene deltar også i "Redaksjon for nasjonalt rammeverk for web", som har til oppgave å forvalte og utvikle det felles rammeverket for internettpublisering. Det justerte nasjonale profilprogrammet vil tas i bruk så snart det foreligger.*

- Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF sammen med de øvrige regionale helseforetakene om å gjennomføre en konsekvensvurdering av eventuell felles drift av en nasjonal publiseringsplattform i Norsk Helsenet SF. Konsekvensvurderingen skal sendes departementet innen 1. oktober 2010.

*De regionale helseforetakene har sammen arbeidet med å gjennomføre en konsekvensvurdering av en eventuell felles drift av nasjonal publiseringsplattform i Norsk Helsenet SF. Konsekvensvurderingen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. oktober*

## 3.8 Medvirkning, dialog og forankring

### 3.8.1 Brukermedvirkning

Helse Sør-Øst har ambisjoner om å være et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. Det er utviklet 13 prinsipper for hvordan brukermedvirkning på systemnivå skal ivaretas i Helse Sør-Øst:

#### 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 brukerorganisasjonene 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

Brukerutvalgets årsrapport følger årlig melding som uttrykt vedlegg og finnes på <http://helse-sorost.no/omoss/brukerutvalg>.

#### 3.8.1.1 Til årlig melding 2010 for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget har gitt en arbeidsgruppe fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Kapittel 3.8.1.1 er i sin helhet utformet av denne arbeidsgruppen. Gruppen har for øvrig, i hovedsak, konsentrert seg om kapittel 1.2 *Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer* samt innledningen til kapittel 2 om *"sørge for"-ansvaret og overordnet vurdering av måloppnåelse*. 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 2010 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2011 og videre fremover. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 15.mars 2011. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

- Pasientsikkerhet: Brukerutvalget ser med bekymring på at det fortsatt oppstår for mange feil i helsetjenesten, noen med svært alvorlige utfall. Det er beklagelig at flere uønskede hendelser og skader ikke blir tilstrekkelig fulgt opp slik at de kan bidra til organisatorisk læring og endring av behandlingsopplegg. Brukerutvalget forventer at helseforetakene tar disse problemer på alvor. Helsevesenets ledere på alle nivåer må sette pasientsikkerhet og uønskede hendelser høyt på dagsorden og følge opp gjennom den daglige virksomheten. Utvalget har betydelige forventninger til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Den vil sammen med utvikling av gode pasientforløp og behandlinglinjer og bruk av veilederen som Helse Sør-Øst utarbeidet i 2010 om håndtering av uønskede hendelser, bl.a. bidra til bedre

oppfølging av og kommunikasjon med pasienter og pårørende når en feil/skade har skjedd. Pasienter og pårørende må ses på som en ressurs i dette arbeidet.

- **Samhandling:** Brukerutvalget er opptatt av at samhandlingsreformen realiseres gjennom styrking av kommunal helse- og omsorgstjeneste og utvikling av lovpålagte felles planer i samarbeid med spesialist- og kommunehelsetjenesten. Brukerutvalget ser fortsatt at 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. Brukerutvalget er også opptatt av god samhandling internt i helseforetakene. Økt brukermedvirkning og bedre kommunikasjon på alle nivå er også her viktig.
- **Ulikheter:** Også for brukerutvalget er det viktig å bidra til reduksjon av sosiale forskjeller i helse og bidra til at det blir lik tilgang til helsetjenester for alle grupper i befolkningen. Brukerutvalget tar til etterretning at Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF arbeider systematisk for bedring av tilbudet til pasienter med utenlandsk bakgrunn. Brukerutvalget registrerer at det innenfor mange områder er til dels betydelige ulikheter mellom helseforetakene. Det gjelder bl.a. i bruk av tvang og reinnleggelse innen psykisk helsevern. Det gjelder også ventetider. Brukerutvalget er opptatt av at de helseforetak som får påvist "problemområder" må lære av de som kommer bedre ut. Det må legges mer trykk på universell utforming slik at alle pasienter selv kan medvirke og få best mulig informasjon og kvalitet i behandlingen.
- **Kvalitet:** Det registreres at antallet korridorpasienter ikke viser nedgang. Brukerutvalget mener dette er bekymringsfullt og at utviklingen må følges nøye. At andel epikriser som er utsendt innen 7 dager utvikler seg positivt også i 2010 er gledelig.
- **Ventetider:** Det er gledelig at ventetider innen somatiske tjenester og TSB er noe redusert i forhold til fjoråret, men vi ser det som bekymringsfullt at ventetiden øker innen psykisk helsevern. Brukerutvalget registrerer at det er stor forskjell i ventetidene mellom de forskjellige helseforetakene og håper dette blir forbedret. Årsaken til dette bør følges nøye opp. I tillegg til ventetid fra henvisning til utredning, er brukerutvalget opptatt av at det ikke bør være unødig ventetid i det videre forløpet.
- **Fristbrudd:** Brukerutvalget registrerer at antall fristbrudd har økt noe i 2010. Årsaker og aktuelle tiltak bør klarlegges.
- **Funksjonsfordeling:** Flere fagråd og midlertidige utvalg har avgitt rapporter i 2010 som er fulgt opp gjennom styrevedtak. Brukerutvalget forutsetter at Helse Sør-Øst RHF følger opp styrets beslutning og spesielt forsikrer seg at de ulike kreftoperasjoner kun foretas ved sykehus som har vedtak om dette.
- **Regionale strategier:** Brukerutvalget er opptatt av at de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering følges opp, og ser med interesse fram til å få informasjon om hvordan strategiene følges opp gjennom sykehusområdenes områdeplaner. Videre er brukerutvalget opptatt av at handlingsplan for spesialisthelsetjenesten for eldre følges opp, spesielt ved fortsatt satsning på utdanning av geriatere.
- **Forskning:** Brukerutvalget er positiv til den økte satsningen på forskning. Det må legges stor vekt på at forskningen skal utvikle gode diagnoseverktøy og bedre behandlingstilbudet. Vi vil at logistikk og pasientadministrative forhold undersøkes nærmere. Det er nødvendig å se på hvordan de medisinske tjenestene er organisert. Flere rapporter viser at pasientens rett til informasjon og medvirkning ikke følges opp i god nok grad. Økt forskningsinnsats på nevnte

områder vil kunne føre til en betydelig bedring av kvaliteten på de helsetjenestene som tilbys pasientene.

- Kunnskapsutvikling og god praksis: Brukerutvalget følger dette prosjektet som gjennom sitt arbeid gjør en betydelig innsats for å endre inngrodde holdninger og foreldede rutiner i sykehussystemet. Prosjektet arbeider med å utvikle helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer, samt en rekke andre programmer innen kunnskapsutvikling. Dette ser vi som et nødvendig redskap for å sikre gode tilbud til store pasientgrupper. Arbeidet i prosjektet forventes å føre til bedre kvalitet, bedre pasientsikkerhet og høyere effektivitet. Dette vil ikke minst være viktig når samhandlingsreformen skal settes ut i livet. Brukerutvalget beklager at det synes vanskelig å få til representasjon fra kommunene i dette arbeidet. Brukerutvalget er tilfreds med at brukermedvirkning, informasjon og opplæring gis oppmerksomhet i maler og planer. Utvalget har signal om at praksis synes å variere, men håper man er i en utvikling med økt bevissthet på alle elementer i "kunnskapsbasert praksis". Brukerutvalget er opptatt av at brukerundersøkelser gjennomføres systematisk og inngår i arbeidet med kunnskapsutvikling og god praksis.
- Mestring: Gjennom erfaringene fra 2010 regner brukerutvalget med at lærings- og mestringssentrene 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. Brukerutvalget er tilfreds med at pasientinformasjon og opplæring av pasienter og pårørende er innarbeidet i maler for utvikling av gode behandlingslinjer. Utvalget er også tilfreds med at det våren 2011 igangsettes arbeid med å lage en regional veileder for pasient- og pårørendeopplæring.
- Brukermedvirkning: Brukerutvalget registrerer at det er behov for fortsatt innsats i helseforetaksgruppen for å implementere de 13 prinsippene om brukermedvirkning. Vi ønsker at hvert enkelt helseforetak i samarbeid med sitt brukerutvalg utvikler strategiplaner for brukermedvirkning. Disse bør følges opp på hvert sykehus, og påvirke møtet mellom pasient og helsearbeider.
- Omstillinger i hovedstadsområdet: Brukerutvalget har gjennom året fulgt integrasjonsprosessen innen Oslo universitetssykehus HF og i Vestre Viken HF og prosesser for overføring av ansvar for pasientbehandlingen for store befolkningsgrupper mellom helseforetakene for å realisere de nye sykehusområdene. Brukerutvalget registrerer at det har vært noe uro ved årsskiftet, og tar til etterretning at sykehusene har satt inn tiltak for å sikre at forsvarlig pasientbehandling opprettholdes også ved omstillinger. Brukerutvalget vil følge utviklingen nøye i samarbeid med brukerutvalgene i de enkelte helseforetak.

Brukerutvalget vil til slutt gi uttrykk for tilfredshet med at helseforetaksgruppens økonomiske resultat gir grunn til optimisme. Brukerutvalget ønsker at helsetjenesten styres på en slik måte at det gis handlefrihet til realisering av de gode intensjoner som følger av styrevedtak 108-2008.

### **3.8.2 Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud**

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

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

### 3.8.2.1 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.

### **3.8.3 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.



## 4. 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 4.1 omhandler fremtidens behov, mens kapittel 4.2 beskriver styrets strategier og planer for å møte utfordringene.

Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2012, jf. styresak 082-2010 og brev av 16.12.10 til Helse- og omsorgsdepartementet, der det gjøres rede for de fire regionale helseforetakene innspill knyttet til beregning av aktivitetsforutsetninger for 2012. Innspillet er tilgjengelig på <http://www.helse-sorost.no/arligmelding-vedlegg>

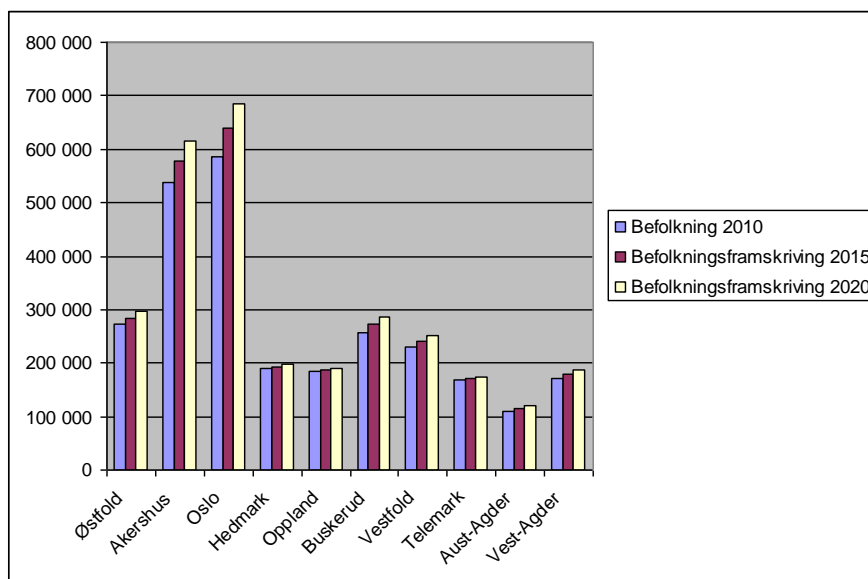
### 4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I kapittel 4.1 redegjøres det på et generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorizont er 3-4 år. Det vises for øvrig til kapittel 4.2. Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2010 for Helse Sør-Øst hvor de seks innsatsområdene og motivasjonen for disse omtales nærmere.

#### Demografisk utvikling

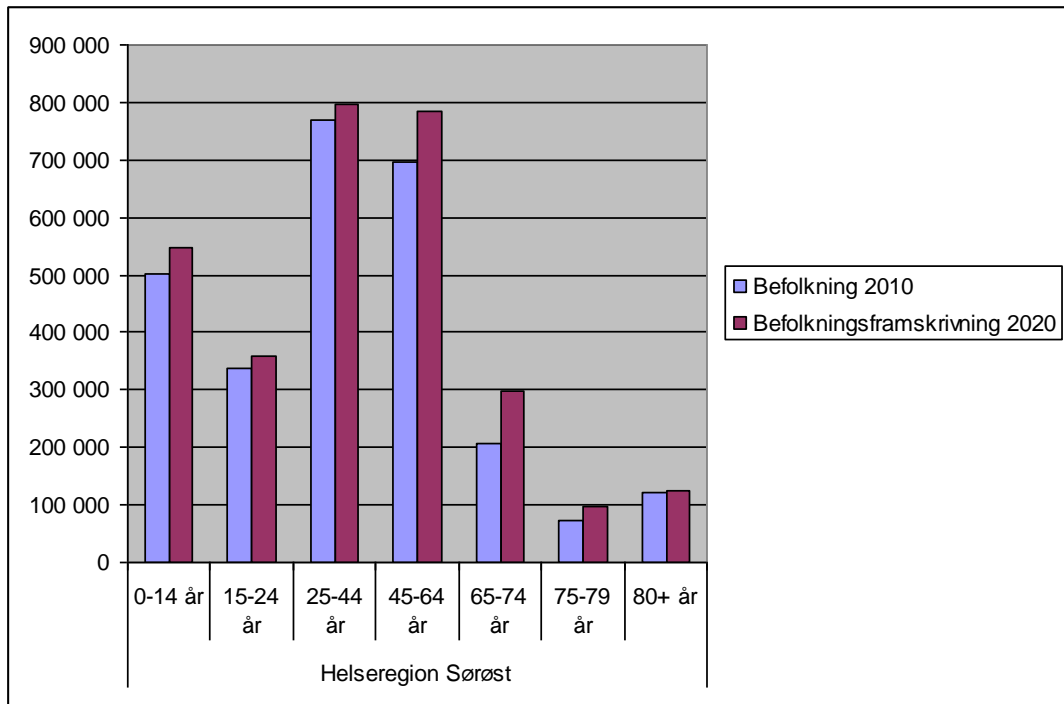
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, og er en sammensatt region med drøyt 2,7 av landets 4,9 mill. innbyggere. Beregnet befolkningsframskrivning viser at folketallet vil øke til 2.860 i 2015 og til over 3 millioner i 2020 (Folkehelseinstituttet). Hvis befolkningsutviklingen blir som forventet, vil det være en økning i helseregionen på over 11 prosent fram til 2020. I 2010 var det vekst i alle regionens 10 fylker. Veksten var størst i Oslo, Akershus, Buskerud og Østfold.

**Tabell 1: Befolkningsutvikling (ant. innbyggere) i Helse Sør-Øst etter fylke i perioden 2010-2015-2020.**



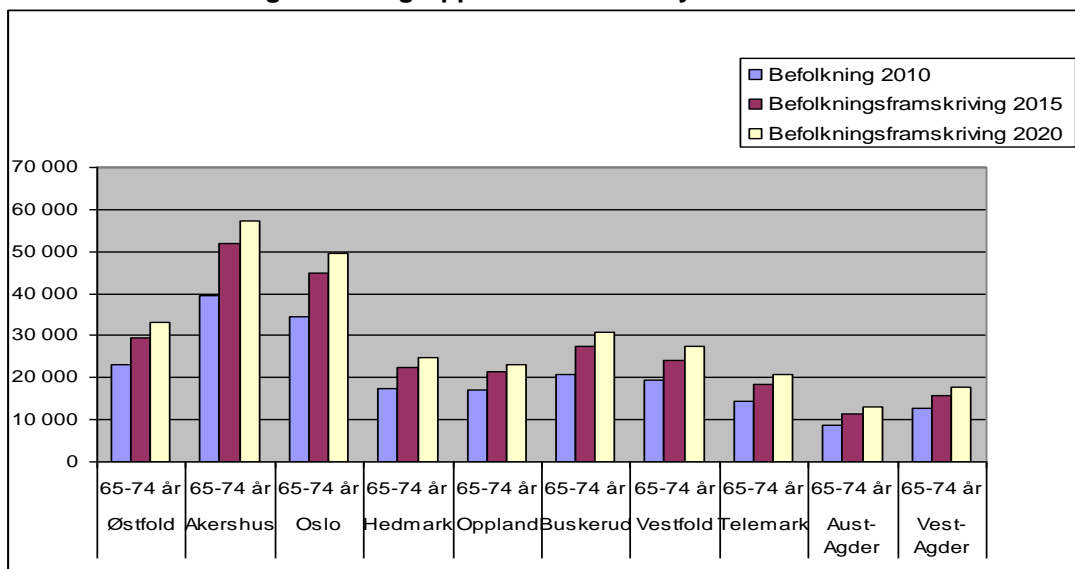
For helseregionen samlet vil befolkningen øke i alle aldersgrupper fra 2010 til 2020, men størst relativ økning forventes innen aldersgruppen 65-74 år, jf. tabell 2 under. Også i aldersgruppen 45-64 år vil det være en økning i perioden. Imidlertid forventes nesten ingen endring i antall personer over 80 år i helseregionen fram til 2020.

