

Årlig melding 2011

Helse Sør-Øst RHF

til Helse- og
omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2012

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 2012. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsregnskap og årsberetning 2011 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 2012.

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 2011 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2012.

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	5
1.1	Helse Sør-Øst – visjon og verdigrunnlag	5
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011	7
1.2.1	"Sørge for"-ansvaret - overordnet vurdering av måloppnåelse	7
1.2.2	Styrets konklusjon	23
2	RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT 2011	25
2.1	Særskilte satsningsområder	25
2.1.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	25
2.1.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	25
2.1.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	28
2.1.4	Psykisk helsevern	29
2.1.5	Kreftbehandling	31
2.1.6	Innovasjon	32
2.2	Andre områder	32
2.2.1	Habilitering og rehabilitering	32
2.2.2	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	33
2.2.3	Hjerteflimmerbehandling	35
2.2.4	Behandling av sykkelig overvekt	35
2.2.5	Kronisk utmattelsesyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	36
2.2.6	Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser	37
2.2.7	Ernæring og mattrygghet	37
2.2.8	Beredskap og smittevern	37
2.3	Utdanning av helsepersonell	39
2.4	Forskning	42
2.5	Rapportering på tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011	43
2.5.1	Jf. 6.4 Psykisk helsevern	43
2.5.2	Jf. 8 Utdanning av helsepersonell	43
3	RAPPORTERING PÅ KRAV OG RAMMER FOR 2011 I FORETAKSPROTOKOLL HELSE SØR-ØST RHF	45
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser	45
3.1.1	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 4.0 - Endret resultatkrav for 2010	45
3.1.2	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.1 - Resultatkrav for 2011	45
3.1.3	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.2 - Styring og oppfølging i 2011	47
3.1.4	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.3 - Investeringer og kapitalforvaltning	48
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011	49
3.2.1	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.1 - Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helseplan	49
3.2.2	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.2 - Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	50
3.2.3	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.3 - Regjeringens eierskapspolitikk	50
3.2.4	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.4 - Tiltak på personalområdet	51
3.2.5	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.5 - Intern kontroll og risikostyring	56
3.2.6	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.6 - Kvalitet i anskaffelsesprosessen	58
3.2.7	Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.7 - Utvikling av IKT-området	60

3.2.8 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.8 - Nødnett.....	61
3.3 Øvrige styringskrav for 2011	62
3.3.1 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.1 - Miljø- og klimatiltak	62
3.3.2 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.2 - Nasjonalt profileringsprogram	63
3.3.3 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.3 - H-reseptordningen	63
3.3.4 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.4 - KPP-regnskap	63
3.3.5 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.5 - Parkering	63
3.4 Øvrige aktuelle saker i 2011	64
3.4.1 Rapportering på tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringsskvartalet og på Utøya, Prop. 154 S (2010-2011)	64
3.5 Medvirkning, dialog og forankring	64
3.5.1 Brukermedvirkning	64
3.5.2 Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud	69
3.5.3 Dialog med andre instanser og organisasjoner	70
4 STYRETS PLANDOKUMENT	72
4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	72
4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	72
4.1.3 Det generelle utfordringsbildet	78
4.1.4 Om samhandlingsreformen	79
4.1.5 Økonomiske rammeforutsetninger	84
4.1.6 Personell og kompetanse	86
4.1.7 Bygningskapital – status og utfordringer	92
4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer - Plan for strategisk utvikling og mål 2011 for Helse Sør-Øst	95
4.2.1 Innsatsområde 1: Pasientbehandling	97
4.2.2 Innsatsområde 2: Forskning og innovasjon	98
4.2.3 Innsatsområde 3: Kunnskapsutvikling og god praksis	98
4.2.4 Innsatsområde 4: Organisering og utvikling av fellestjenester	99
4.2.5 Innsatsområde 5: Mobilisering av medarbeidere og ledere	100
4.2.6 Innsatsområde 6: Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	100
4.3 Mål for 2012-2014	101
4.4 Utforming av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst frem mot 2020 – strategirullering	102
5 TABELLRAPPORTERING	105
5.1 Rapportering av styringsparametre 2011 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)	105
5.2 Rapportering på særskilte områder (vedlegg 3 i oppdragsdokumentet)	112
6 VEDLEGG	120

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 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 (01.01.11), som utgjør om lag 56 % av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 70 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2012 på om lag 63,5 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 per 1. januar 2012 10 helseforetak¹ organisert innenfor 7 sykehusområder:

Helseforetaksstruktur 2012	
Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	<i>Akershus sykehusområde</i>
Oslo universitetssykehus HF Sonnaas sykehus HF	<i>Oslo sykehusområde</i>
Sykehuset i Vestfold HF 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 1 028 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.

Helseforetaksgruppens spissede mål for 2012-2014

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen har styret for Helse Sør-Øst RHF vedtatt et knippe målformuleringer for 2012 og videre i planperioden frem til 2014. Målene uttrykker organisasjonens ambisjon om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

¹ Sykehuset i Vestfold HF og Psykiatrien i Vestfold HF ble slått sammen 1. januar 2012 ved at Psykiatrien i Vestfold HF ble virksomhetsoverdratt til Sykehuset i Vestfold HF.

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

Som hovedregel skal ingen pasienter vente over 1 år. Dette skal inngå spesifikt i oppfølgingen av helseforetakene.

Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten.

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 2012 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011

1.2.1 "Sørge for"-ansvaret - overordnet vurdering av måloppnåelse

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, akuttfunksjoner 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.

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. Foreløpige tall viser at helseforetakene i hovedstadsområdet, det vil si Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i 2011 har et samlet negativt budsjettavvik på ca 680 mill. kroner. Situasjonen er forskjellig ved de tre foretakene. Akershus universitetssykehus HF er i ferd med å gjøre driftsmessige tilpasninger for å sikre god pasientflyt, og få på plass den nødvendige spesialistkompetanse. For Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF er det nødvendig å tilpasse ressursinnsatsen til de rammer som stilles til rådighet. Det vil være avgjørende, både for kvaliteten i pasientbehandlingen, for personalmessige forhold og omdømmemessig at de berørte foretakene gjennomfører de fastsatte planer for tilpasning til gjeldende økonomiske rammer, og at dette skjer i god dialog med de ansatte og brukerne. Helse Sør-Øst RHF vil ha stor oppmerksomhet på å få til dette.

Helse Sør-Øst RHF har på ulikt vis bidratt med økonomisk støtte til sykehusene i hovedstadsområdene gjennom lån og tilskudd samt prioritert regionale ressurser innen IKT for å bidra til en raskere forbedring innen overføring av pasientinformasjon mellom sykehusene. Helse- og omsorgsdepartementet vier denne saken stor oppmerksomhet i sin budsjettproposisjon for 2012, og varsler at en vil følge opp både omstillingsprosessen og den økonomiske utviklingen i hovedstadsområdet nøye. I tråd med foretaksmøteprotokoll fra 31.01.12 viderefører Helse Sør-Øst RHF etablerte oppfølgings- og rapporteringsrutiner overfor de tre helseforetakene i hovedstadsområdet for å følge utviklingen når det gjelder kvalitet, bemanning og drift.

Pasientbehandling

Overordnet bilde

- Sammenlignet med 2010 er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) for alle tjenesteområder økt med 1 dag i 2011. For somatikk er økninger på 2 dager, mens det er en reduksjon på de andre tjenesteområdene i 2011. Nedgangen er på 7 dager for BUP og TSB og på 2 dager for VOP. Ventetiden for rettighetspasienter er redusert med 2 dager innen somatikk og med 7 dager for psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter, alle tjenesteområder, har vist en jevn nedgang fra 2008 til 2010, men viste en økning i 1. halvdel av 2011, i hovedsak grunnet flere fristbrudd ved Akershus universitetssykehus HF. Andel fristbrudd har imidlertid gått betydelig ned i siste halvdel av 2011.
- Andel korridorpasienter har holdt seg omtrent på samme nivå som i 2010. I 2. tertial var andelen på 1,6 %. Manglene reduksjon i antall korridorpasienter for foretaksgruppen som helhet skyldes i hovedsak høy andel korridorpasienter ved Akershus universitetssykehus HF i 2011.
- Aktivitetstallene for 2011 viser at det har skjedd en ytterligere dreining mot poliklinisk behandling. På alle tjenesteområdene er veksten i poliklinisk aktivitet stor og til dels større enn planlagt, mens tallene for døgnaktivitet går noe ned.
- Totalt innen somatikk er resultat for antall behandlede pasienter nær målet for året. Den polikliniske aktiviteten øker, og antall konsultasjoner har økt med 1,0 % fra 2010. Antall DRG-poeng for "sørge for"-ansvaret (ekskludert DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus) viser et negativt avvik på kun 0,3 % i forhold til budsjett, og er 0,4 % høyere enn i 2010.

- Resultatet innen psykisk helsevern (VOP og BUP) er i tråd med budsjettmålene. For polikliniske konsultasjoner er det en vekst på 4,2 % sammenlignet med 2010. 36 % av døgnoppholdene og 87 % av de polikliniske konsultasjonene skjedde ved DPS-er i 2011.
- Resultatet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) er tilfredsstillende, særlig for poliklinisk aktivitet, og er over budsjettmålet på 5 % vekst fra 2010.

Aktivitet

- Somatikk:

Antall døgnopphold er litt under, men nær budsjettmålet for 2011 og litt under nivået for 2010. Antall dagopphold er 1,9 % over budsjett og 6,1 % over nivået for 2010. Antall polikliniske konsultasjoner er 2,3 % over budsjettmålet og 1 % over nivået for 2010.

DRG-tallene er nær budsjettmålet for 2011 og viser et negativt avvik på 0,3 % totalt for ”sørge for”-ansvaret og 0,4 % over nivået for 2010. De største negative DRG-avvikene er ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sunnaas sykehus 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 pluss 335 DRG-poeng (2,6 %) i forhold til budsjett. DRG-poeng for dyre biologiske legemidler ”sørge-for” ansvaret viser foreløpig et negativt avvik på -1767 DRG-poeng (-8,0 %). Det er foreløpig noe usikkerhet knyttet til disse tallene inntil endelig resultat foreligger.

Samlet viser aktivitetsutviklingen innen somatikk at det har vært en positiv utvikling gjennom året med ytterligere omlegging av aktiviteten fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk. Det er imidlertid knyttet en viss usikkerhet til den reelle aktivitetsutviklingen på omsorgsnivåene (døgn, dag og poliklinikk), da omleggingen av DRG-systemet til differensierte vektorer har ført til ulik praksis for registrering av de ulike omsorgsnivåene.

- Psykisk helsevern:

Samlet sett er aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern (VOP og BUP) tilfredsstillende i forhold til budsjettmålet. For poliklinisk aktivitet er det en økning i antall konsultasjoner på 4,2 % for VOP og 4,3 % for BUP sammenlignet med 2010. Innenfor psykisk helsevern for voksne har man fått en ytterligere forsterket omlegging fra døgn- og dagbehandling til poliklinisk behandling.

Samlet sett er utviklingen innen for psykisk helsevern i tråd med de nasjonale føringene.

- Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB):

Samlet aktivitetsutvikling er tilfredsstillende og godt over målet om 5 % økning i 2011. Antall døgnopphold totalt var 5,6 % over budsjettmål, herav 5,4 % ved foretakene og 6,3 % ved private institusjoner. Sammenlignet med 2010 økte antall døgnopphold totalt med 15,5 % i 2011. Andelen behandlet ved private institusjoner (22 %) er omtrent på samme nivå som i 2010. Samlet vekst i poliklinisk aktivitet er på 8,4 % fra 2010 til 2011.

Tilgjengelighet

Ventetid for alle (med og uten rett) er økt fra 73 dager i 2010 til 74 dager i 2011 når alle tjenesteområder ses under ett.

- Somatikk:

Sammenlignet med 2010 er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) økt fra 73 til 75 dager i 2011, mens det er en reduksjon fra 64 til 62 dager for rettighetspasienter. Nær 90 % 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 somatikk er det registrert en økning i antall nyhenvisninger på omkring 8 % i 2011 sammenlignet med 2010. Økningen gjelder særlig fagområdene ortopedi, fordøyelsessykdommer og urologi, og gjelder i hovedsak dagbehandling og poliklinisk vurdering/behandling. For innleggelse er det registrert en nedgang på 5 %.

- Psykisk helsevern:

Sammenlignet med 2010 er ventetiden for alle (med og uten rett) redusert fra 53 til 51 dager for VOP og fra 58 til 51 dager for BUP. For rettighetspasienter er nedgangen på 7 dager for hele gruppen fra 54 til 47 dager. Det er marginale endringer i antall nyhenvisninger i 2011. Stabilisering av henvisninger, reduserte ventetider og god aktivitet i 2011 kan tyde på at det på dette området er en bedre balanse mellom behov/etterspørsel og behandlingsskapitet.

- Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB):

Gjennomsnittlige ventetider for alle (med og uten rett) er redusert fra 70 dager i 2010 til 63 dager i 2011. For rettighetspasienter er den en reduksjon fra 72 dager i 2010 til 65 dager i 2011. Innen TSB er det ventetider på innleggelse som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

I 2011 har det vært en reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB på 6,1 % (922 henvisninger). Redusert antall nyhenvisninger gjelder ved flertallet av foretakene. Helårstallene bekrefter at det har vært en liten nedgang etter flere år med relativt kraftig vekst i antall nyhenviste pasienter for TSB.

Oppsummering – ventetider:

Helse Sør-Øst har i perioden 2006-2010 gjennomgående hatt de korteste ventetidene innen alle tjenesteområdene sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Dette gjelder også i 2011 (NPR-data til og med november 2011). Til tross for en positiv utvikling i løpet av 2011 med foreløpig en gjennomsnittlig ventetid på 74 dager totalt, er man fremdeles ett stykke unna målet på 65 dager for alle pasienter på alle tjenesteområder. I løpet av 2011 er imidlertid dette målet nådd innen psykisk helsevern (BUP og VOP) og innen TSB. Det er innen somatikk at ventetidene fremdeles er lange og bidrar til høye ventetider totalt.

Fristbrudd

Andel fristbrudd for rettighetspasienter har vist en jevn nedgang fra 2008-2010. Det var imidlertid en økning i 1. halvdel av 2011, i hovedsak grunnet at Akershus universitetssykehus HF tidligere år har hatt en avvikende registrering som har gitt dem feilaktig lave fristbruddsandel. Når dette ble korrigert fra 2011, bidro det til en forbigående økning av andelen fristbrudd for foretaksgruppen samlet. Andel fristbrudd totalt har dog gått ned også ved dette foretaket i løpet av høsten. For hele året var samlet andel fristbrudd på alle tjenesteområder 7,8 %, men andelen gikk ned til 5,0 % i november og desember 2011.

Kvalitetsmål og styringsvariabler

- Andel korridorpasienter inn psykisk helsevern er betydelig redusert fra 2008 og er nå praktisk talt borte. Innen somatikk er gjennomsnittet for hele året på 1,7 % mot 1,5 % i 2010. Økningen i 2011 kan i stor grad tilskrives flere korridorpasienter ved Akershus universitetssykehus HF i 2011. Flertallet av foretakene har en lav andel eller ingen korridorpasienter.
- Andel epikriser sendt ut innen 7 dager har økt fra 2010 og ligger i 2011 på omkring 80 %.
- Høy andel utskrivningsklare pasienter er fremdeles i hovedsak knyttet til sykehus i Oslo-regionen. I tillegg er det en høy andel utskrivningsklare pasienter ved Sørlandet sykehus HF.
- Andel tvangsinnlagte innen psykisk helsevern var i gjennomsnitt på 16,5 % for året 2011. Det er omtrent på samme nivå som i 2010 (17,0 %).
- Raten, dvs. antall tvangsinnleggelse per 1 000 innbyggere i helseforetakenes opptaksområder var 52,5 til og med 2. tertial 2011 mot 63 i samme periode 2010. Raten varierer betydelig mellom sykehusene og i helseforetakenes opptaksområder.

Prevalensen av sykehusinfeksjoner var i 2011 5,2 % (gjennomsnitt av 4 undersøkelser i 2011). Dette er samme nivå som i 2010, men er en nedgang fra 2009 (5,4 %) og 2008 (6,2 %). For 2011-14 er målet i Helse Sør-Øst å komme under 3 %.

Videreføringen av arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling

Arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling mellom helseforetakene bygger på prinsippet om sentralisering av det som må sentraliseres og desentralisering av alt som kan desentraliseres, jfr. styrets vedtak i sak 108/2008 om arbeidet med omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen. Hensikten er å sikre god kvalitet og ressursutnyttelse i pasientbehandlingen. Dette har også ligget til grunn for regionens plan for strategisk utvikling, der gjennomføring av styrevedtaket har vært et sentralt punkt.

Helse Sør-Øst RHF har som mål å etablere en systematisk og enhetlig tilnærming til faglig funksjonsdeling i regionen. Så langt har det vist seg at brukergruppene har stor forståelse for behovet for funksjons- og oppgavefordeling, og på mange måter har utgjort en pressgruppe i dette arbeidet. Følgende fagområder har vært forelagt styret som egne temasaker:

- Kreftbehandling
- Karkirurgi
- Ortopedi, revmakirurgi og revmatologi
- Medisinske støttefunksjoner
- Prehospitale tjenester

Innen kreftbehandling og karkirurgi har styret fattet vedtak med konsekvenser for videre ansvars- og arbeidsdeling mellom helseforetakene.

Arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling er krevende oppgaver som involverer og engasjerer mange. De regionale fagrådene, som også har ansatte- og brukerrepresentanter, spiller en viktig rolle i dette arbeidet. Erfaringene viser at justeringer av praksis må være basert på reelle behov for endringer i pasientbehandlingen og bygge på grundige prosesser der alle interessenter kommer til orde, bl.a. gjennom høringer og erfaringskonferanser. Forankring i helseforetakene og i forhold til ansatte/tillitsvalgte har vist seg uhyre viktig.

I 2012 vil en prioritere videreføring og fullføring av de funksjons- og oppgavefordelingene som er igangsatt, før en utvider satsingen

Samhandling

Samhandling med kommunehelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud har lenge vært et fokusområde i Helse Sør-Øst. Det er fra tidligere etablert et regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner. Det har i 2011 vært arbeidet målrettet sammen med kommunene for å tilpasse eksisterende avtaler for å oppfylle kravene nedfelt i ny helse- og omsorgstjenestelov.

Samhandlingsaktivitetene er intensivert i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen i 2012. Det er etablert et nettverk med samhandlingsansvarlige ved helseforetakene for å sikre en tett oppfølging og implementering av reformen, samt for å ha en ”lyttepost” inn mot foretakene og understøtte deres arbeid med implementering. Dette vil også gi tidlige signaler om det skjer uønskede effekter med hensyn til kvalitet og organisering av tjenestene. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp de premisser og forutsetninger som vedtas i forbindelse med ny nasjonal helse- og omsorgsplan. I samarbeid med kommunene søkes det å avdekke felles utfordringer, styrke samarbeidet om enkeltpasienter og bruke gode erfaringer fra andre helseforetak/sykehus. Avtaler med kommunene er forutsatt å ivareta at tilbud ses i sammenheng og legger grunnlag for løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak for å hindre etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har etablert samarbeidsutvalg med sine kommuner. Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder. Helse- og omsorgstjenesteloven har 11 minimumskrav som avtalene mellom partene skal inneholde. Fire av de lovpålagte kravene er forutsatt vedtatt i helseforetak og kommunestyrer innen 31.01.12, de øvrige innen 01.07.12.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalene. Brukerrepresentantene har fått ansvar for å overvåke og fremme samhandlingen mellom avtalepartene. Det anses hensiktsmessig at helseforetakenes brukerutvalg behandler avtaleutkast før de vedtas. Brukerrepresentantene skal være representert i etablerte samarbeidsorgan mellom foretak og kommune. SAFO/FFO har i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF tatt initiativ til modulkurskvalifisering av brukerrepresentanter om brukermedvirkning i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. To kurs ble avholdt i februar 2012 for brukerrepresentanter i Helse Sør-Øst.

Satsingsområdet - utvikling av gode pasientforløp/behandlingslinjer fra hjem til hjem, er eksempel på et tiltak for å få bedre og mer forutsigbare og gode helsetjenester. Det er stilt krav til foretakene at brukerne skal ha en aktiv rolle i utvikling av pasientforløp. Spesielt er dette viktig 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.

Uvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformene. I den forbindelse har Helse Sør-Øst prioritert arbeid med praksiskonsulentordningen (PKO). Alle helseforetak har etablert PKO- ordning og regionen har nå ca 80 praksiskonsulenter.

Den framtidige økning i antall eldre vil føre til store utfordringer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Behov for tjenester for gruppen eldre vil vokse i hele behandlingsskjeden. Det er viktig å sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse med tanke på utredning og behandling av eldre i spesialisthelsetjenesten og for kompetanseutveksling med førstelinjetjenesten, slik at utredning og behandling kan skje nært der pasienten bor, når det ikke er behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dimensjonering av geriatriens og alderspsykiatriens virksomhet i spesialisthelsetjenesten må framover vies særskilt oppmerksomhet, bl.a. med utgangspunkt i regionens *Handlingsplan for spesialisthelsetjenesten for eldre*. Dette må skje i nært samarbeid og samforståelse med kommunene og deres behov for og utvikling av tjenester til den eldre befolkningen.

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. Innvandrere og personer født med innvandrerforeldre utgjør til sammen 11,4 % av befolkningen i Norge. Av disse bor 69 % i Helse Sør-Øst. Innvandretettheten 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.

Dette 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 kulturveiledere, som er ansatte i sykehusene i hovedstadsområdet og i bydelene. Hittil er det ferdig utdannet 60 kulturveiledere og kull nr. 4 startet november 2011.

Det er et mål å styrke sykehusenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Dette skal bl.a. oppnås gjennom å øke pasientens forståelse og medbestemmelse i behandlingsforløp, øke kunnskapen rundt hvordan drive helsefremmende arbeid og øke forståelsen for verdien av helsefremmende arbeid. Det må sikres at arbeidet med likeverdige helsetjenester inngår i vanlig drift og etterlevs i praksis. Et viktig element i dette arbeidet er også gode tolketjenester.

Fritt sykehusvalg

Kontoret for fritt sykehusvalg i Helse Sør Øst, mottok ca 20 000 telefoner i 2011. Hovedsakelig vedrørende spørsmål knyttet til ventetider og pasientrettigheter. Dette utgjør 70 % av alle henvendelsene til Fritt sykehusvalg Norge.

Det er fremdeles mye å hente på å reduserte ventetider ved ytterligere å benytte ordningen med Fritt sykehusvalg. En viktig forutsetning for å kunne nå flere, er at flere fastleger tar i bruk ordningen på et så tidlig stadium i helsehjelpen som mulig.

En viktig forutsetning for ytterligere økt bruk fra helsepersonell knyttet til fritt sykehusvalg er at datakvalitet og oppdateringsfrekvens på www.frittisykehusvalg.no er pålitelig og tilfredsstillende. Det vil samtidig være svært viktig at helseforetakene i Helse Sør-Øst er med på å underbygge og lette bruken av fritt sykehusvalg for pasienter ved å formidle god og korrekt informasjon om pasientenes rettigheter innen området.

Forskning og innovasjon

Forskning

Helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst står for nær 60 % av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen utgjør ca 1,4 mrd kr (2010), hvorav en tredjedel finansieres gjennom regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene utgjøres av det øremerkede forskningstilskuddet fra HOD (234 mill kr) i tillegg til midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett (213 mill kr for 2011). Ca. 400 forskningsprosjekter- og tiltak ble i 2011 finansiert med regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

Antallet doktorgrader per år i regionen har økt betydelig de siste årene til over 150. Dette er vel forenlig med økt ressurstilgang til forskning. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for forskning ved alle helseforetak og har med basis i regionale forskningsmidler finansiert regionale forskningsstøttefunksjoner, forskningsnettverk og forskningsgrupper, i tillegg til regionale teknologiske kjernefasiliteter. Gjennom Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) har Helse Sør-Øst RHF arbeidet aktivt for etablering av nasjonale satsingsområder for forskning og finansierer kjernemiljøet for satsingsområdet alvorlige psykiske lidelser. Også i 2011 er det bevilget midler til regionalt kompetansesenter for helsetjenesteforskning (HØKH) ved Akershus universitetssykehus, som også skal være et faglig kompetansemiljø for samhandlingsforskning. Det er en utfordring å sikre god bredde og tverrfaglighet i forskningen. Kompetansebyggende tiltak rettet inn mot helsefaglige profesjoner er finansiert, samt forskerskole for rus og psykisk helsevern.

Innovasjon

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2011. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i Inven2, som er en felles kommersialiseringsenhet etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo (UiO). Antall innleverte patentsøknader er også på et høyt nivå. Antall kommersialiseringer er også høyere enn i 2010.

I 2011 er det igangsatt en rekke spennende forsknings- og utviklingsprosjekter finansiert gjennom Innovasjon Norge. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og kreft. Samarbeidet med de øvrige RHF, InnoMed, Innovasjons Norge og Norges Forskningsråd er videreutviklet. Samarbeidet med UiO innen innovasjon knyttet til sentrale kliniske områder har vært tett i 2011.

Kunnskapsutvikling og god praksis

Pasientsikkerhet

God kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for pasientsikkerhet og god pasientbehandling av høy kvalitet.

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. En vesentlig premisse for å skape en helsetjeneste med god kvalitet er å sikre trygg pasientbehandling. Dette er også et av de definerte kvalitetsmål som ligger til grunn for Helse Sør-Østs omstillingsprogram. De fleste pasientskadene skyldes bl.a. sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil (med referanse til systematisk journalgjennomgang (GTT) for 2010 journaler). Faglig kvalitet og pasientsikkerhet kommer til uttrykk i møte mellom pasient og helsearbeider. Det er viktig å stimulere til større åpenhet og en meldekultur der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som viktige bidragsytere i kvalitetsutviklingsarbeidet. Avvik, skader og tilsynsoppfølginger blir behandlet i ledelsens gjennomgang i styrene hvert tertial. Pasientsikkerhetskultur ble målt ved hjelp av parametre i medarbeiderundersøkelsen i 2010. Resultatene fra undersøkelsen er fulgt aktivt opp i 2011 gjennom åpne og involverende medvirkningsbaserte prosesser. En egen pasientsikkerhetskulturundersøkelse vil bli gjennomført våren 2012 i regi av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.

Pasientsikkerhetskampanjen "*I trygge hender*" er et viktig grep for å synliggjøre og iverksette tiltak for å redusere antall pasientskader. Kampanjen skal legge til rette for å bygge varige systemer og strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Brukerinvolvering for å bedre oppfølging og kommunikasjon med pasienter og pårørende, er et fokusområde i pasientsikkerhetskampanjen. Kampanjen starter med å måle omfanget av pasientskader i norske sykehus ved journalgjennomgang (GTT).

Pasientskader er vanskelig å fastslå, men det er bred enighet om at mange pasientskader kan unngås ved målrettede tiltak. Helseministeren rapporterte i november et nasjonalt måltall for pasientskader (2010 tall) på 15,9 %. Det antas at ca 50 % av disse kan forebygges fordi hovedårsakene til skade er infeksjoner og medisineringsfeil. Det viktige er å ha lokal oppfølging på helseforetaksnivå, der både ledere og klinisk personell involveres til refleksjon over egne resultater og igangsetting av systematisk forbedringstiltak. Foreløpig dekker GTT metodikken kun somatisk sektor for voksne pasienter. På sikt vil det være ønskelig også å kunne måle på tilsvarende måte innen psykisk helsevern. Læringsnettverkene som arrangeres i regi av den nasjonale kampanjen der man skal innføre kunnskapsbaserte tiltakspakker på utvalgte områder er også med å bidra til skadeforebygging.

Helse Sør-Øst vil slutte opp om kampanjen og mener den gir god støtte for eget arbeid med å videreutvikle trygge og sikre tjenester i tråd med brukernes behov. Det vises også til helseforetaksgruppens mål i kapittel 4.3 *Mål for 2012 til 2014*. Som ledd i arbeidet for bedre pasientsikkerhet vil en følge opp nasjonale og lokale brukerundersøkelser med bl.a. igangsatte pasientsikkerhetsprosjekter, innsatsområder og læringsnettverk. Det arbeides også aktivt for å gi gode, sikre og trygge tjenester ved å bygge opp et gjennomgående system for internkontroll som omfatter alle sider ved tjenesten.

Antallet innkomne saker til NPE fortsetter å øke hvert år. I 2011 kom det inn nasjonalt 4 333 nye saker, mot 4 352 i 2010. Mer enn 1 409 skadelidte pasienter og/eller pårørende ble tilkjent erstatning gjennom NPE i 2011. De medisinske områdene ortopedi, gastroenterologisk kirurgi

samt svulster og kreftsykdommer utgjør om lag 50 % av alle saker, både nasjonalt og for Helse Sør-Østs del. Fordeling innen fagområder av saker fra Helse Sør-Øst er de samme som på det nasjonale nivå. Fra Helse Sør-Øst kom det inn 1 635 saker i 2011 mot 1 576 i 2010. Det ble gitt medhold i 562 saker og avslag i 1 033 saker i 2011. Økning av saker til NPE antas å 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. Det er viktig å ta lærdom av sakene for å skape bedre og sikrere tjenester, og i Helse Sør-Øst trekkes resultater fra NPR bl.a. inn i regionale møter i regi av pasientsikkerhetskampanjen.

Helse Sør-Øst RHF prioriterer det nasjonale arbeidet med helseregistre og pasientregistre og deltar ved administrerende direktør i styringsgruppen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. Når det gjelder Helse Sør-Øst RHF's øvrige arbeid med helseregistre, herunder nasjonale medisinske kvalitetsregistre, vises det til rapportering i kapittel 2.1.2.

Arbeidet med utvikling av ”behandlingslinjer” har pågått over flere år i Helse Sør-Øst. Behandlingslinjer er et verktøy for å sikre at pasienter blir møtt med like god behandling og informasjon, uavhengig av når og hvem de møter. Pasienten skal oppleve en sammenhengende kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Det arrangeres fellessamlinger for de ”kliniske teamene” ved foretakene flere ganger årlig.

Organisering og utvikling av fellestjenester

Kjøp av eksterne helsetjenester

Budsjettet for kjøp av eksterne helsetjenester er i 2011 på i underkant av 3,5 mrd kroner. Dette omfatter kjøp av tjenester fra private ideelle og kommersielle organisasjoner i tillegg til avtalespesialistene. Disse er alle viktig bidragsytere i ivaretagelsen av ”sørge for”- ansvaret i regionen. Det overordnede målet er at den samlede ressursinnsatsen skal gi det best mulige tjenestetilbud i forhold til behovet i vår region. Utgangspunktet er at en skal ha en sterk offentlig helsetjeneste der sykehusene i det vesentlige er eid og drevet av det offentlige, med private virksomheter og avtalespesialister som nyttige samarbeidspartnere.

Det har vært en uttalt forutsetning at de ideelle organisasjonene skal sikres forutsigbare rammevilkår gjennom langsiktige avtaler med det regionale helseforetaket. Som en følge av dette vil det ved inngåelse av nye avtaler innenfor området tverrfaglig spesialisert rusbehandling bli inngått langsiktige avtaler, når dagens avtaler utløper per 30.06.2012.

Helse Sør-Øst er den største kjøper av spesialisthelsetjenester fra private. Det er derfor stor oppmerksomhet rundt de anskaffelser som foretas og avtale med Helse Sør-Øst er som hovedregel avgjørende for den enkelte leverandør. I etterkant av anskaffelsene i 2010 besluttet administrerende direktør å gjennomføre en evaluering av hele anskaffelsesprosessene. I 2011 er det gjennomført en slik ekstern evaluering for fagområdene psykisk helsevern, radiologi og rehabilitering. Formålet med evalueringen har vært å evaluere hvilke konsekvenser anskaffelsene har hatt for pasienttilbudet, kvalitet i anskaffelsesprosessen og konsekvenser for leverandørene. Rapporten fra evalueringen forelå i desember 2011.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i 2010 en revisjon av intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst RHF ved kjøp av helsetjenester fra private leverandører. Problemstillingene som ble belyst i denne var bl.a. om oppstart av anskaffelsesprosessen og selve gjennomføringen av

denne var hensiktsmessig og effektiv, om det er god kontroll og oppfølging med leveransene fra private leverandører, om det er tilstrekkelige og pålitelige styringsdata for rapportering og oppfølging samt om det var etablert tilstrekkelig oppfølging av leveransene mht kvalitet, aktivitet og kostnader. Denne rapporten var ferdig i 2010 og det ble utarbeidet en handlingsplan med tiltak for ivaretagelse og forbedringer i tråd med anbefalingene i revisjonsrapporten. Fordi det relativt raskt ble besluttet å foreta en ekstern evaluering av dette området ble gjennomføring av tiltak i handlingsplanen utsatt til rapporten fra den eksterne evalueringen forelå. Det vil nå bli utarbeidet en samlet plan med tiltak for forbedringer i tråd med de to rapportene.

Prosjektet ”*Raskere tilbake*”, med formål å få sykemeldte tilbake i jobb, har hatt stor aktivitet i Helse Sør-Øst i 2011. Helseforetak og private sykehus med driftsavtale i regionen deltar i ordningen. Tilbudene er både aktivitetsbaserte og i form av toppfinansierte prosjekter, og kommer i tillegg til ordinær aktivitet. Tilbudene gis som poliklinisk utredning, innleggelser og oppfølging. I tillegg er det inngått avtaler med private leverandører innen rehabilitering og lettere psykiske lidelser.

IKT

Sykehuspartner ble etablert som felles tjenesteleverandør i september 2009 med ansvar forvaltning av alle IKT-tjenester i regionens helseforetak. Dette har medført omstilling for helseforetakene. Det har fra Helse Sør-Øst RHF vært betydelig fokus på å sikre stabil og sikker drift av alle tjenester til helseforetakene. Målinger viser at leveransedyktigheten til Sykehuspartner er forbedret siden etableringen.

Den regionale prosjektporteføljen for 2011 er gjennomført innenfor de økonomiske styringsmålene som er satt. For å lykkes med de omstillinger som pågår i regionen er det viktig at grunnforutsetningene for effektiv informasjonsutveksling er tilstede, derfor har fokus vært på legge til rette for en prioritering av regional portefølje med hovedvekt på å etablere felles IKT plattform, konsolidere PAS/EPJ, samt anskaffelser innen virksomhetskritiske områder.

En rekke forhold tilsier 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 sist godt dokumentert i St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen. Av stortingsmeldingen fremgår det 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 og felles infrastruktur.

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.

Følgende aktuelle tiltak som i sum vil kunne bidra til å realisere målbildet:

- 1) Nasjonal helseportal. Her vil pasienter, brukere og pårørende få enkel tilgang til informasjon om sykdom og behandling, om tjenestetilbudet i sektoren og veiledning om rettigheter og støtteordninger.
- 2) Nasjonal kjernejournal. Her vil helsepersonell som yter helsehjelp til en pasient få tilgang til et begrenset sett tilrettelagte kjerneopplysninger (livbergende kritisk informasjon, gjeldende medisiner og kontaktoversikt/epikriser) om pasienten.

- 3) En forenkling av strukturen for den meldingsbaserte elektroniske kommunikasjonen. En helt nødvendig strukturell endring av dagens meldingsformidling som kan sammenlignes med bankenes etablering av Bankenes Betalingsentral.

Dagens utfordringsbilde viser at dette er en nasjonal fellessatsing som er av en slik kompleksitet og et slikt omfang at den krever statlig finansiering og vil måtte gjennomføres over flere år. En slik satsing vil være helt nødvendig for å kunne lykkes med realisering av intensjonene i samhandlingsreformen.

De regionale helseforetakene har i likhet med tidligere år, pekt på disse utfordringene i sitt felles innspill til statsbudsjettet for 2013.

Innkjøps- og logistikkprogrammet

På området innkjøp og logistikk utnytter Helse Sør-Øst de fellestjenester som er etablert gjennom Sykehuspartner og Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS). Begge enheter leverer tjenester av høy kvalitet. Sykehuspartner følger opp driften av Helse Sør-Øst Forsyningssenter, og har sørget for at tjenesten leverer på de mål som er satt for driften.

Mobilisering av medarbeidere og ledere

Prosjekt ”Bedre ressursstyring”

For å styrke helseforetakenes muligheter for styring og oppfølging ved bemanningsmessige utfordringer etablerte Helse Sør-Øst RHF i 2011 et regionalt prosjekt ”Bedre ressursstyring”. Prosjektet, som gjennomføres med bred involvering av helseforetak og ansattes representanter, har i 2011 i hovedsak levert resultater i henhold til budsjett, avtalt kvalitet og tidsplan. Prosjektplanen videreføres derfor som forutsatt i 2012.

Et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap er den regionale medarbeiderundersøkelsen. Alle foretak har i 2011 oppnådd en langt høyere deltakelse i undersøkelsen enn i 2010. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også klart forbedret.

Det er i 2011 foretatt en ny gjennomgang med sikte på å redusere den totale andelen deltid. Mange utfordringer gjenstår. Det er imidlertid etablert et oppdatert faktagrunnlag samt felles systemer og prosedyrer for løpende oppfølging av deltidsansatte i hele foretaksgruppen. Alle foretak har utarbeidet handlingsplaner basert på konkrete analyser av lokale utfordringer og drøfting av aktuelle tiltak med lokale tillitsvalgte.

Ledelsesutvikling

Helse Sør-Øst RHF har, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, tatt initiativ til og ledet arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for å konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Alle regionene er involvert i arbeidet og har sammen med prosjektledelsen i løpet av høsten 2011 bl.a. gjennomført 15 dialogaktiviteter regionalt og lokalt i foretak. Helse- og omsorgsdepartementet er holdt løpende orientert om progresjonen i arbeidet, som slutføres med styrebehandling i RHF-styrene innen 1. juli 2012.

Innenfor den regionale lederstøtten er konsept for lederutvikling i 2011 videreutviklet og dokumentert. Her blir bl.a. rolle og ansvarsfordeling mellom regionalt helseforetaksnivå og helseforetaksnivå, regionale tiltak samt anbefalte prinsipper for lederutvikling beskrevet.

Bemanningsutvikling

Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. I forbindelse med endret pasientgrunnlag som følge av omlegging av opptaksområder fra 1.1.2011 fikk drøyt 800 årsverk endret tilhørighet ved virksomhetsoverdragelse fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Bemanningsutviklingen i foretaksgruppen har ikke vært i samsvar med det budsjetterte nivået og hovedutfordringen er knyttet til hovedstadsområdet, hvor den forutsatte bemanningsendringen ikke er gjennomført i henhold til planforutsetningene.

Helse Sør-Øst vil i 2012 fortsatt ha fokus på styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles helseforetakspesifikke tiltak tilpasset lokale utfordringer. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

Utdanning, rekruttering og arbeidsmiljø

Helseregionen har i 2011 satt fokus på temaene kompetanse og utdanning, bedre ressursstyring, ledelse og medarbeiderskap samt inkluderende arbeidsliv og helse-, miljø- og sikkerhet. Disse satsningsområdene videreføres i 2012 og videreutvikles i arbeidet med rullering av plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst for perioden 2013-2020.

Med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel er det den enkelte medarbeider som bidrar til gode resultater. I helseforetakene er virksomhetsutvikling og medarbeiderutvikling uløselig knyttet til hverandre. Dette avspeiles i de foretaksvis strategiene for utvikling av medarbeidernes kompetanse. Oppgaveglidning kan være et vesentlig bidrag til å motvirke "flaskehals" og motivere/beholde arbeidskraft. Kompetanseutvikling knyttet til dette er derfor en sentral strategisk utviklingsoppgave. Dette arbeidet er startet opp i 2011 og fortsetter i 2012.

Helse Sør-Øst RHF etablerte i 2009 et bredt sammensatt regionalt utdanningsutvalg som arbeider med utdanningsspørsmål på strategisk nivå. Utvalget er et viktig rådgivende organ for administrerende direktør i saker vedrørende utdanning og kompetansebehov både på kortere og lengre sikt. Det vil i 2012 fortsette arbeidet med å identifisere og synliggjøre kompetansebehov for å bidra til at utdanningstilbudet har riktig kvalitet og kapasitet, er fremtidsrettet og i samsvar med demografiske endringer, utvikling av behandlingstilbud og internasjonale og nasjonale føringer, herunder samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010-11 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020. Dette arbeidet følges opp i et eget prosjekt.

Helse Sør-Øst har arbeidet for å få ned deltidsbruken i helseforetakene med særlig vekt på å sikre tilstrekkelig og godt kvalifisert bemanning. Dette vil også bidra til god utnyttelse av samlet kompetanse og økt pasientsikkerhet. Ulike virkemidler er tatt i bruk. Målet er at alle foretak på sikt skal kunne tilby alle ansatte heltidsstilling. Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse. Det er i 2011 foretatt en ny gjennomgang med sikte på å redusere den totale andelen deltid. Mange utfordringer gjenstår. Det er imidlertid etablert et oppdatert faktagrunnlag samt felles systemer og prosedyrer for løpende oppfølging av deltidsansatte i hele foretaksgruppen. Alle foretak har utarbeidet handlingsplaner basert på konkrete analyser av lokale utfordringer og drøfting av aktuelle tiltak med lokale tillitsvalgte.

Et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap er den regionale medarbeiderundersøkelsen. I 2011 deltok over 40.000 medarbeider med sine synspunkter på sentrale områder knyttet til organisasjon og arbeidsmiljø i egen enhet. Alle foretak har i 2011 oppnådd en langt høyere deltakelse i undersøkelsen enn i 2010. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også klart forbedret.

I 2011 ble det utviklet en implementerings- og oppfølgingsprosess støttet med et enkelt IKT-verktøy. Dette har gitt en langt bedre oversikt over iverksatte tiltak helt ned til enhetsnivå. Mulighet for oppfølging i lederlinjen og rapportering fra oppfølgingsarbeidet er videre vesentlig forenklet. I 2012 vil det satses på å få alle foretak til å ta i bruk det nye verktøyet ”*Elektronisk HMS-handlingsplan*” og styrke erfaringsutveksling av virksomme tiltak og oppfølgingsprosesser. Disse prosessene er viktig for å sikre god samordning av plan for arbeidsmiljø, HMS og IA.

Både eier og eksternt tilsyn har i 2011 fokusert på helseforetakenes arbeidstidsordninger. I 2012 vil en i Helse Sør-Øst arbeide videre med å sikre at det enkelte foretak driver sin virksomhet innen lovens rammer og at gjeldende praksis med unntak fra arbeidstidsbestemmelsene vurderes kritisk og i samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte..

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

God økonomisk kontroll

Helseforetaksgruppen oppnådde i 2010 for første gang et positivt økonomisk resultat. Dette var et resultat av en betydelig innsats av helseforetakene for å sikre god styring av økonomien samtidig som det ble gjennomført store omstillinger, og det ble satt krav til reduksjon av ventetider og fristbrudd.

En vellykket gjennomføring av de pågående omstillinger i hovedstadsområdet er avgjørende for foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Gjennom hele 2011 har det økonomiske risikobildet for foretaksgruppen vært knyttet til helseforetakene i hovedstadsområdet, mens helseforetakene utenfor hovedstadsområdet har vært preget av god økonomistyring og kontroll som har resultert i til dels vesentlige regnskapsmessige positive resultater.

Oslo universitetssykehus HF ble etablert gjennom en sammenslåing av helseforetakene Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF. I 2011 er videre et pasientgrunnlag på 160 000 mennesker overført fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF. Vestre Viken HF overtok i tillegg enkeltfunksjoner fra Oslo universitetssykehus HF for pasienter fra sitt opptaksområde.

Disse omstillingene omfatter i sum et stort antall pasienter og medarbeidere, og er meget krevende å gjennomføre, samtidig som det er full drift ved alle sykehusene og krav til ventetider og mål angående fristbrudd. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF i deler av 2011 vært uten fast tilsatt ledelse, og det har også vært utskiftninger i foretaksstyret.

De tre helseforetakene i hovedstadsområdet har rapportert om negative budsjettavvik gjennom 2011. Styret i det regionale helseforetaket har jevnlig vært orientert om situasjonen i hovedstadsområdet, og det samme har Helse- og omsorgsdepartementet. Fra departementets side er det videre satt krav om egen rapportering for disse tre helseforetakene. Foretakene har i tillegg vært underlagt særskilt rapportering og oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF.

Foreløpige regnskapstall for 2011 viser at disse helseforetakene har et negativt budsjettavvik på ca 680 mill. kroner, mens foretaksgruppen som helhet viser et negativt budsjettavvik (resultat) på ca 500 mill. kroner.

Investeringsnivået

Det er fortsatt 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.

Prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst skal bidra til å sikre at foretakene skal styre samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer, og for å legge til rette for et investeringsregime der foretakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer. I 2011 er det forutsatt at helseforetakene legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor den samlede økonomiske rammen som stilles til disposisjon fra det regionale helseforetaket, og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå.

Flere helseforetak i regionen har gjennom 2011 akkumulert likviditet gjennom positive regnskapsmessige resultater, og det er lagt til rette for bruk av deler av disse midlene i 2012 i tråd med etablerte prinsipper for likviditetsstyring.

Det gjennomføres videre streng prioritering av de regionale 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 arbeides også med utviklingsplaner for sykehusområdene hvor aktuelle investeringsbehov klarlegges. Disse planene samordnes og prioriteres regionalt. Det vises her til omtale i kapittel 4.1.7 *Bygningskapitel – status og utfordringer*.

For å møte utfordringene knyttet til omstillingene i hovedstadsområdet, kreves investeringer og tilpasning av driften. For 2010 og 2011 samlet er det derfor stilt til disposisjon 300 mill. kroner til omstillingsinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF, mens det for perioden 2010-2013 forventes benyttet samlet inntil 1,5 mrd kroner for første fase av samlokaliseringen. Styret i det regionale helseforetaket ga i juli 2011 klarsignal til et investeringsprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF knyttet til utvidelse av akuttfunksjonen ved Ullevål. Investeringen i nytt akuttmottak er en viktig forutsetning for utflytting av døgn og akuttvirksomhetene fra Aker sykehus.

Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF er også tildelt midler til omstillingsinvesteringer i 2010 og 2011, samlet på henholdsvis 100 mill. kroner og 10 mill. kroner. Vestre Viken HF tildeles ytterligere 50 mill kroner i 2012.

Ti år siden helsereformen

2011 var det tiende året siden helseforetaksloven trådte i kraft og helseforetakene og de regionale helseforetakene ble etablert. Ambisjonene for reformen var mange:

- Større vekt på brukernes behov i organisering og gjennomføring av tjenestene
- Større vekt på ledelse og organisasjonsutvikling

- Bedre dokumentasjon av kvalitet i behandlingen - økt bruk av måling og sammenligning
- Mer klinisk forskning – koblet til kvalitetsarbeid
- Systematisk vurdering av behandlingsmetoder
- Bedre samhandling med kommunene
- Økt statlig satsing på IKT – enklere med én eier
- God oppfølging av opptrappingsplanen for psykisk helse
- Mer samordnet beredskap – bedre håndtering av større ulykker
- Bedre samordning av innkjøp – stå sterkere overfor leverandører
- Utnytte bedre samlet nasjonal kompetanse ved sykehusutbygging

Utgangspunktet for å svare opp reformens intensjoner var å ansvarliggjøre og myndiggjøre den enkelte organisatoriske enhet gjennom klare styringslinjer og styringskrav. Vidar Oma Steine formulerte dette på følgende måte:

Reformen skal gis et substansielt og fornyende innhold, der tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et behagelig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar.

Årlig melding for 2011 gir et bilde av status for disse temaene både når det gjelder positive resultater og uløste utfordringer. Dette i et relativt sett kort perspektiv og med utgangspunkt i de mål og krav som er gitt for 2011.

Det er også nødvendig og ønskelig å dokumentere resultatutvikling i et lenger perspektiv. Som vedlegg til årlig melding er tatt inn en presentasjon som belyser utviklingen i foretaksgruppen fra 2002 til og med 2011. Presentasjonen kan finnes på www.helse-sorost.no/hsotiar. Det dokumenteres positiv utvikling innen en rekke områder der de regionale helseforetakene gjennom koordinering, samordning og kvalitetssikring har bidratt til videreutvikling av spesialisthelsetjenesten. Aktivitetsutviklingen i sykehusene har vært betydelig samtidig som ventetiden er redusert. Produktiviteten har økt innen alle områder og fagområder som psykisk helsevern og TSB er prioritert.

Det gjenstår fortsatt mye arbeid med å standardisere arbeidsprosesser og pasientforløp. Dette gjelder også utviklingen av understøttende IKT-verktøy og det å sikre rett kompetanse på rett plass til rett tid. Det er også fortsatt betydelige utfordringer når det gjelder investeringer til vedlikehold og medisinsk teknisk utstyr. Dette kan bare sikres gjennom en bærekraftig utvikling og god økonomistyring i helse helseforetaksgruppen.

Gjennom de siste ti årene er arbeidet med intern kontroll og risikostyring vesentlig forbedret. Dette har bidratt til å forbedre kvaliteten og tryggheten i tjenesten. Samtidig avdekker interne revisjoner og eksterne tilsyn at det fortsatt er betydelige utfordringer innen arbeidsmiljø, arbeidstidsbestemmelser, brannsikkerhet, pasientadministrativt arbeid mv. Det er viktig at det enkelte helseforetak og helseforetaksgruppen som helhet har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Sykehusenes generelle omdømme blir i noen tilfeller utfordret på grunnlag av enkelthendelser. Det er viktig at det er ledelsesmessig fokus på dette slik at motivasjon og arbeidsmiljø ikke rammes unødige. Det er også en ledelsesoppgave å bidra til at diskusjoner om hendelser eller utviklingstrekk i tilstrekkelig grad er basert på fakta.

Samarbeidet med tillitsvalgte og brukere er styrket i denne perioden. Det er etablert arenaer for medvirkning på mange plan og brukerstemmen fremstår tydeligere. Bildet preges av høye effektivitetskrav og omstillingstretthet, men på mange områder er også arbeidsmiljø og jobbtrivsel forbedret.

1.2.2 Styrets konklusjon

På grunnlag av den samlede rapportering for 2011, 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 ivarettatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2011 og at ”sørge for”-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2011.
- Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2011, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp. Styret peker samtidig på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag. Dette gjelder særlig ventetidsutviklingen for somatiske pasienter, antall fristbrudd, korridorpasienter og epikriser sendt ut innen 7 dager, der det må iverksettes tiltak for å nå målene. Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2013, jf. styresak 089-2011 og brev av 20.12.2011 til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Store deler av det norske samfunnet ble utfordret av hendelsene den 22. juli 2011. Styret ønsker å gi ros til alle som deltok i utrykninger og i sykehusene. Selv om de pågående evalueringer vil kunne vise at flere ting kunne vært gjort annerledes fremsto helsetjenesten med stor handlekraft, effektivitet og robusthet.
- Foreløpige regnskapstall for 2011 viser et negativt årsresultat på ca 500 mill. kroner, eller i underkant av 1 % av brutto budsjettet. Både Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har et negativt økonomisk resultat i 2011. Styret er ikke fornøyd med dette og resultatsituasjonen i hovedstaden er bekymringsfull fordi den innebærer vesentlig risiko for foretaksgruppens samlede økonomiske bærekraft. Det er grunn til å berømme de syv helseforetakene som fremviser positive resultater. Dette viser at det er arbeidet godt med styringen av driften i 2011.
- Omstillingsprosessen i hovedstadsområdet er viktig og nødvendig. Det er nødvendig at det etableres en felles forståelse av utfordringer, risikoer og muligheter. Det er videre viktig at kvaliteten på pasientbehandlingen prioriteres og at omstilling under trygghet sikres. Det legges til grunn at helseforetakene har realistiske og konkrete planer som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og samarbeidspartner og som er i tråd med gjeldende økonomiske rammer. Styret legger til grunn god medvirkning fra ansatte og brukere både i daglig drift og i utviklingen av helseforetaket.
- Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet vil baseres på begrunnede langsiktige beslutninger, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft. Virksomheten vil baseres på nasjonal helse- og

omsorgsplan, plan for strategisk utvikling og mål 2012 for Helse Sør-Øst og de økonomiske rammer som stilles til disposisjon. Nasjonale verdier – kvalitet, trygghet og respekt legges til grunn.

- Hendelser i 2011 understreker behovet for ar arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og avvikshåndtering videreføres og styrkes i 2012. Prinsippene for god virksomhetsstyring må følges opp på alle nivåer.
- 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.
- Samhandlingsreformen gir utfordringer for helseforetakene med utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i tråd med oppgaveoverføringen til kommunene. Styret legger til grunn at reformens krav til samarbeidsavtaler og oppfølging blir ivaretatt på alle nivåer, og at foretaksgruppen vil arbeide aktivt for å oppfylle reformens forutsetninger. Styret forutsetter et godt samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter, oppbyggingen av kommunale senger for øyeblikkelig hjelp, kompetanseutveksling og kompetanseutvikling, samt en videreføring av prosjektmidler og midler til forskning for å styrke samhandlingen.

2 RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT 2011

2.1 Særskilte satsningsområder

2.1.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetakene registrerer, kvalitetssikrer og rapporterer data om henvisninger til Norsk pasientregister.*

Det er betydelig fokus på at helseforetakene registrerer, kvalitetssikrer og rapporterer data om henvisning til Norsk pasientregister. Dette er regelmessig tema på oppfølgingsmøter med helseforetakene med vekt på rutiner, avvik og kvalitetssikring av egne data.

Høsten 2011 startet et eget prosjekt med prosjektleder for gjennomgang av pasientadministrative systemer og arbeidsmåte/rutiner mht. registrering og oppfølging av pasientforløp, herunder ventetidsarbeid i de pasientadministrative systemene. Prosjektet er blant annen en oppfølging av avvik som ble avdekket av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst i 2011. Prosjektet pågår og status/rapport vil foreligge våren 2012.

Alle foretakene rapporterer for 2011 på godkjent NPR-melding og dette antas også å gi bedret datakvalitet i de pasientadministrative systemene.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt ha sterkt fokus på ventelister, fristbrudd og økende antall langtidsventende, med krav om at ventetider reduseres fra dagens nivå og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd. Dette er definert som ett av de fem hovedmålene for helseregionen.

Ventetider følges månedlig med tilbakemelding til helseforetakene samt krav om at de kommenterer egne resultater. Som hovedregel har Helse Sør-Øst RHF definert at ingen pasienter skal vente over 1 år. Dette skal også inngå spesifikt i oppfølgingen av helseforetakene. Det er iverksatt en full gjennomgang av ventelister for pasienter med ventetid over ett år i de tre helseforetakene som nå har slike pasienter på sine ventelister.

2.1.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

2.1.2.1 Kvalitetsforbedring

- *Helse Sør-Øst RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.*

Helse Sør-Øst RHF har, på vegne av alle de regionale helseforetakene, vurdert bruk av økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter. Foreløpige konklusjonene fra vurderingen er oversendt de øvrige regionale helseforetakene, og vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i eget brev når innspill fra disse er kommet.

Bruk av økonomiske sanksjoner kan være problematisk når midlene må tas av ”samme pott” som skal sørge for god og ansvarlig pasientbehandling, men at økonomiske sanksjoner kan likevel være et virkemiddel i særlige tilfelle der forekomst av korridorpasienter har et slikt omfang at forsvarlig pasientbehandling, brannsikkerhet og arbeidsmiljø er, eller kan bli, alvorlig svekket. Dette er en av flere problemstillinger som utredes i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene.

- *Helse Nord RHF ved SKDE og Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT skal sikre at de elementer som må være på plass for at et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister skal settes i produksjon er utviklet i 2011, herunder fungerende innregistreringsløsning, driftsmiljø, pålogging/autentisering og rapportering. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet.*
- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.*
- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.*
- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Helse Sør-Øst RHF og aktuelle helseforetak har bidratt i arbeidet med innrapportering til nasjonale kvalitetsregistre. Produksjonsstart for de to nasjonale kvalitetsregistrene *Cerebral pareseregisteret i Norge* og *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes* er forsinket grunnet mangler ved kryptering av personnumre i MRS-løsningen, samt nødvendig skille mellom juridiske enheters registre. Helse Midt Norge IT(Hemit) og Oslo universitetssykehus HF, som har ansvar for personvern og informasjonssikkerhet for begge registrene, er nå enige om det konseptuelle, men faktisk godkjenning av risikovurdering og implementering av løsning gjenstår.

Hemit har etablert et rammeverk for rapportering fra de nasjonale kvalitetsregistrene. Helse Sør-Øst RHF må sørge for at de nasjonale kvalitetsregistrene i regionen spesifiserer sine rapporteringsbehov før rammeverket kan tas i bruk. Dette må gjøres som en del av etablering av teknisk løsning for hvert register i samsvar med et enkelte registers formål. I dette er det sentralt at rapporter og generering av nye rapporter etableres som en del av den normalt driftede løsning.

Implementering av elektroniske registerløsninger for de nasjonale godkjente kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst RHF som kun har papirbasert innregistreringsløsning beror både på kapasitet i Hemit og IKT-ressurser i det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre, som Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag av Helse Sør-Øst RHF å etablere. *Cerebral pareseregisteret i Norge* og *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes*, som begge hittil har hatt papirbasert innregistrering av data, vil begge være klare for innregistrering ved hjelp av den nasjonale elektroniske innregistreringsløsningen MRS (Medisinsk RegistreringsSystem), som er utviklet av Hemit (Helse Midt-Norge IT), så snart utfordringene knyttet til risikovurdering er løst og teknisk løsning realisert.

Det er en intensjon at *Nasjonalt traumeregister* skal konvertere sin tekniske løsning til MRS, og arbeidet vil starte så snart regionale IKT-ressurser er på plass. Dette forventes å skje i løpet av 2012.

De øvrige nasjonalt godkjente kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst RHF har enten en etablert og godt fungerende innregistreringsløsning (*Norsk Nyfødtmedisinske Kvalitetsregister*) eller vil omfattes av den nye teknologiske plattformen for Kreftregisteret, der også MRS inngår (*Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft* og *Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft*).

Gastronet, *Nasjonalt kvalitetsregister for døvblindhet*, *Norsk nefrologiregister*, *Nasjonalt register for laparoskopi* og *Nasjonalt register for hiv*, som alle er forankret i Helse Sør-Øst RHF, er anbefalt å få nasjonal status av de regionale helseforetakene, og de fleste er klare for utvikling og implementering av den nasjonale innregistreringsløsningen MRS. Dette vil skje fortløpende avhengig av kapasiteten til regionale og nasjonale IKT-tekniske ressurser.

MRS-løsningen ble i møte med Datatilsynet påpekt ikke å være i samsvar med lovkrav. Hemit har jobbet med nødvendige oppgraderinger av MRS, og når dette er ferdig vil alle helseforetakene i Helse Sør-Øst være i stand til å avgi, motta og etablere registre med dette verktøyet. Dette forventes å være på plass i løpet av kort tid, og arbeid er startet opp for å etablere registrene med MRS som verktøy og vil utvikles i samarbeid med Hemit og regional node.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet.***

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal etablere en nasjonal database for mini-HTA, videreutvikle nasjonalt mini-HTA skjema i dialog med de regionale helseforetakene og sikre nødvendige nasjonale støttefunksjoner for bruk av mini-HTA i spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF tar del i og bidrar aktivt i dette arbeidet.

2.1.2.2 Pasientsikkerhet

- ***Helse Sør-Øst RHF skal sikre at alle virksomhetene deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.***

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble lansert 27. januar 2011 og arbeidet er godt i gang, både på regionalt nivå og i det enkelte helseforetak/sykehus. Regional kampanjeleder og HF kampanjeledere er oppnevnt og møtes tre ganger per halvår for erfaringsutveksling, felles læring og videreutvikling, både på iverksetting av innsatsområdene og for bruk av Global Trigger Tool (GTT) i journalgjennomgang.

Rapportering av fremdrift skjer fortløpende til Sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen, og de enkelte helseforetak/sykehus rapporterer direkte til sekretariatet på GTT resultater per måned.

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak og private ideelle sykehus med avtale gjennomgått baseline med strukturert journalgjennomgang (GTT) for 2010 og de fleste er i gang med registrering for 2011. Resultatene viste at 16 % av pasientene som behandles ved helseforetak/sykehus i Norge

utsettes for skade, og ca 4 700 pasienter døde på grunn av pasientskade per år. Pasientskadebegrepet er med denne metodikken utvidet i forhold til tradisjonell bruk av begrepet.

Det er grunnlag for å anta at ca 50 % av pasientskadene kan forebygges, da infeksjoner, legemiddelskade og kirurgisk komplikasjoner er blant hovedårsakene til pasientskader. Det er likevel viktig å påpeke at det, på grunn av både alvorlig sykdom og risiko ved behandling, er vanskelig å forebygge alle dødsfall.

Resultatene skal danne grunnlag for å følge egne resultater over tid og iverksette nødvendig forbedring for å forebygge pasientskader. Involvering av ledelsen og klinisk personell er derfor avgjørende i forbedringsarbeidet. Både på grunn av ulik funksjonsfordeling og ulik størrelse av helseforetak er det lite hensiktsmessig å sammenligne mellom helseforetak.

Alle helseforetak deltar i læringsnettverk med forbedringsteam på innsatsområdet ”*Samstemming av legemiddel-lister*” og de fleste deltar også på innsatsområdet ”*Trygg kirurgi*”.

Våren 2012 vil det i tillegg til å følge opp utvalgte innsatsområder, bli gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse for medarbeidere ved alle helseforetak/sykehus ved kliniske enheter/avdelinger. Målingene vil bli brukt som innspill til overordnede planer, strategier og lokale forbedringer.

Målbildet i Helse Sør-Øst innen kvalitet og pasientsikkerhet er grunnlagt på Nasjonal kvalitetsstrategi. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være et overbyggende prinsipp for all utvikling i Helse Sør-Øst, også i alle omstillingsprosesser. Overordnet målsetning er de nasjonale kvalitetsmålene. Tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

2.1.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- *Helse Sør-Øst RHF skal øke kapasiteten innen TSB*

Helse Sør-Øst RHF la både i budsjettet for 2011 og i oppdrag og bestilling 2011 til helseforetakene til grunn at aktivitetsøkningen innen TSB skulle være større enn innen somatikken. Aktivitetstallene for 2011 viser at det er en økning på 15,5 % i antallet utskrevne pasienter, en økning på 16,4 % i liggedøgn og en økning på 8,4 % i antallet polikliniske konsultasjoner, fra 2010. Ventetiden har i samme periode har gått ned fra 72 til 65 dager for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Det ble i 2011 ikke gjort endringer mht kjøp av behandlingstilbud hos private avtaleparter.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.*

Helseforetakene rapporterer om et tett samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i kommunene i venteperioden. Samarbeidet varierer relatert til ventetid, pasientgruppe og behandlingsbehov. Eksempler på slikt samarbeid vil være avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, eventuelt behov for etablering av ansvarsgruppe. Det er spesielt fokus på eventuelle endringer i pasientens livs- og rusituasjon. Hvis nødvendig/aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.*

Helse Sør-Øst RHF har lagt stor vekt på dette i kommunikasjonen med helseforetakene og de private avtalepartene. Andelen gjennomførte behandlingsopplegg vektlegges både i oppfølgingsmøter og ved inngåelse av nye avtaler.

TSB-poliklinikkene er i stor grad organisert slik at de støtter opp under samordning med lokalbaserte tilbud innen psykisk helsevern gjennom samlokalisering med DPS. Det er etablert fast samarbeid med ruskonsulenter mv. i bydeler og kommuner omkring oppfølging av pasienter og samordning av tilbud.

Det vektlegges videre et tett samarbeid med rustjenesten i kommunene under hele pasientforløpet enten i form av ansvarsgruppe eller samarbeidsmøter i enkeltsaker. Det legges opp til at pasientene får tilbud om hurtig re-inntak både på poliklinikk og eventuelt i døgnenhet før saken avsluttes.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken.*

Helse Sør-Øst RHF har framskaffet og oversendt etterspurt grunnlagsmateriale fra helseforetakene til Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg deltatt sammen med de andre regionale helseforetakene og representanter fra helseforetakene på et eget innspillmøte med Helse- og omsorgsdepartementet.

2.1.4 Psykisk helsevern

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.*

I styresak 061/2010 *Regionale utviklingsområder psykisk helsevern* har styret i Helse Sør-Øst RHF lagt føringer for de kommende fire år. Disse omfatter blant annet at alle DPS bør ha døgnplasser for korttidsopphold og for avlastnings- og kriseopphold. Det er stilt krav til alle helseforetak/sykehus at man skal utarbeide områdeplaner der føringene i styresak061/2010 skal operasjonaliseres og beskrives.

Føringer gitt i oppdragsdokument 2011 til Helse Sør-Øst RHF gjennomgått i egne møter med divisjonsdirektører psykisk helsevern. Alle helseforetak/sykehus har arbeidet for å innfri dette kravet. utfordringer er knyttet til store regionale/geografiske forskjeller med flere relativt små DPS og lange reiseavstander. Det er arbeidet med å gjøre DPSene mer robuste slik at nødvendig

fagkompetanse og vaktberedskap dekkes. Flere helseforetak rapporterer om gode resultater fra arbeidet i 2011. Prosessen videreføres i 2012.

”Regional plan for økt frivillighet i Helse Sør-Øst” beskriver også deltiltak som berører dette kravet.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilråding fra Nasjonal strategigruppe II.***

Styret i Helse Sør-Øst RHF har gjennom sin behandling av sak 061/ 2010 *Regionale utviklingsområder psykisk helsevern* slått fast at tilråding fra Nasjonal strategigruppe II skal legges til grunn for arbeidet med områdeplaner i alle helseforetak. Vedtaket er fulgt opp gjennom kontaktmøter med fagområdet i helseforetakene og alle helseforetak/sykehus har inkludert tilrådingene i områdeplanarbeidet.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal bidra i Helsedirektoratets gjennomgang av ressursbruk, prioriteringer og arbeidsmåter innen psykisk helsevern for barn og unge.***

Helse Sør-Øst RHF har sammen med representant for ett av helseforetakene, deltatt i møte mars 2011. Oppdraget er gitt fra Helsedirektoratet til *Stiftelsen Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør* (R-Bup) og Helse Sør-Øst RHF har ikke vært invitert til ytterligere deltagelse.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal bistå Helsedirektoratet i tilknytning til oppdrag vedrørende utarbeidelse av statusrapport og vurdering av status for ambulant virksomhet innen psykisk helsevern og TSB.***

Helse Sør-Øst RHF har foreløpig ikke mottatt forespørsel om deltagelse i dette arbeidet.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.***

Det rapporteres månedlig fra helseforetakene til NPR.

- ***Det skal iverksettes et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i påvente av etablering av ny særreaksjonsordning i 2011 for utilregnelige som begår grove, vedvarende lovbrudd. Prosjektet skal gjennomføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og NAV. Formålet er å utvikle arbeidsmåter/vinne kunnskap som kan bidra til å forebygge dommer på ny særreaksjonsordning og som kan bidra til en bedre gjennomføring når dom foreligger. Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjektet.***

Oslo universitetssykehus HF har på vegne av Helse Sør-Øst deltatt i prosjektet med fagpersonell fra Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst (RSA). Samarbeidet kom tidlig i 2011 i gang med pilotprosjektet *MAS-prosjektet* ("Mellom alle stoler"). Arbeidet er basert på at Justis – og politidepartementet i 2010 foreslo å etablere en ny særreaksjon for utilregnelige lovbrøyttere som begår vedvarende og samfunnskadelig kriminalitet. Helse- og omsorgsdepartementet har via Helsedirektoratet gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å undersøke om en full utnyttelse av det eksisterende lovverket vil kunne redusere kriminaliteten i denne gruppen. *MAS-prosjektet* finansieres over statsbudsjettet og organiseres av Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst.

Pilotprosjektet skal vare i tre år og er inntil videre geografisk avgrenset til sektoren for Oslo politidistrikt. Med utgangspunkt i en aktørmodell er prosjektgruppen sammensatt av

representanter fra sentrale aktører overfor målgruppen: psykisk helsevern ved Fængselspsykiatrisk poliklinikk - Regional sikkerhetsavdeling, og politiet ved Oslo politidistrikt. Prosjektgruppen skal innen rammen av lovverket initiere virkemidler, igangsette og følge opp det tverretatlige samarbeidet omkring enkeltindivider, og evaluere gjennomførbarheten og effekten av ulike virkemidler med henblikk på kriminalitetsbekjempelse.

2.1.5 Kreftbehandling

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere systemer for å sikre at den vedtatte funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen følges opp.*

Regionalt kreftråd har på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet et eget evalueringsskjema for kreftkirurgi. Skjemaet tas i bruk for 2011, der oppfølgingen gjennomføres av kreftrådet med samlet rapportering og anbefaling til Helse Sør-Øst RHF pr. 1.3.2012. I tillegg skal oppfølgingen inngå i helseforetakenes årlige meldinger.

Det er lagt opp til utfylling av ett skjema pr. behandlingsområde hvor faglige krav er stilt til den enkelte behandlingsenhet/operatør. Skjemaene utfylles pr. helseforetak, i noen tilfelle pr. sykehus/enhet der behandlingen utføres på flere steder i helseforetaket.

Det tas sikte på å legge resultatene frem for styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2012.

Det regionale helseforetaket vil vurdere økonomiske konsekvenser i form av trekk i inntekter for aktivitet ved helseforetak når dette ikke er i samsvar med funksjonsfordelingen. Dette vil bli gjort via kontroll av registrerte DRG-poeng/prosedyrekode registrert i NPR-data. Det vil også bli vurdert om en kan etablere et egnet opplegg for å utføre denne kontrollen på forenklet måte.

Evalueringen for 2011 vil bli en første utprøving, hvoretter en kan gjøre nødvendige justeringer.