**Tabell 2: Antall personer i Helse Sør-Øst fra 2010-2020 etter aldersgruppe.**



Av Folkehelseinstituttets framskrivninger går det fram at den største veksten vil skje innenfor aldersgruppen 65-74 år i perioden fram til 2015. Tabell 3 viser prosentvis endring i aldersgruppen 65-74 år i perioden 2010-2015-2020 etter fylke i helseregionen.

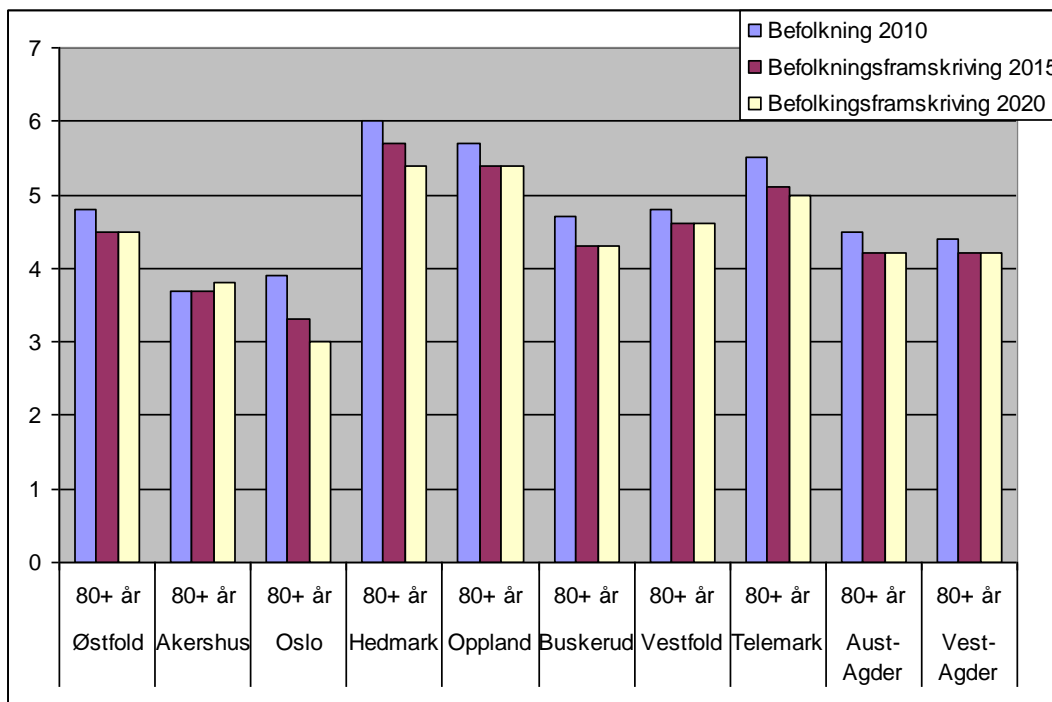
**Tabell 3: Andel av befolkningen i aldersgruppe 65-74 år etter fylke i Helse Sør-Øst**



Levekårsundersøkelsene fra Statisk sentralbyrå viser at blant kvinner og menn i alder 65-74 år regner 71 prosent sin helse som god eller meget god. Blant 75 åringene er andelen på 65 prosent. Denne aldersgruppen er friskere enn tilsvarende aldersgrupper tidligere, men store årskull med større bevissthet om sine rettigheter vil stille større krav til spesialisthelsetjenesten.

Selv om sykdom og funksjonshemminger øker med alderen, opplever mange eldre at de har god helse. To av tre 80-åringene opplever at de klarer seg bra. Men for den gruppen som har svekket helse, kommer alvorlige helseplager og funksjonstap særlig etter 80-85 år (Folkehelseinstituttet). Dette krever et høyt forbruk av spesialisttjenester og legemidler. Tabell 4 nedenfor viser andel personer over 80 år fordelt etter fylke i helseregionen.

**Tabell 4: Prosentvis andel av antall eldre over 80 år i helseregion Sør-Øst etter fylke - 2010-2015 – 2030.**



Det er forventet at det samlet i helseregionen vil være nedgang i antallet personer under 80 år fram til 2020. Fra 2020 vil det imidlertid være en økning i antall eldre over 80 år, jf. tabell 4 over. Oslo vil være det eneste fylke i landet som fram til 2030 som kan forvente svært liten økning i antall eldre over 80 år. Hedmark er det fylket i landet som i dag har størst andel eldre over 80 år og som sammen med Oppland vil være et av de fylkene i landet med høyest andel personer over 80 år også 2030.

#### Det generelle utfordringsbildet

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene i 2012 sannsynligvis kunne preges av:

- Fortsatt stor oppmerksomhet på utvikling av et likeverdig tjenestetilbud med høy kvalitet og økt pasientsikkerhet. Variasjonene i tjenestetilbudene vil måtte utjevnes på grunnlag av større kunnskap og utvikling av beste praksis.
- At økende bevissthet og kunnskap hos pasienter og pårørende fører til at flere benytter sine lovfestede rettigheter og at økt brukermedvirkning på individnivå generelt påvirker og utfordrer tjenestene, kvaliteten i tjenestetilbudene og valgfriheten mellom tilbudene. Det er viktig å understreke at dette er en ønsket utvikling også sett fra spesialisthelsetjenestens side, men som vil kunne ha kostnadsdrivende effekter.
- Flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser som for eksempel hjertesykdommer, lungesykdommer, kreft, sykkelig overvekt og muskel- og skjelettplager øker i alle aldersgrupper. Mange vil ha et langvarig behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, som en konsekvens av økende levealder og forlenget levetid

med etablert sykdom. Dette blir også en stor utfordring for kommunehelsetjenesten der etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og mestringstilbud vil øke.

- At samhandlingsreformen, som trer i kraft 1. januar 2012, jf St.meld. nr 47 (2008-2009), forventes å få konsekvenser for både innhold og omfang av kommune- og spesialisthelsetjenesten, for å møte behov for fremtidige helsetjenester.
- At medisinsk og teknologisk utvikling gir forbedringer i diagnostikk og behandlingstilbud og hvordan og hvor tjenestene blir gitt. Noen tjenester vil i sterkere grad kunne gis desentralt mens andre tjenester krever spesialkompetanse, noe som kan føre til sentralisering. Kvalitetsmessig bedre tilbud vil kunne gi kortere liggetider, færre reinnleggelser og kontroller og mer bruk av dagbehandling og poliklinikk. Dette kan også gi raskere retur til arbeid. Uviklingen fører imidlertid til høyere kostnader, både innenfor avansert medisinsk utstyr og innen bruk av nye legemidler. Det vil være behov for en sterkere styring som skal bidra til at helsetjenesteprofilen er i tråd med prioriteringene, og at kostnadene holdes under kontroll. Det vil også være behov for at helseforetakene i større grad tilpasser sin organisasjon til den nye teknologien.
- At det er en særskilt utfordring i hovedstadsområdet, spesielt fordi området omfatter nesten 1/3 av landets innbyggere, hvorav en langt høyere andel innvandrere (20 ganger flere fra ikke-vestlige land enn i resten av Norge). Stigende andel av pasienter med innvandrerbakgrunn krever økt kompetanse om ulike kulturers forståelse og holding til sykdom. I Oslo er det større ulikheter innbyrdes i levekår, høyere befolkningsvekst og større forekomst av rusmiddelmissbrukere. I vestlige bydeler er det en relativt stor andel personer med høyere inntekter, høy utdanning og høy sysselsetting i forhold til mange østlige bydeler. Forskjellen i dødelighet viser seg også langs den samme øst/vestaksen. Hovedstadsområdet krever spesiell satsing for å sikre et likeverdig helsetilbud på alle nivåer
- Psykososiale problemer, med bl.a. sosial ulikhet, familiær ustabilitet og svekkede sosiale nettverk gir store forskjeller i helsetilstand og dødelighet.
- Fortsatt økning av psykiske lidelser som depresjon, angst samt økt etterspørsel etter tverrfaglig spesialisert behandling for avhengighet. Det forventes også en økning av tilrettelagt tilbud for psykososiale lidelser hos barn og unge og tilbud til barn av psykisk syke foreldre og foreldre med rusproblemer. Det er fortsatt behov for å omstrukturere behandlingstilbudene for å oppnå tilstrekkelig faglig robuste behandlingstilbud på DPS-sykehusnivå. Ventetidene innen psykisk helsevern er fortsatt lange og det er behov for ytterligere økning av poliklinisk aktivitet.
- På overordnet nivå viser beregninger at det vil oppstå stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger. Dagens planer må reflektere det fremtidige behovet for arbeidskraft både med hensyn til utdanning, rekruttering og arbeidsmetodikk.

Helse Sør-Øst RHF har hensyntatt disse forventede utviklingstrendene i sine strategier og planer, herunder omstillingsprogrammet. Det vises særlig til målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som også er en del av plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst. Helse Sør-Østs realisering av mål og strategier videreføres i 2012 blant annet ved å:

- Redusere uønskede hendelser og øke pasientsikkerheten medisinsk og gjennom god informasjonsflyt
- Videreutvikle god kunnskapsbasert praksis gjennom å redusere ulikheter og etablere forutsigbare pasientforløp med reduksjon av ventetid i forløpet
- Sikre en god dekning av lokalt baserte spesialisthelsetjenester innenfor sykehusområder.
- Funksjonsfordele i regionen ("å desentralisere det som kan desentraliseres, og å sentralisere det som bør sentraliseres").
- Redusere ventetid på behandling, ved at pasienten bl.a. skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Redusere fristbrudd

- Skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
- 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.
- Sikre nødvendig kompetanse på rett sted til rett tid, gjennom god planlegging og iverksetting.

#### **4.1.1 Økonomiske rammebetingelser**

##### **Økonomisk langtidsplan 2011-2014**

Pasientenes behov er førende for Helse Sør-Øst sin virksomhet. Overordnet er utfordringene de kommende årene knyttet til tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenestene, samhandling med kommunene, samt økonomisk bæreevne.

Det er stadig mindre toleranse for feil og mangler, fristbrudd, manglende forutsigbarhet og dårlig tilgjengelighet. Dette er en naturlig konsekvens av at pasientene blir sterkere premissgivere og bevisstheten rundt den andelen av samfunnets midler som brukes i helsesektoren både nasjonalt og i forhold til andre land. Det vil stilles økte krav til kvalitet, pasientsikkerhet, service og transparens som igjen stiller store krav til virksomhetsstyring, oppfølging og kontroll. Det vil derfor arbeides med å forsterke en gjennomgående kultur for god virksomhetsstyring, slik at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon, daglige handlinger og oppfølging. Det må også videreutvikles metoder for kunnskapsbasert praksis, kompetanseutvikling og arbeidet med å øke produktivitet og kvalitet. Mållrettet styring av kompetanse og bemanning er nødvendig for å møte pasientenes behov og eiers krav.

I 2011 og årene framover vil det stå sentralt å gjennomføre de store omstillingsprosessene i hovedstadsområdet som omfatter sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken, på en slik måte at pasienttilbudet opprettholdes, kvaliteten videreutvikles og at personalmessige hensyn håndteres på en god måte. Det er sentralt å utnytte de store investeringene ved Akershus universitetssykehus HF.

Samhandlingsreformen får konsekvenser både for innholdet i og omfanget av spesialisthelsetjenesten, og endrer de økonomiske rammebetingelsene. De økonomiske rammebetingelsene er ikke endelig avklart. Helse Sør-Øst er godt i gang med samhandling, og ser at dette ved en god gjennomføring både kan bidra til effektivisering og god ressursutnyttelse i helseforetakene.

Flere helseforetak leverer positive økonomiske resultater i 2010, noe som muliggjør likviditet til egenfinansiering av investeringer. Det er et stort behov for likviditet til investeringer i foretaksgruppen. Det må også i årene fremover gjøres grundig og helhetlig prioritering av hvilke investeringer som gjøres i bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Det må synliggjøres gevinstrealisering for å imøtekomme pasientenes behov.

Økonomisk langtidsplan 2011-2014 utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategisk fokus og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser. Den er således et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene, sykehusene og det regionale helseforetaket og et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens driftsbilde for å sikre nødvendige investeringer i fremtiden. Økonomisk langtidsplan rulleres årlig, slik at første år i planperioden blir bindende som årets budsjett.

Viktige forutsetninger ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2011-2014 var:

- Det skal genereres likviditet gjennom resultatmessig overskudd i helseforetakene slik at handlingsrom for et tilstrekkelig investeringsnivå etableres
- De omfattende omstillingsprosessene i hovedstadsområdet vil pågå over flere år og innebærer betydelig risiko. Investeringsbehov, omstillingsplaner, potensial for gevinstrealisering og tilhørende risikovurderinger må ligge til grunn for økonomisk langtidsplan 2011-2014 og senere planperioder
- Følgende langsiktige investeringer legges til grunn i perioden for økonomisk langtidsplan (2011-2014):
  - Nytt Østfold sykehus 2010-2015
  - Samlokalisering Oslo 2010-2016
  - Fase 2 ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand 2011-2012
  - Samlokalisert Vestfold-klinikk 2010-2012
- Det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken vurderes når foretaket har levert sine planer. Øvrige større byggeprosjekter, som i Sykehuset Innlandet HF, må vurderes i senere planperioder. Byggeprosjekter i Telemark-Vestfold sykehusområde må vurderes etter at sykehusområdet har fullført sitt planleggingsarbeid i 2011
- Fram mot styrets møte 4. november skal helseforetakene etablere planer for vedlikehold og fornyelse av bygg og medisinsk teknisk utstyr (MTU). Økonomiske konsekvenser av disse planene skal være innarbeidet i helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan
- Bemanningsutviklingen skal reflektere krav til aktivitetsutvikling, produktivitetsutvikling, gevinstrealisering av fellestjenester og investeringer i bygg, IKT og MTU

Helse Sør-Øst er bærekraftig i økonomisk forstand i perioden 2011-2014. Foretaksgruppens etablerte prinsipper for likviditetsstyring gjelder i planperioden.

Samlet sett viser foretaksgruppens planer i sum positive resultater for perioden 2011-2014. 2011 og 2012 vil være preget av omstillingene i hovedstadsområdet, med en risiko for negativt resultat i 2011, men et positivt resultat i 2012 estimert til om lag 500 millioner kroner. Realisering av resultatene er til dels avhengig av investeringer, salg av eiendom til dels omfattende tilpasninger i driften.

For å bidra til at "sørge for"-ansvaret sikres, planlegges det med produktivitetsvekst innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. Innen rehabilitering forventes tilpasninger av aktivitet, både på grunn av at de øvrige regionene bygger opp sitt tilbud og annen arbeidsfordeling gjennom samhandlingsreformen. Det regionale helseforetaket har fulgt opp disse forutsetningene med krav til aktivitet i *oppdrags og bestillerdokumentet for 2011* og videreført i rullering av økonomisk langtidsplan i 2011. Det vil i planperioden utvikles prinsipper for implementering av ønskede kapasitetsutvidelser og nye behandlingstilbud innenfor den vedtatte inntektsmodellen.

### **Driftsmessige forhold – pasienttilbud og aktivitetsnivå**

En forutsetning for at foretakene og foretaksgruppen skal kunne øke investeringsnivået, er at det skapes positive resultater i foretaksgruppen. Det vil derfor være behov for produktivitetsvekst gjennom omstillinger i drift, og et forsterket fokus på gevinstrealisering fra gjennomførte investeringer. På samme tid skal pasienttilbudet bedres. Kvalitet i pasienttilbudet skal følges opp via målstyring. Det forventes videre at de økonomiske gevinster som helseforetakene oppnår ved i større grad å benytte seg av etablerte fellesløsninger innen IKT og innkjøp, bidrar til dette.