- *Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetting av et pilotprogram for tykk- og endetarmskreft og bidra til at en pilot for screening av tykk- og endetarmskreft iverksettes i to helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. De nasjonale sekretariatsoppgavene skal tillegges Kreftregisteret.*

Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetting av et pilotprogram for tykk- og endetarmskreft og bidra til at en pilot for screening av tykk- og endetarmskreft iverksettes i to helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. De nasjonale sekretariatsoppgavene skal tillegges Kreftregisteret.

I 2012 starter et forprosjekt på et program for kolorektalcancer (CRC) screening i Østfold og deler av Akershus og Buskerud. Helse Sør-Øst ved Kreftregisteret er ansvarlig for planlegging og gjennomføring i samarbeid med Helsedirektoratet, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF.

140.000 kvinner og menn i alder 50-74 år vil bli trukket ut fra folkeregisteret og invitert til å delta i løpet av ca. 4 år. I løpet av disse 4 årene vil det bli bestemt om prøveprosjektet skal utvides til større deler av befolkningen og hvordan dette skal skje. Endepunkt for studien er CRC mortalitet.

Forprosjektet og et eventuelt senere screeningprogram organiseres som en plattform for Comparative Effectiveness Research (CER) med mandat å teste ut ny metodikk og tilstrebe kontinuerlig optimalisering av helsetilbudet – hvis det blir etablert som et program, og ha et

kritisk blikk på virksomheten. Dette gjøres fordi det er mange ubesvarte spørsmål ved CRC screening samtidig som flere land innfører screening uten forutgående randomiserte studier. Et mulig utkomme av en slik tilnærming kan være at resultatene tilsier nedleggelse av programmet. Det forventes at forprosjektet vil gi gunstige effekter for klinisk virksomhet.

2.1.6 Innovasjon

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.*

Som oppfølging av oppdragsdokumentet har Helse Sør-Øst RHF sammen med de øvrige RHF utarbeidet og levert til Helse- og omsorgsdepartementet rapport om forslag til nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Forslagene er innarbeidet i oppdragsdokumentet for 2012. Et eget utredningsarbeid sammen med de øvrige regionale helseforetak, DIFI og Innovasjon Norge er gjennomført i 2011/2012 for å svare oppdraget om tiltak for å utnytte innovasjonspotensialet i offentlige innkjøp. De konkrete forslagene vil bli fulgt opp videre i 2012.

Antall innovasjonsideer fra helseforetakene er på samme nivå som i 2010. Antall offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU-kontrakter) er også på et høyt nivå. 24 innovasjonsprosjekter har fått midler gjennom de sentrale innovasjonsmidlene. Prosjektene som i hovedsak springer ut av forskningsmiljøene, er av høy kvalitet og støtten fra Helse Sør- Øst har hatt stor betydning for å utvikle innovasjonsprosjektene videre. 90 % av de innkomne forskningssøknadene på sentrale midler oppgir et klart eller mulig innovasjonspotensiale. Den samlede innovasjonsaktiviteten er i 2011 på omtrent det samme nivå som i 2010.

Det arbeides systematisk med å forankre innovasjon på ledelsesnivå i helseforetakene. I forbindelse med arbeidet med nytt østfoldsykehus legges det også vekt på å fram gode innovasjonsløsninger som en del av det nye sykehuset.

2.2 Andre områder

2.2.1 Habilitering og rehabilitering

- *Helse Sør-Øst RHF skal be samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene om å gjennomgå fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilrettelegging av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.*

Habiliteringens og rehabiliteringens plass i utdanning og praksis har vært lagt opp som eget tema i samarbeidsorganet for høyskolene og helseforetakene i helseregionen i møte 9. juni 2011. Det ble presentert eksempler på fagplaner fra høyskolenes side og habilitering/-rehabiliteringsplaner i helseforetakene for å belyse praktisk gjennomføring. Til det nevnte temamøtet var også kommunesiden invitert v/regionens utviklingssentre for sykehjem og for hjemmetjenestene.

Selv om samarbeidsorganet ikke er i posisjon til å overprøve de konkrete fagplanene ved den enkelte høyskole, vil dette bli fulgt opp videre i møter både i samarbeidsorganet og i regionens årlige kontaktmøter med praksiskoordinatorerne ved høyskolene og helseforetakene. Det er også lagt opp sak for samarbeidsorganet der det foreslås at kommunenes utviklingssentre blir inkludert

i samarbeidsorganet ved at sentrene får oppnevnt faste observatører i organet. Dette også som et bidrag til gjennomføring av samhandlingsreformen, og som en utprøving over to år.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2010. Det forutsettes at det tas hensyn til forventet bruk av tjenester i disse institusjonene fra andre regionale helseforetak.***

Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2010 tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner for i alt 831 millioner kroner. For 2011 ble det inngått avtaler for i alt 890 millioner kroner.

I planleggingen av kjøp fra Helse Sør-Øst er det tatt hensyn til forventet bruk av disse tjenestene fra andre regionale helseforetak.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal sørge for tilbud til minst 3 000 pasienter under ordningen med behandlingsreiser til utlandet.***

I 2011 fikk 2 420 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 190 ledsagere til barn. Målet med 3 000 pasienter er ikke nådd fordi overforbruk i 2010 er tatt inn ved innsparinger i 2011 gjennom redusert antall pasienter og at ledige stillinger ikke ble besatt. De medisinske ansvarlige overleger som vurderer behovet for behandlingsreiser hos de aktuelle pasientgrupper har kvalitetssikret at den reelle nedgangen i pasientvolum fra 2009 ikke har eller vil påvirke noen av pasientenes helse i betydelig grad, og er derfor innenfor medisinsk forsvarlighet.

Utgiftene til behandlingsreiser har også økt med 14,5 % pr behandlet revmatologisk pasient fra 2008 til 2011. I tillegg ble 1 million kroner fra 2011 budsjettet brukt til en evaluering av tilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte en evaluering i 2011. Rapporten ”*Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet*” er nå ute til høring med frist for svar 23. mars. I tillegg gjennomførte konsernrevisjonen Helse Sør-Øst i 2011 en intern revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser, herunder om tilskuddsforvaltningen ved Oslo universitetssykehus HF var underlagt hensiktsmessig intern styring og kontroll. Handlingsplan etter revisjonen ble behandlet av foretakets styre 29.9.2011.

Som et ledd i å få mer behandling for tilgjengelige midler ble det i 2011 reforhandlet pris med alle behandlingssteder.

2.2.2 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

- ***Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene.***

Oppdraget ble gitt videre til Oslo universitetssykehus HF, med det siktemål at foretaksgruppen kunne lære av deres tiltak. I sin årsmelding har de gitt en omfattende redegjørelse for sitt arbeid med oppdraget i 2011. Helseforetaket legger generelt vekt på å bygge opp de ansattes kompetanse på feltet flerkulturell forståelse, bl.a. for at pasienter med en annen bakgrunn skal bli møtt og forstått bedre og for at de ansatte skal bli tryggere i møtet med pasientene. Det er også en økende bevissthet rundt bruk av tolk i Oslo universitetssykehus HF, jf. at det innenfor sykehusets område brukes ca 220 språk.

AMKs eget personell behersker hovedsakelig norsk og engelsk. Helseforetaket har vektlagt kompetanse innenfor helsefag (sykepleier/paramedic), IKT, håndtering av stress og kommunikasjon i AMK sentralen. Så langt har en i liten grad lyktes med å rekruttere ansatte med flerkulturell bakgrunn.

AMK-sentralen har i 2011 hatt en deltaker på studiet *Veiledning i flerkulturelt helsearbeid*, og tidligere har 2 personer fra Prehospitall sentert tatt denne utdanningen. Det pågår et prosjekt sammen med KOKOM og NAKMI (*Nasjonalt kompetansesenter for migrasjonsbelse*) med fokus på kommunikasjon i vanskelige samtaler - også i forhold til flerkulturelle innringere. I tillegg har AMK-sentralen samarbeid med de flerkulturelle organisasjonene gjennom helseforetakets flerkulturelle arbeid.

Oslo universitetssykehus HF har meldt at de ikke alene klarer å innfri de utfordringer som ligger i oppdragsdokumentet, og anbefaler at det blir utredet etablering av en nasjonal tjeneste som alle nødmeldesentralene i Norge kan benytte. De viser her til at Storbritannia og Sverige har ordninger som innebærer at sentralene kan få bistand av et nasjonalt tolkesenter (kommersielt) for å sikre nødvendig språkforståelse, samt at de er kjent med et EU prosjekt (*reach 112*) på området.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet i å utvikle nasjonale krav til ambulanserbiler, både de som brukes til akutte oppdrag og de som brukes til ordinær båretransport.***

Oppdraget om nasjonale krav til ambulanserbiler knytter seg til et nytt godkjenningsdirektiv fra EU (2007/46/EF), som i stor grad vil avregulere kjøretøytekniske krav til ambulanserbiler. Vegdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet har stilt spørsmålet om noen av disse kravene kunne reguleres i helselovgivningen. Helsedirektoratet har valgt å ta problemstillingen inn i et pågående revisjonsarbeid av akuttforskriften, og har planlagt å sende forslaget til en revidert forskrift ut i mars 2012. Det er derfor ikke etablert noen arbeidsgruppe i forhold til oppdraget, men det kan bli aktuelt som en oppfølging av høringen.

Helse Sør-Øst RHF vil spille inn sine synspunkter i høringsrunden, men vil allerede nå anbefale at helsemyndighetene gir mulighet til organisatorisk å skille de ulike ambulansetyper funksjonsområder, herunder gir en mulighet til å utstyre og bemanne ambulansene forskjellig, avhengig av deres funksjon, samtidig som de beholdes som en viktig og nødvendig beredskapsressurs.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data fra de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.***

Helse Sør-Øst har i 2011 aktivt medvirket i to prosjekter som Helsedirektoratet har etablert, der bredt sammensatte styrings- og arbeidsgrupper har utredet spørsmålene om ”*Data fra den akuttmedisinske kjede*” og ”*Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede*”. Begge arbeidene er godt i gang, flere delrapporter er levert og prosjektene vil bli koordinert og ferdigstilt fra Helsedirektoratet i 2012.

2.2.3 Hjerteflimmerbehandling

- *Det bes om statusrapportering for dette arbeidet innen utgangen av 1. tertial 2011.*

Helse Sør-Øst har tilpasset den regionale aktiviteten på dette området i forhold til behov for 2011 og 2012, målt mot det vi forventer av egen kapasitetsøkning. Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF forholder seg til de prioriteringssignaler som departementet har gitt i sine brev av 29.06.10 og 27.10.10, og i oppdragsdokumentet for 2011. Helse Sør-Øst RHF ønsker å se effekten av egne tiltak i 2011, både hva angår antall ventende, ventetider og fristbrudd, før det tas stilling til ytterligere prioritering.

Oslo universitetssykehus HF åpnet sin nye enhet for ablasjonsbehandling ved Rikshospitalet våren 2011. Dette ga økt kapasitet for Helse Sør-Øst. Aktivitetsutviklingen i tilbudet vises i nedenstående tabell. Den planlagte aktiviteten fra 2012 skal dekke det behovet en regner med at regionen har.

År	Totalt antall ablasjoner		Herav atrieflimmerablasjoner	
	Planlagte	Utførte	Planlagte	Utførte
2009	550	550		
2010	570	600	200	120
2011	850+200	1000+200	400+200	280+200
2012	1100+200		400+200	

For 2011 har Helse Sør-Øst RHF i tillegg inngått avtale med Feiringklinikken om kjøp av 200 behandlinger med ablasjon. Avtalen har en varighet på ett år og tar først og fremst sikte på å ta unna pasienter med atrieflimmer som har ventet lenge på ablasjonsbehandling ved Oslo universitetssykehus HF ved at pasienter videreføres til Feiringklinikken. Dette gjør oss i stand til å ivareta vårt "sørge for"-ansvar for pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, mens vi bygger opp tilstrekkelig kapasitet.

2.2.4 Behandling av sykkelig overvekt

- *Helse Sør-Øst RHF skal gjennomgå og eventuelt øke kapasiteten for utredning og behandling av sykkelig overvekt.*

Helse Sør-Øst RHF har gitt følgende oppdrag til helseforetakene for 2011:

”Helseforetakene/ sykehusene skal i sine planer, i samhandling med primærhelsetjenesten, beskrive hvordan man skal møte den økende utfordringen med sykkelig overvekt. Helseforetakene/ sykehusene skal i 2011 sikre at de har en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å utrede og vurdere benviste overvektspasienter fra eget opptaksområde.

Helseforetakene/ sykehusene skal samarbeide med et av sentrene for sykkelig overvekt om å planlegge og å utrede operativ virksomhet for pasienter i flere sykehusområder i regionen.”

Noen helseforetak/sykehus er ferdig med å utarbeide områdeplaner, andre helseforetak/sykehus er i gang med å utarbeide områdeplaner. Helseforetakene/sykehusene beskriver hvordan de skal møte den økende utfordringen med sykkelig overvekt i sine områdeplaner.

De fleste helseforetakene har etablert en tverrfaglig poliklinikk for å utrede og vurdere henviste pasienter med sykelig overvekt fra eget opptaksområde. Akershus universitetssykehus HF melder tilbake at de ikke har etablert et tilbud til denne pasientgruppen pga. en krevende situasjon ved sykehuset som følge av utvidet opptaksområde. Tilbudet til denne gruppen vil bli utredet i 2012 og sykehuset har satt ned en arbeidsgruppe til denne utredningen. Sykehuset Østfold HF er også i ferd med å etablere et tverrfaglig poliklinisk tilbud til pasienter med sykelig overvekt.

I tillegg har to helseforetak i 2011 planlagt og utredet operativ virksomhet for pasienter med sykelig overvekt og setter i gang med fedmekirurgi fra våren 2012. De helseforetakene som fra 2012 opererer pasienter med sykelig overvekt er Sykehuset i Vestfold HF, Oslo universitetssykehus HF, Aker, Vestre Viken HF, Bærum sykehus, Sørlandet sykehus HF, Arendal og Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik.

2.2.5 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

- *Tilbudet om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder lærings- og mestringsstilbud til pasienter CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helsedirektoratet komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med helseforetakene arbeidet videre med å utvikle et adekvat tilbud om diagnostikk, behandling, rehabilitering, herunder lærings- og mestringsstilbud til pasienter med CFS/ME.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst RHF gitt et oppdrag til Oslo universitetssykehus HF om å etablere et sengetilbud til pasienter med CFS/ME i begynnelsen av juni 2011 med to senger lokalisert til generell indremedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus HF, Aker. Det har i 2011 vært 13 pasientopphold i disse sengene (12 pasienter, hvorav en med to opphold).

I tillegg er det en del andre viktige tilbud under utvikling for denne pasientgruppen. Sykehuset Innlandet HF har etablert en ME-telefon. Dette er et lavterskeltilbud til pasienter, pårørende og helsepersonell som har spørsmål om kronisk utmattelsessyndrom. Sykehuset i Vestfold HF er i gang med et treårig prosjekt for å etablere, utvikle og evaluere en helhetlig behandlingslinje for mennesker med CFS/ME. Resultatene av dette arbeidet kan overføres til behandling av disse pasientene i andre deler av regionen.

Flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst er i ferd med å utarbeide et forslag til fremtidig tilbud for disse pasientene. I dette arbeidet vektlegges tverrfaglighet, samhandling med kommunehelsetjenesten og et godt pasientforløp. Flere av helseforetakene har også kurs for CFS/ME pasienter ved lærings- og mestringscenteret (LMS). Når det gjelder andre behandlingstilbud for CFS/ME pasienter har Helse Sør-Øst RHF inngått avtaler med følgende rehabiliteringsinstitusjoner som skal bidra til behandling av ME-pasienter i spesialisthelsetjenesten: Jeløy kurbad, Rehabiliteringssenteret AiR, Skogli Helse- og

Rehabiliteringssenter, Sørlandet rehabiliteringssenter Eiken og Vikersund kurbad. I tillegg har CatoSenteret avtale om behandling av pasienter med CFS/ME, fortrinnsvis for barn og ungdom.

2.2.6 Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser

- *Helse Sør-Øst RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.*

Vi har et eksisterende tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer ved Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF vil fortsette arbeidet i 2012 med å tydeliggjøre mandatet for å utvikle dette til et regionalt kompetansemiljø med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring til hele regionen. Målet er at det regionale tverrfaglige kompetansemiljøet er etablert tidlig i 2013.

2.2.7 Ernæring og mattrygghet

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.*

Rapporten er kjent og følges opp av helseforetakene. Helseforetak som har hatt avvik ved tilsyn har lukket disse. Det er gjennomført et betydelig arbeid på dette feltet i helseforetakene i 2011.

I forbindelse med bygging av nytt sykehus i Østfold, har Sykehuset Østfold HF også tatt initiativ til et samarbeid med Mattilsynet for å sikre at prosedyrer og rutiner innenfor området mat og matservering i det nye sykehuset utarbeides i henhold til matlovens føringer.

2.2.8 Beredskap og smittevern

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.*

Innen smittevernområdet pågår arbeidet løpende med utgangspunkt i Nasjonal strategi, regional smittevernplan og lokale infeksjonskontrollprogram. Det er etablert et regionalt fagråd for infeksjonsmedisin, immunologi og smittevern som er rådgivende overfor Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene.

Erfaringene fra siste influensaepidemi høsten 2009, influensa A (H1N1), viser at det var et lite antall pasienter som ble meget syke. Disse er behandlingstrengende over lang tid. Immunisering med vaksine, tidlig deteksjon av pasienter med alvorlige luftveisinfeksjoner og identifisering av risikogrupper er alle tre faktorer som vil bidra til bedre håndtering. Helseforetakene har fulgt opp erfaringene fra håndteringen av influensaepidemien. Henvendelser knyttet til ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa er ivaretatt.

Helseforetakene rapporterer via Meldesystem for Infeksjonssykdommer (MSIS) funn av mikrober som i kraft av sin sykdomsfremkallende evne skal meldes i henhold til forskrift til MSIS FHI og smittevernmyndighet i det område pasienten er tilhørende. Resistensforholdene til

sykdomsfremkallende mikrober og formidler stammer til det nasjonale overvåkningssystem for antibiotika resistens (NORM).

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.*

Forutsetninger om erfaringsbaserte planrevisjoner er videreført overfor helseforetakene i oppdrag- og bestilling for 2011 og i regional beredskapsplan. Alle helseforetak rapporterer om gjennomførte revisjoner i 2011. Til grunn for revisjonene ligger erfaringer fra alle beredskapshendelser, herunder også influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island.

Beredskapsarbeidet i helseforetaksgruppen samordnes gjennom regionalt beredskapsutvalg hvor alle helseforetakene deltar aktivt. Det arrangeres årlige beredskapsseminarer hvor bl.a. erfaringer fra hendelser og øvelser oppsummeres og drøftes. I november 2011 arrangerte regionalt beredskapsutvalg et regionalt beredskapsseminar hvor Tema var erfaringer fra beredskapshendelsene i 2011 og omfattet flommen i Gudbrandsdalen og bortfall av mobilnett 10.06, flere hendelser med bortfall av IKT ved OUS og AHUS, terroren den 22. juli samt Øvelse SkagEx 2011. Erfaringene fra de forskjellige hendelsene og konklusjonene fra de nasjonale evalueringene følges opp i planer og konkrete tiltak regionalt og i det enkelte helseforetak.

Den planmessige oppfølgingen av influensa A (H1N1) skjer i det enkelte helseforetak og i det regionale fagrådet for infeksjonsmedisin, immunologi og smittevern som er rådgivende overfor Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene, jf. momentet ovenfor. Helseforetakene i regionen har revidert sine delplaner der hendelser er vurdert og implementert i ny plan, spesielt med tanke på erfaringene ved håndtering av influensa A. Noen helseforetak har utarbeidet ny delplan for infeksjon og pandemi basert på erfaringer fra influensa A, nasjonale og regionale føringer samt Folkehelseinstituttets krav.

Erfaringene fra vulkanutbruddet på Island er drøftet i det regionale fagrådet for prehospitaltjenester og akuttmedisin og i regionalt beredskapsutvalg. Håndtering av denne situasjonen dreier seg i hovedsak om bruk av ulike eksisterende beredskapsplaner og å benytte alternative transportmidler til lufttransport når helikoptre og fly ikke kan benyttes. Innen Helse Sør-Øst kan det normalt omdisponeres og mobiliseres tilstrekkelig ambulanseressurser til å håndtere en situasjon med flyforbud. Erfaringene fra denne situasjonen følges opp planrevisjonene.

Terrorangrepene i Oslo og på Utøya medført store utfordringer for de helseforetakene som ble vært mest berørt. Et stort antall ansatte var involvert og gjorde en stor og imponerende innsats. Det er et generelt inntrykk at helseforetakenes beredskapssystemer har fungert og at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten har vært tilstrekkelig til å håndtere pasienter og pårørende på en god måte. Hendelsene følges opp på mange forskjellige måter og det er viktig å formidle stor anerkjennelse for det arbeidet som ble utført.

Hendelsene 22. juli evalueres både i regi av 22. juli-kommisjonen, som er en regjeringsnedsatt uavhengig kommisjon som skal klarlegge alle sider ved hendelsene, og av Helsedirektoratet som er gitt et særskilt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF gir informasjon og bistår i dette arbeidet.

Helseforetakene er på selvstendig grunnlag i gang med det interne oppfølgings- og evalueringsarbeidet. Dette er av stor verdi for helseforetakenes interne oppfølging og det som etterspørres fra sentrale instanser. Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF og

Luftambulansetjenesten ANS har utarbeidet egne rapporter om hendelsene. Disse følges opp både i helseforetakene og regionalt

- ***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 gjennomføres et pilotprosjekt i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er forutsatt at pilotprosjektet gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF. Lærings- og mestringssentrene i Oslo universitetssykehus HF er nå organisert som Lærings- og mestringssentre på de ulike klinikkene.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe i Medisinsk klinikk bestående av overlege ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, leder av pasientrådet for hivpositive i Oslo universitetssykehus HF og fagkonsulent ved lærings- og mestringssenteret ved Medisinsk klinikk og utarbeidet et forslag til pilot rettet mot nydiagnostiserte hiv-positive menn, med oppstart våren 2012. Erfaringene fra arbeidsgruppen vil bli retningsgivende for det videre arbeidet i forhold til alle helseforetak i Helse Sør-Øst.

Det foreligger også planer for videregående / spesialgrupper for både hiv+ og hiv-. I utarbeiding av piloten, er det i samsvar med lærings- og mestringssenterets metodikk vektlagt et nært samarbeid mellom ulike faggrupper og brukere.

2.3 Utdanning av helsepersonell

- ***Helse Sør-Øst RHF må analysere framtidig behov for legespesialister for å avdekke områder hvor det kan bli diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter. Regionale helseforetak bør samarbeide om denne oppgaven.***

Det er enighet mellom de regionale helseforetakene om at slike analyser bør initieres felles, regionalt eller nasjonalt. Vurderingene må ses i sammenheng med Helsedirektoratets gjennomgang spesialisertstrukturen generelt.

I 2009 ble det gjennomført enkeltvis analyse innenfor spesialiteten geriatri under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Tilsvarende analyser er ikke gjennomført i 2011. Det gjøres vurderinger av behovet i forbindelse med fordeling av legeknoten, men da ut fra helsetjenestens behov og i mindre grad relatert til vurderinger av interne forhold i den enkelte spesialitet (aldersfordeling, tilgang, avgang for spesialister mv.).

Det er satt av egen stillingsressurs i det regionale helseforetaket til å sikre fremdrift og følge opp arbeidet.

Det vises også til omtale i kap. 2.5.2 Jf. 8 Utdanning av helsepersonell

- ***Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen.***

Helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider aktivt med å forvalte eksisterende og etablere nye læreplasser i de aktuelle fag. Dette gjelder dels egne lærlingkontrakter, dels praksisplasser i

samarbeid med andre virksomheter, primært for kontrakter i kommunal regi. Flere helseforetak rapporterer om igangsatte eller planlagte prosjekter for å styrke sin egen posisjon som lærebedrift og/eller å sikre bedre rekruttering gjennom samarbeid med andre.

Oslo universitetssykehus HF har tradisjonelt prioritert ambulanséfaget, der det til enhver tid er ca. 50 lærlinger. Det er nå inngått en samarbeidsavtale med Oslo kommune om praksis i helsefagarbeiderfaget. Avtalen vil på sikt kunne gi større tilfang av lærlinger også i dette faget. Sykehuset Innlandet HF melder om stor innsats på begge fagområder. Foretaket har likevel et særlig fokus på prehospitale tjenester.

Antall lære plasser *) samlet for hele foretaksgruppen	2010	2011
Alle fag	303	340
• Herav ambulansearbeiderfaget	154	158
• Herav helsefagarbeiderfaget	115	150

*) Inkl. både plasser knyttet til egne lærlingkontrakter og plasser etablert i samarbeid med andre virksomheter som står som arbeidsgiverpart i lærlingkontrakten.

Slik det fremgår av tabellen, ligger antall lære plasser i ambulansearbeiderfaget på omtrent samme nivå i 2011 som i 2010. Lære plasser for helsefagarbeider viser relativt sterk vekst (ca. 23 %). Det vurderes likevel å være et stort potensial for forbedring i Helse Sør-Øst fordi utgangspunktet har vært lavt. Behovet for helsefagarbeidere i helseforetakene vil øke fremover, og det må satses videre både på praksisplasser og egne lærlinger i årene som kommer.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten framover. Tilleggskompetanse utover grunnutdanningene skal ha et særlig fokus.***

Helsedirektoratets arbeid er fulgt opp i 2011. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020. Innspill fra helseforetakene i forbindelse med denne vil oppsummeres og danne grunnlag for videre arbeid med kompetansebehov og strategier på kompetanseområdet. Helseforetaksgruppen har i 2011 særlig prioritert arbeidet med teknisk infrastruktur for strategisk kompetanseutvikling. To konkrete tiltak er iverksatt:

- Sykehuset Østfold HF prøver ut kompetansemodulem i GAT. Dette tar særlig sikte på å ivareta operative utfordringer knyttet til å sikre rett kompetanse på rett tid og sted.
- Sykehuspartner HR har satt i gang utprøving av Dossiers kompetansemodul. Formålet er i dette tilfelle å ivareta strategiske utfordringer knyttet til kartlegging og utvikling av kompetanseområder.

Begge tiltak pågår fortsatt. Det foreligger derfor ingen evaluering. Til sammen vil de imidlertid gi et godt grunnlag for å etablere varige systemløsninger som sikrer oversikt over kompetansebeholdning og kompetansebehov på både kortere og lengre sikt.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det bør spesielt vurderes om det kan opprettes stilling(er) ved Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.***

Avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi ved Oslo universitetssykehus HF er Norges største innen fagområdet maxillofacial kirurgi. Det er 8 utdanningskandidater fra odontologisk fakultet som hospiterer ved Oslo universitetssykehus HF på forskjellige avdelinger. Ved avdeling

for kjevekirurgi og sykehusodontologi er det to utdanningskandidater om gangen. Avdelingen har en stilling for tannleger i spesialisering.

Helse Sør-Øst RHF har vært i dialog med avdelingen som vurderer at behovet for stillinger for tannleger under spesialisering fra deres område er dekket. Helse Sør-Øst RHF har ikke hatt henvendelse fra Universitetet i Oslo vedrørende behov for ytterligere stillinger.

Avdelingen har i alle år vært det faglige tyngdepunktet for fagområdet kjevekirurgi i Norge og alle legespesialister utdannet i Norge har fått utdanning herfra. Det er studenter fra Universitetet i Oslo som hospiterer ved avdelingen og avdelingen har 6 overlegestillinger og to ass.legestillinger for leger i spesialisering for å bli kjevekirurger/spesialister i maxillofacial kirurgi (6 års spesialistutdanning på avdelingen).

Alle legene ved avdelingen har i tillegg også utdanning som tannlege for å inneha den nødvendige kompetanse for å gjøre avansert og omfattende kirurgi i ansiktsskjelettet.

Fra Universitetet i Bergen har Helse Sør-Øst RHF fått henvendelse vedrørende behov for å kunne benytte kjevekirurgisk seksjon ved Sørlandet sykehus, Arendal i utdanning av tannleger i spesialisering. Helse Sør-Øst RHF vil sammen med Sørlandet sykehus gå i dialog med Universitetet i Bergen for å se på mulige løsninger for dette i løpet av 2012.

- ***De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner. Helse Sør-Øst RHF skal påse at opplæringen gjennomføres i sin region.***

RVTS Sør og RVTS Øst har gjennomført oppdraget godt i 2011. RVTS Sør bidro til å gjennomføre kurspakken som ble utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av bl.a. representanter fra forsvaret, RVTS Øst og Sør. Kurset ble gjennomført for ca. 50 deltakere i Kristiansand 15. og 16. november. Arbeidet følges opp videre i 2012.

- ***Helse Sør-Øst RHF skal heve kompetansen innen steriltforsyning. De regionale kompetansesentre for smittevern kan være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av opplæringsprogram.***

Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst RHF, lokasjon Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet har gjennom mange år hatt ansvaret for de nasjonale oppgavene med kvalitetssikring av steriltforsyning. Senteret har etablert e-læringsprogram, samt at de regelmessig gjennomfører "*Grunnkurs i desinfeksjon og sterilisering*". Kurset avholdes 1-2 ganger pr. år med stor tilslutning.

Helse Sør-Øst RHF ved avdeling for innkjøp og logistikk har samarbeidet med det regionale kompetansesenteret for smittevern om et prosjekt med leverandører og representanter fra ulike fagmiljøer i helseforetakene. Prosjektet omfatter kartlegging av og krav til håndtering av sterilt medisinsk utstyr i forsyningskjeden.

- *God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Sør-Øst RHF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.*

Ved tilsyn fra Statens strålevern i 2011 er det avdekket avvik ved flere helseforetak. Respektive foretak er godt i gang med arbeidet for å lukke disse avvikene. I tråd med den praksis som Helse Sør-Øst RHF har etablert etter slike tilsyn, vil en bidra til læring og erfaringsoverføring på tvers i foretaksgruppen.

Flere steder er det allerede etablert nettverk av strålevernkontakter, organiseringen av dette er under vurdering for å legge til rette for størst mulig grad av læring i organisasjonen. Problemstillingen i oppdraget ivaretas for øvrig blant annet gjennom at det er etablert e-læringskurs. Helseforetakene rapporterer at de i stor grad innehar tilstrekkelig kompetanse innen medisinsk fysikk.

Som del av oppdraget fra Helse Sør-Øst i 2010 utarbeidet regionalt fagråd for kreft en rapport vedrørende stråleterapi. Rapporten ble overlevert i 2010 og tar for seg utstyrssituasjonen for stråleterapi i regionen, utført stråleterapi og den fylkesvise bruken av stråleterapi relatert til kreftinsidensen. Rapporten er i 2011 behandlet i møter med administrerende direktører og fagdirektører i helseforetakene som et ledd i oppfølging av tiltak for å redusere variasjoner i bruken stråleterapi. Dette følges opp videre i 2012.

2.4 Forskning

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene legge til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (norsk ECRIN) og søke om norsk deltagelse i ECRIN- nettverket.*

Det er etablert et nasjonalt infrastrukturnettverk/konsortium for klinisk forskning (NorCRIN) mellom alle universitetssykehusene og NTNU. Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF deltar fra Helse Sør-Øst i dette nettverket. Konsortiumavtalen er ikke underskrevet ennå.

I tillegg er St. Olavs hospital HF i Helse Midt-Norge utpekt som framtidig HUB (sentral ansvarlig enhet) for ECRIN i Norge, og har på vegne av Norge sendt inn en søknad om medlemskap i ECRIN. Søknaden ble i januar 2012 akseptert i EU-kommisjonen og konsortieavalen mellom deltakerlandene i ECRIN er under ferdigstilling. Høsten 2010 ble det også sendt inn en søknad til Norges forskningsråd om midler til oppbygging av infrastruktur innen det nasjonale nettverket for kliniske studier. Søknaden ble i første omgang ikke innvilget, den er derfor under revisjon med tanke på ny innsending i løpet av 1. halvår 2012.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes ressurser og kompetanse ved helseforetakene slik at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.*

Gjennom hele 2011 har NVI / Cristin blitt implementert ved alle helseforetakene i regionen. Det er lokalt satt av nødvendige ressurser for dette, blant annet gjennom etablering av lokale superbrukere. Implementeringen har så lang vært vellykket.

Helse Sør-Øst RHF har også finansiert et eget tilbud innenfor Regional forskningsstøtte ved Oslo universitetssykehus HF for å kunne bistå helseforetakene i implementeringen av NVI/Cristin.

2.5 Rapportering på tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011

Det vises til tilleggsdokument av 1.7.2011.

2.5.1 Jf. 6.4 Psykisk helsevern

- *I samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norsk forening for kognitiv terapi ble det i 2010 gjennomført en utredning om opplæringsprogram i eksponeringsterapi ved tvangslidelser. Departementet vil komme tilbake til dette i oppdragsdokumentet for 2012. Iverksetting av opplæring og undervisning forutsetter planlegging på flere nivåer, og departementet ber om at forberedende arbeid starter høsten 2011. Helsedirektoratet vil ta initiativ overfor de regionale helseforetak for å bistå i implementeringsarbeidet.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i møte med Helsedirektoratet om arbeidet høsten 2011 og kommet med tilrådninger. Det er laget en foreløpig plan for opplæringen i samarbeid med Helsedirektoratet, prosjektleder for arbeidet og de andre regionale helseforetak. Det er oppnevnt en kontaktansvarlig for arbeidet i Helse Sør-Øst.

2.5.2 Jf. 8 Utdanning av helsepersonell

- *Det vises til oppgave gitt i Oppdragsdokument 2011 vedrørende analyser av fremtidig behov for legespesialister og iverksetting av tiltak på utsatte områder. En del arbeid er gjort på området nasjonalt, regionalt og til dels lokalt, men det bes med dette om at det regionale helseforetaket sammen med helseforetakene i regionen utreder helsepersonellbehovet i et perspektiv som strekker seg frem mot 2020 og i tillegg utarbeider en plan for hvordan riktig kompetanse og personell skal rekrutteres ikke minst når det gjelder å kunne gjennomføre samhandlingsreformen.*

Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020. Utredningen beskriver og analyserer følgende medvirkende faktorer:

- Demografisk utvikling
- Sykdomsutvikling
- Tilfanget på helsepersonell
- Medisinsk og teknologisk utvikling

- Samhandlingsreformen
- Andre faktorer (ledelse/organisering, avtaleverk, pasientrolle, kulturelle trekk mm.)

Det pekes i forhold til dette på en del sentrale drivere som bestemmer utviklingen av behov for arbeidskraft og kompetanse. Videre arbeid vil omfatte både en regional plan og foretaksvis tiltaksplaner som er tilpasset lokale rammebetingelser. Dette arbeidet er satt i gang i 2011, men ikke fullført. På regionalt nivå opprettes et eget prosjekt i 2012. Det er satt av egen stillingsressurs i det regionale helseforetaket til å sikre fremdrift og følge opp arbeidet. Det vises også til omtale i kapittel 2.3 *Utdanning av helsepersonell*.

3 RAPPORTERING PÅ KRAV OG RAMMER FOR 2011 I FORETAKSPROTOKOLL HELSE SØR-ØST RHF

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser

3.1.1 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 4.0 - Endret resultatkrav for 2010

- *Resultatkravet for foretaksgruppen Helse Sør-Øst for 2010 endres til 2,6 mrd. kroner.*

Endrede resultatkrav for 2010 som følge av Stortingets behandling av pensjonsreformen er tatt til etterretning. Resultatkravet på 2,6 mrd. kroner er oppfylt ved at Helse Sør-Øst fremviste et resultat på 2,77 mrd. kroner i 2010.

- *Driftskreditrammen til Helse Sør-Øst for 2010 økes med 2 400 mill. kroner fra 2 178 mill. kroner til 4 578 mill. kroner.*

Per 31.12.2010 hadde Helse Sør-Øst trukket 4 575 mill. kroner av driftskreditrammen.

3.1.2 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.1 - Resultatkrav for 2011

- *Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes (mål: 0 % fristbrudd for rettighetspasienter).*
- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Andel fristbrudd for rettighetspasienter, alle tjenesteområder, har vist en jevn nedgang fra 2008 til 2010, men viste en økning i 1. halvdel av 2011, i hovedsak grunnet økning i registrerte tall ved Akershus universitetssykehus HF på grunn av kvalitetssikring av registreringssystemene. Andel fristbrudd har imidlertid gått betydelig ned i siste halvdel av 2011.

Ventetider er vesentlig redusert innen BUP, VOP og TSB og for rettighetspasienter innen somatikk. Helse Sør-Øst har kortere ventetider enn de andre helseregionene. Det er likevel fortsatt stor forskjell i ventetidene mellom de forskjellige helseforetakene.

Ventetiden for alle pasienter, med og uten rett i alle virksomhetsområder har imidlertid økt til 75 dager, mens det nasjonale målet er en reduksjon ned mot 65 dager. Målet er derfor ikke oppfylt for 2011.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt ha sterkt fokus på ventelister, fristbrudd og økende antall langtidsventende, med krav om at ventetider reduseres fra dagens nivå og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd. Dette er definert som ett av de fem hovedmålene for helseregionen.

Ventetider følges månedlig med tilbakemelding til helseforetakene samt krav om at de kommenterer egne resultater. Som hovedregel har Helse Sør-Øst RHF definert at ingen pasienter skal vente over 1 år. Dette skal også inngå spesifikt i oppfølgingen av helseforetakene. Det er iverksatt en full gjennomgang av ventelister for pasienter med ventetid over ett år i de tre helseforetakene som nå har slike pasienter på sine ventelister.

Det fokuseres også på å redusere samlede ventetider for pasienter med uklare og sammensatte tilstander, ved å bedre logistikken i utredningen og pasientforløpene jf. bl.a. kapasiteten innen patologi og radiologi.

Det vises til tallrapporteringer i kapittel 5 *Tabellrapportering*.

- ***Foretaksgruppen Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2011.***

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom 2011 vært kjent med at det ville by på styringsmessige utfordringer for Helse Sør-Øst å gå i økonomisk balanse i 2011, som følge av omstillingsprosessene knyttet til foretaksstrukturen i hovedstadsområdet. Styret i det regionale helseforetaket har gjennom hele 2011 satt fokus på den økonomiske situasjonen, og lagt til grunn at det iverksettes tiltak for å rette opp utviklingen. Selv om utviklingen de siste månedene av 2011 innebærer en bedring av det estimerte årsresultatet, har det ikke vært mulig å oppnå kravet om budsjettbalanse samlet sett for regionen. Imidlertid er det totale bildet for helseregionen mer nyansert, da helseforetakene utenfor hovedstadsområdet fremviser til dels betydelige positive resultater.

Foreløpige regnskapstall viser at foretaksgruppes samlet sett får et negativt budsjettavvik (resultat) på ca 500 mill. kroner, eller i underkant av 1 % av brutto budsjettet.

- ***Helse Sør-Øst RHF må holde seg innenfor en driftskredittramme på 4 633 mill. kroner pr. 31. desember 2011.***

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som godkjenner driftskreditrammen for det enkelte regionale helseforetak. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank, innenfor de rammene som fastsettes. Ved inngangen til 2011 var samlet driftskredittramme på 4,6 mrd. kroner Prop.32 S (2010-2011). I tillegg fikk Helse Sør-Øst RHF en økt driftskredittramme på 350 mill. kroner, slik at driftskreditrammen ved inngangen til 2011 ble på totalt 4,9 mrd. kroner.

Anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie i 2011 tilsa (Prop. 32 S (2010-2011)) at pensjonspremien ville bli 295 mill. kroner lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden, tilsvarende en nedbetaling av driftskreditrammen på 24,5 mill. kroner pr. mnd. I Prop. 120 S (2010-2011) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011*, ble Helse Sør-Øst RHF's krav til nedbetaling av driftskreditrammen økt med 865 mill. kroner, til totalt 1.160 mill. kroner for 2011. Dette medførte at Helse Sør-Øst RHF's månedlige nedbetaling av driftskreditrammen økte til 168,7 mill. kroner fra og med juli måned 2011. Driftskreditrammen ved utgangen av 2011 ble således satt til 3,8 mrd. kroner.

3.1.3 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.2 - Styring og oppfølging i 2011

- *Foretaksmøtet viste videre til foretaksmøte 11. november 2010 sak 3 om oppfølging av hovedstadsprosessen og mottatt rapportering 20. januar 2011 fra Helse Sør-Øst RHF om arbeidet med utvikling av Aker sykehus som en samhandlingsarena. Det ble der gitt flere styringskrav om framtidige tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus. Foretaksmøtet forventet at arbeidet intensiveres og at de framtidige tjenestene ved Aker sykehus konkretiseres. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om at det rapporteres på ny status for arbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2011.*

Helse Sør-Øst RHF følger tett arbeidet med realisering av Samhandlingsarena Aker. 20. januar 2011 ble det rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet om arbeidet med utvikling av Aker sykehus som samhandlingsarena. Helse Sør-Øst RHF rapporterte videre om status 1. mars 2011. Helse Sør-Øst RHF gjorde da følgende vurdering, hvilket ble presisert i brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 14. mars 2011: ”Innretningen av arbeidet og de planer som foreligger p.t. følger opp de styringskrav som ble gitt i foretaksmøtet 11.11.2010, intensjonene i samhandlingsreformen og legger til rette for en god og fremtidsrettet utvikling av Samhandlingsarena Aker i tråd med oppdraget fra eier.”

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

Helse- og omsorgsdepartementets krav til det regionale helseforetaket om realistisk budsjettering på alle inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringene av årsbudsjettet er videreført til alle helseforetakene i regionen i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2011.

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

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet ihht. det opplegg som er etablert i departementets oppfølgingssystem ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd.*

Det er rapportert i henhold til opplegget i ØBAK, herunder rapportering på ventetider og fristbrudd.

- *Foretaksmøtet ba om at det gis tilbakemelding på tiltak for å unngå korridorpasienter på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Sør-Øst RHF også gi tilbakemelding på oppdraget med å utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.*

Dette fulgt opp. Oppfølging av korridorpasientproblematikken og problemstillingene omkring dette har vært tema på tertialmøtene. Problemstillingen har også vært fulgt opp i møtene Helse Sør-Øst RHF har gjennomført med sine helseforetak. Det vises til videre omtale under kapittel 2.1.2.1 *Kvalitetsforbedring.*

- *Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene deltar aktivt i et forpliktende samarbeid for å etablere felles standarder innenfor økonomi og logistikk, for å sikre effektiv drift, gi god og sammenlignbar ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte, samt bidra til øvrig gevinstrealisering.*

Gjennom forprosjektet i Nasjonalt Program for stabs- og støttefunksjoner logistikk og økonomi (NPSS LØ), ble det i 2011 klart at realiseringen av et felles system for logistikk og økonomi ville bli mer krevende og dyrere enn forutsatt. Helseregionene konkluderte med at prosjektet ikke lenger var gjennomførbart innenfor de økonomiske rammer som var lagt til grunn, og man avbestilte leveransene fra leverandør.

Gjennom arbeidet som ble gjennomført i NPSS LØ er det dannet et grunnlag for videre arbeid med felles nasjonale standarder innen økonomi og logistikk i helseforetakene. Dette arbeidet videreføres som et forpliktende samarbeid mellom helseregionene i form av et eget prosjekt med tanke på etablering og forvaltning av slike felles standarder.

Helse Sør-Øst RHF vil tidlig i 2012 konkludere med en strategi for systemstøtte innen økonomi og logistikk etter NPSS LØ slik at målsettingene rundt effektiv drift, kvalitet og sammenlignbarhet på styringsinformasjon og gevinstrealisering kan nås.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF gjennom kompetansenettverket arbeide videre med å utarbeide indikatorer for produktivitet og effektivitet med utgangspunkt i rapporten.*

Det er Helse Midt-Norge RHF som leder kompetansenettverket for økonomistyring. Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i arbeidet. Det er lagt frem en rapport som beskriver et konsept og en trinnvis plan for å etablere et felles sett med indikatorer for produktivitet for ulike tjenestoområder. Det fastslås i rapporten at dette er et utviklingsarbeid, og i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet er det enighet om at endelig rapport fra kompetansenettverket skal leveres innen sommeren 2012.

- *Foretaksmøtet ba om videreføring av arbeidet for å bedre intern effektivitet ved hjelp av standardisering av arbeidsprosesser, med sikte på læring på tvers av de regionale helseforetakene. Det skal rapporteres på arbeidet til oppfølgingsmøtet pr. 2. tertial 2011.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2011 videreført arbeidet med å bedre intern effektivitet ved hjelp av standardisering av arbeidsprosesser. Det er lagt vekt på å sikre læring på tvers av helseforetak.

Øvrige regionale helseforetak er orientert om arbeidet i Helse Sør-Øst gjennom tema behandlet i de regionale helseforetakenes felles fagdirektørmøte. Standardisering av arbeidsprosesser har også vært tema på oppfølgingsmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet 2. tertial 2011.

3.1.4 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 5.3 - Investeringer og kapitalforvaltning

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg.*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet med å få på plass en rammeavtale for ekstern kvalitetssikring av konseptvalg, under ledelse av Helse Vest RHF. Denne er nå på plass.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF forelegger departementet konseptfasevurderinger for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner.*

Helse Sør-Øst RHF har ikke fremmet investeringer i perioden som overstiger 500 MNOK, og vil for fremtiden justere sin fullmaktsmatrise i henhold til ny gjeldende grense fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

- *Foretaksmøtet la til grunn at ny ekstern kvalitetssikring av konseptvalg tilsvarende den statlige KS-1 ordningen skal gjennomføres for alle investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt igangsatt.*

Kvalitetssikring tilsvarende den statlige KS-1 ordningen vil bli iverksatt på fremtidige prosjekter i Helse Sør-Øst.

- *Foretaksmøtet la til grunn at nye retningslinjer for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter benyttes som en del av de samlede vurderinger av konseptplaner.*

De nye retningslinjene for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter legges til grunn for fremtidige vurderinger av konseptplaner i foretaksgruppen.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011

3.2.1 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.1 - Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helseplan

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom (regionale) helseforetak og kommuner.*

Det inngås samarbeidsavtaler innen 31.01.12 i alle sykehusområder i Helse Sør-Øst. Det er også etablert samarbeidsfora i alle sykehusområder, samt at det er etablert et nettverk av samhandlingsansvarlige i sykehusene for å sikre implementering av reformen og for å medvirke til erfaringsoverføring. Arbeidet med samarbeidsavtalene er forankret i samarbeidsfora rundt hvert helseforetak og med medvirkning fra ansatte og brukere. Det er ansatt en egen stillingsressurs i Helse Sør-Øst RHF som rapporterer direkte til administrerende direktør for å følge opp arbeidet med samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til et bredt tverrfaglig samarbeid for å sikre tverrfaglighet i implementeringsarbeidet. Videre har Helse Sør-Øst RHF samarbeidsavtale og samarbeidsfora med både Oslo kommune og KS i regionen.

- *Foretaksmøtet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.*

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en veileder for salg av eiendommer med beskrivelse av rutiner. I den er det tatt inn føringer i henhold til samhandlingsreformen. Plikten til å informere kommuner og fylkeskommuner når salg planlegges er presisert.

- *Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.*

Samhandlingsreformen legges til grunn ved kapasitetsberegninger etc ved nye investeringer. I planleggingen tas det hensyn til eventuelt føringer som gis av avtaler som etableres med berørte kommuner.

3.2.2 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.2 - Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF, i et samarbeid med de andre regionale helseforetakene, sørger for at det utarbeides veileder for styrearbeid i helseforetakene.*

I samarbeid mellom de regionale helseforetakene er det utarbeidet en felles mal for styreveileder. Helse Sør-Øst RHF har brukt denne som grunnlag for sin *Veileder for styrearbeid i helseforetak*, som er distribuert til samtlige styremedlemmer og gjort tilgjengelig på www.helse-sorost.no/styreveileder.

- *Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.*

Alle styrer i helseforetak under Helse Sør-Øst RHF har vedtatt egne instruks for styret og instruks for daglig leder. Som ledd i arbeidet med god virksomhetsstyring, er det igangsatt arbeid for å identifisere hva som bør være et felles grunnlag for hvordan styrenes og de administrerende direktørenes ansvar og roller bør beskrives i instruksene. Resultatene av dette er forutsatt tatt inn i de nye styrenes arbeid med sine instruks etter nyoppnevning i 2012.

3.2.3 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.3 - Regjeringens eierskapspolitikk

- *Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.*

Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt ble vedtatt i 2009 og er i 2010 og 2011 blitt implementert i foretaksgruppen. Helseforetakene har gjennom dette arbeidet fått ansvar for å sørge for gode rutiner for å ivareta innkjøpsregler og antikorrupsjonsarbeid.

I 2009 ble det utarbeidet en oversikt over dokumenter og nettsteder med informasjon som er relevant for temaet "*Etikk i Helse Sør-Øst RHF*" og startet et arbeid med mål om å utarbeide felles etiske retningslinjer for helseforetaksgruppen. Arbeidet ble gjennomført i 2010 med bred deltagelse fra helseforetakene, hvor både tillitsvalgte og brukerutvalgene var representert. Retningslinjer med implementeringsplan er vedtatt av nytt styre i Helse Sør-Øst RHF i februar 2012.

Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst er publisert på det regionale helseforetakets hjemmeside (www.helse-sorost.no/etikk).

- *Foretaksmøtet forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.*

Helse Sør-Øst RHF følger opp regjeringens eierpolitikk ved å vektlegge miljø og samfunnsansvar i de deler av driften hvor dette er naturlig og har en aktiv bruker- og interessentdialog som en forutsetning for sitt arbeid med samfunnsansvar.

Helse Sør-Øst RHF har siden 2009 vært en pådriver for å sette etiske krav i sine anskaffelser og jobber aktivt både med leverandører og andre offentlige innkjøpere for å utvikle dette området. I 2011 har arbeidet omfattet å ta initiativ for å opprette et prosjekt på tvers av regionene for at alle fire regioner sammen skal sette de samme krav til menneske- og arbeidsrettigheter i leverandørenes kjeder og drive aktiv oppfølging. Helse Sør-Øst RHF er medlem av det nasjonale miljø- og klimaprojektet og jobber aktivt med å redusere spesialisthelsetjenestens negative miljøpåvirkninger på det ytre miljø. Alle helseforetak skal innføre miljøledelse etter ISO 14001-standard innen utgangen av 2014 og Helse Sør-Øst RHF følger opp dette arbeidet både ved selv å bli sertifisert og ved å følge opp prosessene på helseforetakene.

- *Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal viderefremmes til eier.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i 2011 gjennomført en evaluering av sin egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet og også formidlet gjennom de møter som har vært i forkant av at nytt styre for Helse Sør-Øst RHF ble oppnevnt i januar 2012.

Tilsvarende evalueringer er gjennomført i alle underliggende helseforetak etter samme mal som ble benyttet i styret for det regionale helseforetaket. Styrenes egne evalueringer i de underliggende helseforetakene er også her et viktig grunnlag for vurderinger av kompetansebehov i arbeidet med å oppnevne nye styre i 2012.

- *Foretaksmøtet forutsatte at styret og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og i helseforetakene forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).*

Styret har behandlet og sluttet seg til Helse- og omsorgsdepartementets retningslinjer for lederlønn, kfr. departementets brev av 21.7.2010 *Retningslinjer for statlig eierskap – holdninger til lønn*. Tilsvarende er gjennomført i alle de underliggende helseforetak.

3.2.4 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.4 - Tiltak på personalområdet

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetakene.*

I 2010 var det opprettet i alt 303 læreplasser i alle fag (egne lærlingkontrakter og plasser etablert i samarbeid med andre virksomheter som står som arbeidsgiverpart i lærlingkontrakten) i helseforetakene i Helse Sør-Øst. I 2011 var dette økt til 340 plasser.

Helseforetakene arbeider aktivt med å forvalte eksisterende og etablere nye læreplasser for helsefagarbeidere og ambulansesarbeidere, se omtale i kapittel 2.3 *Utdanning av helsepersonell*. Alle helseforetak har oppmerksomhet på utviklingen innen disse fagene. Noen foretak rapporterer imidlertid også om konkrete aktiviteter knyttet til andre fag. Ved Sørlandet sykehus HF er det regelmessig lærlinger innenfor helsesekretærfaget og institusjonskokkefaget. Ved Oslo universitetssykehus HF planlegges et treårig bachelorstudie for paramedics. Et slikt tilbud vil også kunne bidra til å tiltrekke seg flere lærlinger, som ser at det finnes videreutdannings- og karrieremuligheter.

- ***Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF bistår Helsedirektoratet i å vurdere og fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningene.***

Dette er et sentralt tema for det regionale HR-direktørnettverket. Helseforetakene arbeider kontinuerlig med å fremskaffe bedre data vedrørende fremtidig behov for helsepersonell. Flere foretak gjør også periodiske kartlegginger av behov for utvalgte etterspurte grupper, herunder spesialiserte pleiere innen de såkalte ABIOK-fagene.

Det er også opprettet et særskilt regionalt nettverk under ledelse av Sykehuset Østfold som arbeider med å tilrettelegge bedre systemer for kompetansestyring. To konkrete tiltak er alt iverksatt ved henholdsvis Sykehuset Østfold HF (utprøving av GAT- kompetansem modul) og Sykehuspartner (HR Dossiers kompetansem modul). Tiltakene er nærmere omtalt i kapittel 4.1.6 *Personell og kompetanse*.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene i Helse Sør-Øst er det stilt krav til at helseforetakene skal drive kompetanseplanlegging og ta inn kompetansekartlegging i medarbeidersamtaler med ansatte.

Det er avsatt en stillingsressurs i Helse Sør-Øst RHF for å følge opp arbeidet med personalbehov i fremtiden.

- ***Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell implementeres i helseforetakene i 2011.***

De fleste helseforetak i Helse Sør-Øst melder at de har implementert WHO's retningslinjer i sine styrings- og personalsystemer og gjort dem til en del av rekrutteringsprosedyrene. I ett tilfelle er gjennomføring ennå ikke avklart. To foretak har ikke omtalt status for arbeidet.

Akershus universitetssykehus HF har i tillegg til dette innledet et samarbeid med NAV Eures. Avtalen sikrer at WHO's retningslinjer ivaretas systematisk også ved innleie.

- ***Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF sørger for at helseforetakene har gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsettinger".***

Alle foretak i Helse Sør-Øst har kvalitetssikret sine rutiner i henhold til Helsedirektoratets veileder. De formelle ansettelsesprosesser dekker opp alle aktuelle punkter. Flere melder også om systematiske opplæringstiltak. Ett foretak angir likevel at det ennå foreligger et forbedringspotensial i forhold til rekruttering ved innleie.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for 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).*

Som hovedregel er alt personale i helseforetakene ansatt i faste stillinger. Midlertidige ansettelsesforhold må begrunnes og hjemles innenfor gjeldende rett. I det alt vesentlige er midlertidige ansettelsesforhold knyttet til permisjoner, sykefravær og annet rettighetsbestemt fravær. Når personale til vikariater ikke kan fremskaffes i arbeidsmarkedet, søkes det mest nødvendige løst via innleie fra skandinaviske bemanningsbyrå. Utviklingen følges i de faste oppfølgingsmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar i slutføringen av det igangsatte arbeidet om tilrettelegging for faste stillinger for leger i spesialistutdanning og at det sendes en felles rapport til departementet om arbeidet innen 1. mars 2011.*

De regionale helseforetakene har sammen med arbeidsgiverforeningen Spekter videreført arbeidet med å legge tilrette for ny organisering av leger under spesialistutdanning, slik at de kan få tilbud om fast ansettelse. To arbeidsgrupper har utredet alternative gjennomføringsmodeller og drøftet forutsetninger som må foreligge før implementering av fast ansettelsesform kan skje. De regionale helseforetakenes felles anbefaling er oversendt departementet i egen forsendelse.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF sørger for at helseforetakene i regionen i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.*

Helse Sør-Øst RHF har i en årrekke arbeidet for å få ned deltidsbruken i helseforetakene. Som følge av departementets styringskrav er det i 2011 foretatt en ny gjennomgang av samlet bruk av deltid med sikte på å redusere andelen deltid og øke den gjennomsnittlige stillingsprosenten i gjenværende deltidsstillinger. Alle helseforetak har arbeidet målrettet med dette. Tiltakene kan grovt sett grupperes i tre kategorier:

- økt bruk av kombinasjonsstillinger
- alternative arbeidstidsordninger
- mer restriktiv ansettelsespraksis

Det har ikke vært mulig å redusere det totale omfanget av deltid vesentlig dette året. Rapportering pr. januar 2012 viser at andel deltid for helseforetaksgruppen samlet ligger på omtrent samme nivå som pr. 1.1.2011 (ca. 33 %). Dersom tallene korrigeres for individuelle rettigheter knyttet til permisjoner, biervær m.m., er nivået noe lavere. Korrigerte tall viser også en viss nedgang i 2011. Gjennomsnittlig stillingsprosent (korrigerte tall) ligger relativt høyt pr. 1.1.2012 (ca. 89 % for foretaksgruppen samlet).

Reduksjonskravet for 2011 er ikke innfridd. Det er imidlertid etablert et oppdatert faktagrunnlag samt felles systemer og prosedyrer for løpende oppfølging av deltidsansatte i hele foretaksgruppen. Det er i begynnelsen av 2012 gjennomført en ”deltidsdugnad” i alle helseforetak. I den forbindelse er det både ryddet opp i registre og foretatt en ny gjennomgang av deltidsansattes ansettelsesforhold. Alle deltidsansatte er dessuten forespurt personlig for å registrere uønsket eller ønsket deltid og evt. ønsket stillingsprosent. Dette gir et oppdatert og konkret grunnlag for videre arbeid med individuelle tiltak i 2012.

Alle foretak har i 2011 utarbeidet handlingsplaner basert på konkrete analyser av lokale utfordringer og drøfting av aktuelle tiltak med lokale tillitsvalgte. Dette arbeidet videreføres på individuelt nivå i 2012. Videre er det i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og departementet etablert et felles sett av indikatorer som det kan bygges videre på i 2012.

Reduksjon av deltid handler om langsiktig kulturutvikling så vel som tett samarbeid med tillitsvalgte og ansatte, ikke minst når det gjelder fleksible arbeidstidsordninger og nye ansettelsesavtaler. Det er etablert en arbeidsgruppe på regionalt nivå for å ivareta dette. Helse Sør-Øst RHF vil i 2012 også arbeide videre med disse spørsmålene. Lokale pilotprosjekter vil bli fulgt opp og diskutert i regionale fellesfora og konferanser. Det tas dessuten sikte på å arrangere et felles regionalt tiltaksseminar for å få opp og spre gode eksempler på gjennomførte tiltak som faktisk gir resultater.

- ***Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, arbeider med videreutvikling av indikatorer på HR-området, spesielt når det gjelder deltid.***

Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og departementet etablert et felles sett av indikatorer som det kan bygges videre på i 2012. Det forutsettes at indikatorene benyttes i Helse Sør-Øst RHF's eget arbeid på området.

- ***Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalen.***

Alle virksomheter i foretaksgruppen har inngått ny IA-avtale og har etablert handlingsplan for sin virksomhet i henhold til avtalens føringer. Det vil si at foretakene har etablert konkrete handlingsplaner med aktivitets- og resultatmål, og at planene er behandlet i et partssammensatt organ (arbeidsmiljøutvalg). Foretaksgruppen monitorerer løpende sykefraværet. Ved den årlige medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen registreres andelen medarbeidere som opplever å ha et arbeidsrelatert fravær. Denne andelen har sunket siden målingene startet i 2007 og ligger nå mellom 7 % og 14 % i foretaksgruppen. Samtidig har medarbeideres tiltro til at de ville få god oppfølging av egen leder ved et fravær gradvis steget og ligger i 2011 mellom 72 % og 81 %.

- ***Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF utvikle indikatorer for målsettingene med IA-avtalen gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner – HR standardisering.***

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i det nasjonale arbeidet med å utvikle indikatorer relatert til IA-avtalen. Et systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid er en viktig del av det forebyggende fraværarbeidet. Helse Sør-Øst RHF har derfor også bidratt i arbeidet med å beskrive indikatorer for HMS-området.

- ***Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.***

Det praktiseres gjennomgående en restriktiv og begrenset bruk av eksterne konsulenter både i det regionale helseforetaket og i de underliggende helseforetakene. 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.

I tillegg har enkelte store foretak, spesielt Oslo universitetssykehus HF, tidligere benyttet seg en del av innleide konsulentressurser, først og fremst til spissede satsningsområder som

omstillingsrådgivning, omorganisering, bygg og IKT-oppgaver. Dette er imidlertid redusert i 2011. Helseforetakene melder om at felles rammeavtaler for Helse Sør-Øst legges til grunn ved bruk av konsulenttjenester.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet, og gjøre nødvendige tilpasninger til de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Foretaksmøtet ba spesielt om at programmet legger vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, ta initiativ til og lede arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet med Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene og i tillegg initiert lokale prosesser på lik linje med de andre regionene. Regionen har i den forbindelse tatt initiativ til og ledet arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for å konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.

Alle regionene er involvert i arbeidet og har sammen med prosjektledelsen i løpet av høsten 2011 gjennomført 15 dialogaktiviteter regionalt og lokalt i foretak. Til sammen har et stort antall ledere fått anledning til å diskutere ledelse og gi innspill til den nasjonale lederplattformen. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse blant ca 800 ledere og avholdt møter for innspill fra fagforeninger og akademiske miljøer. Innspillene fra alle disse arenaene, og fra en avsluttende nasjonal innspillskonferanse i februar 2012, vil danne grunnlaget for utformingen av den endelige plattformen.

Helse- og omsorgsdepartementet er holdt løpende orientert om progresjonen i arbeidet, som slutføres med styrebehandling i styrene i de regionale helseforetakene innen 1. juli 2012.

For mer informasjon viser vi til redegjørelsen i kapittel 4.1.6 *Personell og ledelse*.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus*

Helseforetakene opplever i liten grad at det er aktuelt å vurdere søknader om permisjon for ansatte som ønsker å prøve stilling ved UNN/Longyearbyen sykehus. Det bekreftes likevel gjennomgående at evt. søknader blir vurdert innvilget. Det tas som vanlig forbehold om individuell vurdering og driftsmessige hensyn.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid.*

Flere foretak har regelmessige permisjoner knyttet til ansattes deltakelse i internasjonalt hjelpearbeid. Søknader vurderes velvillig med de nevnte forbehold. Noen har også egne bestemmelser som legger særskilt til rette for dette.

3.2.5 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.5 - Intern kontroll og risikostyring

- *Styret skal påse at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.*
- *Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.*
- *Foretaksmøtet la 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.*
- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

I oppdrags og bestillerdokumentet for 2011 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 2011 og det redegjøres for dette arbeidet i helseforetakenes årlig melding.

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 2011. I rapporten inngår også samlet risikovurdering per 2. tertial følger her som vedlegg 1.

Helse Sør-Øst RHF har i 2011 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 2012. Oppfølgingsregimet innebærer både foretaksvis og samlet rapportering. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog vil være tilpasset vurdert risiko.

Helse Sør-Østs omdømme har blitt utfordret flere ganger i 2011 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 å 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. 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, ivaretas styrets tilsyns- og kontrollrolle gjennom den etablerte revisjonskomiteen og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. 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 eksterne revisors 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 2011 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder i foretaksgruppen, hvorav de tre mest omfattende er:

- Revisjon av pasientadministrativt arbeid, hvor det undersøkes om helseforetakene har etablert intern styring og kontroll som sikrer at pasientene kommer til rett sted og til rett tid, samt om pasientens rettigheter ivaretas. Revisjonen omfatter alle helseforetakene i regionen. Revisjonsrapport fra den enkelte revisjon sendes administrerende direktør i det enkelte foretak og behandles i foretaksstyret.

- Revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav, hvor det er undersøkt om helseforetakene har etablert systemer og aktiviteter som sikrer forankring og gjennomføring av eierkravene.
- Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis hvor formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis innenfor somatisk virksomhet i helseforetakene for å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for riktig koding. Revisjonen ble initiert fra Helsedirektoratet og har vært gjennomført i samarbeid med internrevisjonene i alle regionale helseforetak.

Samlet resultatet av revisjonsarbeidet i 2011 fremlegges for styret i *Årsrapport 2011 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 16. februar 2012 sammen med revisjonsplan for perioden 2012-2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2011 er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

3.2.6 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.6 - Kvalitet i anskaffelsesprosessen

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF følger anbefalingene fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.*

Anbefalingene følges opp av Helse Sør-Øst RHF ved at det innarbeides krav til aktiv miljøledelse når det inngås nye rammeavtaler med private leverandører. Dette gjelder også ved kjøp av helsetjenester.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF tar hensyn til særlig de ideelle institusjonenes behov for forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser, og at det legges til grunn avtalelengder som er på linje med andre samfunnssektorer.*

Helse Sør-Øst RHF budsjetterer i alt 3,5 mrd kroner tilkjøp av helsetjenester. Av dette inngås avtaler med avtalespesialister for om lag 0,7 mrd kroner. Det inngås også avtaler med private leverandører av helsetjenester for om lag 2,8 mrd kroner. Dette er avtaler både med ideelle og ikke ideelle institusjoner. Dagens avtaler innenfor området tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere er alle inngått med ideelle organisasjoner. Avtalene utgår 30.06.2012. Fra dette tidspunkt vil det bli inngått løpende avtaler med ideelle organisasjoner på dette området.

Omleggingen er i tråd med de ideelle institusjonenes behov for forutsigbarhet og langsiktighet mht langsiktig planlegging. Omleggingen vil kreve at det regionale foretaket utvikler nye metoder for oppfølging av organisasjonene, der fag og kvalitet vil få økt fokus. Det vil være naturlig å se på om denne avtaleformen også skal benyttes ved inngåelse av nye avtaler med ideelle organisasjonen innenfor rehabilitering og psykisk helsevern når dagens avtaler på disse områdene utløper.

- *Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester sikrer en tilfredsstillende geografisk tilgjengelighet til tjenester for befolkningen.*

Det er viktig for Helse Sør-Øst RHF å sikre en tilfredsstillende geografisk tilgjengelighet i regionen. Geografisk tilgjengelighet er derfor et av tre kriterier tilbudene vurderes på grunnlag av, hvorav kvalitet og pris er de to øvrige. Når endelig beslutning skal fattes vil kvalitet bli vektet foran tilgjengelighet og pris. Det er helt essensielt for Helse Sør-Øst RHF at faglige vurderinger

må ligge til grunn for valgene. Samtidig vil inkludering av tilgjengelighet som et utvalgsriterium sikre ivaretagelse av behovet for lik tilgjengelighet så langt det er mulig uten at dette går på bekostning av kvalitet.

- ***Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører eksterne evalueringer av sine anskaffelser av helsetjenester. Evalueringer må omfatte hele anskaffelsesprosessen. Evalueringer skal bl.a. omfatte konsekvenser for pasienttilbudet mht. kontinuitet, geografisk tilgjengelighet, bredde og mangfold, og evne til fornyelse og utvikling. I tillegg bør evalueringer se på anskaffelsen fra et leverandørperspektiv mht. forutsigbarhet, ryddighet og profesjonalitet, samt anskaffelsenes konsekvenser for fremtidig konkurransesituasjon.***

Det er i 2011 gjennomført en ekstern evaluering av anskaffelser av helsetjenester fra private leverandører i 2010 for fagområdene psykisk helsevern, radiologi og rehabilitering. Formålet med evalueringen har vært å se på konsekvensene for pasienttilbudet bl.a. mht kontinuitet og geografisk tilgjengelighet, kvalitet i anskaffelsesprosessen og konsekvenser for leverandørene. Rapporten fra den eksterne evalueringen forelå i desember 2011. Det vil nå bli utarbeidet en plan for hvordan anbefalingene fra denne evalueringen skal gjennomføres. Planen vil også ivareta resultatene fra gjennomgangen konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjorde innenfor deler av det samme området i 2010.

- ***Foretaksmøtet la til grunn at ved eventuell konkurranseutsetting av ikke-medisinske funksjoner skal Helse Sør-Øst RHF sikre at de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikke svekkes.***

Helse Sør-Øst har i 2011 fortsatt arbeidet med etisk handel og var initiativtagere til i mars 2011 å starte prosjektet "Etisk handel i helseregionene". Det er et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene, hvor målsetningen er å implementere etisk handel som en integrert del av anskaffelsesprosessen og avtaleforvaltningen. Som et ledd i dette arbeidet er nå Helse Sør-Østs medlemskap i organisasjonen "Initiativ for etisk handel" (IEH) utvidet til å gjelde alle fire regioner.

Helse Sør-Øst har i 2011 fulgte opp ti regionale anskaffelser blant annet ved kontroller og oppfølging helt ute på produksjonssted i lavkostland. Helse Sør-Øst RHF mottok også i 2011 en pris for sitt arbeid, denne gangen var det "Årets etiske ildsjel" utdelt av organisasjonen IEH. Ved å være medlem i IEH har regionene forpliktet seg til å rapportere om arbeidet med etisk handel. En kortversjon av rapporten er offentliggjort på www.helse.sorost.no/etikk_miljo.

Helse Sør-Øst har også videreutviklet sin satsing på miljøkrav i anskaffelser ved å formalisere krav til innkjøpere om tidlig fokus i alle anskaffelser på miljøkrav samt gjennomføring av revisjoner av miljøkrav i ti regionale anskaffelser.

Konkurranseutsetting av egen virksomhet (ikke-medisinske funksjoner) har ikke vært aktuelt i perioden.

Ved innkjøp av vikartjenester er ivaretagelse av lønns- og arbeidsvilkår sikret i kontraktsform med alle avtaleleverandørene. Videre er dette fulgt opp med revisjoner av de aktuelle leverandører både med hensyn til arbeidstid og lønnsavregninger.