Gjennom økonomisk langtidsplan er det startet et arbeid med å kvalitetssikre det vurderte potensial for produktivitetsvekst. I leveransene fra foretakene viser lønns- og innleiekostnadene

en fallende trend i hele perioden, og er ved utgangen av 2014 redusert med 4,6 prosent. Det må arbeides videre med dette ved rullering av økonomisk langtidsplan i 2011.

Omstillingene i hovedstadsområdet medfører en betydelig resultatrisiko i langtidsperioden, og da spesielt i 2011 og 2012. På samme tid skapes positive resultater i andre deler av foretaksgruppen.

Det er en resultatrisiko i 2011 på inntil 300 millioner kroner, som deretter bedres til et positivt resultat allerede i 2012. For perioden fra og med 2013 forventes gevinster fra samlokalisering ved Oslo universitetssykehus HF og fortsatt positiv utvikling i andre deler av regionen, å bidra til et årlig resultat i størrelsesorden inntil 800-1 000 millioner kroner.

En slik omstilling krever betydelig ledelsesmessig fokus, medvirkning fra brukere og ansatte, riktige, åpne, prioriteringer og kontinuerlig arbeid med å realisere de gevinster som investeringene er forutsatt å gi. Både ved tilpasninger av bygg, nytt medisinteknisk utstyr og investeringer i IKT, forventes det prosessforbedringer i drift som sikrer det økonomiske fundamentet for investeringsbeslutningen. Investeringene forventes å være økonomisk bærekraftige ved at foretaket kan bære tilhørende kapitalkostnader gjennom realisering av de gevinster som forutsettes.

## **Investeringsnivå og bæreevne**

### Investeringsbehov

I forutsetningene for økonomisk langtidsplan inngår at helseforetakenes investeringer skal skje innenfor egen bæreevne.

Foretaksgruppen har en kapitalstruktur der bygg og anlegg utgjør ca 82 prosent av balanseverdiene, og medisinteknisk utstyr (MTU) ca 7 prosent. Tilstand og alder på disse to kapitalelementene varierer mellom foretakene. Tilstandsvurderingen av bygg avsluttet i 2008, viser at Helse Sør-Øst har et reinvesteringsbehov på ca 13,4 milliarder kroner dersom hele bygningsmassen skal bringes opp på tilfredsstillende nivå. Denne kostnaden kan reduseres gjennom et synkende vedlikeholdsbehov fra arealeffektivisering og etablering av nybygg til erstatning for bygg med dårlig tilstand.

Helse Sør-Øst RHF besitter ikke i dag en fullstendig oversikt over tilstanden på medisinsk teknisk utstyr i foretaksgruppen. Helseforetakene kommuniserer imidlertid at utstyrsparken er gammel og at det er et betydelig investeringsbehov. Det legges til grunn at dette er hensyntatt i foretakenes eget arbeid med planer for vedlikehold og fornyelse av MTU og bygg i henhold til sak 042-2010, og at økonomiske konsekvenser er innarbeidet i helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan. Det er etablert et felles utredningsprosjekt for MTU som et ledd i oppfølging av tiltak etter Riksrevisjonens undersøkelse om MTU fra 2005-2006, samt en oppfølging av MTU behov identifisert i forbindelse med etablering felles tjenesteleverandør IKT og beslutning om ansvarsdeling mellom Sykehuspartner IKT og helseforetakene våren 2009.

### Forutsetninger for beregning av bæreevne

Det planlegges med en likviditetsutvikling innenfor den driftskreditrammen foretaksgruppen per i dag er tildelt.

Følgende forutsetninger er lagt:

- Resultatutvikling er i tråd med foretakenes budsjetter, men nedjustert noe av forsiktighetshensyn
- I henhold til etablerte styringsprinsipper for likviditet kan positive resultater benyttes til investeringer når foretak har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat. Normalt sett betyr dette inn mot neste kalenderår, og det er i beregningene brukt denne forutsetningen.

- Likviditet tilbakeholdt for regionale investeringer og felles satsninger, forutsettes videreført på dagens nivå. Foretakenes andel av tilgjengelig likviditet fra årlig tildeling, er i størrelsesorden 700 millioner kroner
- IKT investeringsnivå er forutsatt i henhold til forslag til IKT langtidsplan for 2012 og fremover
- Lånefinansiering av prosjekt nytt Østfoldsykehus er innarbeidet med 50 prosent årlig. Øvrige lånemuligheter, blant annet til bygningsmessige investeringer ved Oslo universitetssykehus HF i 2013 og 2014, og senere større byggeprosjekter er ikke innarbeidet.
- Planlagt salg ved Oslo universitetssykehus HF i 2011, samt salg i forbindelse med prosjekt Nytt Østfoldsykehus er innarbeidet
- Ved avvik mellom pensjonskostnader og pensjonspremier er det forutsatt nøytral likviditetseffekt

#### Spesielt om store byggeprosjekter

Prioritering av store byggeprosjekter er vedtatt av styret i sak 131-2008, og senere behandlet i sak 093-2009 og 042-2010. Sak 042-2010 sier hvilke prosjekter som kan innarbeides i økonomisk langtidsplan:

- Nytt Østfold sykehus 2010-2015
- Samlokalisering Oslo 2010-2016
- Fase 2 ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand 2011-2012
- Samlokalisert Vestfold-klinikk 2010-2012

I tillegg kommer opptrappingsplan psykiatri, samt regionalt lån til Sykehuset i Vestfold HFs oppføring av helikopterlandingsplass i tilknytning til nytt parkeringshus.

Samlokalisering Oslo omfatter både nødvendige bygningsinvesteringer for å flytte fra Aker innen 31.12.2012, et eventuelt nybygg ved tidligere Rikshospitalet og øvrige behov. Det vil bli iverksatt en prosess for å dokumentere lånebehov og bæreevne i disse investeringene.

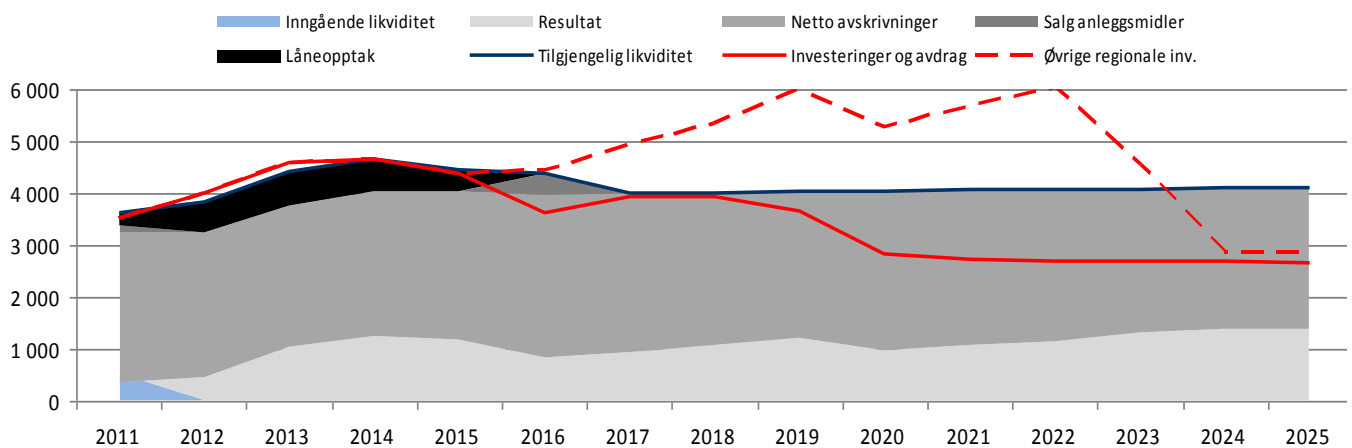
Oslo universitetssykehus HF skal etablere en utredningsplan for sykehusområde Oslo i henhold til vedtak i sak 131-2008 og 059-2009. Aktuelle idéfaserapporter, samt senere konseptfaserapporter både for samlokalisering på Gaustad og øvrige prosjekter skal knyttes opp mot denne. Dette skal avdekke rekkefølgeproblematikk og sikre rett prioritering av investeringsmidler i gjennomføringen av sak 108-2008.

Sak 042-2010 sier videre at det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken HF vurderes når foretaket har levert sine planer, og øvrige større byggeprosjekter, som i Sykehuset Innlandet HF, må vurderes i senere planperioder. Byggeprosjekter i Telemark-Vestfold sykehusområde må vurderes etter at sykehusområdet har fullført sitt planleggingsarbeid i 2011. Disse prosjektene er derfor lagt til perioden etter 2015 sammen med øvrige større byggeprosjekter som er regionalt prioriterte i henhold til sak 131-2008.

#### Illustrasjon av bæreevne

Kapasitet til å gjennomføre investeringer skapes av likviditet generert fra driften, samt fra låneopptak og salg av anleggsmidler.





Figuren over viser foretaksgruppens tilgjengelige likviditet med blå linje. Denne består av inngående likviditetsbeholdning (lyse blå), resultatutviklingen (lyse grå), netto avskrivninger (grå), salg av anleggsmidler (mørkegrå) og bekreftede låneopptak (sort).

Bruken av tilgjengelig likviditet er vist med heltrukken rød linje. Omfanget av store byggeprosjekter som ikke er regionalt prioritert i perioden frem til 2015, vises med stiplet rød linje.

Foretaksgruppen har i 2010 planlagt med bruk av tilnærmet all disponibel likviditet, og det er derfor på vei inn i 2011 begrenset med likviditetsmessige reserver utover det som skyldes rene tidsforskyvninger i aktivitet fra 2010. Det planlegges også i perioden 2011-2014 med bruk av all likviditet som genereres fra drift og finansieringsaktiviteter, og det er dermed utsikter til en vedvarende stram likviditetssituasjon.

## 4.1.2 Personell og kompetanse

### Utdanning og rekruttering

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 helseforetakenes utdanningsansvar. Det er 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 i oktober 2009 et bredt sammensatt regionalt utdanningsutvalg som arbeider med utdanningsspørsmål på strategisk nivå. Det regionale utdanningsutvalget er et viktig rådgivende organ for administrerende direktør i saker vedrørende utdanning og kompetansebehov på kortere og lengre sikt. Utvalget vil i 2011 fortsette arbeidet med å identifisere og synliggjøre kompetansebehov for å bidra til at utdanningstilbudet:

- har riktig kvalitet og kapasitet
- er fremtidsrettet
- er i samsvar med demografisk endringer, utvikling av behandlingstilbud og internasjonale og nasjonale føringer, herunder samhandlingsreformen.

Regionalt utdanningsutvalg har i 2010 arrangert aktuelle temamøter som "Kompetanse- og utdanningsbehov som følge av Samhandlingsreformen", "Hvem bruker spesialisthelsetjenesten som praksisarena – relevans og kvalitet" og "Kompetansebehovet – utfordringer og

handlingsrom". Utvalget vil i 2011 arbeide videre med problemstillinger som har fremkommet under disse temamøtene for å synliggjøre utfordringer og ulike handlingsalternativer.

Regionalt utdanningsutvalg har i 2010 også vært en viktig bidragsyter til det regionale helseforetakets høringsuttalelser til offentlige utredninger vedrørende utdanningsspørsmål. Utvalget har i tillegg bidratt mer uformelt med innspill via dialogmøter, for eksempel til Helse- og omsorgsdepartementets forberedende arbeid med Kunnskapsdepartementets stortingsmelding som skal presentere en samlet nasjonal kunnskapspolitik for fremtidens helse- og sosialutdanninger. Utvalget ser det som viktig å bidra i det videre arbeidet med denne stortingsmeldingen i 2011.

I forhold til det varslede arbeidet med å få på plass et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene, har Regionalt utdanningsutvalg blant annet tilbudt å bidra med innspill til Helse- og omsorgsdepartementets kravspesifikasjon i forbindelse med anskaffelsen og etablering av et slikt system. Utvalget vil fortsette dialogen med departementet om det videre arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF har høsten 2010 også gjennomført en utredning om kompetansebehov for regionen frem mot 2020. Helse Sør-Øst vil møte noen utfordringer knyttet til utdanning og rekruttering av helsepersonell som må adresseres frem mot og etter 2020:

- Det vil med stor grad av sannsynlighet oppstå mangel på flere typer fagkompetanse, særlig eldremedisin, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere.
- En av de viktigste driverne for aktiviteten i helseforetakene og dermed for kompetansebehovet, vil være den teknologiske utviklingen. Utvikling og innføring av ny teknologi er vanskelig å predikere. Det vil imidlertid være et behov for bedre styring av hvilken teknologi som tas i bruk.
- Ny teknologi vil utvilsomt medføre et økt behov for kompetanse i skjæringspunktet mellom teknologi og kliniske fagområder. Samsvaret mellom innholdet i utdanningene og det framtidige kompetansebehovet bør derfor styrkes, og det bør utvikles strukturer som ivaretar dette koordineringsbehovet.

Arbeidet i Regionalt utdanningsutvalg og videre oppfølging av den nevnte utredningen vil kunne bidra til å sikre bedre samsvar mellom kompetansebehovet og utdannings- og kompetansetilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten.

På overordnet nivå viser beregninger at det vil oppstå stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger. Dagens planer må reflektere det framtidige behovet for arbeidskraft både med hensyn til utdanning, rekruttering og arbeidsmetodikk.

### Bemanningsmessige utfordringer

Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. Helse Sør-Øst vil i 2011 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.

Utover fokus på den generelle bemanningsutviklingen i foretakene vil Helse Sør-Øst i tillegg i tiden fremover rette oppmerksomhet mot blant annet følgende utfordringer:

- I den overordnede risikomatrixen for foretaksgruppen er arbeidsmiljø og sykefravær identifisert som gjennomgående utfordringer. Selv om man observerer en nedgang i sykefraværet, er det ingen spesielle forhold som tilsier at det vil være mindre viktig å ha

fokus på disse områdene i 2011. På bakgrunn av dette vil arbeidet knyttet til foretaksgruppens HMS-policy ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø i perioden frem mot 2012.

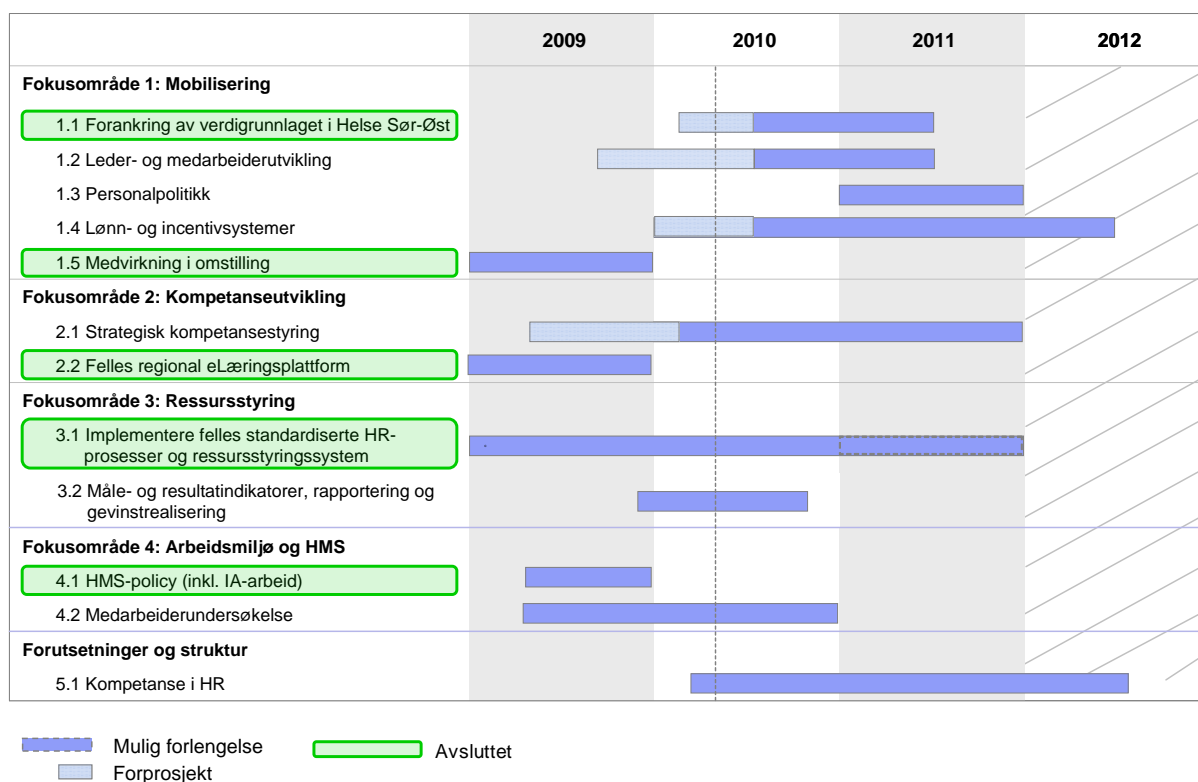
- Helseforetakene kjøper vikartjenester av helsepersonell for ca 340 millioner pr år. Dette er nødvendige supplement for å dekke opp påkommende personellbehov. For enkelte faggrupper er det underdekning i det nordiske markedet, særlig på sommertid, slik at innleie via bemanningsbyråene er et nødvendig supplement. Det er etablert nasjonale anskaffelsesprosesser for disse innkjøpene med vekt på å sikre kvalitet og mest mulig kostnadseffektive løsninger innenfor regelverket for offentlige anskaffelser. Dette regelverket har vist seg å være krevende i forhold til denne type innkjøp. Det vil derfor i tiden fremover legges vekt på stadig bedre tilpassede rammeavtaler. Fornyet konkurranseutlysning av innkjøp av vikartjenester vil skje i 2012.
- Det gjenstår fremdeles mange utfordringer både i Sykehuspartner og ved foretakene i hovedstadsområdet knyttet til det pågående omstillingsprogrammet. Arbeidet med tilpassing av organisasjons- og bemanningsplaner i de berørte virksomhetene vil i varierende grad pågå frem mot 2013.
- Arbeidsmiljøfremmende tiltak vil bli iverksatt, bl.a. gjennom videreføring av IA-avtalene og oppfølging av tilsynskampanjen God vakt.
- En vil også ha stor oppmerksomhet på overholdelse av overtidsbestemmelsene og bruk av ufrivillig deltid.
- Det er økende etterspørsel etter tilbud utenom ordinær arbeidstid. Muligheter for bedret tilgjengelighet gjennom mer fleksible åpningstider vil bli vurdert nærmere.

### Oppfølging av HR-strategi

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med nærmere 70.000 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.

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 2011 legge premisser for prioriteringer og tiltak innen HR-området.

Den overordnede handlingsplanen for hvordan HR-strategien skal operasjonaliseres og implementeres ble sist revidert våren 2010. Nedenfor presenteres en fremstilling av den reviderte handlingsplanen (tiltak som er slutført per 31.12.2010 er markert i grønt):



Arbeidet med de resterende tiltakene er iverksatt i henhold til den reviderte handlingsplanen. Tiltakene gjennomføres i alle helseforetak i samarbeid med ledelse, tillitsvalgte og HR-medarbeidere, i henhold til i gjeldende lov- og avtaleverk samt Helse Sør-Øst sine vedtatte prinsipper for medvirkning i omstilling.

En mer omfattende revisjon av den regionale HR-strategien vil bli samordnet mot arbeidet med revisjon av Helse Sør-Øst sin overordnede "Plan for strategisk utvikling". Opplegget for denne revisjonen vil bli klart i løpet av 2011, og arbeidet vil gjennomføres i 2012.

Med bakgrunn i den forestående strategirevisjonen vil det i 2011 prioriteres å ferdigstille følgende sentrale pågående tiltak under hvert fokusområde i HR-strategien:

- **Fokusområde 1: Mobilisering av medarbeidere og ledere**
  - Tiltak: Leder- og medarbeiderutvikling
    - Innenfor dette tiltaket ligger utarbeidelse av regionalt konsept for lederutvikling, utarbeidelse av ledersamtale (med ledervurdering) og medarbeidersamtale (inkl. kompetanseplanlegging) samt konsept for suksessjonsplanlegging.
- **Fokusområde 2: Kompetanseutvikling**
  - Tiltak: Elektronisk kompetansestyringsverktøy
    - Innenfor dette tiltaket ligger utarbeidelse av opplegg for oversikt over lovpålagt kompetanse samt mulighet for å kartlegge dagens kompetansebeholdning og fremtidig kompetansebehov.
- **Fokusområde 3: Ressursstyring**
  - Tiltak: Prosjekt for realisering av potensialet etter GAT-innføring
    - Innenfor dette tiltaket ligger et regionalt oppfølgingsprosjekt som skal følges opp med lokale OU-prosesser i hvert enkelt foretak.
- **Fokusområde 4: Arbeidsmiljø og HMS**
  - Tiltak: Videreutvikle rapporteringsfunksjonalitet for handlingsplaner etter medarbeiderundersøkelsen

- Innenfor dette tiltaket ligger videreutvikling av rapporteringsverktøy for enhetsvis oppfølging av handlingsplaner i medarbeiderundersøkelsen og annet.
- *Forutsetninger*
  - Tiltak: Kompetanse i HR
    - Innenfor dette tiltaket ligger det identifisering av beste praksis for organisering av HR-funksjonen og HR-prosesser i foretaksgruppen samt et arbeid for å identifisere og vurdere behov for regionale kompetanseutviklingstiltak for HR-funksjonen.

### 4.1.3 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 premis for prioritering av investeringer.

Styret i Helse-Sør-Øst RHF vedtok i 2009 at eiendomsområdet skulle styrkes gjennom regional koordinering og styring. Dette for å sikre realisering av vedtatte arealreduksjoner (10 prosent) vedtatte og arealeffektivisering (10 prosent). I 2010 har styret sluttet seg til 10 delprosjekt som skal bidra til å nå disse målene. Deltakerne i delprosjektene har bred sammensetning fra hele foretaksgruppen. Delprosjektene omfatter strategi, husleiemodell, klassifikasjonssystemer, vedlikeholdsplaner og tilstandsvurderinger, og portefølje og prosjektstyring.

#### Investeringer

Investeringsregimet for Helse Sør-Øst ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst i sak-93-2010 (se årlig melding 2009). 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 positive resultater i foretakene.

Tilstand og alder på bygg varierer i regionen. Tilstandsvurderingen av bygg, som ble avsluttet i 2008, viser at Helse Sør-Øst har et reinvesteringsbehov på ca 13,4 milliarder kroner dersom bygningsmassen skal bringes opp på tilfredsstillende nivå. Denne kostnaden kan reduseres gjennom et synkende vedlikeholdsbehov fra arealeffektivisering og etablering av nybygg til erstatning for bygg med dårlig tilstand.

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak-42-2010 og sak-75-2010 for første gang økonomisk langtidsplan for regionen. I forutsetningene i økonomisk langtidsplan inngikk det at helseforetakenes investeringer skulle planlegges innenfor egen bæreevne.

I henhold til sak-42-2010 er følgende store byggeprosjekt innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen:

- Nytt Østfold sykehus 2010-2015
- Samlokalisering Oslo 2010-2016
- Fase 2 ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand 2011-2012
- Samlokalisert Vestfold-klinikk 2010-2012

I tillegg kommer opptrappingsplan psykisk helsevern, samt regionalt lån til Sykehuset i Vestfold HF's oppføring av helikopterlandingsplass i tilknytning til nytt parkeringshus.

Samlokalisering Oslo omfatter både nødvendige bygningsinvesteringer for å flytte fra Aker innen 31.12.2012, et eventuelt nybygg ved tidligere Rikshospitalet og øvrige behov. Det vil bli iverksatt en prosess for å dokumentere lånebehov og bæreevne i disse investeringene.

Oslo universitetssykehus HF skal etablere en utredningsplan for sykehusområde Oslo i henhold til vedtak i sak 131-2008 og 059-2009. Aktuelle idéfaserapporter, samt senere konseptfaserapporter både for samlokalisering på Gaustad og øvrige prosjekter skal knyttes opp mot denne. Dette skal avdekke rekkefølgeproblematikk og sikre rett prioritering av investeringsmidler i gjennomføringen av sak 108-2008.

Planer for nytt sykehus i Buskerud (Drammen) er det blitt arbeidet videre med, inntil desember 2010 var erverv av tomt Gullaug prioritert. I henhold til foretaksprotokoll av 06.01.11 blir tomtevalg Drammen nå prioritert utredet, for at utbyggingsprosjektet kan komme i gang i henhold til prioriteringen i styresak 131-2008. I dette ligger også en prioritert løsning for erstatningslokaler for psykisk helsevern i Buskerud (Lier).

Sak 042-2010 sier videre at det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken HF vurderes når foretaket har levert sine planer, og øvrige større byggeprosjekter, som i Sykehuset Innlandet HF, må vurderes i senere planperioder. Byggeprosjekter i Telemark-Vestfold sykehusområde må vurderes etter at sykehusområdet har fullført sitt planleggingsarbeid i 2011. Disse prosjektene er derfor lagt til perioden etter 2015 sammen med øvrige større byggeprosjekter som er regionalt prioriterte i henhold til sak-131-2008.

#### Nytt Østfoldsykehus

Styret i Helse Sør-Øst godkjente i desember 2010 forprosjektet for nytt østfoldsykehus. Prosjektet skal gjennomføres innenfor et økonomisk styringsmål på 5.090 mill kroner (prisnivå februar 2010). Realisering av nytt Østfoldsykehus innebærer en betydelig prioritering innenfor foretaksgruppens samlede ressurser.

Prosjektet finansieres gjennom et låneopptak tilsvarende 2,5 milliarder kroner fra eier (jfr. St.prp 1 2010-2011), salg av eiendom og finansiering fra Helse Sør-Øst RHF på til sammen 2,59 milliarder kroner.

### **4.1.4 Nasjonal helseplan – ny helse- og omsorgsplan**

#### **Nasjonal helseplan**

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikken 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 (2010-2011) 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 som har ligget til grunn for arbeidet nasjonalt og regionalt

#### 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

### **Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle**

Nasjonal helseplan avløses i 2011 av ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Stortingsmelding nr. 47 "Samhandlingsreformen" ble behandlet i Stortinget 24. april 2010. Denne følges opp bl.a. gjennom et statssekretærutvalg fra sentrale departementer. Det foreligger videre forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Helse Sør-Øst RHF har avgitt separate hørings svar på de to lovforslagene. Uttalelsen til Nasjonal helse- og omsorgsplan ("Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle") ligger til grunn for uttalelsene om lovforslagene og en har i denne sammenheng trukket inn og vektlagt de overordnede planer og strategier som foretaksgruppen selv har lagt for egen virksomhet og brukermedvirkning, samt vårt samarbeid med kommunal sektor og samhandlingen med kommunale tjenester.

Omleggingen som beskrives i plandokumentet og lovforslagene innebærer en overføring av ansvaret for en del tjenester fra dagens spesialisthelsetjeneste til kommunene. Desentraliserte

sykehusstilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud skal videreutvikles. I tillegg skal det utvikles et desentralisert tjenestetilbud med vekt på lokal- og distriktsmedisinske sentra, samtidig med at spesialisthelsetjenesten skal rendyrke sine spissfunksjoner.

For å få til denne utviklingen, er det lagt opp til en rekke virkemidler med hovedvekt på økonomi, lovverk, avtaler, flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, samt økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Dette får konsekvenser for dagens spesialisthelsetjeneste, som vil måtte endre seg, både med hensyn på innhold, ledelse og organisering, bruk av kompetanse og kapasitet.

Beskrivelsen av utviklingstrekk, utfordringer og mål i Nasjonal Helse- og omsorgsplan er i svært god overensstemmelse med plan for strategisk utvikling mot 2020 og underliggende planer og strategier som Helse Sør-Øst selv har lagt de siste årene. I disse planene har en vektlagt kvalitet, medvirkning fra brukere og ansatte og prioritering samt behovet for koordinering blant annet gjennom gode pasientforløp og harmonisering av behandling som en grunnleggende forutsetning for en sammenhengende helsetjeneste.

I forbindelse med høringen har Helse Sør-Øst RHF påpekt noen spesielle utfordringer knyttet til:

- Samhandlings- og kompetansemessige forhold, herunder kompetanse- og rekrutteringsbehov, IKT og tilgang på informasjon.
- Organisatoriske og avtalemessige forhold, herunder lover, avtaler og beslutningsstrukturer, organisering av tjenestene og forebygging.
- Økonomiske forhold, herunder medfinansiering, dagens finansieringsordninger og behov.
- Pasientsikkerheten er tett knyttet til at riktig og oppdatert informasjon om pasienten foreligger for de som trenger det når de trenger det. Det er derfor svært vesentlig at det gjøres et løft på IKT område som sikrer sømløs overføring av pasientinformasjon mellom tjenestesteder og i framtiden tilgjengeliggjort for den enkelte pasient. Arbeidet med å styrke pasientsikkerheten må være en naturlig del av det generelle kvalitetsforbedringsarbeidet.
- Ledelse, god virksomhetsstyring, organisering og standardisering har vært sentrale og viktige virkemidler i foretaksreformen for å kunne sikre fokus på kvalitet, god økonomisk styring, riktige prioriteringer og økt tilgjengelighet til helsetjenesten. Det er avgjørende at disse forholdene vektlegges også når kommunale tjenester nå skal bygges ut og styrkes.
- Brukermedvirkning må gis høy prioritet. Det bør etableres utdanning av brukere for å sette de i stand til å bidra slik Helse Sør-Øst og FFO har gjort gjennom modulbasert brukeropplæring.

Slik de økonomiske tiltakene vedrørende samhandlingsreformen totalt sett er innrettet, vil spesialisthelsetjenesten være helt avhengig av at kommunene lykkes med å ivareta de tiltenkte nye oppgavene. Sykehusstilbudet kan ikke bygges ned før det er sikkert at mottaksapparatet i kommunene er klart. Dette gir en type "pukkelkostnader" i gjennomføringen av reformen, som det ikke er beskrevet noen finansiering for i høringsdokumentene. Dette representerer da et betydelig risikoelement for spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at eventuelle økonomiske virkemidler må innføres gradvis slik at det blir muligheter for justeringer underveis. Det anbefales derfor etablert 2-3 pilotprosjekter i regionen for å sikre at de virkemidler og tiltak som gjennomføres faktisk har effekt. Det er svært viktig å utvikle tiltak for gode analyser og dokumentasjon, spesielt mht. effekten av forebyggende tiltak, behandlingsprogrammer/pasientforløp og samhandlingsrutiner.

Når det gjelder den store utfordringen med å sikre god nok kunnskap i et framtidig helsetilbud, ser Helse Sør-Øst behov for en nasjonal strategi for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgssektoren, på tvers av forvaltningsnivåene. Kompetanse innen organisering og ledelse, systemkunnskap, brukermidvirkning, samhandling og helhetstenkning, samt kunnskap om pasientforløp blir sentral grunnkompetanse for alle helse- og omsorgsutdanninger.



Når det gjelder utfordringen innen IKT ser administrerende direktør at i samsvar med vår regionale langtidsplan vil det fortsatt være mange utfordringer som ikke lar seg løse innen planens omfang. Herunder kan særlig nevnes gjennomgående innføring av strukturerte prosessorienterte journaler, kliniske beslutningsstøttesystemer, standardisert infrastruktur, telemedisinske løsninger m.fl.

## 4.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2011 for Helse Sør-Øst

### Innledning

Plan for strategisk utvikling er langsiktig og har form og innhold på overordnet nivå. Planen rulleres hvert fjerde år. Neste rulling starter i 2011 med slutføring og styrebehandling i desember 2012. Det utarbeides en prosessplan for rullingene som styrebehandles i desember 2011. Prosessplanen beskriver plangrunnlag, ambisjonsnivå/rullingsomfang, forankring og fremdriftsplan.