3.2.7 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.7 - Utvikling av IKT-området

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i løpet av første halvår 2011 oversende en strategi for realisering av eResept, herunder avklare valg av autentiseringsløsning og i løpet av tredje kvartal 2011 fremlegge planer for innføring av eResept i Helse Sør-Øst RHF.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i arbeidet med videreutvikling av regelverk om informasjonssikkerhet.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom året 2011 bidratt aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området, gjennom etablering av en regional langtidsplan IKT, samt underliggende områdeplaner for de respektive helseforetakene. Man har lagt vekt på å sikre etablering av et felles fundament i regionen, og gjennom dette legge til rette for god samhandling nasjonalt. Regionen har bidratt til realisering av de vedtatte satsinger som framgår i nasjonal handlingsplan for eHelse og deltatt i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter – bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter. Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til standardiseringsarbeid og i forhold til nasjonalt arbeid for kodeforbedring.

Helse Sør-Øst RHF har 2 medlemmer i styringsgruppen for Nasjonal IKT og flere medlemmer i prosjekteierforum. Det er deltakere fra det regionale helseforetaket i Klinisk IKT fagforum og i Arkitekturforum underlagt Nasjonal IKT. Regionen er representert i styringsgruppen og referansegruppen for Nasjonal Kjernejournal. Helse Sør-Øst RHF er videre representert i styringsgruppen og prosjektgruppen for nasjonal foranalyse for logganalyse, gjennom Nasjonal IKT. Man er også representert i styringsgruppen for Helseportalen Helsenorge.no, der man i tillegg hadde en sentral medarbeider i etableringsprosjektet. Leder av den regionale satsingen i Pasientsikkerhetskampanjen er også en sentral bidragsyter til den nasjonale kampanjeledelsen. Helse Sør-Øst har i tillegg ledet styringsgruppen for nasjonale medikasjonsprosjektet og nasjonal SykehusFEST i regi av NIKT.

Helse Sør-Øst har, etter dialog med det nasjonale e-resept prosjektet, gjennomført vurdering av den regionanale utviklingen av en løsning med tilstrekkelig sikkerhet for foretakenes systemer. Regionen har oversendt en strategi for realisering av eResept og arbeidet med utvikling av planer for utrulling av eResept, parallelt med vurdering av fagområdet klinisk dokumentasjon. Helse Sør-Øst har hatt en sentral rolle i det nasjonale arbeidet for medikasjonstjenesten, som vil legge grunnlag for utnyttelse av e-resept i sykehus. Medikasjonstjenesten er også en viktig premisse for den nasjonale Kjernejournalen.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet og besluttet *Styringsystem informasjonssikkerhet*. Styringssystemet for informasjonssikkerhet, gjennom administrerende direktør i helseforetakene, skal besluttes

implementert i helseforetakene i henhold til bestilling gitt i foretakenes oppdragsdokument for 2011.

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

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

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet et kompetanseprogram for informasjonssikkerhet, som er under gjennomføring i foretaksgruppen. Dette bidrar til systematisk fokus og opplæring i pasientsikkerhet knyttet til bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. Helse Sør-Øst RHF har også etablert et foranalyse-prosjekt for identitets- og tilgangsstyring (etter krav i Helseinformasjonssikkerhetsforskrift), for å identifisere og kartlegge nødvendige tiltak, krav til funksjonalitet og bruk i behandlingsrettede helseregistre – for fremtidig etterlevelse av Helseinformasjonssikkerhetsforskrift.

3.2.8 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 6.8 - Nødnett

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF bidrar til ferdigstillingen av første byggetrinn for Nødnett.*
- *Foretaksmøtet la videre til grunn at Helse Sør-Øst RHF deltar i planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett dersom dette blir vedtatt i Stortinget. Departementet vil legge føringer for arbeidet når saken er avklart, herunder styring av utbyggingen og driften av sambandsnettet.*
- *Foretaksmøtet la også til grunn at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med kommunene utarbeider rutiner og prosedyrer for bruk av Nødnett.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i utbygging og ferdigstilling av første byggetrinn av Nødnett. Arbeidet er gjennomført iht gjeldende planer, i tett samarbeid med Helsedirektoratet. Planlegging av landsdekkende utbygging er igangsatt iht føringer og planer fra Direktoratet for nødkommunikasjon og Helse- og omsorgsdepartementet. Nødvendige rutiner og prosedyrer for bruk av nødnettet har blitt utarbeidet og innført i første byggetrinn, i samarbeid med Helsedirektoratet.

3.3 Øvrige styringskrav for 2011

3.3.1 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.1 - Miljø- og klimatiltak

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport.*
- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og be helseforetakene gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger.*

Det redegjøres samlet for ovenstående punkter.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er invitert med i miljø- og klimaforum som arrangeres seks ganger årlig av det nasjonale miljø- og klimaprojektet. Sykehuset i Vestfold HF er pilot i det nasjonale prosjektet og har startet opp et prosjekt med mål om å bli sertifisert i løpet av 2013, noe de også er i rute med. Det nasjonale miljø- og klimaprojektet gjennomførte i desember 2011 et kick-offmøte for oppstart av miljøledelsesprosjekter hvor alle helseforetak i Helse Sør-Øst deltok. Helse Sør-Øst RHF har ved Sykehuspartner innkjøp inngått en avtale med Det Norske Veritas om sertifiseringstjenester på miljøledelse etter ISO 14001-standard. I Helse Sør-Øst RHF er det opprettet et prosjekt med prosjektledelse for at det regionale helseforetaket skal bli sertifisert selv. Det er også opprettet en miljøgruppe med tverrfaglig deltagelse. Helse Sør-Øst RHF publiserer årlig en miljørapport med status på ulike miljøaspekter samt framdrift i miljøledelsesprosjektene i foretaksgruppen. Rapporten kan finnes på www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/etikk/Sider/miljo.aspx.

Sluttrapportene på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport er behandlet i ulike regionale fora for innkjøp og bygg/eiendom og rapportene er oversendt helseforetakene for oppfølging. Som oppfølging av innkjøpsrapporten har Helse Sør-Øst RHF invitert de tre andre regionene med i et prosjekt for etisk handel og miljø. Målet med prosjektet er å etablere arbeidet med etisk handel i organisasjonene. Prosjektgruppen er en operativ arbeidsgruppe hvor hver region er representert med en til to personer. Deltagerne representerer regionens innkjøpsmiljø og er på ledernivå eller nært ledernivå for de ulike regionenes innkjøpsmiljøer. Dette for at prosjektgruppen skal være operativ, beslutningsdyktig og selvgående. Hovedmål med prosjektet er å opptre enhetlig overfor leverandører, gjøre felles risikovurderinger, felles oppfølginger og opparbeide kompetanse i foretakene.

Tematikken klimavennlige løsninger og oppvarming er drøftet i regionale energiledermøte. Når det etableres fjernvarmeanlegg i nærheten av bygg i foretaksgruppen, vil et samarbeid alltid bli vurdert.

3.3.2 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.2 - Nasjonalt profileringsprogram

- *Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.*

Det regionale helseforetaket har i 2011 vært med i diskusjoner omkring utarbeidelse av revidert nasjonalt profilprogram. Men det endelige, reviderte profilprogrammet var ikke mottatt av Helse Sør-Øst RHF innen utgangen av 2011. Implementeringen av programmet vil starte opp i 2012.

3.3.3 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.3 - H-reseptordningen

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, om å vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept.*

Dette arbeidet kom opprinnelig i gang etter et initiativ fra Helse Sør-Øst RHF. Det regionale helseforetaket har deltatt i en gruppe, ledet av Helsedirektoratet, som gjennom 2011 har arbeidet med en rapport om behov og tiltak for forbedringer i oppgjørsordningen. Rapporten ble ferdigstilt i desember 2011, og er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2012.

3.3.4 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.4 - KPP-regnskap

- *Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene i 2011 skal delta med minst et helseforetak i KPP-prosjektene Helsedirektoratet iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter.*

Målsettingen fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring i regionale helseforetak og helseforetak, står ved lag. En av svakhetene som ble avdekket i piloteringsprosjektet har vært at oversikten over anvendelse av legeressursene i helseforetakene ikke er god nok. Det har ikke vært særskilt aktivitet fra regionalt nivå på dette feltet i 2011. En forstår det slik at Helsedirektoratet tidlig i 2012 vil ta initiativ overfor de regionale helseforetakene for å ta opp igjen arbeidet med KPP:

3.3.5 Foretaksmøte 31. januar 2011, sak 7.5 - Parkering

- *Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.*

Styringsbudskapet er videreformidlet til helseforetakene i oppdrag og bestilling 2011. Helseforetakene har økende oppmerksomhet på problemstillingen, og melder at det er etablert

rutiner for å sikre at informasjonsnivået overfor brukere bedres og at innkomne klager gis en seriøs behandling.

Helse Sør-Øst RHF har i 2011 ikke hatt henvendelser med klage innenfor dette området.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2011

3.4.1 Rapportering på tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya, Prop. 154 S (2010-2011)

Som følge av angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya 22. juli 2011 ble det bevilget i alt 63,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, fordelt slik

- Kompensasjon for økte kostnader ved helseforetakene 46,0 mill. kroner
- Kompensasjon for økte kostnader psykisk helsevern, 5,4 mill. kroner
- Ny midlertidig tilskuddsordning til dekning av pårørende og etterlattes reise- og oppholdsutgifter, 12,0 mill. kroner

Kompensasjonen til helseforetakene som følge av økte kostnader ble fordelt på bakgrunn av kostnadsdata knyttet til disse hendelsene, innhentet fra helseforetakene og sykehusene. Midlene knyttet til pårørende og etterlattes reise- og oppholdsutgifter er stilt til disposisjon for Pasientreiser ANS, i henhold til føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disponering av midlene knyttet til psykisk helsevern vil bli vurdert nærmere i løpet av 2012.

3.5 Medvirkning, dialog og forankring

3.5.1 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

5. Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse.
6. 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.
7. Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssentra.
8. Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse.

Kompetanse og metoder

9. Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerepresentasjon.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisins- 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 utover 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 tjenestene 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 finnes på www.helse-sorost.no/brukerutvalg.

Brukerutvalgets innspill til årlig melding 2011 for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget har gitt en arbeidsgruppe fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Gruppen har hovedsaklig konsentrert seg om avsnittene 1.2. og 3.5.1. Brukerutvalget er forelagt årlig melding i møte 13. mars 2012.

I kapittel 1.2. *Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011* 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 2011 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2012 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Brukerutvalget har i 2011 konsentrert innsatsen om fire hovedområder: pasientsikkerhet og kvalitet, et koordinert helsetilbud, pasientrettigheter og ventetider og brukermedvirkning. Uttalelsen til årlig melding organiseres i samsvar med dette.

Pasientsikkerhet og kvalitet:

Pasientsikkerhet: Også i 2011 har mange pasienter opplevd feilbehandling. Uønskede hendelser må følges opp både ovenfor den enkelte pasient, og i klinikken med sikte på læring og forbedring. Det forventes at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen bidrar til varige endrede systemer og kulturer som sikrer at ledere og ansatte på alle nivå løpende følger opp pasientsikkerheten. Spesielt er det forventninger til delprosjektene ”Trygg kirurg” og ”Samstemming av legemiddellister” som er av betydning for store pasientgrupper samt til utvidelse av kampanjen til å omfatte psykisk helsevern og rus.

Informasjon og kommunikasjon: Brukerundersøkelser dokumenterer svikt i muntlig og skriftlig informasjon og kommunikasjonen mellom helsepersonellet og pasienter og pårørende. Informasjon og kommunikasjon må derfor vies større oppmerksomhet i arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet.

Gode pasientforløp: Behovet for en gjennomgang av pasientadministrative forhold har lenge vært etterspurt av brukerutvalget, bl.a. i årlig melding for 2010. Det er derfor positivt at konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF i 2011 reviderte intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene og at Helse Sør-Øst raskt kom i gang med prosjektet ”Glemt av sykehuset”.

Prosjektet ”*Kunnskapsutvikling og god praksis*” må videreføres med full tyngde. Prosjektet bør være forankret i det regionale helseforetaket. Helseforetakene bør bygge på hverandres erfaringer og bidra til standardisering av tjenestene som grunnlag for tilpasning til den enkelte pasients

situasjon. Gjennom samhandlingsreformen bør det legges ytterligere vekt på å inkludere kommunene i prosjektet. Det er tilfredshet med at brukermedvirkning, informasjon og opplæring gis oppmerksomhet i planene. Det registreres imidlertid at brukerdeltagelse i arbeidet i helseforetakene varierer.

Regionale strategier og handlingsplaner: Brukerutvalget er opptatt av at de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering samt handlingsplan for spesialisthelsetjenesten for eldre blir fulgt opp og ser fram til å få informasjon om hvordan strategiene følges opp gjennom områdeplaner og årlig melding fra helseforetakene.

Fordeling av oppgaver og funksjoner: Det er i 2011 arbeidet med og fattet beslutninger om funksjonsfordeling innen flere områder. Innenfor enkelte fagområder er det ulike syn både blant brukere og fagfolk om hva som samlet er best for pasientene. Vedtak om fordeling av oppgaver og funksjoner må følges opp med måling av kvalitet for å avdekke behov for korrigeringer. Pasientforløp og behandlingslinjer bør beskrives, og standardisere og kompetanse må bygges slik at pasienter som behandles sentralt får god lokal oppfølging.

Forskning og innovasjon: Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges vekt på at resultatene overføres til praksis og resulterer i bedre behandlingstilbud. Det bør i større grad forskes på hele pasientforløp. Dessuten bør migrasjonshelse få større forskningsmessig oppmerksomhet.

Korridorpasienter: Andel korridorpasienter har holdt seg omtrent på samme nivå som i 2010. I lys av nasjonale føringer om at det som hovedregel ikke skal være korridorpasienter er ikke dette akseptabelt. Det er allikevel gledelig at mange helseforetak synes å ha situasjonen under kontroll. Utviklingen må følges nøye i 2012.

Epikriser: At «andel epikriser som er utsendt innen syv dager» utvikler seg positivt også i 2010 er gledelig. Alle pasienter bør imidlertid få en foreløpig epikrise (rapport) ved utskrivning. Denne bør gjennomgås med pasienten før utskrivning med spesiell vekt på hva pasienten selv kan forvente og må følge opp. Samme rapport må umiddelbart sendes fastlegen elektronisk.

Sykehusinfeksjoner: Det er fortsatt for høy forekomst av sykehusinfeksjoner. Forbedring for å redusere skader og plager for pasienter og unødig ressursbruk for helseforetaket må prioriteres høyt.

Pasientrettigheter og ventetider:

Ventetider: Det er gledelig at ventetider er vesentlig redusert innen BUP, VOP og TSB og for rettighetspasienter innen somatikken. Det er også positivt at Helse Sør-Øst har kortere ventetider enn de andre helseregionene. Ventetiden for alle pasienter, med og uten rett i alle virksomhetsområder har imidlertid økt til 75 dager, mens det nasjonale målet er 65 dager. Brukerutvalget får også meldinger om at mange må vente alt for lenge i deler av pasientforløpet. For de kommende år må det rettes større innsats for å unngå unødig ventetid for pasientene både før utredning og i forløpet.

Det er fortsatt stor forskjell i ventetidene mellom de forskjellige helseforetakene. Lokale prosjekter resulterer i bedre behandling og kortere ventetider. Slike forbedringsprosjekt må gjennomføres flere steder i samarbeid med brukere og kommuner.

Ulikheter: Lik tilgang til helsetjenester for alle grupper i befolkningen.. Oppgaver knyttet til å utvikle gode og likeverdige helsetjenester som også ivaretar de utfordringene i et flerkulturelt

samfunn må tillegges vekt i årene som kommer. Brukerutvalget følger ”*Samhandlingsarena Aker*” med særlig oppmerksomhet.

Fristbrudd: Antall fristbrudd for rettighetspasienter, alle tjenesteområder, har vist en jevn nedgang fra 2008 til 2010. At andelen i 2011 er noe økt er uheldig. Siden problemet i all hovedsak er avgrenset til ett helseforetak forventes situasjonen å komme under kontroll i 2012.

Et koordinert helsetilbud

Samhandlingsreformen: Samhandlingsreformens mål støttes av brukerutvalget. I et kortsiktig perspektiv er det viktig at tilbudene i spesialisthelsetjenesten opprettholdes i overgangsfasen med kommunal oppbygging av tilbud. Gjensidig faglig veiledning, samarbeide gjennom ambulante team/lokalbaserte tilbud og gjensidig hospitering er viktig. Det må også holdes fokus på god samhandling innad i spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget forventer at alle ansatte i helseforetakene utnytter reformens muligheter, og at det er positive holdninger til reformens intensjon og overføring av oppgaver.

Omstillinger i hovedstadsområdet: Brukerutvalget har siden vedtaket i 2008 støttet målsetningene med omstillingen i hovedstadsområdet og følger integrasjonsprosessen i Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF nøye. Brukerutvalget registrerer at det har vært uro i prosessen, og forutsetter at de berørte helseforetakene løpende påser at pasientbehandlingen er forsvarlig. Det forventes at helseforetakene i 2012 ytterligere vektlegger dialog med tillitsvalgte og brukere og at alle parter bidrar til riktig informasjon til befolkningen.

Brukermedvirkning

13 prinsipper for brukermidvirkning: Det er fortsatt behov for innsats i foretaksgruppen for å implementere prinsippene. Brukerutvalget er tilfreds med at Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet angir at alle helseforetak i løpet av 2012 skal styrebehandle mål og strategier for brukermidvirkning.

Samhandlingsreformen: Det må utvikles gode strukturer for brukermidvirkning i de ulike samhandlingsorganene som blir etablert. Brukerrepresentantene får her en ny rolle og en unik mulighet til å medvirke i arbeidet med å bedre helsetjenesten.

Brukererfaringer og kvalitetsindikatorer: Alle helseforetak bør legge til rette for at pasienter og pårørende enkelt skal kunne melde fra om erfaringer og feil og at disse brukes i forbedringsarbeid. Regionale helseforetak og Kunnskapssenteret bør samarbeide om å lage modeller for brukerundersøkelser til lokalt forbedringsarbeid. Videre bør flere kvalitetsindikatorer utvikles og publiseres.

Pasient- og pårørende opplæring: Medvirkning og egenomsorg for bedre livskvalitet og mindre behov for helsetjenester er viktig. Brukerne har i alle år vært opptatt av at pasient og pårørende opplæringen må styrkes, både gjennomgående i pasientforløpet og i egne lærings- og mestringssentra.

Avslutning:

Brukerutvalget vil i uttrykk for tilfredshet med at majoriteten av helseforetakene har økonomiske resultat som gir grunn til optimisme og grunnlag for investeringer i bygninger og medisinsk teknisk utstyr. 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.

3.5.2 Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

Et godt samarbeid på alle nivåer i organisasjonen vil fremme initiativ, motivasjon og samhörighet. 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 ansattrepresentanter i styret for Helse Sør-Øst RHF. Det vektlegges at de konserntillitsvalgte kan komme tidlig inn i prosessene før sakene slutføres.

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

4. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
5. 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.
6. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

Informasjon

7. 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.
8. 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

9. 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.
10. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
11. 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.
12. 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 2012 vil en arbeide videre med å implementere prinsippene og bidra til at de omsettes i praksis innenfor helseforetaksgruppen. Det er viktig at medarbeidere som skal virkeliggjøre målene også deltar i endringsprosessene.

3.5.3 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. Administrerende direktør har i 2011 hatt vel 400 eksterne møter og holdt 36 presentasjoner/taler i eksterne fora. I 2011 har hun lagt spesiell vekt på ekstern kontakt om temaene kvalitet og pasientsikkerhet, samhandling, innovasjon og beredskap, herunder også oppfølging vedrørende hendelsene 22. juli 2011.

I 2012 er ledelse og nasjonal plattform for ledelse i helseforetak et prioritert tema i kommunikasjonen. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har en løpende og tett kommunikasjon med sentrale helsemyndigheter. I tillegg til Helse- og omsorgsdepartementet omfatter dette Helsedirektoratet, fylkesleger, Kunnskapssenteret med videre.

Samarbeidet med kommunene videreutvikles både mellom det enkelte helseforetak og kommunene, og regionalt i samarbeid med KS. Samhandlingsreformen bidrar til en styrket dialog med kommunene. Helse Sør-Øst har en løpende kommunikasjon med fylkeskommunene. Samarbeidet med pasientombudene i Helse Sør-Øst er godt. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har en løpende og tett kommunikasjon med brukerorganisasjoner og fagorganisasjoner. Der gjennomføres også regelmessige møter med de øvrige helseregionene.

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, herunder arbeidet med rullering av gjeldende plan for strategisk utvikling.

Det vises også til styrets innspill til statsbudsjettet for 2013, jf. styresak 089-2011 og brev av 20. desember 2011 til Helse- og omsorgsdepartementet der det gjøres rede for de fire regionale helseforetakene innspill knyttet til beregning av aktivitetsforutsetninger for 2013.

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I dette kapitlet redegjøres det på et generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont er 3-4 år.

4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

4.1.1.1 Demografisk utvikling

Dette kapitlet bruker SSBs prognoser for befolkningsutviklingen, alternativ ’middels nasjonal vekst’ (MMMM). Utgangspunktet er den faktiske utviklingen av innbyggertallene i regionen de siste årene. Her har Oslo hatt den største befolkningsveksten av alle fylkene i regionen. Akershus følger nærmest, og dette har økt veksten og presset i hovedstadsområdet. På to år (2009 og 2010) har Oslo og Akershus økt med nesten 42.000 av en samlet vekst på 71.000 innbyggere i regionen. Samtidig er det verdt å merke seg at det har vært vekst i alle regionens 10 fylker. Utover Oslo og Akershus er det Buskerud, Agder-fylkene og Østfold som har hatt størst økning.

Tabell 1: Reell utvikling av innbyggertall i fylkene og regionen 2009-2011(SSB)

Fylke	Folketal per 01.01			Vekst 2009 - 2011		Vekst 2010 - 2011	
	2009	2010	2011	N	%	N	%
Østfold	268 584	271 662	274 827	6 243	2,3 %	3 165	1,2 %
Akershus	527 625	536 499	545 653	18 028	3,4 %	9 154	1,7 %
Oslo	575 475	586 860	599 230	23 755	4,1 %	12 370	2,1 %
Hedmark	190 071	190 709	191 622	1 551	0,8 %	913	0,5 %
Oppland	184 288	185 216	186 087	1 799	1,0 %	871	0,5 %
Buskerud	254 634	257 673	261 110	6 476	2,5 %	3 437	1,3 %
Vestfold	229 134	231 286	233 705	4 571	2,0 %	2 419	1,0 %
Telemark	167 548	168 231	169 185	1 637	1,0 %	954	0,6 %
Aust-Agder	107 359	108 499	110 048	2 689	2,5 %	1 549	1,4 %
Vest-Agder	168 233	170 377	172 408	4 175	2,5 %	2 031	1,2 %
Sum regionen	2 672 951	2 707 012	2 743 875	70 924	2,7 %	36 863	1,4 %

I en helt fersk rapport (Nøkkeltall for helsesektoren, utgitt 15.02.12) skriver Helsedirektoratet bl.a. følgende om befolkningsutviklingen i Norge:

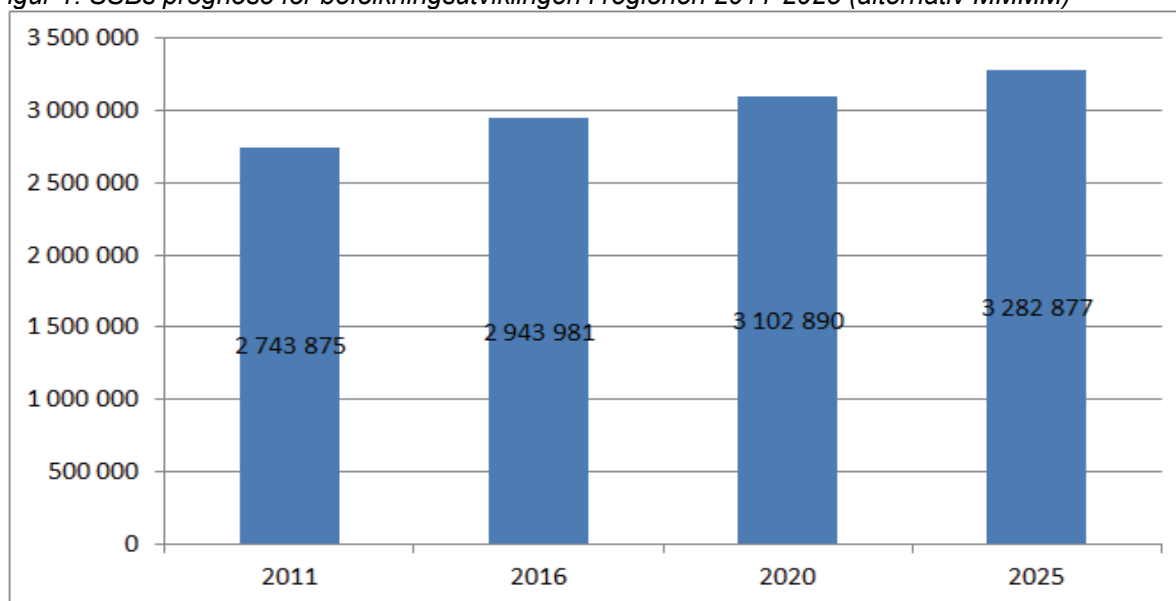
I mars 2012 vil folketallet i Norge passere 5 millioner, og det anslås å nå 6 millioner i 2028. Ulike aldersgrupper etterspør ulike helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning og flere kronisk syke i alle aldre vil være særlig utfordrende. Beregninger viser at antall personer over 67 år vil vokse fra i overkant av 600 000 i 2008 til 1,6 millioner i 2060.

Forebyggende innsats vil være viktig for å opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i alderdommen.

Forventet levealder har økt i de fleste OECD-land de siste tiårene, takket være forbedringer i levekår, folkehelseiltak og fremgang i medisinsk behandling. I 2009 var forventet levealder ved fødselen i Norge ca. 81 år, noe som er 1,5 år høyere enn OECD-gjennomsnittet. Forventet gjenstående levetid ved 60 års alder i 2009 var 23,7 år. I perioden fra 1900 til 1950 skyldtes den økte levalderen i Norge i stor grad en sterk nedgang i spedbarndødeligheten. I de siste 10–20 årene er det imidlertid redusert dødelighet blant middelaldrende som har vært utslagsgivende for økt levealder.

Med sine ti fylker omfatter Helse Sør-Øst 172 kommuner og 15 bydeler. I 2012 vil regionen passere 2,8 mill. innbyggere. Det utgjør 56 % av landets befolkning. Figur 1 viser hvordan Statistisk sentralbyrå har beregnet befolkningsutviklingen. For 5-årsperioden 2011-2016 vil folketallet i regionen øke med ca. 200.000 innbyggere (7,3 %), og fram til 2020 vil regionen få en ganske stabil årlig vekst på ca. 40.000 personer, dvs. mellom 1,3 og 1,45 %.

Figur 1: SSBs prognose for befolkningsutviklingen i regionen 2011-2025 (alternativ MMMM)



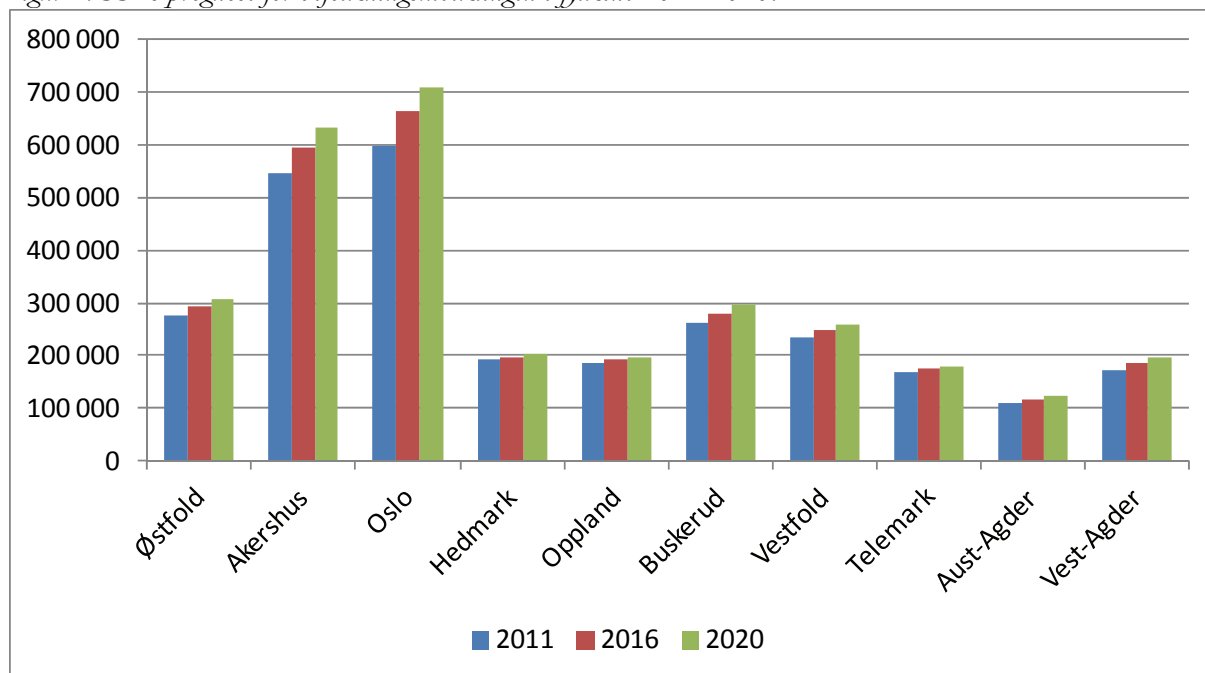
Det er ikke grunnlag for å legge vekt på de eksakte prognosetallene i figurene og tabellene, fordi det alltid vil være usikkerhet knyttet til en framskrivning. Forutsetninger om forventet levealder, fruktbarhet og flytting blir generelt mer usikre med lengre framskrivning. I tillegg betyr forhold rundt innvandring nå langt mer for folketallsveksten enn før, samt hvordan de sosioøkonomiske forholdene utvikler seg. Usikkerheten øker også når framskrivningens resultater fordeles på kommuner og bydeler. Den blir ytterligere usikker når den brytes ned på aldersgrupper, bl.a. for størrelsen på fødselskullene og de yngste aldersgruppene. Likevel er det av stor betydning for spesialisthelsetjenesten å se hvilke utslag en forventer å få fordelt på fylker, sykehusområder og aldersgrupper.

Tabell 2: SSBs prognose for utviklingen av innbyggertall i fylkene og regionen 2011-2020

Fylke	2011	2016	2020	Vekst 2011-2016		Vekst 2011-2020	
				N	%	N	%
Østfold	274 827	292 065	306 130	17 238	6 %	31 303	11 %
Akershus	545 653	594 078	632 492	48 425	9 %	86 839	16 %
Oslo	599 230	663 671	709 868	64 441	11 %	110 638	18 %
Hedmark	191 622	197 448	202 700	5 826	3 %	11 078	6 %
Oppland	186 087	191 546	196 420	5 459	3 %	10 333	6 %
Buskerud	261 110	280 229	296 223	19 119	7 %	35 113	13 %
Vestfold	233 705	247 809	259 830	14 104	6 %	26 125	11 %
Telemark	169 185	174 691	179 714	5 506	3 %	10 529	6 %
Aust-Agder	110 048	117 967	124 465	7 919	7 %	14 417	13 %
Vest-Agder	172 408	184 477	195 048	12 069	7 %	22 640	13 %
Sum region	2 743 875	2 943 981	3 102 890	200 106	7 %	359 015	13 %

Hvis befolkningsutviklingen blir som SSB forventer, vil antall innbyggere i regionen øke med ca. 360.000 personer (over 13 %) fram til 2020. I figuren under er veksttakten for de enkelte fylker illustrert.

Figur 2: SSBs prognose for befolkningsutviklingen i fylkene 2011-2020.



Den kraftige befolkningsveksten i hovedstadsområdet (Oslo + Akershus) kan oppsummeres med følgende avrundede tall:

2011-2016: + ca. 100.000 (+10 %)

2011-2020: + ca. 200.000 (+17 %)

2011-2025: + ca. 300.000 (+25 %)

Det må her tilføyes at den reelle økningen i hovedstadsområdet de siste årene har vært større enn hva SSB har beregnet etter alternativet 'middels nasjonal vekst'. Dette er nå bedre ivaretatt i nye prognosemodeller, men gir fortsatt noe usikkerhet i tallene.

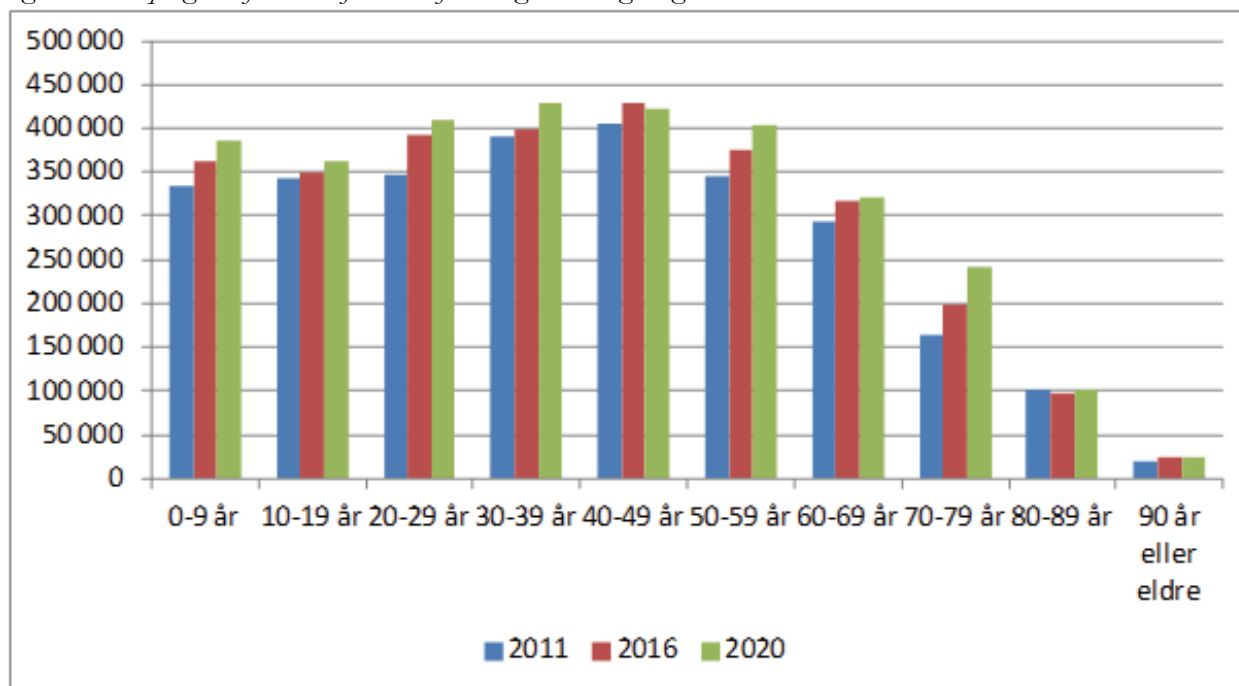
Befolkningsutviklingen fordelt på aldersgrupper

Det er nå alminnelig kjent at Norge står foran en kraftig "eldrebølge", som vil gi betydelige utfordringer både for omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten framover mot 2050. Det er mindre kjent at denne bølgen først starter for alvor fra 2020. Figur yy illustrerer dette, ved at den viser at regionen får vekst for alle aldersgrupper, bortsett fra for gruppen 80-89 år. Det er en liten vekst blant de aller eldste over 90 år, men samlet vil aldersgruppen +80 år holde seg ganske uendret fram mot 2020, endog med en liten nedgang fram mot 2016. Endringstallene ser slik ut for eldregruppen over 80 år:

2011-2016: - 2.668 innbyggere (-2,2 %)

2011-2020: + 2.032 innbyggere (+ 1,7 %)

Figur 3 Ssb's prognose for aldersfordelt befolkningsutvikling i regionen 2011-2020.