Plan for strategisk utvikling gjøres forpliktende for helseforetakene. Alle øvrige planer i RHF og HF skal være forankret i denne. For felles forståelse arbeider en innenfor følgende plannivåer og begreper:

#### HF-perspektiv

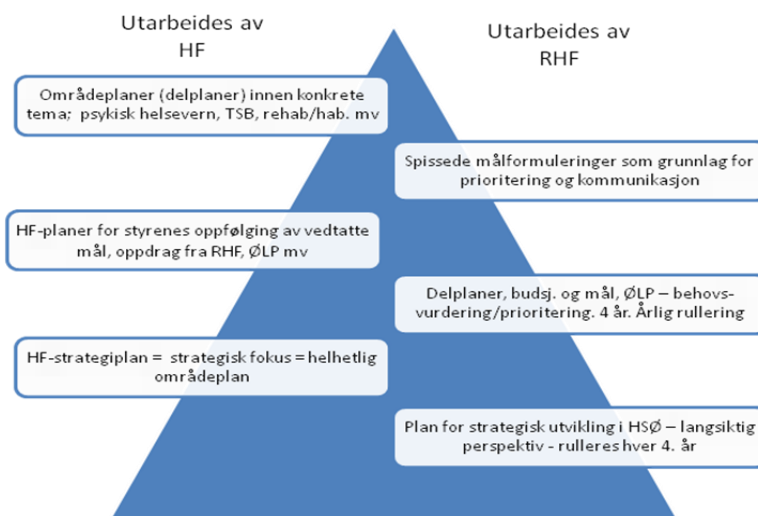
- Nivå 1: HF-strategiplan = strategisk fokus = helhetlig områdeplan – (perspektiv 4 år+). I protokoll fra foretaksmøter i helseforetakene i januar/februar 2009, sak 3, er plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst gjort bindende for helseforetakene. Dette innebærer at helseforetakene skal utarbeide planer for oppfølging/gjennomføring av regionale strategier og underliggende vedtak. Det vises særlig til vedtakene i sak 108-2008. Det forventes ikke at helseforetakene lager overordnede strategiplaner ut over dette.
- Nivå 2: HF-planer som grunnlag for styrenes oppfølging av vedtatte mål / oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF kommende år/periode, harmonisert med ØLP.
- Nivå 3: Områdeplaner (delplaner) innen definerte områder; psykisk helsevern, TSB, rehab/hab, mv. Planstatus og måloppnåelse skal fremgå av årlig melding – i rapportdel og plandel

#### RHF-perspektiv

- Nivå 1: Langsiktig strategi - perspektiv på 10 år +, rulleres hvert fjerde år.
- Nivå 2: Delplaner på nærmere definerte områder. Budsjett og mål – prioritering og behovsvurdering. 4-års perspektiv, rulleres årlig og korresponderer med økonomisk langtidsplan.
- Nivå 3: Ut nivå 1 og 2 utledes årlige mål samt årlig budsjett. Prioriteringene uttrykkes i spissede målformuleringer som grunnlag for prioritering og kommunikasjon

Plannivåene i HF og RHF kan illustreres på følgende måte:

# Strategier og planer



## 4.2.1 Strategisk fokus 2011-2014

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 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.

### ***Omstillingsprogram – kvalitetsstrategi - 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 2011-2014 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.

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

### ***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 2011-2014**

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 prehospitaltjenester utredes. Kvalitative, effektive og trygge prehospitaltjenester 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.

## ***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 2011-2014**

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. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som en drivkraft for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen 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 prosent 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 konkurranseevne.
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.

## ***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 brukermedvirkning, 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 2011-2014**

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.

#### ***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 2011-2014**

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 prosent arealreduksjon og 10 prosent kostnadseffektivisering i driften av eiendommene for perioden 2009-2012 videreføres. Det etableres delprosjekter innen sentrale driftsområder og arealforvaltning (metoder og insentiver for effektiv arealutnyttelse), som skal bedre styringsmåtene og målemetodene.

#### ***Innsatsområde 5; Mobilisering av medarbeidere og ledere***

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 70 000 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 2011-2014**

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 ressurser. 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.

## **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 2011-2014**

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.

### **4.3 Mål for 2011 og planperioden**

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.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

| Våre kvalitetsmål innebærer at tjenestene skal...  | Det er .....   |
|--|--|
| Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)        | Faglige avveininger og beslutninger ved valg av kvalitetsnivå må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Resultater må kunne dokumenteres.   |
| Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser) | Sannsynlighet for feil og uheldige hendelser skal reduseres til et minimum gjennom risikostyring og avviksbehandling. Ved valg av kvalitetsnivå skal det tas hensyn til pasientens sikkerhet.  |
| Involvere brukerne og gi dem innflytelse           | Pasientens erfaringer og synspunkter er viktige faktorer for utvikling av kvalitetsnivået i helsetjenesten. Samtidig må pasienten ansvar for eget liv og helse må tydeliggjøres. På individnivå skal epikrise til pasienter og individuell plan vektlegges. På systemnivå skal brukerne og deres organisasjoner trekkes inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene. |
| Være samordnet og preget av kontinuitet            | Alle tiltak skal være samordnet og preget av kontinuitet. Arbeid med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar skal vektlegges.   |
| Utnytte ressursene på en god måte                  | Rett tjeneste skal tilbys rett bruker på rett måte til rett tid. Brukerens behov, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet helsegevinst og nytte av behandlingen samt kostnader (prioriteringskriteriene) skal hensyntas når kvalitetsnivå for behandlingstiltak settes.  |
| Være tilgjengelig og rettferdig fordelt            | Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Tilgjengelighet skal vektlegges.   |

For perioden 2011-2014 er det vedtatt fem mål for virksomheten i foretaksgruppen. Disse målene representerer en økt ambisjon innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som de understreker betydning av arbeidsmiljø og god økonomistyring. De fem målene kommer i tillegg til det kontinuerlige arbeidet for å øke pasientsikkerheten og å redusere ventetidene og er

utformet etter en omfattende prosess som har involvert helseforetak, tillitsvalgte og brukere. Målene tydeliggjør de hovedprioriteringene som skal legges til grunn for virksomheten for å sikre gode og likeverdige helsetjenester:

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

Det forventes at arbeidet med og fokus på å nå målene ovenfor vil gi reduserte ventetider og økt tilgjengelighet samt økt kvalitet i pasientbehandlingen gjennom reduksjon i feil og mangler og økt handlingsrom for utvikling av helsetjenesten. Ledelsesfokuset på ansatte som ressurs og kompetanse vil fremme kvalitet og pasientsikkerhet.

Det legges til grunn at ledere og ansatte på alle nivåer aktivt slutter seg til målene og følger disse opp i den daglige virksomhet. For å oppnå dette vil målarbeidet understøttes av konkrete gjennomføringsplaner som er tilpasset den enkelte virksomhet og hensyntar lokale forutsetninger. I det videre arbeidet har styret for Helse Sør-Øst RHF lagt til grunn at:

- Målene innarbeides i oppdrags og bestillerdokumentet for 2011 til helseforetakene/sykehusene
- Det utarbeides gjennomføringsplaner tilpasset den enkelte virksomhet
- Helseforetakenes planer styrebehandles og innarbeides i årlig melding for 2010
- Rapportering på måloppnåelse innarbeides i den løpende rapporteringen og i årlig melding

Fra det regionale helseforetakets side vil en gjennomføre understøttende aktiviteter når det gjelder indikatorutvikling, erfaringsutveksling og utvikling av e-læringsmetodikk samt kommunikasjonsaktiviteter relatert til både gjennomføring og måloppnåelse.



## 5. VEDLEGG

### Vedlegg 1: Rapportering styringsparametre i henhold til mal

| Styringsparametre (* = NPR- tall) for rapportering per 2. tertial             | 2. tert. 2008 | 2. tert. 2009 | 2. tert. 2010 | Mål            | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet   | Valgfri rapportering hvis nyere NPR-tall er tilgjengelig. <sup>2</sup> |
|---|---------------|---------------|---------------|----------------|--|--|
| Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk*     | 66            | 71            | 70            | Skal reduseres | Ventelistetall følges månedlig, både i helseforetakene og i Helse Sør-Øst RHF, bl.a. i oppfølgingsmøter med helseforetakene. Det rettes særlig fokus på de som har lange ventetider, områder med lange ventetider og mange langtidsventende. | 76   |
| Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen BUP*          | 65            | 66            | 67            | Skal reduseres | "  | 54   |
| Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen VOP*          | 48            | 54            | 58            | Skal reduseres | "  | 52   |
| Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen TSB*          | 65            | 70            | 68            | Skal reduseres | "  | 72   |
| Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker | 82 %          | 84 %          | 77 %          | 100 %          | "  | 74 %   |

<sup>2</sup> Foreløpige tilgjengelige tall for 3. tertial 2010

| Styringsparametre (* = NPR- tall) for rapportering per 2. tertial  | 2. tert. 2008 | 2. tert. 2009 | 2. tert. 2010      | Mål            | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet   | Valgfri rapportering hvis nyere NPR-tall er tilgjengelig. <sup>2</sup> |
|--|---------------|---------------|--------------------|----------------|--|--|
| Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager*   | 95 %          | 95 %          | 95 %               | 100 %          | "  | Avventer tertialrapport fra NPR per 3. tert. 2010                      |
| Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager*   | 88 %          | 90 %          | 91 %               | 100 %          | "  | 92 %   |
| Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år* | 84 %          | 86 %          | 89 %               | 100 %          | "  | Avventer tertialrapport fra NPR per 3. tert. 2010                      |
| Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp  | 60 %          | 59 %          | 58 %               |                |  | 57 %   |
| Andel fristbrudd for rettighetspasienter*  | 16,6 %        | 7,9 %         | 9,2 % <sup>3</sup> | Skal reduseres | Helse Sør-Øst har hatt et betydelig fokus på fristbrudd. Dette har vært fulgt regelmessig opp i oppfølgingsmøter med HF-ene. I tillegg er det avholdt seminarer om fristbrudd og pasientrettigheter for helsepersonell/ledere i egen region. | 9,2 %  |
| Andel epikriser sendt innen sju dager etter utskrivning  | 66 %          | 72 %          | 75 %               | Minst 80 pst   | Tilsvarende oppmerksomhet er rettet mot epikrisearbeidet. Graden av måloppnåelse har vært fulgt regelmessig opp i oppfølgingsmøter med HF-ene. Arbeidet intensiveres for å nå målsettingen om 100 %.   | 77 %   |

<sup>3</sup> Helse Sør-Øst RHF har flere ganger rapportert et avvik mellom de tallene som Norsk pasientregister publiserer i sine tertialrapporter på region-nivå og den regionale andelen fristbrudd vi selv får på basis av egne rapporter fra foretakene. Det viser seg at Norsk pasientregister, blant annet på grunn av ikke godkjent NPR-melding hos flere helseforetak/sykehus, kun har et mindre utvalg av sykehusene i Helse Sør-Øst med i grunnlaget for data for regionen. Helse Sør-Øst har selv innrapporterte data fra alle helseforetakene og de ideelle private sykehusene i sitt datagrunnlag. For å få et dekkende bilde av foretaksgruppen benytter derfor Helse Sør-Øst RHF innrapporterte data fra egne foretak og private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst har avtale med. Resultatene i denne tabellen er derfor kommentert noe mer utførlig i avsnittet om Tilgjengelighet på side 9.

| Styringsparametre (* = NPR- tall) for rapportering per 2. tertial | 2. tert. 2008 | 2. tert. 2009 | 2. tert. 2010 | Mål       | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet  | Valgfri rapportering hvis nyere NPR-tall er tilgjengelig. <sup>2</sup> |
|---|---------------|---------------|---------------|-----------|---|--|
| Andel korridorpasienter   | 1,8 %         | 1,1 %         | 1,4 %         | 0         | Helse Sør-Øst har hatt et betydelig fokus på korridorpasienter og dette har vært fulgt regelmessig opp i oppfølgingsmøter med HF-ene, særlig overfor dem med mange korridorpasienter. | 1,5 %  |
| Andel strykninger av planlagte operasjoner                        | 6,2 %         | 6,9 %         | 6,2 %         | <5 pst    |   | 7,3 %  |
| Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan*           | 1 470         | 1 587         | 1 796         | Skal økes |   | 1 926 per 3. tert. 2010  |

| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året   | 2010  | Mål  | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet   |
|--|---|--|--|
| Antall produserte DRG- poeng   | 724 276   | 727 676  |  |
| Refunderte polikliniske inntekter  | 1 328 486   | 1 294 504                                      |  |
| Prevalens av sykehusinfeksjoner  | 5,0 % per 2. kvartal<br>5.5 % per 4. kvartal  | Skal reduseres                                 | Data er hentet fra Folkehelseinstituttet. Sykehusinfeksjoner er et fokusert område. Prevalens er redusert fra 6,0 % i 2. tertial 2008. Mål fra 2011-2015 er under 3 %.   |
| Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helseverb og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet) som har barneansvarlig personell | Det er 11 helseforetak og fem private sykehus med driftsavtale med Helse Sør Øst RHF som rapporterer på dette styringsparametret. Av disse 16 institusjonene har 13 innført en ordning med barneansvarlig personell i alle aktuelle klinikker og/eller avdelinger. Helse Sør-Øst vil undersøke nærmere hvorfor tre av de 16 ikke har barneansvarlig personell.                    |  |  |
| Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak*   | Det har vært mangelfull rapportering av andel hjerneslagpasienter som får trombolysebehandling. Også de som har rapportert opplyser at det er knyttet noe usikkerhet til tallene. Ut fra de tallene som er rapportert er andelen som får trombolysebehandling varierende fra 3 til 31 %. Den lave prosenten har nok først og fremst sin årsak i usikker registrering og for langt | Dette er ikke målsatt verken fra HOD eller RHF | Helse Sør-Øst RHF vil i 2011 foreta en nærmere analyse av årsaken til de store variasjonene. Resultatet av kartleggingen og forslag til tiltak vil bli drøftet med fagdirektørene, med mål om sikrere registrering og at andelen økes vesentlig ved helseforetakene/sykehusene i 2011. |

| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året  | 2010   | Mål                  | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet  |
|---|--|----------------------|---|
|   | tidsrom mellom sykdomsdebut og mulig start på trombolysebehandlingen.                |                      |   |
| Antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelses per institusjon   | En samlet nedgang i tvangsinnleggelses på 0,6 % fra 2009                             | Skal reduseres       | <p>Det har vært satt fokus på å få ned antall tvangsinnleggelses gjennom styringssignaler i definisjonskatalogen, den månedlige rapporteringspakken og ved å stille krav i oppdrags- og bestillerdokumentet. Løpende oppfølging av helseforetakene har skjedd gjennom den månedlige rapporteringspakken. Se vedlegg 1 for detaljert beskrivelse av måloppnåelse. Det er HF med lavt antall tvangsinnleggelses pr. 10.000 innbyggere som har økt, ellers en generell nedgang.</p> <p>Bruken av tvang har vært viet særlig oppmerksomhet, også med bakgrunn i de store variasjonene i mellom sykehusene. Forskjellene er fortsatt uakseptabelt store, og alle helseforetak/sykehus er nå pålagt å lage egne handlingsplaner for redusert bruk av tvang.</p> |
| Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere   | Det er en samlet nedgang ikke-planlagte reinnleggelses fra 2009, på 2,4 %            | Skal reduseres       | Det har vært satt fokus på å få ned antall reinnleggelses gjennom styringssignaler i definisjonskatalogen, den månedlige rapporteringspakken, i tillegg til oppdrags- og bestillerdokumentet. Løpende oppfølging av helseforetakene har skjedd gjennom den månedlige rapporteringspakken. Se vedlegg 2 for detaljert beskrivelse av måloppnåelse.   |
| Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelses, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern. | En kjenner ikke endringen fra 2009 da det i 2009 ikke ble splittet på sykehus og DPS |                      | Det er etablert en splitting på sykehus og DPS med virkning fra 2011. Se vedlegg 3.   |
| Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet  | Dekket av punktet over   | Skal økes            | Se vedlegg 3  |
| Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne  | Dekket av punktet over   | Skal økes med 10 pst | Det foreligger ikke tall for ambulante konsultasjoner for barn for 2010. Dette vil bli innhentet fra 2011. Se vedlegg 3.  |

| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året  | 2010  | Mål  | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet  |
|---|---|--|---|
| Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS- tjenester innen psykisk helsevern  | En kjenner ikke endringen fra 2009 da det i 2009 ikke ble splittet på sykehus og DPS  | Andel årsverk innen DPS skal øke               | Se vedlegg 4  |
| Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern                                     | En kjenner ikke endringen fra 2009 da det i 2009 ikke ble splittet på sykehus og DPS  |  | Se vedlegg 5  |
| Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige                | Mangler tall for 2009   | Skal økes                                      | Se vedlegg 6  |
| Antall barn som fødes av kvinner i LAR- behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar                                      | Alle helseforetakene har rapportert på antallet barn som fødes av kvinner i LAR-behandling, dette dreier seg om svært få barn fra 0-2 på de fleste av våre helseforetak. Ved OUS er det født 16 barn av kvinner under LAR-behandling. | Dette er ikke målsatt verken fra HOD eller RHF | Det er kun SS som sier noe om hvordan disse følges opp ” En kvinne fødte i 2009, og fikk tett oppfølging fra barnevernet. I 2010 var det to kvinner som fødte. Disse har begge fått svært god oppfølging av forsterket helsestasjon og barnevern. I LAR teamet er det generelt et nært samarbeid med fastlege og føden når det gjelder gravide kvinner i LAR og etter fødsel med barnevernet og andre involverte.” Ved OUS er 12 av de 16 barna fulgt opp av barnevernet. |
| Antall cochleaimplantatoperasjoner  | 124 (Barn:94-Voksne:41)   | 200 (nasjonalt)                                |   |
| Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Sør-Øst RHF (beregnet av NIFU)       | Disse tallene foreligger ikke før NIFU-tallene er klare   |  | NIFU-tall for 2010 foreligger ikke før medio juni.  |
| Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Sør-Øst RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU) | Samlet ressursbruk i HSØ:<br>1 273 mill. kroner<br>Herav til psykisk helsevern:<br>179 mill. kroner<br>Herav til TSB:<br>11 mill. kroner<br><br>Det vises til spesifisert oversikt i vedlegg 8 nedenfor.                              |  | NIFU-tall for 2010 foreligger ikke før medio juni.<br><br>Samlet ressursbruk viser en nedgang på 13 % i forhold til 2009. Dette skyldes bl.a. lavere pensjonskostnader. Tallgrunnlaget vil bli gjennomgått ytterligere mht. mulige feilkilder.  |

| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året  | 2010  | Mål | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet  |
|---|---|-----|---|
| <p>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, eldremedisin og samhandling. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <a href="http://forskningsprosjekter.ihelse.net">http://forskningsprosjekter.ihelse.net</a></p> | <p>Det vises til tabell vedlegg 7 nedenfor.</p> |     | <p>Av forskningsprosjekter og -tiltak som har fått regionale forskningsmidler i den regionale tildelingsprosessen i Helse Sør-Øst, har en følgende fordeling, basert på egenrapportering fra prosjektene i eRapport:</p> <p>345 prosjekter totalt (rapportering i eRapport foreligger per 25.02.11 fra 318 (92 %)), hvorav 2 innen rus, 29 innen psykisk helse, 7 innen habilitering/rehabilitering, 8 innen kvinnehelse, 47 innen kreftområdet, 2 innen KOLS, 7 innen diabetes, 10 innen samhandling, 4 innen eldremedisin.</p> <p>De fleste av prosjektene (63,5 %) ble imidlertid ikke klassifisert innen ett av disse områdene.</p> <p>Inklusjonskriteriene for de spesifiserte områdene kan imidlertid være noe uklare. For eksempel gjelder dette kvinnehelse. I tillegg er som kjent svært mye av forskningsaktiviteten inne Helse Sør-Øst ikke fanget opp gjennom eRapport fordi prosjektene er finansiert utenom regionalt tildelte midler i søknadsprosessene. Dette gjelder blant annet prosjekter finansiert av midler direkte fra helseforetakenes egne driftsbudsjetter eksternt finansierte prosjekter, eller fra eksterne kilder. Regionale forskningsstøttefunksjoner er heller ikke medregnet i tabellen.</p> <p>Vi gjør i tillegg oppmerksom på at oversikten også omfatter tildelte midler som er knyttet til flerårige prosjekter, der første tildeling til forskningsformålet har skjedd før 2010 og der det forelå tilsagn om midler fra regionale forskningsmidler for 2010. Dette er statistisk mest relevant fordi de aller fleste tildelinger av forskningsmidler til flerårige prosjekter og – tiltak. Ved klassifiseringen av prosjektene har prosjektleder bare kunnet velge én kategori. Dette betyr eksempelvis at et prosjekt som vedrører samhandling og pasientforløp for diabetespasienter kan være klassifisert enten tilhørende diabetes- eller samhandlingskategorien.</p> |

| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året  | 2010  | Mål | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet   |
|---|---|-----|--|
| Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram   | EUs 7. rammeprogram:<br>Antall søknader: 99<br>Antall tildelte prosj.: 16<br>Tildelt beløp (mill. kr): 33,8   |     | Oversikt over midler fra Forskningsrådet avventes. Ettersendes så snart den foreligger |
| Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner. | I regi av NSG er tre nasjonale satsingsområder for medisinsk og helsefaglig forskning etablert innen på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjerte- og karsykdommer (Unikard)</li> <li>• Nevrologiske sykdommer (Nevronor)</li> <li>• Alvorlige psykiske lidelser. Innenfor hvert av disse områder er kjernefunksjonen i nettverksstrukturen etablert, koordinatorkfunksjons på plass og forskningen i gang, blant annet i form av interregionale prosjekter. I tillegg er følgende nasjonale satsingsområder foreslått etablert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• muskel-skjelett-sykdommer</li> <li>• kreft og helsetjenesteforskning</li> </ul> </li> </ul> |     |  |
| Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge  | 9   |     |  |
| Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til  | 4   |     |  |



| Styringsparametre for rapportering av tall for hele året | 2010 | Mål | Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet |
|--|------|-----|--|
| innovasjonsprosjekter                                    |      |     |  |
| Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)                   | 70   |     |  |
| Antall patentsøknader og registererte patenter           | 25   |     |  |
| Antall lisensavtaler                                     | 5    |     |  |
| Antall bedriftsetableringer                              | 3    |     |  |
| Antall forprosjekter finansiert av InnoMed               | 8    |     |  |

## Vedlegg til tallene ovenfor:

### Vedlegg 1

| Antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelses per institusjon |                           |   |                          |                          |
|---|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|   | 2010                      |   |                          | 2009                     |
|   | Antall tvangsinnleggelses | Antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere | Andel tvangsinnleggelses | Andel tvangsinnleggelses |
| Ahus  | 328                       | 13,9  | 12,4 %                   | 7,7 %                    |
| OUS HF  | 330                       | 10,8  | 17,3 %                   | 16,5 %                   |
| LDS   | 343                       | 33,4  | 33,9 %                   | 29,7 %                   |
| Dia   | 181                       | 17,8  | 18,7 %                   | 15,8 %                   |
| SS HF   | 648                       | 30,6  | 28,6 %                   | 31,0 %                   |
| VV HF   | 618                       | 19,1  | 20,0 %                   | 22,1 %                   |
| ST HF   | 340                       | 25,7  | 17,1 %                   | 18,5 %                   |
| PIV HF  | 277                       | 15,4  | 17,3 %                   | 19,2 %                   |
| SØ HF   | 518                       | 24,6  | 16,5 %                   | 16,7 %                   |
| SI HF   | 321                       | 10,8  | 9,2 %                    | 9,1 %                    |
| Helse Sør-Øst   | 3 904                     | 18,6  | 17,0 %                   | 17,6 %                   |

### Vedlegg 2

| Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere |                                     |  |                                     |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
|   | 2010                                |  | 2009                                |
|   | Andel ikke planlagte reinnleggelses | Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 | Andel ikke planlagte reinnleggelses |
| Ahus  | 10,2 %                              | 0,43 %   | 12,4 %                              |
| OUS HF  | 18,4 %                              | 0,60 %   | 15,7 %                              |
| LDS   | 16,3 %                              | 1,59 %   | 0,0 %                               |
| Dia   | 13,3 %                              | 1,30 %   | 0,0 %                               |
| SS HF   | 0,0 %                               | 0,00 %   | 3,1 %                               |
| VV HF   | 27,9 %                              | 0,86 %   | 35,0 %                              |
| ST HF   | 27,6 %                              | 2,09 %   | 15,6 %                              |
| PIV HF  | 21,3 %                              | 1,19 %   | 19,2 %                              |
| SØ HF   | 27,1 %                              | 1,29 %   | 39,2 %                              |
| SI HF   | 8,5 %                               | 0,29 %   | 11,6 %                              |
| HSØ   | 17,0 %                              | 0,08 %   | 19,4 %                              |

### Vedlegg 3

Antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelses, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.

| Basert på etimat for 2011 og innbyggertall i nytt opptaksområde |                                     |                                  |                                  |                                     |                                  |                                  |                                |   |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|
|   | Antall pr. 10.000 innbyggere        |                                  |                                  |                                     |                                  |                                  | Ambulant virksomhet for voksne | Har ikke tall for ambulant virksomhet for barn og unge, men vil innhente dette fra 2011 |
|   | Sykehus                             |                                  |                                  | DPS                                 |                                  |                                  |                                |   |
|   | Ant. utskrevne pasienter døgntilbud | Ant. oppholdsdager dagbehandling | Ant. polikliniske konsultasjoner | Ant. utskrevne pasienter døgntilbud | Ant. oppholdsdager dagbehandling | Ant. polikliniske konsultasjoner |                                |   |
| Ahus  | 69                                  | 47                               | 114                              | 51                                  | 0                                | 3 441                            | 32,6                           |   |
| OUS HF  | 97                                  | 0                                | 1 633                            | 32                                  | 217                              | 2 483                            | 330,3                          |   |
| LDS   |                                     |                                  |                                  |                                     |                                  |                                  | 925,8                          |   |
| Dia   |                                     |                                  |                                  |                                     |                                  |                                  | 149,9                          |   |
| SS HF   | 85                                  | 0                                | 330                              | 87                                  | 0                                | 3 363                            | 358,1                          |   |
| VV HF   | 62                                  | 0                                | 200                              | 34                                  | 32                               | 2 791                            | 194,8                          |   |
| ST HF   | 51                                  | 0                                | 443                              | 83                                  | 0                                | 4 204                            | 141,6                          |   |
| PIV HF  | 80                                  | 0                                | 696                              | 40                                  | 404                              | 2 591                            | 463,3                          |   |
| SØ HF   | 85                                  | 17                               | 122                              | 72                                  | 0                                | 1 915                            | 635,6                          |   |
| SI HF   | 57                                  | 158                              | 428                              | 43                                  | 46                               | 2 697                            | 143,5                          |   |

#### Vedlegg 4

| Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS-tjenester innen psykisk helsevern |         |       |                      |        |
|---|---------|-------|----------------------|--------|
| Ekskl. regionale/landsfunksjoner og FOU   |         |       |                      |        |
|   | Antall  |       | Prosentvis fordeling |        |
|   | Sykehus | DPS   | Sykehus              | DPS    |
| Ahus  | 424,8   | 529,9 | 44,5 %               | 55,5 % |
| OUS HF  | 608,2   | 178,8 | 77,3 %               | 22,7 % |
| SS HF   | 373,1   | 318,2 | 54,0 %               | 46,0 % |
| VV HF   | 736,6   | 263,1 | 73,7 %               | 26,3 % |
| ST HF   | 212,8   | 165,2 | 56,3 %               | 43,7 % |
| PIV HF  | 224,7   | 267,8 | 45,6 %               | 54,4 % |
| SØ HF   | 339,3   | 272,2 | 55,5 %               | 44,5 % |
| SI HF   | 569,1   | 497,2 | 53,4 %               | 46,6 % |

#### Vedlegg 5

| Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Psykiatere | Psykologer |
| Ahus  | 1,4        | 5,8        |
| OUS HF  | 0,7        | 1,4        |
| SS HF   | 1,1        | 2,8        |
| VV HF   | 0,5        | 0,3        |
| ST HF   | 1,2        | 2,0        |
| PIV HF  | 1,0        | 2,3        |
| SØ HF   | 0,7        | 2,1        |
| SI HF   | 1,1        | 2,5        |

#### Vedlegg 6

| Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige |                  |       |            |
|--|------------------|-------|------------|
|  | Legespesialister | Leger | Psykologer |
| Ahus   | 4,2              | 0     | 32,4       |
| OUS HF   | 11,9             | 17,6  | 25,8       |
| SS HF  | 5,7              | 4,7   | 13,9       |
| VV HF  | 3,3              | 1     | 8,6        |
| ST HF  | 0                | 0     | 0          |
| PIV HF   | 3,1              | 0     | 7,6        |
| SØ HF  | 2,3              | 2,4   | 29,3       |
| SI HF  | 2,1              | 0,3   | 2,4        |

#### Vedlegg 7: Forskningsmidler 2010

|  | Antall     | Andel (%)    | Tildelte midler (kr) | Andel (%)    |
|--|------------|--------------|----------------------|--------------|
| Nasjonal satsing innen psykisk helse                 | 29         | 9,1          | 23 095 599           | 9,5          |
| Kvinnehelsestrategi                                  | 8          | 2,5          | 5 643 044            | 2,3          |
| Nasjonal strategi for kreftområdet                   | 47         | 14,8         | 34 068 535           | 13,9         |
| Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering | 7          | 2,2          | 4 028 364            | 1,7          |
| Nasjonal strategi for diabetesområdet                | 7          | 2,2          | 6 661 140            | 2,7          |
| Nasjonal KOLS-strategi                               | 2          | 0,6          | 1 589 326            | 0,7          |
| Nasjonal satsing for rusfeltet                       | 2          | 0,6          | 1 561 450            | 0,6          |
| Nasjonal satsing innen eldremedisin                  | 4          | 1,3          | 2 525 265            | 1,0          |
| Samhandling – pasientforløp og behandlingsskjeder    | 10         | 3,1          | 5 904 516            | 2,4          |
| Ingen  | 202        | 63,5         | 159 255 881          | 65,2         |
| <b>Totalt</b>  | <b>318</b> | <b>100,0</b> | <b>244 333 120</b>   | <b>100,0</b> |