Fra 2020 til 2040 vil gruppen over 80 år fordoble seg fra rundt 125.000 til nesten 250.000 personer, og regionen vil merke denne veksten tydelig allerede i perioden 2020-2025:

2011-2025: + 24.067 (+ 19,6 %)

Samlet for helseregionen viser figuren at den største veksten i den nærmeste planperioden vil komme i aldersgruppen (65)70-79 år. Også aldersgruppen 50-59 år vil få en kraftig økning. Innenfor disse aldersgruppene er forbruket av spesialisthelsetjenester for utredning og behandling større enn i andre grupper. Følgende endringstall for gruppen 50-79 år gir en tydelig pekepinn på de store utfordringene dette vil gi regionen og sykehusområdene:

2011-2016: + 87.902 (+11 %)

2011-2020: + 164.448 (+20,5 %)

2011-2025: + 241.313 (+30 %)

Selv om sykdom og funksjonshemminger øker med alderen, opplever mange eldre at de har god helse. Levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå viser at blant kvinner og menn i alder 65-74 år regner 71 % sin helse som god eller meget god. Blant 75-åringene er andelen på 65 %. Flere følgestudier viser at denne aldersgruppen er friskere enn tilsvarende aldersgrupper tidligere. Likevel må vi regne med at store årskull med høyere forventninger og større rettighetskrav vil øke presset på spesialisthelsetjenesten.

For den andelen av de aller eldste som har svekket helse, kommer økningen av alvorlige helseplager og funksjonstap særlig etter 85 års alder (Folkehelseinstituttet). Dette gir store utfordringer for kommunale pleie- og omsorgstjenester, men også spesialisthelsetjenesten må bruke de nærmeste årene på å forberede seg til konsekvensene for egne tjenester av den kraftige eldrebølgen fra 2020 og utover. Den har sammenheng med de store fødselskullene fra etterkrigsårene, og av den grunn vil alle fylker bli ganske likeverdig berørt. Det vil derfor være behov for at en i alle sykehusområder bygger opp gode og velfungerende ordninger for kompetanseutvikling og veiledning.

I begynnelsen av livet vil større fødselskull utfordre helseforetakene. Fødeavdelingene har allerede over flere år måttet oppjustere kapasiteten, og fram mot 2020 vil antallet fødsler i regionen stige med ytterligere 18 %. For Oslo og Akershus er det forventet ca. 3300 flere fødsler i 2020 enn i 2011, tilsvarende 20 % økning.

Utviklingen i andel innvandrere

I 2011 var ca. 600.000 personer bosatt i Norge, som enten har innvandret selv (500.000) eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse gruppene 12,2 % av befolkningen, hvorav nesten halvparten med bakgrunn fra Europa, flest fra Polen, Sverige og Tyskland. Omtrent like mange kommer fra Asia og Afrika.

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men drøyt halvparten bor innenfor ti mil fra Oslo. Hovedstaden har hele tiden hatt den største andelen, og ved inngangen til 2011 utgjorde innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 28,4 % av befolkningen. Ca. 122.000 av disse 170.000 innbyggerne har bakgrunn fra Asia og Afrika, slik at deres andel er langt høyere i Oslo enn landsgjennomsnittet. Siden 2000 har innvandrerbefolkningen i Oslo økt med 80 %, og dermed har deres andel av Oslos befolkning økt med 9,7 prosentpoeng. Det har vært en særlig stor vekst av arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa, spesielt Polen, og i tillegg Sverige.

I Stor-Oslo-regionen har kommunene rundt Gardermoen hatt størst befolkningsvekst. Her har det også vært stor innflytting av innvandrere og deres norskfødte barn. Samtidig er det en høy andel innvandrere i nærliggende bykommuner som Skedsmo, Lørenskog, Askim, Kongsvinger, Drammen, Hønefoss, Horten, Moss, Fredrikstad og Sarpsborg, mens den er betydelig lavere i kommuner med små tettsteder. Samtidig ville flere av kommunene i ytterkanten av Stor-Oslo-regionen hatt nedgang i folketallet, hadde det ikke vært for innvandring og innflytting av innvandrere fra andre deler av landet. I småkommunene finner vi en større andel med bakgrunn fra europeiske land, som stort sett er arbeidsinnvandrere.

4.1.2 Sosial ulikhet i helse

Internasjonal forskning har vist at sosial ulikhet skaper forskjeller i helsetilstand og dødelighet. Dette er også dokumentert i Norge. For eksempel er forskjellene i dødelighet mellom bydeler i Oslo større enn mellom noen landsdeler og kommuner.

Lavt utdannede har ikke bare lavere levealder, men også større variasjon i levealder. Fokus på risikofaktorer som forårsaker tidlig død, slik som ulykker, dårlig bomiljø og mangel på tilgang til gode helsetjenester, kan forebygge dette. Det viser en ny europeisk studie der Folkehelseinstituttet deltar. Denne studien viser at stor levealder-variasjon var spesielt uttalt for menn, og skyldes i stor grad dødsårsaker som skaper død i ung alder, slik som ulykker og kreft. I Norge har lavt utdannede høyere gjennomsnittlig levealder og mindre levealder-variasjon enn i mange andre europeiske land. Dette kan tyde på at universelle velferdsordninger beskytter utsatte grupper, og at noen land er "flinkere" til å beskytte de med lav sosioøkonomisk status.

Siden 2007 har regjeringen arbeidet etter en nasjonal strategi med fire hovedgrep for å utjevne sosiale helseforskjeller:

1. Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller
2. Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester
3. Målrettet innsats for sosial inkludering
4. Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy

Et målrettet arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller er avhengig av innsats i mange sektorer. Helsedirektoratet skal sikre et kontinuerlig fokus på strategiens mål, og koordinere regjeringens arbeid mot sosiale helseforskjeller fram til 2017. For spesialisthelsetjenesten er alle punktene relevante, men påvirkning av ”helseatferd” (pkt. 2) er særlig aktuelt.

4.1.3 Det generelle utfordringsbildet

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene i perioden 2013-2016 preges av:

- kvalitetsforbedring av klinisk praksis og arbeidsprosesser
- at pasienter med kroniske og sammensatte lidelser øker i alle aldersgrupper, bl.a. ved at flere lever lenger med bl.a. hjertesykdommer, lungesykdommer, kreftsykdommer, sukkersyke, sykkelig overvekt og muskel- og skjelettplager
- vekst i aldersgruppen 50-79, som har et høyere forbruk av spesialisthelsetjenester enn andre aldersgrupper. Vekst i denne gruppen betyr også flere eldre med innvandrerbakgrunn og flere eldre med utfordringer knyttet til tidlig demens, bruk av rusmidler og høyt medikamentforbruk
- langsiktige tiltak for at foretaksgruppen skal være best mulig forberedt på å møte den betydelige veksten i de eldste aldersgruppene (*”eldrebølgen”*)
- at det er særskilte utfordringer i hovedstadsområdet, jfr. blant annet en særlig kraftig befolkningsvekst og en stadig økende andel av pasienter med innvandrerbakgrunn.
- at økende bevissthet og kunnskap hos pasienter og pårørende fører til at flere benytter sine lovfestede rettigheter. Dette er en ønsket utvikling, men vil gi økt press på spesialisthelsetjenesten og vil kunne ha kostnadsdrivende effekter.
- utfordringer som ungdommene står overfor mht psykisk helse, bruk av rusmidler og spillavhengighet
- et større fokus på forebygging av sykdom, samt at etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og mestringstilbud vil øke både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- at oppgave- og kompetanseoverføring ifm samhandlingsreformen vil gi konsekvenser for innhold og omfang av kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- fortsatt sterkt fokus på ventetider, fristbrudd og økende antall langtidsventende, med krav om at ventetider reduseres fra dagens nivå og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd.
- mange får lengre pasientforløp enn ventetidsstatistikken viser, ved at den polikliniske utredningen ofte stykkes opp med behov for nye og mer differensierte undersøkelser
- behovet for et økende og tettere samarbeid mellom helseforetakene og de private leverandørene, jf. Tilordningsprosjektet
- kompetanseutvikling
- informasjonsflyt og optimalisering av IKT-løsninger
- forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst RHF har tatt hensyn til disse utviklingstrendene i sine strategier og planer, og vil i 2013 fokusere på å:

- sikre en god dekning av lokalbaserte spesialisthelsetjenester i alle sykehusområder, herunder i større grad knyttet de private leverandørene opp mot sykehusområdene
- funksjonsfordele oppgaver innen ortopedi og prehospitaltjenester, både i regionen og innenfor sykehusområdene (*”å desentralisere det som kan desentraliseres, og sentralisere det som bør sentraliseres”*)
- innfri anbefalingene om tid for vurdering, utredning og behandling av kreftpasienter

- redusere samlede ventetider for pasienter med uklare og sammensatte tilstander, ved å bedre logistikken i utredningen og pasientforløpene jfr. bl.a. kapasiteten innen patologi og radiologi
- redusere sosiale ulikheter i helse blant ikke-vestlige innvandrere, for eksempel gjennom Integreringsprosjektet i hovedstadsområdet og bygge kompetanse blant sykehusansatte på minoritetshelse
- legge Handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre til grunn for foretakenes arbeid for å innrette tjenestene og helsepersonellens kompetanse i forhold til medisinske problemstillinger knyttet til høy alder
- forbedre intern samhandling og samhandlingen mellom tjenestenivåene
- redusere antall langtidsventende med særskilt fokus på ortopedi, øre-nese-hals, nevrologi og plastikkirurgi

4.1.4 Om samhandlingsreformen

Temanoetatet er utarbeidet i forbindelse med rullering av plan for strategisk utvikling, og vil danne grunnlag for strategiske valg og videre arbeid med samhandlingsreformen i Helse Sør-Øst.

Hovedmålet med samhandlingsreformen er å:

- sikre pasientene gode og helhetlige helsetjenester
- styrke innsatsen for å begrense og forebygge sykdom
- gjøre spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mer likeverdige

Implementering av samhandlingsreformen krever ikke bare samhandling mellom tjenestenivåene, men i like stor grad samhandling mellom interne områder med ansvar for pasientbehandling og pasientrettede støttefunksjoner i spesialisthelsetjenesten, IKT, forskning, økonomi, analyse og ikke minst juridisk kompetanse.

Helse Sør-Øst har lagt den nasjonale kvalitetsstrategien til grunn for arbeidet og vil måle effektene av omstillingen i tråd med de mål som er satt opp i denne. Målet er å sikre kvalitet i tjenestene. Tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Utfordringsbilde:

For de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene vil samhandlingsreformen blant annet gi følgende utfordringer:

- Riktig arbeidsdeling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, reduksjon i henvisning til sykehus
- Omstilling/tilpassing av kapasitet parallelt med utvikling av tilbudet i kommunene
- Krav om fortsatt reduksjon i ventetider og fristbrudd

- Større oppmerksomhet på det helhetlige pasientforløp både internt og utover eget ansvarsområde
- Større ansvar for veiledning og deling av kunnskap – ut fra andres behov
- Tilrettelegging av tettere samarbeidsformer – moderne kommunikasjonsteknologi
- Å etablere gode systemer/understøtting av kompetanse- og personellutfordringene
- ”Hjem til hjem” pasientforløp der spesialisthelsetjenestens kompetanse er implementert sammen med kommunenes erfaring og kompetanse knyttet til håndtering av sammensatte tilstander og muligheter og begrensninger i nærmiljø, samt evne til å gi helhetlig oppfølging over tid
- Innovasjon i utvikling av omsorgstjenester
- Forebygging

Forslag til målbilde 2020

- Pasienter og pårørende skal oppleve et helhetlig helsetilbud
Fra brukerorganisasjoner og vårt brukerutvalg blir helhet i behandlingstilbud og samarbeid mellom de ulike behandlingsnivåer, pekt på som den viktigste faktor i pasientbehandlingen. Bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus er til beste for pasienten. Derfor er kommunene og helseforetakene pålagt en *plikt* til å samarbeide.
- Kunnskapsbaserte standardiserte pasientforløp fra hjem til hjem som inneholder utredning, behandling, opplæring, informasjon og oppfølging skal være innført i hele regionen for de store pasientgruppene. Forløpene skal være utredet i samarbeid med kommunehelsetjenesten og relevante brukerorganisasjoner.
Et mål om at kunnskapsbaserte og standardiserte pasientforløp skal omfatte hele helsetjenesten, private avtaleparter i spesialisthelsetjenesten og de kommunalt organiserte helse- og omsorgstjenester, vil være viktig for å sikre likeverd i behandling av pasienter i regionen. Kravet om forpliktende juridiske samarbeidsavtaler, også på tjenestenivå innebærer en fare for stor ulikhet i regionen. Det kan føre til at prinsippet om likeverdig behandling av pasienten blir svært vanskelig å oppfylle. Standardiserte pasientforløp fra ”hjem til hjem” vil være en viktig faktor for å sikre likeverd og grunnlag for individuelle tilpasninger til den enkelte pasients samlede livssituasjon.
- Det er etablert sikker og enkel elektronisk kommunikasjon mellom behandler og pasient, og mellom behandlende instanser. Den elektroniske kommunikasjonen inneholder dokumentasjons- og informasjons utveksling, timebestilling, online-konsultasjoner, telemedisin, tilgang til egen journal osv.
Det skal være implementert systemer som gjør det mulig å kommunisere elektronisk i hele regionen mellom- og innenfor helsetjenestenivåene. Nødvendig pasientinformasjon skal, på sikker måte, være tilgjengelig for behandlere og pasienten selv når det er behov for det.

Formålet med samhandlingsreformen er bl.a. å knytte aktørene, som pasienter, pårørende, primærleger, spesialister, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenester, tettere sammen. Det forutsetter mer integrerte arbeidsprosesser og sterkere behov for underliggende IKT-støtte.
- Helseforetak og kommuner skal i felleskap ha utviklet samhandlingskompetanse som er implementert i hele organisasjonen
Kravet om at forskningsbasert kunnskap skal omfatte hele helsetjenesten, også de kommunalt organiserte helse- og omsorgstjenester, er økende. Ikke minst vil samhandlingsreformen bidra til å skjerpe kompetanse- og kunnskapskravene til den kommunale helsetjenesten. Flytting av

oppgaver til kommunene, samt økt fokus på forebygging fordrer en stor satsing på kompetansebygging i tjenestene. Dette må skje ved bl.a. ved hjelp av utdanning av personell med riktig kompetanse, samt rekruttering og videre- og etterutdanning. Veiledningsoppgavene både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir avgjørende for å oppnå god kompetanseoppbygging.

Strategiske områder

Samarbeidsformer

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak kan hovedsakelig deles i tre ulike former, Den ene formen er *klinisk samhandling* der helsetjenesten samarbeider i de enkelte pasientenes forløp. Ved den type samarbeid er målet at overgangen i ansvarsnivå skjer mest mulig ”sømløst”. Det er særlig fokus på tilstrekkelig og sikker informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene og tydelig ansvars plassering.

Den andre, og mer utviklingsrettet formen for samhandling, er etablering av *organisatoriske karakter*, i form av fellesløsninger. Kommunen og spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienten samtidig eller i nært samarbeid, f. eks. ”1 ½ - linjetjeneste”, som for pasienten vil fremstå som et hele mer helhetlig behandlingstilbud. Samhandlingsreformen legger i stor grad opp til etablering av denne type fellesløsninger. Man må finne gode løsninger for felles drifting og / eller eierskap til slike løsninger.

Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten må en forutsette god samhandling. Ellers oppleves tjenestene som fragmentert og overgangen mellom dem som problematisk.

Standardisering i form av avtaler og planer for å sikre pasientforløp blir spesielt viktig. Samtidig må det unngås at det skjer en ”byråkratisering” av samhandlingen på individnivå.

Et organisatorisk samarbeid innebærer også samarbeid om oppbygging av kommunale tilbud før nedbygging i spesialisthelsetjenesten.

Faglig/profesjonelt samarbeid om gjensidig kompetanseutvikling: Dette kan være ulike hospiteringsordninger, strukturerte etter- og videreutdanningsopplegg og bidra i felles forskningsarbeid. Et viktig element i dette vil være en felles ressursatsing samt å bygge opp tillit – ”snakke hverandre opp”. Dette betinger en akseptasjon og respekt for hverandres ulikhet og kompetanse.

Utvikling av samhandlingsarenaer

Desentraliserte distrikts- og lokalmedisinske sentra er etablert flere steder i regionen. Det er i gang eller under planlegging samlokalisering av desentraliserte spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester som legevakt, observasjonssenger, allmennlegetjenester mv. Helse Sør-Øst RHF mener at dette er en riktig vei å gå for å lykkes med samhandlingsreformen, og i denne sammenhengen vil mange av lokalsykehusene være aktuelle samhandlingsarenaer. Med de juridiske begrensningene som ligger for eierskap, vil dette reise problemstillinger som må løses med politiske prosesser og juridiske virkemidler. I dag er lovgivningen i liten grad innrettet for å etablere fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak.

Psykisk helse og rus

Fagområdene psykisk helsevern og TSB har lang erfaring i utstrakt samarbeid med primærhelsetjenesten. Helse Sør-Øst imøteser at kommunene i enda større grad bidrar til livskvalitet ved å fremme selvstendighet og egenmestring for innbyggere som sliter med rusmiddelavhengighet og psykiske vansker eller lidelser.

Kommunenes betaling for utskrivingsklare pasienter gjelder foreløpig kun somatikk.

Det er nå viktig at man unngår en vridningseffekt og at fokus ensidig flyttes til somatiske pasienter.

Foretaksgruppen må sikre at akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde. Arbeidet på disse tjenesteområdene skal videreutvikles og styrkes som en del av lokalsykehusfunksjonen (DPS), og Helse Sør-Øst RHF vil følge opp at ikke psykisk helsevern og TSB blir nedprioritert i implementering av samhandlingsreformen.

Barn og unge

Tjenestene til barn og unge er betydelig mer fragmentert enn tjenestene til voksne. Det gjør dessverre at mange barn/familier opplever å falle mellom flere stoler og ikke får de tjenestene de trenger. Ved å ivareta helhetstenkningen rundt barn og unge i samarbeid om avtaler mellom de ulike tjenestenivåene sikrer man en helhetlig tjeneste som er funksjonell.

Brukermedvirkning

Brukerrepresentantenes utgangspunkt er de personlige erfaringene, deres egne og andres². De har erfaring og innsikt som gjør dem i stand til å anvende denne kunnskapen på en systematisk måte. Brukerrepresentantene får en ny rolle ved sin deltakelse i de etablerte samarbeidsorgan mellom kommuner og helseforetak.

Brukerkompetanse og medvirkning i helsetjenesten kan strekke seg helt fra kompetanse om egen sykdom, til kompetanse på hvordan tjenesten utvikles og organiseres på systemnivå. Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å oppnå pasientfokus og skal bidra til at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt. Medvirkning er særlig viktig innen psykisk helse, rus samt innen habilitering og rehabilitering.

Brukermedvirkning relatert til personer med innvandrerbakgrunn må styrkes slik at innvandrere på individnivå og på systemnivå har anledning til å delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av helsetjenester.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt prioritere brukermedvirkning høyt. Det er et viktig virkemiddel at opplæring av brukere videreutvikles for å sette de i stand til å delta på en best mulig måte i utformingen av framtidens helsevesen, og at også brukerrepresentanter fra kommuner kan nyttiggjøre seg opplæring og erfaringsutveksling.

Forskning, innovasjon og kunnskapsbehov

Reformarbeidet vil gi store endringsprosesser, og må følges opp av og være nært knyttet til forskning av høy kvalitet. Dette gjelder forskning på samfunnssektorenes samlede tiltak rettet mot helsefremming og forebygging, samt helsetjenestens helhetlige tilbud når det gjelder behandling og rehabilitering, spesielt grensesnittene mellom tjenestenivåene.

² Tone Alm Andreassen, Brukermedvirkning i helsetjenesten, Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

For å sikre kunnskapsgrunnlaget for samhandlingsreformen er det et stort behov for å følge innføringen og gjennomføringen av reformen forskningsmessig. I tillegg til forskning på helsemessige effekter, er det behov for et helhetlig forskningsfokus på selve samhandlingskjeden. Innenfor helsetjenesten er det også nødvendig å styrke samordning av helseforskning og forskning på organisasjonsmessige faktorer, endringspsykologi og kvalitetsarbeid. Videre trengs en styrkning av forskningsformidling og en systematisk strategi for å implementere forskningsresultater i praksis i helsetjenesten.

Alle planer i Helse Sør-Øst bygger på kravet om at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Dette gjelder både kravene til kompetanse hos helsepersonellet, krav om kontinuerlig oppdatering av kunnskap og om bruk av kunnskapen.

Det vil være behov for en nasjonal strategi for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgssektoren på tvers av forvaltningsnivåene. Kompetanse innen organisasjon og endringsledelse, systemkunnskap, helsepedagogikk, brukermedvirkning, samhandling og helhetstenkning, samt kunnskap om pasientforløp blir sentral grunnkompetanse for alle helse- og omsorgsutdanninger.

Personellbehov

Med langt større andel eldre og et prognostisert underskudd særlig av helsefagarbeidere, sykepleiere og bioingeniører, vil personellutfordringene i de framtidige kommunale helse- og omsorgstjenestene bli særlig krevende.

Rekrutteringsbehovet vil også slå inn i dagens spesialisthelsetjeneste fordi de vil omfatte de samme personellgruppene som i kommunesektoren. Kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjonene må samarbeide både om utnyttelse av eksisterende personell og for å sikre utdanning av personell med adekvat kompetanse, samt unngå konkurranse om personellressursene.

Tradisjonell jobbglidning kan være ett av flere virkemidler, men vil totalt sett likevel ikke løse utfordringene.

IKT, e-helse og personvern

Ny teknologi har som oftest hatt liten innvirkning på organiseringen av helsetjenester, sammenlignet med andre typer virksomheter. Det tas i altfor liten grad ut gevinster av ny teknologi i helsesektoren. Å forske på og å satse på teknologi som gir slik gevinst kan dermed være et godt virkemiddel.

Når det gjelder utfordringen innen IKT vil det fortsatt være mange utfordringer som ikke lar seg løse innen strategisk plans omfang. Herunder kan særlig nevnes gjennomgående innføring av strukturerte prosessorienterte journaler, kliniske beslutningsstøttesystemer, standardisert infrastruktur, telemedisinske løsninger m.fl.

Omleggingen som beskrives i ny Helse- og omsorgsplan 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.

I samsvar med vår regionale langtidsplan vil det fortsatt være mange utfordringer som ikke lar seg løse innen planens omfang, og som må adresseres utover planperioden. Herunder kan særlig nevnes gjennomgående innføring av strukturerte prosessorienterte journaler, kliniske beslutningsstøttesystemer, standardisert infrastruktur, telemedisinske løsninger m.fl..

Økonomi

Dagens ISF-ordning er ikke rettet inn mot helsefremmende og forebyggende aktiviteter. En fremtidig finansiell modell må i større grad enn dagens løsning favne områder som rehabilitering, ambulante tjenester, kronikerbehandling/-omsorg, samt forebyggende helsearbeid. Fokus bør være på utvikling og etablering av økonomiske virkemidler som støtter samhandlingsreformen.

Den kommunale medfinansieringen bør treffe pasientgrupper der organiseringen av kommunale tjenester har størst påvirkning og relevans i forhold til bruken av spesialisthelsetjenester.

Slik de økonomiske tiltakene 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 en er sikker på at mottaksapparatet i kommunene er klart. Dette gir en type ”pukkelkostnader” i gjennomføringen av reformen. Dette representerer da et betydelig risikoelement for spesialisthelsetjenesten.

4.1.5 Økonomiske rammeforutsetninger

Økonomisk langtidsplan 2012-2015

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok regionens økonomiske langtidsplan 2012-2015 i juni 2011. Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av regionens vedtatte strategi og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser. Den er således et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene, sykehusene og det regionale helseforetaket. Økonomisk langtidsplan er 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.

I styrets vedtak er det lagt til grunn at gjennomføringen av den vedtatte plan for strategisk utvikling, herunder omstillingsprogrammet særlig knyttet til hovedstadsområdet vil være hovedfokus i den kommende økonomiske langtidsplanperioden. En vellykket gjennomføring av pågående omstillinger er avgjørende for at plan for strategisk utvikling nås og for foretaksgruppens bæreevne.

Overordnet målsetning er de nasjonale kvalitetsmålene, det innebærer at tjenestene skal være:

- virkningsfulle (fører til helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- involverer brukerne og gi dem innflytelse
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- tilgjengelig og rettferdig fordelt

Sentrale elementer i økonomisk planlegging knyttet til økonomisk handlingsrom og investeringer i perioden vil være:

- forventede økonomiske rammebetingelser
- den økonomiske utviklingen i hovedstadsområdet
- foretaksgruppens samlede økonomiske resultat
- tydeliggjøring av forutsetninger for økonomisk bærekraft og resultatkrav

De økonomiske konsekvensene for helseforetaksgruppen av samhandlingsreformen representerer fortsatt en viss usikkerhet i planleggingen av helseforetakenes kapasitet, da en ennå ikke kjenner til i hvilket omfang kommunene vil kunne tilby de tjenester som er forutsatt i reformen.

I løpet av de nærmeste årene vil den regionale inntektsmodellen for Helse Sør-Øst fordele det aller meste av basisinntektene til sykehusområdene og helseforetakene i henhold til objektive kriterier. Dette vil bidra til å sikre likeverdige spesialisthelsetjenester i hele regionen, og økt forutsigbarhet for helseforetakene i inntektsfordelingen og økonomistyringen.

Arbeid og kapital

En generell utviklingstendens innenfor spesialisthelsetjenesten er utvikling av og endret bruk av innsatsfaktorer. Spesialisthelsetjenesten har som følge av teknologiutviklingen blitt mer kapitalintensiv. Moderne bygg er mer komplekse og funksjonelle, medisinskteknisk utstyr blir viktigere i diagnostisering og behandling av pasienter, mens informasjonsteknologi er vesentlig for bl.a. annet pasientsikkerhet, effektiv håndtering av pasientinformasjon, god pasientflyt og generelt effektive arbeidsprosesser.

Utviklingen av kapitalelementene er med på å endre pasientbehandlingen og sammensetningen av innsatsfaktorene. Det forventes at fremtidige investeringer vil gi gevinster i drift, både gjennom økt kvalitet i pasientbehandlingen og frigjøring av ressurser. Det vurderes som sannsynlig at det vil bli brukt relativt sett mindre arbeidskraft og mer kapital. Dette medfører at det forventes en reduksjon i bemanning, og økende investeringstakt med dertil hørende avskrivningskostnader og driftkostnader knyttet til bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT.

Økonomisk bæreevne

Innspill til økonomisk langtidsplan fra helseforetakene og vedtatte strategiske planer for Helse Sør-Øst RHF viser en svært krevende likviditetssituasjon for 2012-2013.

Likviditetsstyringen i disse årene vil kreve utstrakt dialog med helseforetakene omkring investeringsplaner og likviditetspådrag i den forbindelse. Ved et resultat i balanse, og korrigert for opptak av nytt lån til prosjekt nytt Østfold sykehus, og avdrag på eksisterende låneportefølje med ca 420 millioner kroner, forventes foretaksgruppens investeringsevne å være ca 3 milliarder kroner i 2012 i henhold til gjeldende økonomiske langtidsplan.

I henhold til etablerte styringsprinsipper ytes kun regional finansiering til større byggeprosjekter, slik at vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering, medisinskteknisk utstyr og andre nødvendige investeringer må dekkes innenfor det enkelte helseforetaks bæreevne. Nylig vedtatt regional eiendomsstrategi legger føringer for at oppgradering av eksisterende bygningsmasse skal prioriteres og en målsetning om bedret tilstandsklasse på bygningsmassen.

Selv om det etableres og realiseres en bærekraftig økonomisk langtidsplan for perioden 2012-2015, er det tydelig at et ekspansivt investeringsopplegg frem til 2015 medfører en kraftig økning i finanskostnader og avdragsbetaling i de påfølgende årene. Dette legger press på den totale resultatutviklingen, og en stadig større del av fri likviditet fra drift bindes opp i avdrag på tidligere investeringer fremfor å kunne finansiere nye investeringer. Det er imidlertid en forutsetning at nye investeringer som vedtas gjennomført, også er bærekraftige i økonomisk forstand. Det vil si at investeringen skal dekke tilhørende kapitalkostnader gjennom effektivisering og gevinstrealisering i drift, og at det over tid skal genereres nok likviditet til å betale avdrag på lånet.

4.1.6 Personell og kompetanse

Demografiske forhold, manglende tilgang på nyutdannet helsepersonell og andre utviklingstrekk tilsier mangel på arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten i årene framover. I dag velger hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning. Beregninger viser at i 2030 må hver tredje ungdom velge tilsvarende for å dekke behovene. Dette er en utvikling som ikke kan forsvares sammfunnsmessig. Det må utvikles regionale strategier som gjør oss i stand til å forutse og møte framtidig behov for arbeidskraft og kompetanse. Helseregionen har i 2011 satt fokus på temaene kompetanse og utdanning, bedre ressursstyring, ledelse og medarbeiderskap samt inkluderende arbeidsliv og helse-, miljø- og sikkerhet. Disse satsningsområdene videreføres i 2012 og videreutvikles i arbeidet med rullering av plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst for perioden 2013-2020.

1. Rekruttering og kompetanse

a) Kompetanseutvikling

Med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel er det den enkelte medarbeider som bidrar til gode resultater. I helseforetakene er virksomhetsutvikling og medarbeiderutvikling uløselig knyttet til hverandre. Dette avspeiles i de foretaksvis strategiene for utvikling av medarbeidernes kompetanse. Medarbeidere som opplever seg som kompetente og arbeidsplassen som positiv, meningsfull og engasjerende, leverer gode og trygge helsetjenester og deltar med sin ressurs i videreutvikling av tjenesten.

Helse Sør-Øst vil arbeide for en styrking av kompetanseutvikling i et langsiktig perspektiv, herunder kompetansekartlegging, kompetanse- og suksessjonsplanlegging. En ønsker å fokusere på hvordan en kan sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom et godt kunnskapsgrunnlag knyttet til bl.a. demografi, sykdomsutvikling, teknologi, arbeidsmarked og utdanningsmarked.

I forbindelse med rullering av regionens strategiske plan mot 2020 ser en på balansen mellom tilbud og etterspørsel i arbeidskraftporteføljen. Videre diskuteres tiltak som må treffes for å møte voksende behov for, og manglende tilbud på, etterspurte spesialistgrupper. På denne bakgrunn blir det viktig å vurdere hvordan helseforetakene kan bidra mer til utdanning av helsepersonell.

Oppgaveglidning blir fremover kritisk for å motvirke ”flaskehalser”, motivere og beholde arbeidskraft. Kompetanseutvikling knyttet til dette er derfor en sentral strategisk utviklingsoppgave. Dette arbeidet er startet opp i 2011 og fortsetter i 2012.

Strategisk kompetanseutvikling vil generelt bli et hovedtema i 2012. Det krever også en teknisk infrastruktur. To konkrete tiltak er iverksatt for å etablere gode systemløsninger.

Sykehuset Østfold HF prøver for det første ut kompetansemodulen i GAT. Dette tar særlig sikte på å ivareta operative utfordringer knyttet til å sikre rett kompetanse på rett tid og sted. Utprøvingen har imidlertid strategiske implikasjoner. Det legges samtidig til rette for helhetlig og langsiktig planlegging. Øvrige helseforetak involveres i arbeidet via det regionale kompetansenettverket og får tilbud om støtte fra Sykehuspartner HR ved behov. Det regionale helseforetaket vil på sin side ta en mer aktiv rolle overfor utdanningsinstitusjoner som utdanner helsepersonell. Det må vurderes grep for å investere i og utvikle dagens medarbeidere i forhold til fremtidens behov. Det er også nødvendig å satse mer på videreutvikling av kritisk kompetanse.

Dernest utprøver Sykehuspartner HR Dossiers kompetansemodul. Formålet er å ivareta strategiske utfordringer knyttet til kartlegging og utvikling av kompetanseområder. Selve utprøvingen er avgrenset til egen enhet, men helseforetakene involveres via det regionale kompetansenettverket.

Begge tiltak vil bidra til å avklare muligheter og begrensninger innenfor de eksisterende HR-systemer som Helse Sør-Øst har lisenser til og som kan gjøres tilgjengelige for hele regionen. Utprøvingene vil avrapportere i 2. kvartal 2012.

Utdanning

Helse Sør-Øst skal bidra til god pasientbehandling og sikre at man er i stand til å løse morgendagens utfordringer bl.a. ved å sørge for tilgang på riktig kompetanse og målrettet rekruttering av kompetent fagpersonell. 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. Utvalget er et viktig rådgivende organ for administrerende direktør i saker vedrørende utdanning og kompetansebehov både på kortere og lengre sikt. Det vil i 2012 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 2011 arrangert aktuelle temamøter som *”Hvordan møte de fremtidige kompetanseutfordringene?”*, *”Helsefagarbeideren nå og i fremtiden”*, *”Utvikling av et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene”*, *”Stortingsmelding om utdanning for velferdstjenesten”* og *”Videreutvikling av spesialisthelsetjenestens virksomhetsarkitektur med fokus på opplæring av helsepersonell”*. Utvalget vil i 2012 arbeide videre med problemstillinger som har fremkommet under disse temamøtene. Dette er bl.a. spørsmål i forbindelse med Velferdsmeldingen, innføring av nybegynnerstillinger for leger, II-stillinger og satsningsområder i Helse Sør-Øst.

Utvalget vil også fortsette å prioritere rollen som sentral bidragsyter til det regionale helseforetakets høringsuttalelser til offentlige utredninger om utdanningsspørsmål.

Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010-11 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020. Dette arbeidet vil bli fulgt opp gjennom et eget prosjekt. En vil bl.a. søke å belyse følgende problemstillinger:

- 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.

Målet med prosjektet er i første rekke å bidra til et bedre samsvar mellom det fremtidige kompetansebehovet og det aktuelle utdanningstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten.

Reduksjon av deltid

Helse Sør-Øst har arbeidet for å få ned deltidsbruken i helseforetakene med særlig vekt på å sikre tilstrekkelig og godt kvalifisert bemanning. Dette vil også bidra til god utnyttelse av samlet kompetanse og økt pasientsikkerhet.

Ulike virkemidler er tatt i bruk. Målet har imidlertid vært at alle foretak på sikt skal kunne tilby alle ansatte 100 % stilling. Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse for å sikre kontinuitet og pasientsikkerhet.

Det er i 2011 foretatt en ny gjennomgang med sikte på å redusere den totale andelen deltid. Mange utfordringer gjenstår. Det er imidlertid etablert et oppdatert faktagrunnlag samt felles systemer og prosedyrer for løpende oppfølging av deltidsansatte i hele foretaksgruppen. Alle foretak har utarbeidet handlingsplaner basert på konkrete analyser av lokale utfordringer og drøfting av aktuelle tiltak med lokale tillitsvalgte.

Det pågår et arbeid med å vurdere individuelle ønsker registrert pr. 31.12. Arbeidet vil bli videreført i 2012. Det legges opp slik at foretakene kan arbeide aktivt med planlagte tiltak tilpasset sine spesifikke årsaksbilder og forutsetninger. Helse Sør-Øst RHF vil bidra ved å legge til rette for at det kan gjennomføres lokale prosjekter og nye organisatoriske tiltak. Regionen vil i 2012 også sikre at alle helseforetak har etablert hensiktsmessige prosedyrer i forhold til fortrinnsrett samt at permisjonsreglementer og permisjonspraksis ikke medfører unødig bruk av deltidsstillinger.

Til sammen vil dette bidra til at arbeidet med reduksjon av deltid også fremmer kompetanseheving og gir god samlet utnyttelse av tilgjengelige kompetanseressurser.

2. Bemanningmessige utfordringer

Riktig bemanning er viktig for å sikre kvalitet og kapasitet i pasientbehandlingen innenfor de økonomiske rammer som gjelder. Styring og oppfølging av bemanningsutviklingen generelt har vært en prioritert område i 2011. I tillegg har helseforetakene i hovedstadsområdet som følge av budsjettssituasjonen vært underlagt et særskilt oppfølgingsregime med tett oppfølging i 2011. Dette vil fortsette utover i 2012. En regner likevel med at oppfølgingsbehovet vil avta i 2012 og at det også må iverksettes rekrutteringstiltak overfor særskilte kritiske personellgrupper.

Helseforetakene kjøper vikartjenester for et betydelig beløp (350 mill. kr. i 2011). Dette er et nødvendig supplement for å dekke opp ekstra behov i forbindelse med ferier, kritiske perioder og

ledighet i stillinger. Helse Sør- Øst er som øvrige helseregioner opptatt av at tilbydere skal levere tjenester innen de lover og retningslinjer som er utviklet. Det er i 2011 gjennomført revisjoner som har medført terminering av en rammeavtale. Slik oppfølging er kritisk for avtalenes legitimitet og vil bli prioritert videre.

For å styrke helseforetakenes muligheter for styring og oppfølging ved bemanningsmessige utfordringer etablerte Helse Sør-Øst i 2011 et regionalt prosjekt *Bedre Ressursstyring*. Hensikten er å støtte ledernes arbeid med bemannings- og arbeidstidsplanlegging og omfatter både kompetansebygging og systemstøtte. For å realisere dette gjennomføres fire hovedaktiviteter:

- a. Understøtte bedre ressursstyring (bemannings- og arbeidstidsplanlegging) i regionen gjennom utvikling og utprøving av felles metodikk i 2011 og gjennomføre erfaringskonferanser og kurs støttet av instruktører i helseforetakene i 2012.
- b. Oppfølging og støtte til å måle og følge opp forbedringer på helseforetakene og i Sykehuspartner knyttet til bemannings- og arbeidstidsplanlegging.
- c. Migrering av eksisterende ressursstyringssystemer i tidligere Helse Øst (Ahus, SIHF og SØHF) fra lokale installasjoner til regional fellestjeneste og implementering av felles ressursstyringssystem på OUS. Dette skal føre til felles systemer med god styringsinformasjon. Arbeidet er startet i 2011 og slutføres i første kvartal 2013
- d. Konsolidering av HR-systemene og løpende utrulling av supplerende funksjonalitet i løsningen. Konsolideringsarbeidet har i 2011 hatt fokus på ytelsesforbedringer og stabil drift av løsningen. I 2012 gjennomføres forbedringer av integrasjoner med andre systemer og utrulling av nye moduler.

Prosjektet, som gjennomføres med bred involvering av helseforetak og ansattes representanter, har i 2011 i hovedsak levert resultater i henhold til budsjett, avtalt kvalitet og tidsplan. Prosjektplanen videreføres derfor som forutsatt i 2012.

3. Arbeidsmiljø

Et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap er den regionale medarbeiderundersøkelsen. I 2011 deltok over 40.000 medarbeider med sine synspunkter på sentrale områder knyttet til organisasjon og arbeidsmiljø i egen enhet. Alle foretak har i 2011 oppnådd en langt høyere deltakelse i undersøkelsen enn i 2010. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også klart forbedret.

I 2011 ble det utviklet en implementerings- og oppfølgingsprosess støttet med et enkelt IKT-verktøy. Dette har gitt en langt bedre oversikt over iverksatte tiltak helt ned til enhetsnivå. Mulighet for oppfølging i lederlinjen og rapportering fra oppfølgingsarbeidet er videre vesentlig forenklet. I 2012 vil det satses på å få alle foretak til å ta i bruk det nye verktøyet ”*Elektronisk HMS-handlingsplan*” og styrke erfaringsutveksling av virksomme tiltak og oppfølgingsprosesser. Oppfølgingsprosessene er viktig for å sikre god samordning av plan for arbeidsmiljø, HMS og IA.

HMS-forum er foretaksgruppens felles arena for erfaringsutveksling og læring. Evaluering av arbeidet i 2011 viste at deltakerne er godt tilfreds med forumets nytteverdi, men forumet må i større grad jobbe for å sikre at kunnskap og læring føres tilbake til ledelse og vernetjeneste i egne virksomheter.

Helse Sør-Øst har deltatt i det nasjonale utviklingsarbeidet med HMS-indikatorer. Indikatorene er på plass og skal understøtte bedre oversikt og kontroll med HMS i det enkelte foretak. I 2012 vil

vårt fokus være på implementering av indikatorene i foretaksgruppen og bruk av indikatorene i et løpende forbedringsarbeid.

Både eier og eksternt tilsyn har i 2011 fokusert på helseforetakenes arbeidstidsordninger. I 2012 må det i Helse Sør-Øst arbeides videre med å sikre at det enkelte foretak driver sin virksomhet innen lovens rammer og at gjeldende praksis med unntak fra arbeidstidsbestemmelsene vurderes kritisk og i samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte..

Det regionale helseforetaket ønsker en tydelig og mer koordinert vernetjeneste i regionen, og bidrar til dette gjennom å legge til rette for faste møter mellom foretakenes verneombud og konsernverneombud. I 2012 bør det satses videre på vernetjenesten med et økt fokus på verneombudsrollen. I samarbeid med vernetjenesten ble det i 2011 utviklet et e-læringstilbud på grunnleggende HMS-arbeid, og det vil i 2012 arbeides for at alle foretak tar dette i bruk.

4. Ledelse

Det er menneskene i virksomhetene som med sin innsats realiserer strategiene til Helse Sør- Øst, og det er kompetente og trygge ledere som initierer og gir kraft til virksomhetsutviklingen. Utvikling av virksomheter og utvikling av ledere er nødvendige aktiviteter for å realisere våre mål. Hovedaktiviteter fremover for å styrke ledelseskraft og virksomhetsutvikling vil være å bistå og utvikle lederutviklingsprogram, gi lederstøtte og sikre lederoppfølging.

a) Nasjonal ledelsesutvikling

Som bestilt i foretaksmøte i januar 2011 har Helse Sør-Øst gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling arbeidet med å videreføre og styrke ledelsesutviklingen i helseforetakene. Nasjonalt topplederprogram har styrket sin faglige og administrative ledelse, lagt til rette for riktig rekruttering til programmet og jobbet systematisk med deltakernes holdninger, personlige evner og faglige kompetanse. Dette for å bedre kvaliteten i helsetjenesten og bidra aktivt til realisering av samhandlingsreformen.

Det er gjort forberedende arbeid for å styrke rekruttering og oppfølging av ledere i foretakene. Blant annet er det satt i gang en nasjonal kartlegging av situasjonen i alle foretak på dette området. Videre er det påbegynt et arbeid med etablering av en nasjonal mentorordning der tidligere NTP-deltakere og andre dyktige ledere i foretakene er mentorer og yngre talenter er adepter.

Styringsgruppen har i tillegg tatt initiativ til å gjøre de to LU-programmene ”*Frist meg inn i ledelse*” og ”*Psyk meg opp i ledelse*” som Helse Sør-Øst i dag driver sammen med henholdsvis Dnlf og Norsk psykologforening, tilgjengelig for deltakere fra alle helseregionene. Utviklingen av tiltakene videreføres i 2012.

Helse Sør-Øst RHF har, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, tatt initiativ til og ledet arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for å konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Alle regionene er involvert i arbeidet og har sammen med prosjektledelsen i løpet av høsten 2011 gjennomført 15 dialogaktiviteter regionalt og lokalt i foretak. Til sammen har et stort antall ledere fått anledning til å diskutere ledelse og gi innspill til den nasjonale lederplattformen. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse blant ca 800 ledere og avholdt møter for innspill fra fagforeninger og akademiske miljøer. Innspillene fra alle disse arenaene, og fra en avsluttende nasjonal innspillskonferanse i februar 2012, vil danne grunnlaget for utformingen av den endelige plattformen. Helse- og omsorgsdepartementet er holdt løpende orientert om progresjonen i arbeidet, som slutføres med styrebehandling i RHF-styrene innen 1. juli 2012.

b) Lederstøtte

Konsept for lederutvikling er i 2011 videreutviklet og dokumentert. Her blir bl.a. rolle og ansvarsfordeling mellom RHF- og HF-nivå, regionale tiltak samt anbefalte prinsipper for lederutvikling beskrevet. Konsept for lederutvikling bygger på det arbeidet som allerede er gjort på RHF- og HF- nivå innen feltet. Det er utviklet gjennom en bred prosess, der linjeledere, toppledere, HR-direktører, foretaksinterne lederutviklere og konserntillitsvalgte har vært involvert.

Målet for lederutvikling i foretaksgruppen er:

Lederutviklingstiltakene skal styrke og understøtte arbeidet med kvalitet, trygghet og respekt i pasientbehandlingen ved:

- a. Å tilføre nødvendige kunnskaper og ferdigheter for å kunne fylle ulike lederroller i foretaksgruppen
- b. Å fokusere og bevisstgjøre lederne på ønskede holdninger og verdier i lederskapet
- c. Å bidra til å skape felles oppfatning av hvilket lederskap som er nødvendig for å nå RHF-ets og HF-enes mål

Våre strategiske føringer for lederutvikling er at:

- a. Linjelederne har hovedansvaret for å utvikle ledere i egen organisasjon/enhet og å bringe fram og forvalte ledertalenter
- b. Lederutviklingstiltakene skal understøtte linjelederansvaret.
- c. Tiltakene skal bygge på de nasjonale kravene til ledere i spesialisthelsetjenesten
- d. Ledere på ulike nivåer bør kunne bidra som forelesere og veiledere inn i lederutviklingstiltakene
- e. Erfaringsutveksling innenfor ulike prosesser (for eksempel omstillingsprosesser) bør innarbeides lederutviklingstiltakene
- f. Det skal regelmessig gjøres en vurdering og analyse av de mest aktuelle utfordringer for foretaksgruppen/foretakene som grunnlag for å definere satsningsområder for lederutvikling

De regionale lederutviklingstiltakene som er gjennomført i 2011, er:

- a. Lederforum.
- b. Program for foretaksinterne lederutviklere
- c. Erfaringskonferanse for HR-direktører og lederutviklere
- d. De 2 grunnmodulene for foretaksinternt LU-program er tilpasset og implementert i ytterligere 2 foretak. Arbeidet er startet opp i et tredje.
- e. Bistand til utvikling og gjennomføring av lederutviklingsprogram i helseforetakene. I tillegg har vi bistått i videreutvikling og gjennomføring av lederutviklingstiltak i ytterligere fem foretak.
- f. ”Frist meg inn i ledelse” (samarbeid med Legeforeningen).
- g. ”Psyk meg opp i ledelse” (samarbeid med Psykologforeningen).

Alle disse tiltakene vil bli videreført i 2012.

4.1.7 Bygningskapital – status og utfordringer

Forvaltning:

Styret har i sak 10-2011 vedtatt strategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst og samtidig sikret at helseforetakenes handlingsplaner for eiendomsvirksomheten er i tråd med overordnet strategi.

Dokumentet er et ledd i arbeidet med å nå målsettingen om en kostnads- og arealeffektivisering på 10 % for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst som styret tidligere har lagt til grunn og behandlet blant annet i styresak 010-2009. Styresaken viser også en statusrapport for alle delprosjekt som er iverksatt gjennom forum for utvikling av bygg og eiendom, som er etablert for å nå det overordnede målet og som er en oppfølging av styresak 048-2010.

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

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

Forum for bygg og eiendom har behandlet 69 saker i 2011, og videreført flere av de 11 delprosjektene som ble startet i 2010. De viktigste er etablering av BIM-strategi (tredimensjonal bygningsinformasjonsmodellering), oppstart av piloter avtalebasert betaling for arealer(husleie), etablering av styringssystem for avhending, herunder rammer for måleparametre for arealeffektivisering, kostnadsføring av eiendomskostnader etter NS 3454, nettverksgruppe for vedlikeholdsplanlegging. Videre er det startet felles regional utnyttelse av ressurser innen avhending, kvalitetssikring, prosjektledelse og BIM. (Styresak 053-2010 og 079 -2011)

Oppdraget med å registrere alle bygg etter klassifikasjonssystemet utarbeidet av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging, gitt i foretaksmøtet i januar 2010 er koordinert interregionalt, med felles kontrahering og bruk av rådgiver som samordner registreringen. Arbeidet ligger etter planen da styringsgruppa for Kompetansenettverket vedtok at klassifikasjonssystemet skulle revideres. Dette er nå gjennomført, og danner grunnlag for videre registrering av arealer.

Arbeidet med forvaltningsplaner av vernede bygg og kompetansebygging innenfor kulturminnevern er godt i gang, og arbeidet koordineres interregionalt. Det er avholdt fire nasjonale nettverkssamlinger, samt flere regionale samlinger. Det er kontrahert rådgivere i felles rammeavtale for støtte til arbeidet med forvaltningsplaner. Riksantikvaren har anbefalt ny frist for ferdigstillelse av forvaltningsplanene, da det ennå ikke er gjort vedtak i forskriften for landverneplanenes del 2 i verneklasse 1.

Utvikling av nye prosjekter

Styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet og godkjent ett prosjekt i 2011, det er nytt akuttbygg ved Oslo universitetssykehus HF. Dette ble behandlet styresak 054-2011 *Oslo universitetssykehus*

HF – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål, hvor forprosjektet ble godkjent og gjennomføring kunne starte opp.

Oslo universitetssykehus har i tillegg planlagt oppstart av en rekke mindre prosjekter innenfor en ramme på 1,5 MRD NOK, som skal støtte opp om omstillingsprosessen i henhold til styresak 108-2008. Per 2011 er det stilt til sammen ca 300 MNOK til disposisjon for disse prosjektene, som forventes ferdigstilt i 2014.

Oslo universitetssykehus HF arbeider med sin utviklings- og investeringsplan, som forventes å foreligge primo 2012. Ut fra denne planen vil de enkelte større investeringsprosjektene bli behandlet.

Ingen andre helseforetak har fremlagt godkjenningsforespørsel om nye prosjekter, men Sykehuset Telemark HF og Sunnaas sykehus HF har fremmet forespørsel om videreføring av utbyggingsprosjekter fra konseptfase til forprosjekt.

Helse Sør-Øst RHF ønsker å knytte disse prosjektene opp mot utviklingsplanene for hvert sykehusområde. Dette arbeidet er i gang.

I revidert veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter som ble ferdigstilt i desember 2011, forutsettes det å foreligge en utviklingsplan for foretaket før det kan igangsettes en planprosess for et prosjekt eller tiltak gjennom oppstart av en idèfase.

Statusen for utviklingsplaner og større byggprosjekter i de ulike sykehusområdene er:

Østfold sykehusområde

Prosjekt Nytt Østfoldsykehus (PNØ) startet byggarbeidene i september i år og gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF. Planlagt innflytting er 2. kvartal 2016.

Akershus sykehusområde

Akershus universitetssykehus HF forbereder planer for investeringer knyttet til deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler som leies av Oslo universitetssykehus HF.

Oslo sykehusområde

Oslo universitetssykehus HF fikk mandatet for sin omstillingsprosess gjennom sak 108-2008, primært gjennom vedtakets pkt. 12 og 13, og føringer gitt i saksutredningen. Samlet utviklingsplan fram til 2025 forventes å foreligge i januar 2012.

Første større investering er utvidelse av akuttfunksjonene på Ullevål, hvor byggarbeidene blir igangsatt i løpet av inneværende år.

Innlandet sykehusområde

Sykehuset Innlandet HF har på eget initiativ igangsatt en prosess, basert på sin virksomhetsmessige strategiplan. Denne prosessen kan i store trekk betraktes som en utviklingsplan, og vil være ferdigstilt i 2012. I dokumentet *Strategisk fokus 2025* er det utredet tre scenarier som er sendt på høring. Helseforetakets styre planlegger å fatte prinsippvedtak om framtidig sykehusstruktur på sitt møte 22. juni 2012.

Vestre Viken sykehusområde

Vestre Viken HF fikk i brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 01.07.09, et mandat for utarbeidelse av utviklings- og investeringsplaner, med basis i styresakene 108-2008 og 131-2008.

Fristen for endelig leveranse ble i brevet satt til utgangen av 2010, men foretaket har ikke fullført sin utviklingsplan, primært fordi det virksomhetsstrategiske grunnlaget ikke er på plass. Planen forventes derfor slutført i løpet av 2012.

Foretaket har, med utgangspunkt i bestilling i foretaksprotokoller fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet en mulighetsstudie for utbygging av sykehuset i Drammen.

Dette arbeidet videreføres med bakgrunn forutsetningene gitt i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 31.01.12. Det fremgår at vedtatte prinsipper og føringer for planlegging av investeringsprosjekter legges til grunn, samt at arbeidet med utviklingsplanen for Vestre Viken HF skal inneholde faglige og økonomiske konsekvenser av en mulig sammenslåing av sykehusene som nå er plassert i hhv. Drammen og Kongsberg. Disse analysene skal vurderes i forhold til opprettholdelse av dagens sykehusstruktur.

Telemark og Vestfold sykehusområde

Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Psykiatrien i Vestfold HF fikk i brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 20.10.2009, mandat for utarbeidelse av utviklings- og investeringsplaner, med basis i styresakene 108-2008 og 131-2008.

Frist for endelig leveranse var medio 2011, og helseforetakene oversendte 24.06.2011 sitt forslag til utviklingsplan med forslag til investeringsplaner til Helse Sør-Øst RHF etter behandling i foretaksstyrene.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at planleggingsarbeidet på idefasenivå i Tønsberg fortsetter slik at det kan fremlegges søknad om oppstart konseptfase for styret i Helse Sør-Øst RHF. Gitt positiv behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF vil Sykehuset i Vestfold HF deretter kunne utarbeide en konseptfaserapport som fremlegges Helse Sør-Øst RHF til godkjenning og prioritering. En godkjent og styrevedtatt konseptfaserapport vil deretter utgjøre grunnlag for eventuell søknad om finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt vurdering av foretakets krav til egenfinansiering.

Sykehuset i Telemark HF har i tillegg til sykehusområdets samlede utviklingsplan, oversendt idefaserapport til Helse Sør-Øst RHF med ønske om oppstart av konseptfase for opprusting av sengefløy i Skien. Styrebehandling av idefaserapport for prosjektet i Skien vil skje i forbindelse med rullering av foretaksgruppens økonomiske langtidsplan våren 2012. Vurderingen vil også ta hensyn til foretakets egenfinansieringsgrad.

Under forutsetning om at de to prosjektene blir godkjent og prioritert, må gjennomføringen av det enkelte prosjektet tilpasses foretaksgruppens samlede bæreevne, og foretakets muligheter til å bidra med egenfinansiering.

Sørlandet sykehusområde

Sørlandet sykehus HF har også igangsatt et arbeid med utviklingsplan, og har parallelt gjennomført idefase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Utviklingsplanen forventes å foreligge i løpet av 2012. Den fremsendte idefaserapporten vil bli behandlet når utviklingsplanen for sykehusområdet foreligger.

Sunnaas sykehus HF

Foretaket har over lengre tid arbeidet med en samlet plan for investeringer, og er i ferd med å igangsette arbeidet med reguleringsplan for eiendommene. Dette er en prosess som er antatt å ta ca. 1,5 til 2 år, og er en forutsetning for å kunne ta stilling til større byggeplaner.

I forbindelse med reguleringsarbeidet ser Helse Sør-Øst RHF det som fornuftig at forslaget til 1. byggetrinn bearbeides på nytt. Helse Sør-Øst RHF vil kunne behandle en justert selvstendig konseptrapport for dette prosjektet i tråd med etablerte rutiner og fullmakter, parallelt med at reguleringsprosessen sluttføres.

Igangsatte prosjekter

Nytt østfoldsykehus:

Forprosjekt for nytt østfoldsykehus ble godkjent i desember 2010 og prosjektet er i 2011 ført videre til gjennomføringsfasen. Prosjektet ble godkjent med en ramme på 5.090 mrd. kroner (prisenivå februar 2010) som tilsvarer P50 estimatet fra gjennomført usikkerhetsanalyse i forprosjektfasen. I 2012 er prosjektorganisasjonen bygget opp for å håndtere gjennomføringen, og hovedaktivitetene har vært å gjennomføre detaljprosjekt og forberede byggestart.

Byggestart for prosjektet ble markert 05.09.11 av statsminister Jens Stoltenberg og helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Prosjektet følger forutsatte planer for fremdrift og kostnad, og pr desember 2011 er gravearbeidet på tomte godt i gang.

Sykehuset i Vestfold:

Sykehuset i Vestfold HF planlegger oppstart av byggearbeider for tre rus-/psykiatriprosjekter i 2012, etter revisjon av anbudsgrunnlag og anbudsstrategi: Nybygg for samlet rusbehandling på Skjerve, tilbygg for alderpsykiatrisk avdeling på Granli og tilbygg/ombygging av distriktpsykiatrisk senter på Linde. De to siste innebærer fullføring av opptrappingsplanen for psykisk helse i foretaket.

Foretaket planlegger oppstart av byggearbeider for parkeringshus med helikopterlandingsplass i 2012, etter godkjenning av reguleringsplan.

Sørlandet sykehus HF:

Sørlandet sykehus HF har et pågående prosjekt med ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand i 2012. Første fase - dagkirurgisk avdeling - ble ferdigstilt i 2011, og omfanget av resterende arbeider er under vurdering.

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer - Plan for strategisk utvikling og mål 2011 for Helse Sør-Øst

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 mål bilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

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.

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

4.2.1 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

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, kompetansheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud.

8. Akuttfunksjoner 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.

4.2.2 Innsatsområde 2: Forskning og innovasjon

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. Forskingen skjer i henhold til regional forskningsstrategi og tilhørende handlingsplaner for implementering.

Forskning

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet og komme pasientene til gode. Forskning skal gi kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering samt næringsutvikling.
2. Forskingen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som en drivkraft for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskingen har tilstrekkelig bredde til å bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
3. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst skal på lengre sikt (10 år) øke til 5 % av helseregionens driftsbudsjett i tråd med styrets vedtak.
4. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne.
5. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene skal gi bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering/kostnadsreduksjon og næringsutvikling.
6. Forskningsforvaltningen skal gi gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Forskningsforvaltningen skal understøtte redelighet og godkvalitet i forskningen.

4.2.3 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

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.

4.2.4 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

1. Organiseringen av IKT skal støtte opp under de prioriterte mål for kjernevirksomhetens og sikre god kvalitet på tjenesten, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessig gevinster i helseforetakene i henhold til nasjonale føringer.
2. Gjennom god organisering og bred involvering av ansatte på alle nivå i foretaksgruppen skal det utvikles en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk, inkludert vedtatte retningslinjer for etisk handel.
3. Administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.
4. Overkapasitet skal reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning. Arbeidet med å nå målet med 10 % arealreduksjon og 10 % kostnadseffektivisering i driften av eiendommene for perioden 2009-2012 videreføres. Det etableres delprosjekter innen sentrale driftsområder og arealforvaltning (metoder og insentiver for effektiv arealutnyttelse), som skal bedre styringsmåtene og målemetodene.

4.2.5 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

1. Helse Sør-Øst trenger engasjerte og motiverte medarbeidere og ledere som bidrar til å utvikle de faglige miljøene og som sikrer god drift og kvalitet på pasientbehandlingen. Helse Sør-Øst vil bidra til dette bl.a. ved å videreutvikle metoder for endrings- og omstillingsarbeid og legge til rette for bred medvirkning og medbestemmelse.
2. Helse Sør-Øst skal ha et økt fokus på kompetanse og utvikle gode systemer for å rekruttere, utvikle og anvende de menneskelige ressursene. Den enkelte medarbeider skal gis mulighet til å utvikle sin kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd, til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv.
3. Helse Sør-Øst skal ha god oversikt over og styring med ressursbruk og bemanningsutvikling i forhold til de oppgaver som skal løses. Dette krever fokus på ressursanalyse og -forvaltning, videreutvikling av arbeidsprosesser, gode lederdialoger og mer kreativ bruk av teknologi og kompetanse.
4. Helse Sør-Øst skal gjennom HMS-arbeidet utvikle en helsefremmende virksomhet og satse på å utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte.

4.2.6 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

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 helhetsspektiv i tråd med krav fra eier.

4.3 Mål for 2012-2014

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.

<i>Våre kvalitetsmål innebærer at tjenestene skal...</i>	<i>Det er</i>
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 å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen har styret for Helse Sør-Øst RHF vedtatt et knippe målformuleringer for 2012 og videre i planperioden frem til 2014. Målene uttrykker organisasjonens ambisjon om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

Som hovedregel skal ingen pasienter vente over 1 år. Dette skal inngå spesifikt i oppfølgingen av helseforetakene.

Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten.

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 2012 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

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.

4.4 Utforming av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst frem mot 2020 – strategirullering

Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling rulleres hvert fjerde år. Siste år i inneværende planperiode vil være 2012. Det arbeides nå med en rullering av planen med slutføring og styrebehandling i annet halvår 2012.

For å ha et så godt grunnlag som mulig for rulleringen har Helse Sør-Øst RHF gjennomført en åpen innspillsrunde der kommuner og fylkeskommuner innen helseregionen, helseforetakene i Helse Sør-Øst, private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF, landets øvrige regionale helseforetak, brukerutvalg og brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og fagorganisasjoner og andre viktige samarbeidspartnere er gitt mulighet til å gi bidrag til prosessen.

Hovedspørsmålet som ble stilt i denne invitasjonen var:

Hvilke grep anser instansene som hensiktsmessig og riktig i forhold til tilgjengelighet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten og i forhold til samhandlingsreformen?

Spørsmålet kunne besvares på den måten adressatene selv synes hensiktsmessig.

I tillegg til innspillene fra interessenter og samarbeidspartnere belyses noen tema som vi oppfatter som særlig aktuelle i et langsiktig perspektiv:

Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan, herunder demografisk utvikling og forebyggingsperspektivet

Dette temaet omfatter fortsatt videreutvikling av robuste fagmiljøer og god ressursutnyttelse, men også forebygging, samarbeid og brukermedvirkning. Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i en rekke utfordringer norsk helsetjeneste står overfor og innebærer et regimeskifte som krever samlet tilnærming. Gjennom lovendringer, planer og virkemidler skal helsetjenesten gis ny retning og fremstå som et sammenhengende tilbud. Reformen vil i stor grad påvirke innholdet i spesialisthelsetjenesten i årene fremover, og Helse Sør-Øst vil med grunnlag i samhandlingsreformens intensjoner utvikle mål og strategier som videreutvikler tilbudet til beste for befolkning og pasienter.

Som et deltema under dette arbeidet vil også tilbudene til prioriterte pasientgrupper bli nærmere belyst. En vil også belyse utviklingen i regionens samlede kapasitetsbehov med sikte på utarbeidelse av nye kapasitetsanalyser frem mot 2030.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Dagens strategier i Helse Sør-Øst tar utgangspunkt i at det å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester er en lovpålagt oppgave og en etisk forpliktelse. Det er videre et førende prinsipp at tjenestetilbudene skal desentraliseres der en kan og sentraliseres der en må. Det er et mål å forhindre uheldige hendelser som følge av systemfeil og menneskelig svikt. Arbeidet med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen setter fokus på dette.

Det videre viktig å arbeide med langsiktige perspektiver for å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet. Ett element i dette vil være å sikre velfungerende pasientadministrative arbeidsprosesser.

Forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst opprettholder en sterk satsing på forskning og innovasjon. Foretaksgruppen bruker totalt om lag tre prosent av budsjettet til dette formålet. Det er et langsiktig mål at samlet ressursinnsats skal trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet. Det skal utarbeides ny regional strategi for forskning og innovasjon. Dette vil skje parallelt med utviklingen av den overordnede, langsiktige strategien for foretaksgruppen.

Arbeidskraft- og kompetanse

Demografiske forhold, manglende tilgang på nyutdannet helsepersonell og andre utviklingstrekk tilsier mangel på arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Det må utvikles regionale strategier som gjør oss i stand til å forutse og møte framtidig behov for arbeidskraft og kompetanse. 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 og vil kunne danne grunnlaget for den strategiske betenkningen og forslag til strategiske valg.

Ledelse

Medarbeidere er virksomhetens viktigste ressurs. Helse Sør-Øst er avhengig av engasjerte medarbeidere, gjennomføringsevne og ledelseskraft. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor. I en rapport i regi av Nasjonal ledelsesutvikling er det beskrevet flere utfordringsområder innen ledelsesområdet. Det er satt i gang en rekke aktiviteter for å videreutvikle og styrke ledelseskraften i foretaksgruppen. Dette arbeidet videreutvikles og sammenfattes i en kortfattet overordnet betenkning.

Standardisering

Standardisering av behandlingsforløp, behandlingsmetoder, jobborganisering, pasientinformasjon, teknologi mv. er viktige virkemidler for å utvikle god kvalitet, likeverdighet og tilgjengelighet i pasienttilbudet. Standardisering bidrar også til effektivisering og bedre utnyttelse av samlede ressurser, men må alltid sees i et pasientperspektiv. Det foretas en gjennomgang av foretaksgruppens virksomhet og behov for standardisering med sikte på klargjøring av prioritering, gevinstmuligheter og virkemiddelbruk, herunder en drøfting av oppgavefordelingen mellom HF og RHF.

Teknologi

Medisinsk teknologi og IKT er avgjørende for et godt pasienttilbud. Den teknologiske utviklingen har vært en viktig driver for etterspørsel etter helsetjenester og bidratt til økt ressursbruk og investeringsbehov. Det er flere eksempler på at ny teknologi har medført sterk økning i etterspørselen etter tjenester, men også at teknologien har effektivisert behandlingsmetodene. Omfanget av behandlingsformer med ny teknologi har økt betraktelig,

ofte med den konsekvens at også stadig eldre pasienter behandles. Det er viktig at utviklingen innen medisinsk teknologi og IKT styres og at foretaksgruppen har hensiktsmessige strategier i forhold til dette i tråd med nasjonale føringer. Strategiene må bidra til at informasjonsutveksling og teknologiutvikling alltid er til pasientens beste. Strategiene må også reflektere at det skjer betydelige endringer i pasientens rolleoppfatning og teknologiske kompetanse og at pasienten har eierskap til egen informasjon og egne data.

Forhold privat/offentlig

Forholdet mellom et offentlig og privat helsetjenestetilbud bestemmes i stor grad av overordnede politiske føringer og må betraktes som rammebetingelser, samtidig som forutsetningen om et planstyrt offentlig helsetilbud med høy selvforsyningsgrad i enkelte sammenhenger utfordres. Videre fremstår fremtidig organiseringen av bestiller- og utføreroppavene og graden av arbeidsdeling nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører som et mulighetsområde for Helse Sør-Øst RHF i et langsiktig perspektiv. Disse faktorene gjør pasientgrunnlaget mer usikkert og den langsiktige planleggingen må ta høyde for dette. Større variasjon i pasientgrunnlaget skjerper kravene til styring på konsernnivå og til effektiv produksjon. Dette området bør drøftes/klarlegges og alternative strategier for foretaksgruppen vurderes.

Internasjonalisering og konkurranse

EØS-avtalen og EUs direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester som nå er vedtatt innebærer at foretaksgruppen etter hvert blir direkte berørt. Konsekvensene av dette vil i noen grad være en del av den nasjonale helsepolitikken og således rammebetingelser for foretaksgruppens virksomhet. Større grad av fritt sykehusvalg nasjonalt og internasjonalt samt utvikling av høyspesialiserte tilbud med marked over landegrensene vil imidlertid kunne ha betydning for tilbudsorganisering og muligheter for utvikling av kvalitetsbaserte helsetjenesteprodukter og nisjetilbud. Innenfor ”sørge for”-ansvaret må Helse Sør-Øst sikre rollen som kvalitativ garantist for pasienter i et internasjonalt marked. Trusler og muligheter som følge av økt internasjonalisering av tjenestetilbudet belyses og alternative strategier vurderes.

Innspill og temanotater vil bli bearbeidet videre for å klargjøre ny strategiske valg og andre endringer i gjeldende strategidokument.

5 TABELLRAPPORTERING

5.1 Rapportering av styringsparametre 2011 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2011	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Helse Sør-Øst RHF	745 940	749 880
Refunderte polikliniske inntekter, inkludert refusjon av egenandeler	Helse Sør-Øst RHF	1 440 665	1 456 121

Styringsparametre	Datakilde													Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember			
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk	NPR	76	75	74	70	73	67	60	82	84	81	77	72	65		
Median ventetid for pasienter innen somatikk	NPR	49	46	42	42	47	43	36	60	60	46	47	44			
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	NPR	53	54	41	51	54	55	49	63	56	42	38	39	65		

Styringsparametre	Datakilde													Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember			
Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	NPR	47	50	35	44	49	51	38	62	47	29	32	33			
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	NPR	56	51	50	50	51	48	50	57	54	49	45	44	65		
Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	NPR	42	34	34	34	41	34	31	45	32	31	31	32			
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	NPR	78	60	58	67	61	72	66	63	69	65	57	59	65		
Median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	NPR	50	36	40	41	46	41	36	47	41	38	35	39			

Styringsparametre	Datakilde													Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember			
Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten ved utgangen av 2011	NPR	75	74	73	69	72	67	60	80	84	79	75	70	Ned mot 65 løpe-dager	Ventetider følges månedlig med tilbakemelding til helseforetakene samt krav om at de kommenterer egne resultater.	Fremdeles et stykke unna målet, men dette gjelder i hovedsak somatikk. Tilfredsstillende utvikling for BUP, VOP og TSB.