Vedlegg 8 Forskningsmidler 2010

| 3.tertial 2010  |                                |                                       |   |  |                  |                                |   |                         |   |  |  |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---|--|------------------|--------------------------------|---|-------------------------|---|--|--|
| Virksomhetsnavn   | Rapportert per 3. tertial 2010 |                                       |   |  | 3. tertial 2009  |                                | Forskningsårsverk** per 3. tertial 2010 |                         |   | 2009                                       |  |
|   | Forskning                      | herav forskning innen Psyk. helsevern | innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (TSB) | Forskningskostnader i prosent av total kostnader per 3.tertial | Forskning        | endring i % 3.tert 2009 - 2010 | Forskning                               | herav Psykisk helsevern | Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere | Forskningsårsverk rapportert per 3.tertial |  |
|   | 1000-kr                        | 1000-kr                               | 1000-kr   | %  | 1000-kr          | %                              | antall                                  | antall                  | antall  | antall                                     |  |
| Akershus universitetssykehus HF   | 73 413                         | 7 289                                 | 0   | 1,5 %  | 68 420           | 7,3 %                          | 84                                      | 7                       | 0   | 74,3                                       |  |
| Oslo universitetssykehus HF   | 979 832                        | 99 148                                | 1 272   | 5,9 %  | 1 191 175        | -17,7 %                        | 1 114                                   | 90                      | 2   | 1084,8                                     |  |
| Psykiatrien i Vestfold HF   | 16 203                         | 16 203                                | 0   | 1,8 %  | 15 275           | 6,1 %                          | 17                                      | 17                      | 0   | 15,6                                       |  |
| Sunnaas sykehus HF  | 15 859                         | 0                                     | 0   | 3,6 %  | 15 091           | 5,1 %                          | 13                                      | 0                       | 0   | 12,8                                       |  |
| Sykehuset i Vestfold HF   | 28 647                         | 0                                     | 0   | 1,1 %  | 16 197           | 76,9 %                         | 26                                      | 0                       | 0   | 15,6                                       |  |
| Sykehuset Telemark HF   | 16 800                         | 4 800                                 | 160   | 0,6 %  | 16 891           | -0,5 %                         | 17                                      | 5                       | 0   | 14,5                                       |  |
| Sykehuset Innlandet HF  | 25 528                         | 8 880                                 | 0   | 0,3 %  | 23 587           | 8,2 %                          | 23                                      | 8                       | 0   | 19,6                                       |  |
| Sykehuset Østfold HF  | 18 189                         | 2 133                                 | 922   | 0,5 %  | 14 441           | 26,0 %                         | 23                                      | 4                       | 1   | 20,6                                       |  |
| Sørlandet sykehus HF  | 46 071                         | 22 550                                | 5 900   | 1,0 %  | 40 703           | 13,2 %                         | 48                                      | 21                      | 7   | 41,0                                       |  |
| Vestre Viken HF   | 38 345                         | 14 294                                | 2 165   | 0,7 %  | 43 238           | -11,3 %                        | 38                                      | 16                      | 2   | 39,7                                       |  |
| <b>Sum Helseforetak</b>   | <b>1 258 887</b>               | <b>175 297</b>                        | <b>10 419</b>   | <b>2,6 %</b>   | <b>1 445 018</b> | <b>-12,9 %</b>                 | <b>1 403,8</b>                          | <b>168,4</b>            | <b>10,8</b>   | <b>1 339</b>                               |  |
| *Diakonhjemmet Sykehus AS   | -                              | -                                     | -   | -  |                  |                                | andel årsverk - fagområde               | 87,2 %                  | 12,0 %  | 0,8 %                                      |  |
| Lovisenberg Diakonale sykehus AS  | 14 443                         | 3 296                                 | 362   |  |                  |                                |   | 20                      | 6   | 1  |  |
| <b>SUM HSØ</b>  | <b>1 273 330</b>               | <b>178 593</b>                        | <b>10 781</b>   | <b>2,6 %</b>   |                  |                                |   |                         |   |  |  |
| *Diakonhjemmet har ikke rapportert per 3.tertial  |                                |                                       |   |  |                  |                                |   |                         |   |  |  |
| **Forskningsårsverk per 3.tertial utgjør et gj.snitt av antall utførte månedsverk i år.   |                                |                                       |   |  |                  |                                |   |                         |   |  |  |
| <b>Oppdatert</b>  | <b>07.03.2011</b>              |                                       |   |  |                  |                                |   |                         |   |  |  |
| De private ideelle sykehusene rapporterer ikke økonomiske data til HSØ RHF - kun aktivitets data. Forskningskostnader som en andel av total kostnader vises derfor ikke |                                |                                       |   |  |                  |                                |   |                         |   |  |  |

## Vedlegg 2: Samlet risikovurdering 3. tertial 2010

Det vises til risikovurdering pr. 2. tertial 2010. Denne er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet sammen med aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per 2. tertial 2010. Vedlagt her følger tilsvarende risikovurdering pr 3. tertial 2010 med tiltaksbeskrivelser.





|            |   | Sannsynlighet |  |   |  |   |
|------------|---|---------------|--|---|--|---|
|            |   | 1             | 2  | 3   | 4  | 5   |
| Konsekvens | 5 |               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- fristbrudd</li> <li>- ventetid</li> <li>- korridorpasienter</li> <li>- manglende måloppnåelse innen;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ time ved henvisning</li> <li>○ infeksjoner &lt; 3 %</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk balanse inkl bemanningsutvikling:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- drift av Ahus</li> <li>- drift av OUS</li> <li>- drift av VV</li> </ul> </li> </ul> |
|            | 4 |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overføring av opptaksområder og funksjoner i hovedstadsområdet</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel utskrivingsklare pasienter</li> <li>• Forventning og realisering omstilling IKT</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasjonsprosess OUS</li> <li>• Integrasjonsprosess Vestre Viken</li> <li>• Leveringskvalitet og bruk av Forsyningscenteret</li> <li>• Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk</li> <li>• Redusert uønsket deltid</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kundetilfredshet og leveranse (inkludert informasjonssikkerhet) fra Sykehuspartner</li> </ul>  |
|            | 3 |               |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljø</li> <li>• Kapasitet rus</li> <li>• Sykefravær</li> <li>• Epikrisetid</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende økonomisk handlingsrom for å oppnå et ønsket investeringsnivå</li> </ul>   |
|            | 2 |               |  |   |  |   |
|            | 1 |               |  |   |  |   |








"Nye" områder kursivert.

Endring fra risikovurdering 2. tertial 2010






|            |   | Sannsynlighet |  |   |  |  |
|------------|---|---------------|--|---|--|--|
|            |   | 1             | 2  | 3   | 4  | 5  |
| Konsekvens | 5 |               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overføring av opptaksområder og funksjoner i hovedstadsområdet</li> <li>• Pasienttrygghet</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- drift av Ahus</li> <li>- drift av OUS</li> </ul> </li> </ul> |
|            | 4 |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styring, kontroll og kostnadsnivå pasienttransport</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasjonsprosess Vestre Viken</li> <li>• Andel utskrivingsklare pasienter</li> <li>• Forventning og realisering omstilling AKT</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasjonsprosess OUS</li> <li>• Tilgjengelighet: Fristbrudd og ventetid</li> <li>• Leveringskvalitet og bruk av Forsyningssenteret</li> <li>• Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kundetilfredshet og leveranse fra Sykehuspartner</li> </ul>   |
|            | 3 |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epikrisetid</li> </ul>  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljø</li> <li>• Kapasitet rus</li> <li>• Korridorpasienter</li> <li>• Sykefravær</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investeringsnivå</li> </ul>   |
|            | 2 |               |  |   |  |  |
|            | 1 |               |  |   |  |  |

## Iverksatte og planlagte tiltak i forhold til risikoområder med "rød" og "gul" status


| Risikoområder med "rød" status  | Innsats-område  | Tiltak   |
|---|---|--|
| Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- drift av Ahus</li> <li>- drift av OUS</li> <li>- drift av VV</li> </ul> | <br><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eget oppfølgingsregime for hovedstadsområdet med differensiert oppfølging av helseforetakene basert på avvik og risikovurdering.</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av særskilt støtte fra RHFets analyseavdeling til foretakene videreføres</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <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> |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas oppfølging av: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering av Samhandlingsarena Aker</li> <li>- etablering av lokalsykehusfunksjoner for bydelene i Oslo</li> <li>- tilbud til flerkulturelle</li> <li>- plan for gevinstrealisering</li> <li>- pasientsikkerhet</li> <li>- tilgjengelighet, fristbrudd og ventetider</li> <li>- forskning og innovasjon</li> <li>- kommunikasjon til ansatte, brukere og samarbeidspartnere</li> </ul> </li> </ul>           |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flerårig prosjekt samordnes i økonomisk langtidsplan og budsjett 2012</li> </ul>  |
| Kundetilfredshet og leveranse (inkludert informasjonssikkerhet) fra Sykehuspartner  |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp rapport fra konsemrevisjon og risiko/sårbarhetsanalyse organisering IKT og gjennomføre handlingsplan for å rette opp avvik og etablere klarere rolle/ansvarsdeling i lys av OU-prosessen.</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydeliggjøre premissgiverrollen gjennom oppfølging av rammeavtale og oppdragsdokument 2011</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere tilstrekkelig robuste samhandlingsflater og forankring mot HF</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp det avtalemessige rammeverket som del av prosessen i forhold til å etablere helhetlig virksomhetsstyring av fellestjenesteområdet inkl. Sykehuspartner.</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi støtte og tydelige føringer til det pågående omstillingsarbeidet i Sykehuspartner, og gi tydelige prioriteringer i forhold til leveranse og finansieringsmodell/tjenesteprising</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre systematisk måling av kundetilfredshet. Resultater fra målingene rapporteres til RHF-styret hvert tertial</li> </ul>  |




| Risikoområder med "rød" status                  | Innsats-område  | Tiltak   |
|---|---|--|
| Integrasjonsprosess OUS                         | <br><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessen følges først og fremst opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet.</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eget oppfølgingsregime</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter</li> </ul>  |
| Integrasjonsprosessen Vestre Viken              | <br><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessen følges først og fremst opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eget oppfølgingsregime</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>                    |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter</li> </ul>  |
| Leveringskvalitet og bruk av Forsyningscenteret |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrket ledelsesressurser til logistikkområdet på RHF-nivå.</li> <li>• Månedlige KPIer følges opp av HF-styrene og styret HSØ RHF</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjekt logistikk har levert en rekke tiltaksforslag som vil tilrettelegge for kvalitet og effektivitet i forsyningskjeden. Tiltakene er under implementering.</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp felles forbedringsprosjekt med Bring ifht. tiltak for forbedring av tjenestekvalitet er iverksatt med forsterket ledelsesfokus fra Bring og HSØ, og med deltagelse fra HF.</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp dialog med Bring mht. presiseringer av gjensidige ytelser.</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølgingsorganisasjon på logistikkområdet skal etableres i Sykehuspartner.</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidet med kvalitet og bruk av Forsyningscenteret gis økt ledelsesmessig fokus og forankring hos direktører og styreledere i oppfølgingsmøter og direktørmøter.</li> </ul>  |









| Risikoområder med "rød" status   | Innsats-område   | Tiltak   |
|--|--|--|
| Avtalelojalitet og realisering av gevinst 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>Oppfølging og kvalitetsvurdering av innkjøpssystem, gevinstrealisering og organisering følges opp i eget indikatorsystem (KPI) som rapporteres tertialvis til HF og RHF styrer</li> <li>Følge opp resultatene fra prosjekt Innkjøpstjenester for best mulig utnyttelse av ressurser og styrket tilrettelegging for gevinstrealisering.</li> <li>Mottaksprosjekt for NPSS innkjøp/logistikk vil tilrettelegge for bedre styringsverktøy innen området. Midlertidige løsninger for foretak med mangelfulle løsninger bør vurderes.</li> </ul>   |
| Redusert uønsket deltid  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utvikle handlingsplan for reduksjon av uønsket deltid i samarbeid med de regionale helseforetakene og SPEKTER.</li> <li>Helseforetaksspesifikke handlingsplaner vedtas av styrene</li> </ul>  |
| Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fristbrudd</li> <li>- ventetid</li> <li>- korridorpasienter</li> <li>- manglende måloppnåelse innen;               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ time ved henvisning</li> <li>▪ infeksjoner &lt; 3 %</li> </ul> </li> </ul> |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ledelsesmessig forankring av temaet pasientsikkerhet i alle fora i helseforetaksgruppen</li> <li>Bistå HF-styrene i arbeidet med å videreutvikle systemer for god intern styring og kontroll av virksomheten</li> <li>Implementere pasientsikkerhetskampanjen i foretaksgruppen</li> <li>Alle HF har basismåling GAT innen frist</li> <li>Åpenhetskultur, meldekultur og varslingshåndtering</li> <li>Opplæring i lover/forskrifter</li> <li>Sikre implementering og bruk av prioriteringsveilederne for å sikre lik og riktig prioritering</li> <li>Erfaringskonferanse etter tilsyn i akuttmottakene følges opp. Det er utarbeidet et kravdokument for akuttmottak som foretakene ønsker å ta i bruk i 2010. Dette er tatt inn i oppdrags- og bestillerdokumentet for 2011.</li> <li>Erfaringskonferansene etter tilsyn i blodbankene og etter avviksbehandling følges opp.</li> <li>Det er utarbeidet regional veileder med anbefalinger om legemiddelhåndtering, avholdt erfaringskonferanser om legemidler og barn og legemidler og eldre, etablert arbeidsgruppe vedrørende off-label-bruk av legemidler til barn og etablert prosjekt for overgang fra intravenøs til peroral behandling</li> <li>Pasientsikkerhetsprosjekt om internkontroll og ledelse i DPS-ene starter i desember 2009. Gjennomført en erfaringskonferanse i 2009. Oppfølgingskonferanse i november 2010.</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp igangsatt pasientsikkerhetsprosjekt om hofteproteser og infeksjoner. Gjennomført erfaringskonferanse i 2009 og oppfølgingskonferanse i mai 2010. Noen få sykehus har iverksatt interne prosjekter. Alle er anmodet om å etablere behandlingslinje for elektiv protesekirurgi med tilhørende monitorering av prosess og resultat, samt å ta i bruk sjekklister for trygg kirurgi. De fleste sykehus har deltatt i NOIS. Insidens av postoperative infeksjoner er fortsatt økende. I NOIS 2009 ble 2529 hofteproteseinngrep overvåket. 4,8 % utviklet infeksjon (konfidensintervall 4,2-9,1). Vi har ikke tall for det enkelte sykehus i Helse Sør-Øst, men vil anbefale at insidens av postoperative sårinfeksjoner etter elektiv totalprotese i hofte etableres som indikator i 2011.</li> </ul> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre regional kampanje for å forbedre informasjonsikkerhet og informasjonsflyt</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlingsplaner for infeksjon &lt;3 % vedtas av styrene – støttende RHF-aktiviteter gjøres etter råd fra fagrådet</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan for ”time samme dag” implementeres</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp tiltakene i Vestre Viken-saken og sikre læring på tvers i hele foretaksgruppen av alle tilsyn og revisjonsfunn</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikovurderte tiltaksplaner for å redusere antall fristbrudd etterspores opp i oppfølgingsmøtene og følges opp i HF styrene</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere risikovurderte handlingsplaner per foretak for å redusere ventetid: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Egne måltall for HF som allerede har gjennomsnittlig ventetider under 65 dager</li> <li>- Kapasitet rus</li> <li>- Redusere antall som har ventet over 1 år til 0</li> <li>- Utrede kapasitetstiltak innen langtidsventende ØNH etc</li> <li>- Kommenter alle avvik i fht krav i rapportmatrisen årlig melding 2010</li> <li>- Implementering og bruk av prioriteringsveilederne for å sikre lik og riktig prioritering</li> </ul> </li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følger opp erfaringskonferansen om frister og prioritering 27.mai 2010 og 2009 med samarbeidsprosjekt med Lovisenberg om mer enhetlig praksis og likeverdige tjenester – prioritering av henvisninger til DPS.</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta i bruk data fra Kontor for fritt sykehusvalg som grunnlag for vurdering av tilgjengelighet og praksis for fastsettelse av rett til nødvendig helsehjelp og fristfastsettelse.</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iverksette tiltak for å forbedre rapporteringen av fristbrudd og unngå feilrapportering av pasientutsatt frist som fristbrudd</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskapsbasert god praksis og kontinuerlig forbedring gjennom prosjekt Kunnskapsutvikling og god praksis. Følge opp konkrete virkemidler innenfor det regionale, strategiske utviklingsprogrammet.</li> </ul>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionale anbefalinger om korridorpasienter 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>ny erfaringskonferanse</li> <li>styrene og oppfølgingsmøter</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Foretaksvise handlingsplaner for ”time ved henvisning” vedtas av HF-styrene og implementeres</li> </ul>  |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp handlingsplanene for ”time ved henvisning” i oppfølgingsmøter</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Foretakspesifikke handlingsplaner for redusert antall infeksjoner vedtas av HF-styrene.</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp foretaksvise handlingsplaner for redusert antall infeksjoner gjennom oppfølgingsmøter</li> </ul>   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinere regionale fellesaktiviteter for redusert antall infeksjoner</li> </ul>  |
| Manglende økonomisk handlingsrom for å oppnå et ønsket investeringsnivå |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Generelt nødvendig å videreføre arbeidet med å oppnå en økonomisk handlefrihet som sikrer et tilfredsstillende investeringsnivå</li> <li>Videreutvikle system for samlet likviditetsstyring i foretaksgruppen</li> <li>Særlig fokus på status for investeringer innen MTU-området i foretaksgruppen. Inkludere prioriteringer av ulike investeringsformål i ØLP.</li> </ul>  |

| Risikoområder med "gul" status | Innsats-område  | Tiltak   |
|--------------------------------|---|--|
| 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 regionalt HMS-forum</li> <li>Koordinere og følge opp HF-enes arbeid med påleggene etter tilsynskampanjen ”God vakt”</li> <li>Gjennomføre og følge opp medarbeiderundersøkelsen</li> <li>Implementering av nasjonale HMS-indikatorer (NPSS)</li> </ul>   |
| Kapasitet rus                  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp effektene av nyetablerte tiltak</li> <li>Aktivitetsøkning på akuttbehandling og avrusning i 2011, 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> |
| Sykefravær                     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Styrene følger opp foretakenes gjennomføring av iverksatte planer for målrettet HMS-arbeid</li> <li>Regional e-lærings modul i HMS for ledere ferdigstilles innen 1.6.2011 og implementeres deretter i foretaksgruppen.</li> </ul>  |

| Risikoområder med "gul" status                                  | Innsats-område   | Tiltak  |
|---|--|---|
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Justere administrative systemer i henhold til regelendringer ved ny IA-avtale. Sikre ledelsesmessig oppfølging av sykefraværarbeidet. Sikre involvering av medarbeidere i utvikling av arbeidsmiljøfremmende tiltak.</li> <li>Videreutvikle bruken av verktøy for bedre ressursstyring (RAPS)</li> </ul>   |
| Epikrisetid   | <br> | <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 epikrise ved utskrivningen</li> </ul>  |
| Andel utskrivningsklare pasienter                               | <br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre tett oppfølging av samhandlingsreformen både på helseforetaksnivå og gjennom det regionale helseforetakets arbeid med samarbeid med kommuner og fylkeskommuner.</li> <li>Selektiv oppfølging av enkelte HF og sykehusområder med sine kommuner for å avdekke felles utfordringer, styrke samhandlingen om enkeltpasienter og bruke gode erfaringer fra andre HF/sykehus</li> </ul>   |
| Overføring av opptaks-områder og funksjoner i hovedstadsområdet |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Overvåking av kvalitet, kapasitet, ventetider og pasientstrømmer i oppfølgingsregimet for hovedstaden</li> </ul>   |
| Forventninger og realisering omstilling IKT                     |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Samordnet oppfølging og prioritering sikrer at 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 med HF</li> <li>Styringsmodellen i Sykehuspartner IKT, HF og RHF videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering og tydeliggjøring av remissiverollen.</li> </ul> |

### Vedlegg 3: Avvik etter tilsyn 2010 – samlet oversikt

#### Avvik etter eksterne tilsyn ved helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst per 2.tertial 2010

| Tilsynsmyndighet                                | Lovområde for tilsyn   | Antall tilsyn i 2010 | Antall avvik i 2010 | Antall ikke lukkede avvik |            |
|---|--|----------------------|---------------------|---------------------------|------------|
|   |  |                      |                     | Fra 2009 og tidligere     | 2010       |
| Statens Helsetilsyn                             | Pasientrettighetsloven   | 10                   | 10                  | 4                         | 10         |
|   | Spesialisthelsetjenesteloven   | 1                    | 1                   |                           | 1          |
|   | Lov om psykisk helsevern   | 8                    |                     |                           |            |
|   | Tilsynsloven med internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten |                      | 1                   |                           |            |
|   | Smittevernloven  |                      | 9                   |                           | 9          |
|   | Lov om helsemessig og sosial beredskap                                   | 6                    |                     |                           |            |
|   | Lov om legemidler  | 4                    | 5                   |                           | 6          |
|   | Pasientjournalforskriften  |                      |                     |                           |            |
|   | Personalopplysningsforskriften   |                      |                     |                           |            |
| Statens legemiddelverk                          | Apotekloven  | 7                    | 40                  |                           | 24         |
| Helsedirektoratet                               | Lov om medisinsk utstyr  | 2                    | 2                   |                           |            |
| Datatilsynet                                    | Personopplysningsloven   | 2                    | 15                  |                           | 13         |
| Mattilsynet                                     | Matloven   | 20                   | 7                   | 8                         | 1          |
| Arbeidstilsynet                                 | Arbeidsmiljøloven  | 1                    |                     | 6                         | 3          |
| Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap | Brann- og eksplosjonsvernloven   | 11                   | 15                  |                           | 11         |
|   | Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr                  | 7                    | 28                  |                           | 2          |
| Statens strålevern                              | Lov om strålevern og bruk av stråling                                    | 7                    | 25                  |                           | 25         |
| Fylkesmannen                                    | Forurensningsloven   | 5                    | 10                  |                           | 8          |
| Lokalt el-tilsyn                                | Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr                  | 13                   | 39                  |                           | 4          |
| Kommunalt brannvesen                            | Brann- og eksplosjonsvernloven   | 39                   | 69                  | 2                         | 45         |
| Riksrevisjonen                                  | Kan revidere alle lovområder   | 9                    |                     |                           |            |
| Kontor for miljørettet helsevern                | Kommunehelsetjenesteloven  | 1                    | 15                  |                           |            |
| <b>SUM</b>                                      |  | <b>134</b>           | <b>292</b>          | <b>22</b>                 | <b>162</b> |

Alle helseforetakene og de private sykehusene med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF har rapportert avvik etter eksterne tilsyn (etter 2.tertial 2010).

Det har vært en nedgang i antall gjennomførte tilsyn fra 195 i 2009 til 134 i 2010. I 2009 ble det etter tilsynene påvist 440 avvik, mens det i 2010 er påvist 292 avvik. Det ble i 2009 rapportert om i alt 234 ikke lukkede avvik, mens tilsvarende tatt for 2010 er 184. Av disse forholder 22 seg til avvik påvist i 2009 eller tidligere. Som tidligere år har kommunalt brannvern gitt flest avvik (69). 47 avvik etter disse tilsynene er ikke lukket. Det er likevel en bedring siden 2009, der 58 avvik ikke var lukket. En årsak til at avvik ikke er lukket kan være 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.

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 avvik etter tilsyn som ikke er lukket av økonomiske eller andre årsaker.

## Vedlegg 4: Skjema E2 – Rapporteringsskjema investeringer, resultateffekt og finansiering

Per 3. tertial 2010: Omtale av fremdrift og kostnadsutvikling på prosjekter som er gitt investeringstilskudd.  
(Tallene i tabellen nedenfor er foreløpige. Det tas forbehold om endringer i endelig årsregnskap for Helse Sør-Øst RHF).

|   | Utbetalingdata    |                                    |                  | Videre investeringsplaner |                  |                  |                  |                  | Gjenstående etter 2015 | Totalt                  | Merknader                                    |
|---|-------------------|------------------------------------|------------------|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------|-------------------------|--|
|   | Utbetalt tom 2009 | Utbetalt hitil pr ...../..... 2010 |                  | Gjenstående 2010          | 2011             | 2012             | 2013             | 2014             |                        |                         |  |
| <b>Helse Sør RHF</b>                                    |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| <b>Prosjekter og bygningsmessige investeringer</b>      |                   | Bygg                               | Utstyr           |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         | <b>(status)</b>                              |
| <i>Oslo universitetssykehus HF</i>                      |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Forskningsbygg  |                   | 2 745                              |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        | 2 745                   |  |
| Sykehotell  |                   | 2 972                              |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        | 2 972                   |  |
| Pårørendeovematting                                     |                   | 39 737                             |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        | 39 737                  | Avsluttes 2010                               |
| Samlokaliseringstiltak, lands- og regionfunksjoner      |                   | 25 000                             |                  | 135 000                   | 315 000          | 627 000          | 640 000          | 590 000          | 636 000                | 2 968 000               | Svært usikkert fom 2013; utredning pågår     |
| Omstillingsmidler 2010                                  |                   |                                    |                  | 125 000                   |                  |                  |                  |                  |                        | 125 000                 | Forskyves til 2011 - delfinansierer 285 MNOK |
| <i>Psykiatrien i Vestfold HF</i>                        |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Samlokalisert Vestfoldklinik (TSB)                      |                   |                                    |                  | 19 000                    | 65 470           |                  |                  |                  |                        | 84 470                  |  |
| <i>Sykehuset Innlandet HF</i>                           |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Sanderud  | 155 000           | 25 367                             |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        | 180 367                 |  |
| <i>Sykehuset i Vestfold HF</i>                          |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Nytt parkeringshus&helikopter landingsplass             |                   |                                    |                  | 30 000                    | 30 000           |                  |                  |                  |                        | 60 000                  |  |
| <i>Sørlandet sykehus HF</i>                             |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Operasjonsstuer Kristiansand dagkirurgi                 | 47 357            | 4 796                              |                  | 9 150                     |                  |                  |                  |                  |                        | 61 303                  | Dagkirurgi avsluttes i 2011                  |
| Operasjonsstuer oppgradering                            |                   |                                    |                  | 50 000                    | 84 000           |                  |                  |                  |                        | 134 000                 | Framdrift tilpasses tilgjengelig likviditet  |
| <i>Helse Sør-Øst RHF</i>                                |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Tomtekjøp Vestre Viken                                  |                   |                                    |                  |                           |                  | 250 000          |                  |                  |                        | 250 000                 | Usikkert tidspunkt                           |
| AHUS Fase 2   | 386 900           | 572 637                            |                  | 113 000                   |                  |                  |                  |                  |                        | 1 072 537               |  |
| Sykehuset Østfold                                       |                   | 125 000                            |                  | 470 000                   | 1 060 000        | 1 453 000        | 1 162 000        | 533 000          | 287 000                | 5 090 000               | Avsluttes 1.kvartal 2016                     |
| <i>Vestre Viken HF</i>                                  |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Psykatribygg  |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  | 700 000                | 700 000                 |  |
| Somatikk bygg   |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  | 4 300 000              | 4 300 000               |  |
| Omstillingsmidler 2010 og 2011                          |                   | 7 000                              |                  | 93 000                    |                  |                  |                  |                  |                        | 100 000                 | Bygningsmessige tilpasninger; noe MTU        |
| Øvrige større byggeprosjekter                           |                   |                                    |                  |                           |                  |                  | 100 000          | 200 000          |                        | 600 000                 | Inkl.2.prioritet; usikkert anslag            |
| Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03 | 442 403           | 94 534                             | 518              | 52 185                    | 79 534           |                  |                  |                  |                        | 734 174                 | Prosjekt i Vestre Viken ikke tidfestet       |
| Øvrige bygningsmessige investeringer                    |                   | 284 213                            | 15 131           | 428 904                   | 228 866          | 248 000          | 383 000          | 612 000          |                        |                         | Vedlikehold og funksjonell oppgradering      |
| <b>Utstyr, mv</b>                                       |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        |                         |  |
| Medisinsk teknisk utstyr                                |                   | 54 647                             | 378 145          |                           | 755 098          | 700 000          | 700 000          | 800 000          | 900 000                |                         | Re-, ny- og pukkelinvesteringer              |
| IKT- utstyr   |                   | 5 527                              | 835 634          |                           | 789 202          | 900 000          | 1 000 000        | 1 000 000        | 1 000 000              |                         | IKT langtidspan 2011-2014                    |
| Annet   |                   | 25 339                             | 436 522          |                           | 49 199           | 50 000           | 50 000           | 50 000           | 50 000                 |                         | Innenholder tiltakspakke midler fra 2009     |
| <b>Sum totale investeringer</b>                         |                   | <b>1 269 515</b>                   | <b>1 665 950</b> | <b>-</b>                  | <b>3 118 738</b> | <b>3 762 870</b> | <b>4 178 000</b> | <b>4 235 000</b> | <b>3 985 000</b>       | <b>10 529 314</b>       | <b>11 685 760</b>                            |
| Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger *  |                   |                                    |                  |                           | 323 241          | 360 322          | 393 200          | 402 125          | 403 375                |                         |  |
| Investeingsnivå påvirkning på renter                    |                   |                                    |                  |                           | 11 750           | 46 875           | 52 000           | 45 050           | 28 075                 |                         |  |
| <b>Samlet resultateffekt kapital</b>                    |                   |                                    |                  |                           | <b>334 991</b>   | <b>407 197</b>   | <b>445 200</b>   | <b>447 175</b>   | <b>431 450</b>         |                         |  |
|   |                   |                                    |                  |                           |                  |                  |                  |                  |                        | <b>Totalt 2011-2015</b> | <b>22 215 074</b>                            |

\*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+)/negative tall (-)

Alle prosjekter over 100 mill. kr skal rapporteres særskilt

Ekst. prosjekter over psykiatriplanen - Her skal tabellen i ark 3 fylles ut

| <b>Finansiering</b>                      |  |           |           |           |           |           |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|  | 2010   | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      |
| Avskrivningskostnader                    | 1 516 731  | 3 005 000 | 2 787 000 | 2 703 000 | 2 783 000 | 2 855 000 |
| Avdrag lån                               | 426 640  | 425 000   | 425 000   | 409 000   | 410 000   | 410 000   |
| Planlagt overskudd                       |  | -         | 465 000   | 1 050 000 | 1 252 000 | 1 175 000 |
| Ev. salgsinntekter, investeringstilskudd | 534 606  | 184 000   | -         | -         | -         | -         |
| =Egenfinansiering                        | 1 624 697  | 3 614 000 | 2 747 000 | 2 062 000 | 1 941 000 | 2 090 000 |
| Lån                                      | 1 310 768  | 235 000   | 937 500   | 1 040 000 | 901 000   | 561 500   |
| Sum totalt investeringer                 | 2 935 465  | 3 118 738 | 3 762 870 | 4 178 000 | 4 235 000 | 3 985 000 |
| Låneandel                                | 44,7 %   | 7,5 %     | 24,9 %    | 24,9 %    | 21,3 %    | 14,1 %    |
| Lån er tenkt benyttet til prosjekt:      | Låneandel 2010 påvirket av planendring pensjon, og økt driftskreditt |           |           |           |           |           |

### Investeringsutbetalinger og -planer fordelt pr helseforetak

Alle tall i 1 000 kr.

| Helse Sør RHF               | Utbetalingsdata                          |                  | Videre investeringsplaner |                  |                  |                  |                            |                  |                   |
|-----------------------------|--|------------------|---------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
|                             | Utbetaling hittil<br>pr .... / .... 2010 |                  | 2010                      | 2011             | 2012             | 2013             | 2014                       | 2015             | Sum               |
| Helseforetak                | Bygg                                     | Utstyr           |                           |                  |                  |                  |                            |                  |                   |
| AHUS                        | 0  | 71 753           |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 71 753            |
| APO                         | 0  | 5 647            |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 5 647             |
| OUS                         | 203 318                                  | 354 697          |                           | 260 000          | 315 000          | 627 000          | 640 000                    | 590 000          | 2 990 015         |
| PIV                         | 32 047                                   | 2 171            |                           | 19 000           | 65 470           | 0                | 0                          | 0                | 118 688           |
| SI                          | 125 323                                  | 112 033          |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 237 356           |
| SIV                         | 21 936                                   | 30 287           |                           | 30 000           | 30 000           | 0                | 0                          | 0                | 112 223           |
| SP                          | 0  | 823 989          |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 823 989           |
| SS                          | 107 336                                  | 0                |                           | 59 150           | 84 000           | 0                | 0                          | 0                | 250 486           |
| ST                          | 22 750                                   | 50 388           |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 73 138            |
| SUN                         | 22 955                                   | 2 099            |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 25 054            |
| SØ                          | 65 656                                   | 15 242           |                           | 0                | 0                | 0                | 0                          | 0                | 80 898            |
| VV                          | 85 336                                   | 82 865           |                           | 93 000           | 0                | 0                | 0                          | 0                | 261 201           |
| RHF                         | 697 637                                  | 0                |                           | 583 000          | 1 310 000        | 1 453 000        | 1 162 000                  | 533 000          | 5 738 637         |
| Estimert HSØ: Øvrig bygg    |  |                  |                           | 481 089          | 308 400          | 348 000          | 583 000                    | 912 000          | 2 632 489         |
| Estimert HSØ : IKT          |  |                  |                           | 789 202          | 900 000          | 1 000 000        | 1 000 000                  | 1 000 000        | 4 689 202         |
| Estimert HSØ: MTU og Annet  |  |                  |                           | 804 298          | 750 000          | 750 000          | 850 000                    | 950 000          | 4 104 298         |
| <b>Sum</b>                  | <b>1 384 294</b>                         | <b>1 551 172</b> | <b>0</b>                  | <b>3 118 738</b> | <b>3 762 870</b> | <b>4 178 000</b> | <b>4 235 000</b>           | <b>3 985 000</b> | <b>22 215 074</b> |
| av                          |  |                  |                           |                  |                  |                  | Sumtall fra hovedark       |                  | 22 215 074        |
| varige driftsmidler hittil: | <b>2 935 465</b>                         |                  |                           |                  |                  |                  | Kontroll (skal være lik 0) |                  | 0                 |