Styringsparametre	Datakilde					Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		1. tertial 2010	2. tertial 2010	1. tertial 2011	2. tertial 2011			
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	Helsedirektoratet	76,0 %	76,7 %	77,7 %	75,5 %	100 %	Fokusert i oppdrag og bestilling til HF-ene. Påpekt manglende oppdatering ved aktuelle foretak.	Manglende mål-oppnåelse skyldes i hovedsak mangelfull oppdatering ved OUS og VV. Kontoret for

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2010	2. tertial 2010	1. tertial 2011	2. tertial 2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
								fritt sykehusvalg mottok ca 20 000 telefoner i 2011. (70 % av alle henvendelser til Fritt sykehusvalg Norge. Nettsiden www.frittsykehusvalg.no har ca 900 treff daglig.
Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager	NPR	89,0 %	90,5 %	93,0 %	96,0 %	100 %		Tilfredsstillende
Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 virkedager i psykisk helsevern og TSB for personer under 23 år	NPR	93,0 %	89,0 %	97,0 %	92,0 %	100 %		Tilfredsstillende
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	NPR	Somatikk: 7,9 % PHV: 8,9 % TSB: 4,7 %	Somatikk: 9,4 % PHV: 9,5 % TSB: 5,2 %	Somatikk: 9,1 % PHV: 6,2 % TSB: 5,9 %	Somatikk: 8,8 % PHV: 5,1 % TSB: 4,7 %	0 %		

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2010	2. tertial 2010	1. tertial 2011	2. tertial 2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel epikriser sendt ut innen en uke	NPR	76,0 %	75,3 %	78,8 %	79,1 %	100 %		Under mål for 2011, men bedring fra 2010 og nær "gammelt" mål på 80 %
Andel korridorpasienter	NPR	1,4 %	1,4 %	1,6 %	1,5 %	~ 0 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Fremdeles høy andel skyldes i hovedsak mange korridorpasienter ved Ahus.
Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse	NPR	Ikke tilgjengelige NPR- data for 2010	Ikke tilgjengelige NPR- data for 2010	7,1 %	7,1 %			
Andel tvangsinnleggelse, ratejustert for befolkning i opptaksområdet	NPR	NPR tar sikte på å publisere disse tallene våren 2012. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å ettersende rapportering på dette styringsparameteret senest innen 15.5.2012.						
Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft. (Median tid til behandling virkedager)	NPR	16	14	16	16			
Tid fra henvisning til første behandling lungekreft (Median tid til behandling virkedager)	NPR	26	26	31	28			

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2010	2. tertial 2010	1. tertial 2011	2. tertial 2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Tid fra henvisning til første behandling brystkreft (Median tid til behandling)	NPR	16	15	17	17			

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011
Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 (Andel (prosent) fødselsrifter totalt)	MFR	2,3 %	2 %
Antall amputasjoner pr. 1000 diabetespasienter	NPR	2,6	<i>Tall er ikke tilgjengelig enda, men vil bli ettersendt når de foreligger fra NPR.</i>

Styringsparametre	Datakilde	Rapport publisert 2010					
		Pleiepersonalet	Informasjon	Leger	Pasientsikkerhet	Pårørende	Organisering
Brukererfaringer kreftpasienter, justert for cae-mix Pasienterfaringer kreftbehandling. Gjennomsnittsskår på indeksene for poliklinikker. Skala 0 - 100 der 100 er best.	Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)	80,3 Resultat litt over landsgj.snitt. Akseptabelt.	68,7 Resultat litt over landsgj.snitt, men kan bedres. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.	78,6 Resultat litt over landsgj.snitt. Akseptabelt.	90,6 Resultat omtrent på landsgj.snitt. Tilfredsstillende.	82,3 Resultat bedre enn landsgj.snitt. Akseptabelt.	71,4 Resultat bedre enn landsgj.snitt, men likevel potensial for forbedring. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene.

Styringsparametre	Datakilde	2010						Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom	Akse 2 - Spes. utviklingsforstyrrelser	Akse 3 – Intelligensnivå	Akse 4 – Somatiske tilstander	Akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold	Akse 6 – Psykososialt funksjonsnivå			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	NPR	63 %	36 %	44 %	34 %	61 %	60 %	100 %	Eget prosjekt startet høsten 2011: Gjennomgang av pasientadm. systemer og arbeidsmåte / rutiner.	Fremdeles godt unna målet om 100 % på alle akser.

Styringsparametre	Datakilde	2010						Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmål	Vurdering av mål-oppnåelse Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Andel pasienter lagt inn med utfylt lovgrunnlag)	NPR	Andel pasienter lagt inn med utfylt lovgrunnlag 82 %						100 %	Eget prosjekt startet høsten 2011: Gjennomgang av pasientadm. systemer og arbeidsmåte / rutiner.	Fremdeles godt unna målet. Resultat ikke godt nok. Vil bli fulgt opp overfor foretakene.

Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne (Andel pasienter m/spesifisert diagnose ved utskrivelse)	NPR	Andel pasienter m/ spesifisert diagnose ved utskrivelse 74 %	100 %	Eget prosjekt startet høsten 2011: Gjennomgang av pasient-adm. systemer og arbeidsmåte / rutiner.	Fremdeles godt unna målet. Resultat ikke godt nok. Vil bli fulgt opp overfor foretakene
--	-----	--	-------	---	---

5.2 Rapportering på særskilte områder (vedlegg 3 i oppdragsdokumentet)

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Antall nye desentraliserte tiltak	Helse Sør-Øst	I tråd med samhandlingsreformen er det etablert 5 DMS/LMS i regionen, i tillegg er det 6 nye enheter under planlegging. I alle sykehusområder er det etablert forsterkede sykehjemstilbud eller intermediære tilbud. Det er også etablert en rekke ambulante tjenester.	Det er for tidlig å vurdere grad av måloppnåelse mht. pasienttilbudet. Imidlertid er det i alle sykehusområder et samarbeid om desentrale- og ambulante tjenester. Det er et godt samarbeidsklima i alle sykehusområder. Avtaler og samarbeidsfora er etablert, og en rekke samhandlingstiltak er allerede på plass. Videre legges et godt grunnlag for ytterligere tiltak ved etablering av tjenesteavtalene som skal etableres innen 1. juli 2012.	Samarbeidsavtaler om desentrale- og ambulante tjenester er etablert eller under planlegging i alle sykehusområder. Det var avsatt totalt 5 mill. kr. Til samhandlingstiltak i 2011 hvor et av hovedsatsingsområdene var desentrale- og ambulante tjenester
Antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre som har elektronisk innrapporteringsløsning.	Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst RHF har i 2011 hatt ansvar for seks nasjonalt godkjente kvalitetsregistre, hvorav kun ett har en fullverdig elektronisk innrapporteringsløsning.	Planlagt framdrift for innføring av elektronisk innrapporteringsløsning er oppnådd i forhold til forutsetningene Helse Sør-Øst RHF må forholde seg til for dette arbeidet.	

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og systematisk registrering av type tilbud denne gruppen får.	MFR			<i>Tall er ikke tilgjengelig enda, men er bestilt og vil bli ettersendt når de foreligger fra FHI (MFR).</i>
Antall oppsøkende/ ambulante team innen TSB.	Helse Sør-Øst RHF	2	De ulike helseforetakene vurderer behovet for egne ambulante team for TSB forskjellig. Noen helseforetak har valgt en mer integrert modell enn egne team.	
Antall pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og DPS per 10 000 innbygger over 18 år fordelt på døgninnleggelse, poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern.	Helse Sør-Øst RHF	Ant. utskrevne pasienter døgntillegning - psykisk helsevern for voksne pr. 10.000 innbyggere: - Sykehus: 70 - DPS: 45 Antall polikliniske konsultasjoner - psykisk helsevern for voksne pr. 10.000 innbyggere - Sykehus: 420 - DPS: 2 914		
Antall DPS som tilbyr brukerstyrte plasser.	Helse Sør-Øst RHF	21		Eget vedtak i styresak 061/2010 Regionale utviklingsområder psykisk helsevern har eget vedtak om etablering av brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlig og tilbakevendende sykdom i alle sykehusområder. Planen er fireårig.

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Antall ambulante team, fordelt på hhv akutteam, rus/ dobbeltdiagnoseteam, andre behandlingsteam og ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge.	Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> • Antall ambulante team psykisk helsevern voksne: 26 • Akutteam: 8 • Rus/dobbeltdiagnoseteam: 8 • Andre behandlingsteam og ambulante team: 12 • Antall ambulante team psykisk helsevern BUP: 15 • Akutteam BUP: 1 • Andre behandlingsteam og ambulante team BUP: 2 	De fleste helseforetak har etablert egne ambulante team. Noen helseforetak har mange ambulante team. Et helseforetak melder at det innen BUP er etablert en arenafleksibel enhet (AFE) som samhandler med BUP døgnenhet og poliklinikker og driver ambulante/arenaflexible tjenester i hjem, barnehage, skole osv og mot samhandlingspartnere. AFE er bemannet med legespesialist, psykologspesialister og høyskolepersonell. Det vurderes at ressursramme og begrenset tilgang på fagpersonell, særlig spesialister, gjør etablering av en rekke mindre team til et praktisk problem.	
Antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansarbeiderutdanningen.	Helse Sør-Øst RHF	Helsefagarbeiderutdanningen: 150 Ambulansarbeiderutdanningen: 158	Inkl. både plasser knyttet til egne lærlingkontrakter og plasser etablert i samarbeid med andre virksomheter som står som arbeidsgiverpart i lærlingkontrakten.	
Antall utdanningsstillinger for tannleger under spesialisering.	Helse Sør-Øst RHF	1 stilling	Behov for egen region er dekket	
Antall OFU (evt. IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier.	Innovasjon Norge/ Helse Sør-Øst RHF	15 stk OFU Samlet prosjektverdi 90 000 000 Egne ressurser 29 665 000	God måloppnåelse på dette området	Det jobbes aktivt på dette og de øvrige områder nedenfor

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011.	Norges forskningsråd / Helse Sør-Øst RHF	5	Inven2 jobber aktivt for å øke antall FORNY prosjekter	
Antall registrerte oppfinnelser i 2011.	DOFI	55	Inven2 jobber aktivt med å øke antall oppfinnelser	
Antall innleverte, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT).	Helse Sør-Øst RHF	27	God måloppnåelse på dette området	
Antall bedriftsetableringer i 2011.	Brønnøysund registeret/ Helse Sør-Øst RHF	1	Inven2 jobber aktivt med dette	
Antall lisensavtaler i 2011.	Helse Sør-Øst RHF	14	God måloppnåelse	
Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	InnoMed	9	I tråd med målene	
Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011.	http://forskning.prosjekter.ihelse.net..	525 87 %	Meget høye tall på dette området	

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Sør-Øst RHF.	NIFU		Ikke tilgjengelige data før NIFU har ferdigstilt rapport for 2011.	<i>Tall er ikke tilgjengelig enda, men vil bli ettersendt når de foreligger fra NIFU. Det forventes at de foreligger 30.06.12.</i>
Årlige publikasjoner rapportert til Cristin innen 1. september.	Cristin	Antall artikler fra Helse Sør-Øst rapportert innen 15.sept 2011: 1 741. Gjelder publikasjoner i 2010.		Dette er tall fra Cristin. Det gjøres oppmerksom på at rapporteringen ikke er komplett fra alle institusjoner.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Sør-Øst RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU).	NIFU		Ikke tilgjengelige data før NIFU har ferdigstilt rapport for 2011	<i>Tall er ikke tilgjengelig enda, men vil bli ettersendt når de foreligger fra NIFU. Det forventes at de foreligger innen 22.03.12.</i>
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Sør-Øst RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt. 7.1 , herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering.	http://forskningssprosjekter.ihelse.net .	<i>Se egen tabell nedenunder</i>	Denne rapporteringen omhandler regionalt finansierte forskningsprosjekter. Strategiske tiltak som er tildelt midler utenom søknadsprosesser er ikke med. Dette gjelder blant annet regional forskningsstøtte. I tillegg kommer forskningsaktivitet som er finansiert direkte av helseforetakene eller gjennom eksterne midler.	

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2011.	Norges forskningsråd		Avventer svar fra Forskningsrådet	<i>Tall er ikke tilgjengelig enda, men vil bli ettersendt når de foreligger fra Norges forskningsråd. Det forventes at de foreligger innen 22.03.12.</i>
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	Helse Sør-Øst RHF	<p>Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo er ansvarlig for følgende nasjonale forskningssatsinger i regi av NSG:</p> <p>a. <i>Alvorlige psykiske lidelser</i> NSG anbefalte desember 2008 igangsetting av <i>Alvorlige psykiske lidelser</i> som nasjonalt satsingsområde for forskning. Koordinerende fagmiljø er ved Oslo universitetssykehus og finansieres av regionale forskningsmidler. Flere interregionale prosjekter er iverksatt, og det er nedsatt et fagråd for satsingen.</p> <p>b. <i>Kreft</i> NSG anbefalte mai 2011 etablering av kreftforskning som nasjonalt satsingsområde, og støttet at satsingen bør avgrenses til <i>individuell kreftbehandling basert på genprofilen av egen svulst</i>. De fire regionale samarbeidsorganene har også sluttet seg til dette. Oslo universitetssykehus HF har utpekt Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken som koordinerende fagmiljø for det nasjonale satsings-</p>		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
		<p>området. Finansieres fra regionale forskningsmidler. Neste trinn i prosessen er å nedsette et fagråd for satsingen.</p> <p>I tillegg har Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo ansvar for følgende to foreslåtte satsinger:</p> <p>c. <i>Muskel og skjelettplager, skader og sykdommer (MSPSS)</i></p> <p>Nasjonale samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) behandlet grunnlagsdokumentet fra den nasjonale skrivegruppen november 2011, og anbefalte da at den nasjonale satsingen iverksettes. Dokumentet er sendt ut til alle de øvrige regionale samarbeidsorganene for endelig tilslutning.</p> <p>d. <i>Helsetjenesteforskning</i></p> <p>Høsten 2011 tok Samarbeidsorganet i Helse Sør-Øst initiativ til etablering av helsetjenesteforskning som nytt nasjonalt satsingsområde for forskning Avhengig av behandling i NSG og de regionale samarbeidsorganene vil dette skje i løpet av 2012. I 2011 ble det utlyst midler til forskningsprosjekter innen de igangsatte nasjonale satsingsområder for forskning. Utlysningen har skjedd i</p>		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2011	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
		regi av Norges forskningsråd. Hver region har bidratt til utlysningspotten med inntil 3,0 mill kr i inntil 3 år. Prosjektstart første halvår 2012.		

Egen tabell for punkt over:

Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Sør-Øst RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt. 7.1 , berunder rus, psykisk helse, rehabilitering/ habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011).

Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering.

Nasjonal strategi	Antall eRapporter	Andel prosjekter	Totalt tildelt mill NOK	Andel tildelte midler
(Ikke relevant)	273	64,1 %	182,7	63 %
Kvinnehelsestrategi	12	2,8 %	6,4	2,2 %
Nasjonal KOLS-strategi	3	0,7 %	1,0	0,3 %
Nasjonal satsing for rusfeltet	3	0,7 %	0,5	0,2 %
Nasjonal satsing innen eldremedisin	6	1,4 %	4,0	1,4 %
Nasjonal satsing innen psykisk helse	33	7,7 %	22,5	7,8 %
Nasjonal strategi for diabetesområdet	10	2,3 %	7,9	2,7 %
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	7	1,6 %	4,6	1,6 %
Nasjonal strategi for kreftområdet	68	16,0 %	50,3	17,4 %
Samhandling - pasientforløp og behandlingsskjeder	9	2,1 %	9,6	3,3 %
Totalt	426		289,5	

6 VEDLEGG

- Vedlegg 1: Samlet risikovurdering for Helse Sør-Øst per 2. tertial 2011 (utdrag av tertialrapport til styret for 2. tertial 2011)
- Vedlegg 2: Oversikt over linker i dokumentet
- Vedlegg 3: Oppfølging av tilsyn

Vedlegg 1:

SAMLET RISIKOVURDERING FOR HELSE SØR-ØST PER 2. TERTIAL 2011 (utdrag av tertialrapport til styret for 2. tertial 2011)

Den samlede risikovurderingen i tertialrapporten bygger på vedtatte mål for Helse Sør-Øst 2011 og styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt gjennom oppdragsdokument 2011, protokoll fra foretaksmøte 31. januar 2011 og *Tilleggsdokument til oppdragsdokumentet etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011)*, datert 1. juli.

Risikovurderingen synliggjør de områdene som vurderes å innebære mer enn akseptabel risiko og hvor det kreves tiltak for å redusere risiko. Det vurderes at foretaksgruppen ved målrettet innsats og tilfredsstillende gjennomføring av tiltakene vil kunne holde et akseptabelt risikonivå på de fleste områder. Det vurderes ikke å foreligge risiko for dårligere kvalitet eller pasientsikkerhet og Helse Sør-Øst vil, i sum, kunne ivareta sitt ”sørge for”-ansvar. Det vil foreligge en sannsynlig risiko for et økonomisk resultat utover eiers krav men hvor økonomisk balanse vil ivaretas gjennom budsjett 2012.

Det arbeides aktivt med videreutvikling av god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. I årlig melding for 2010 er det gitt en omfattende beskrivelse av dette, herunder arbeidet med intern kontroll og risikostyring. Veileder for risikovurdering vil være en del av dette utviklingsarbeidet.

Det legges til grunn at virksomheten skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt øvrige vedtak som fattes av styret i Helse Sør-Øst RHF. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en internkontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler.

Løpende risikovurdering forutsettes å være et av grunnlagene for styringsdialogen internt i det enkelte helseforetak, inn mot helseforetakets foretakets styre og mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene rapporterer risikovurderinger hver måned på de fem prioriterte målene og hvert tertial for alle aspekter ved driften til Helse Sør-Øst RHF. Risikovurdering i forhold til månedsrapporter til eget styre danner grunnlag for tiltak for å redusere risiko og er styrenes ansvar.

Ved uønskede forhold av alvorlig medisinsk eller driftsmessig art, påviste lovbrudd eller alvorlige funn påvist ved interne revisjoner eller tilsyn som har konsekvenser for pasientbehandling, økonomi eller omdømme, skal dette likevel meldes til Helse Sør-Øst RHF uten opphold selv om forholdet med tiltak tas inn i risikovurderingen.

Fremsendelse av den styrebehandlede risikovurderingen endrer ikke på ansvarsposisjonene i foretaksgruppen og erstatter ikke løpende dialog mellom nivåene, men skal være innspill til den samlede risikovurdering for foretaksgruppen som inngår i tertialrapporteringen til styret i Helse Sør-Øst RHF. Risikoreducerende tiltak er et ansvar for det enkelte styre i helseforetakene.

Den samlede risikovurderingen gjøres i forhold til vedtatte mål for Helse Sør-Øst 2011 og styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt gjennom:

- oppdragsdokument 2011
- protokoll fra foretaksmøte 31. januar 2011
- *Tilleggsdokument til oppdragsdokumentet etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011)*, datert 1. juli

I den samlede risikovurderingen inngår overordnede vurderinger av risikovurderinger rapportert fra helseforetakene. For det enkelte helseforetak vil risikovurderingen gjøres i forhold til styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF gitt gjennom oppdrag og bestilling 2011. Helseforetakenes risikovurderinger følges opp gjennom styrebehandling av tiltak i det enkelte foretaks styre og etterspørres også gjennom de regelmessige oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF.

Løpende risikovurdering som utgangspunkt for risikostyring forutsettes gjennomført i den enkelte enhet i helseforetakene og gjennom medvirkning med ansatte og brukere, i tråd med Helse Sør-Østs prinsipper for medvirkning. Vurderingene forutsettes å gjøres på bakgrunn av all kjent informasjon; månedsrapporteringer, bruker- og medarbeiderundersøkelser, vernerunder, revisjoner og tilsynsrapporter, kvalitetsindikatorer og rapporter fra kvalitetsregistre, pasientombudsrapporter med mer.

Brukerutvalg og konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF får seg forelagt overordnet risikovurdering og gis anledning til å gi innspill før denne fremmes for styret som del av tertialrapporteringen. Risikovurderingen legges også frem for styrets revisjonskomite som bl.a. vurderer behov for endringer i revisjonsplanene.

De områdene som vurderes å innebære mer enn akseptabel risiko, og som dermed krever spesielt ledelsesmessig fokus i oppfølgingen i perioden fremover, er synliggjort i følgende oversikt:

Sannsynlighet:	1:	Meget liten	Konsekvens:	1:	Ubetydelig
	2:	Liten		2:	Lav
	3:	Moderat		3:	Moderat
	4:	Stor		4:	Alvorlig
	5:	Svært stor		5:	Svært alvorlig

Samlet risikovurdering 2. tertial 2011	Sannsynlighet					Konsekvens				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 Økonomi i henhold til budsjettkrav, inkl bemanningsutvikling					X					X
- drift av OUS					x					x
- drift av Vestre Viken					x					x
- drift av Ahus				x						x
2 Integrasjonsprosess OUS					X					X
3 Styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid					X				X	
4 Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet				X					X	
- mål for Helse Sør-Øst 2011- manglende måloppnåelse										
1. (Ventetiden er redusert og) pasienten opplever ikke fristbrudd [jf. endring i foretaksmøte juni 2011]				x					x	
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %				x					x	
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning				x			x			
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					x					x
- ingen korridorpasienter				x					x	

Samlet risikovurdering 2. tertial 2011	Sannsynlighet					Konsekvens				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
- arbeidsmiljø				x				x		
5 Integrasjonsprosess Vestre Viken				X					X	
6 Kundetilfredshet og leveranse fra Sykehuspartner				X					X	
7 Forventning og realisering omstilling IKT				X					X	
8 Leveringskvalitet og bruk av Forsyningscenteret				X					X	
9 Kapasitet rus - akuttbehandling og avrusning			X						X	
10 Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk			X						X	
11 Andel utskrivingsklare pasienter			X						X	
12 Sykefravær				X				X		
13 <i>Oppfølging av vedlikeholdsplaner</i>				X				X		
14 Epikrisetid			X					X		
15 <i>Realisering av ny forskningsstrategi</i>		X						X		
16 Redusert uønsket deltid under 20 % i 2011				X			X			

"Nye" områder kursivert – underpunkter markert med "x" oppsummeres til hovedpunkter markert med "X"

I tillegg til de risikoområdene som er identifisert, vil alle nivåer i Helse Sør-Øst i 2011 måtte ha stor ledelsesmessig oppmerksomhet i forhold til arbeidet med å forberede samhandlingsreformen. Arbeidet med samhandlingsreformen vil berøre svært mange av de identifiserte risikoområdene, men er foreløpig likevel vanskelig å integrere som et eget punkt i risikovurderingen.

Det vurderes at foretaksgruppen ved målrettet innsats og tilfredsstillende gjennomføring av tiltakene vil kunne håndtere det foreliggende risikobildet i 2011.

RISIKOMATRISSE HELSE SØR-ØST: SAMLET RISIKOVURDERING 2. TERTIAL 2011

1 Risikokart per 1. tertial 2011						
Sannsynlighet	5				3	1 2
	4		16	12 13	4 5 6 7 8	
	3			14	9 10 11	
	2			15		
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

Risiko:	Rød farge:	Kritisk
	Oransje farge:	Høy
	Gul farge:	Moderat
	Grønn farge:	Lav

- Risikokartet inneholder akkumulerte risikoområder, definert gjennom en overordnet vurdering med utgangspunkt i skjema for sannsynlighet og konsekvens
- Risikoområder vurdert til moderat eller lav risiko, rapporteres ikke.
- Risikoområder som er nye siden forrige rapporterte risikovurdering, markeres tydelig (*kursivert skrift*)

- Økonomi i henhold til budsjettkrav, inkl bemanningsutvikling
- Integrasjonsprosess OUS
- Styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
- Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet
- Integrasjonsprosess Vestre Viken
- Kundetilfredshet og leveranse fra Sykehuspartner
- Forventning og realisering omstilling IKT
- Leveringskvalitet og bruk av Forsyningscenteret
- Kapasitet rus - akuttbehandling og avrusning
- Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk
- Andel utskrivingsklare pasienter
- Sykefravær
- Oppfølging av vedlikeholdsplaner*
- Epikrisetid
- Realisering av ny forskningsstrategi*
- Redusert uønsket deltid under 20 % i 2011

"Nye" områder kursivert

2 Endringer siden siste rapportering						
Sannsynlighet	5				7	1
	4			8	2 5	4
	3			9	16	
	2			12	17	
	1			14	18	
		1	2	3	4	5
Konsekvens						

Risiko:	Rød farge:	Kritisk
	Oransje farge:	Høy
	Gul farge:	Moderat
	Grønn farge:	Lav

- Det tas utgangspunkt i forrige rapporterte risikovurdering.
- Endringene i vurdering av risikoområdene markeres tydelig (piler).
- Nye risikoområder som er kommet inn i denne rapporteringen tas ikke inn i oversikten.

- Økonomi i henhold til budsjettkrav, inkl bemanningsutvikling
- Integrasjonsprosess OUS
- Styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
- Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet
- Integrasjonsprosess Vestre Viken
- Kundetilfredshet og leveranse fra Sykehuspartner
- Forventning og realisering omstilling IKT
- Leveringskvalitet og bruk av Forsyningssenteret
- Kapasitet rus
- Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk
- Andel utskrivingsklare pasienter
- Sykefravær
- Epikrisetid
- Redusert uønsket deltid under 20 % i 2011
- Oppfølging av overføring av opptaksområder og funksjoner i hovedstadsområdet
- Sikre tilstrekkelig og riktig bemanning Ahus

Tallmarkeringen plassert som i siste rapportering. Pilene peker mot plasseringen i denne rapporteringen.

**IVERKSATTE OG PLANLAGTE TILTAK I FORHOLD TIL RISIKOOMRÅDER MED MER ENN AKSEPTABEL RISIKO
2. TERTIAL 2011**

Risikoområde	Tiltak
<p>1 Økonomi i henhold til budsjettkrav, inkl bemanningsutvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> - drift av OUS - drift av Vestre Viken - drift av Ahus 	<ul style="list-style-type: none"> • Eget oppfølgingsregime for hovedstadsområdet med differensiert oppfølging av helseforetakene basert på avvik og risikovurdering. • Bruk av særskilt støtte til foretakene ved et innsatsteam fra RHFets analysekompetanse videreføres, jf. RHF-styresak 002-2011 • Særskilte fokusområder for oppfølging: <ul style="list-style-type: none"> - utvikling i antall ansatte - riktig bemanning - pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fristbrudd, ventetider og totalutnyttelse av kapasitet i hovedstadsområde - arbeidsmiljøet - kommunikasjon med ansatte, brukere og samarbeidspartnere - etablering av Samhandlingsarena Aker - oppfølging av planlagte endringsprosesser og omstillingseffekter - psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus – spesielt Vestre Viken - investeringsprosjekter - risikotilpasset oppfølgingsregime i det enkelte foretak - månedlige risikovurdert prognose og avvikshåndtering - forskning og innovasjon – følge produksjonen - tilbud til flerkulturelle - overføring Ahus og Vestre Viken - oppgavefordeling mellom hovedstadssykehusene og øvrige HF - oppgavefordeling OUS – Sunnaas – Diakonhjemmet og Lovisenberg
<p>2 Integrasjonsprosess OUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessen følges opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet. • Eget oppfølgingsregime for hovedstadsområdet. Se også tiltak under ”Økonomi i bht budsjettkrav”. • 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 • Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter
<p>3 Styring og kontroll av pasientadministrativt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig arbeidsgruppe er under etablering for å utvikle en tiltaksplan i forhold til funn i

Risikoområde	Tiltak
arbeid	<p>konsernrevisjonens arbeid, herunder i forhold til tiltak for å styrke rutiner, opplæring og ledelsesmessig oppfølging og kontroll. Handlingsplan lagt frem for styret sammen med revisjonsrapporten i september. Rapporteringsregime etableres til styret fra november 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utredning i forhold til strategi for systemstøtte på området klinisk dokumentasjon er etablert. Dette vil danne grunnlag for ny anskaffelse på PAS/EPJ-området. Funn fra konsernrevisjonens arbeid vil bli benyttet inn i arbeidet. • Erfaringene vil videre bli benyttet i arbeidet med innføring av ny versjon av DIPS i helseforetakene. • Oppfølging av alle helseforetak er initiert i forhold til ikke ferdigstilte/godkjente dokumenter. Oppfølgingen setter fokus på kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene, samt ledelsesmessig oppfølging og kontroll.
<p>4 Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet</p> <p>- mål for Helse Sør-Øst 2011-2014:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (Ventetiden er redusert og) pasienten opplever ikke fristbrudd [jf. endring i foretaksmøte juni 2011] 2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 % 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 <ul style="list-style-type: none"> - ingen korridorpasienter - arbeidsmiljø 	<p><i>Tiltak for generell oppfølging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering av pasientsikkerhet og kvalitet, inklusive 4 av de 5 målområdene, som eget programområde i Helse Sør-Øst RHF • Ledelsesmessig forankring og oppfølging av temaet pasientsikkerhet i alle fora i helseforetaksgruppen • Implementere pasientsikkerhetskampanjen i foretaksgruppen. Den nasjonale kampanjen er fulgt opp via regional kampanjeleder og lokale kampanjeledere og team på alle HF/sykehus med fast etablerte nettverksmøter for alle kampanjeledere i regionen. Helse Sør-Øst har ansvar for læringsnettverket. • Alle HF har basismåling GTT innen frist 01.11.11 • Gjennomføre regional kampanje for å forbedre informasjonssikkerhet og informasjonsflyt • Utvikling av rutiner for åpenhetskultur, meldekultur og varslingshåndtering; • Det er utarbeidet regional veileder med anbefalinger om legemiddelhåndtering som følges opp med e-læringsprogram og følgeforskning.. Erfaringskonferansen om legemidler og barn er fulgt opp av en tverrfaglig arbeidsgruppe i Regionalt legemiddelforum med rapport og anbefalinger som følges opp videre. Legemidler og eldre følges opp i arbeidsgruppe for eldre. Det er etablert prosjekt for overgang fra intravenøs til peroral behandling (vi har hatt oppstartproblemer, men arbeidet pågår). En arbeidsgruppe i Regionalt legemiddelforum har utarbeidet en rapport om felles regional legemiddelliste tilsvarende den svenske "Kloka listan". Arbeidet følges opp i samarbeid med Helsedirektoratet. • Følge opp regionalt tilsyn med hoftekirurgi 2010. Styret orientert i mars 2011, behandlet i fagdirektørmøtet, styrebehandlet i HFFene med tilbakereportering til RHFet i mai 2011 om hvilken behandling saken får/har fått lokalt. • Følge opp tiltakene i Vestre Viken-saken og sikre læring på tvers i hele foretaksgruppen av alle tilsyn og revisjonsfunn. Se også oppfølging av konsernrevisjonens gjennomgang i forhold til pasientadministrative systemer.

Risikoområde	Tiltak
	<p><i>Tiltak for oppfølging av mål 1 (Ventetid/fristbrudd):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre implementering og bruk av prioriteringsveilederne for å sikre lik og riktig prioritering; det er utarbeidet ppt-presentasjon som er sendt HFene for videre bruk. Opplæring og implementering planlegges 2. halvår 2011 • HFene har levert tiltaksplaner for å redusere ventetider og antall fristbrudd i plandelen av årlig melding 2010. Skal følges opp selektivt på basis av resultater framlagt i oppfølgingsmøtene primo juni. • Etablere risikovurderte handlingsplaner per foretak for å redusere ventetid: <ul style="list-style-type: none"> - Egne måltall for HF som allerede har gjennomsnittlig ventetider under 65 dager - Månedlig rapportering til RHFet - Kapasitet rus - Redusere antall som har ventet over 1 år til 0 - Utrede kapasitetstiltak innen langtidsventende ØNH etc • 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. <p><i>Tiltak for oppfølging av mål 2 (Sykebusinfeksjoner):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsplaner for infeksjon < 3 % vedtas av styrene. Avvik i forhold til disse kartlegges og rapporteres til styrene. Støttende RHF-aktiviteter gjøres etter råd fra fagrådet. Aktuelle tiltak vil bl.a. være retningslinjer for bruk av smykker og klokker. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje følges opp i helseforetakene. • Foretakspesifikke handlingsplaner for redusert antall infeksjoner vedtas av HF-styrene, og skal måles/registreres gjennom 4 prevalensundersøkelser i 2011. • Følge opp foretaksvise handlingsplaner for redusert antall infeksjoner gjennom oppfølgingsmøter <p><i>Tiltak for oppfølging av mål 3 (Timeavtale ved bekreftelse av henvisning):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan for ”time samme dag” er implementert i alle HF iht. oppdrag og bestilling 2011. Planleggingshorisonten på poliklinikker er gjennomgående betydelig utvidet, og rapporteres nå å være 3 til 6 måneder. Det jobbes aktivt mot systemleverandører for å gi muligheter for automatisk registrering og rapportering. Måloppnåelse rapporteres til RHF-nivå i årlig melding fra helseforetakene. <p><i>Tiltak for oppfølging av mål 4 (Involvering medarbeiderundersøkelse):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikle en regional standard for handlingsplaner med IKT støtte (malverk for ledelsesmessig oppfølging av hele HMS området) som gir oversikt og effektiv rapportering fra oppfølgingsarbeidet i den enkelte enhet. Pilot iverksatt i flere foretak som oppfølging av 2011 undersøkelsen, og full utrulling planlegges som del av 2012 undersøkelsen. • Koordinere gjennomføring og oppfølging av undersøkelsen. Sikre at alle foretakene kartlegger

Risikoområde	Tiltak
	<p>medarbeidernes opplevelse av involvering i oppfølgingsarbeidet ved 2011 undersøkelsen, at resultater på involvering rapporterer i lederlinjen og til partssammensatte utvalg (arbeidsmiljøutvalg)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre oppfølgingsmøter med konserntillitsvalgte og konsernverneombud om oppfølgingsarbeidet i foretaksgruppen • Utvikle et e-læringstilbud for ledere og verneombud i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen • I samarbeid med de øvrige regionene gjennomføre en nasjonal konferanse om medarbeiderundersøkelser i helseforetak i 2012 <p><i>Tiltak for oppfølging av mål 5 (Økonomisk handlingsrom):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Generelt nødvendig å videreføre arbeidet med å oppnå en økonomisk handlefrihet som sikrer et tilfredsstillende investeringsnivå • Videreutvikle system for samlet likviditetsstyring i foretaksgruppen • Særlig fokus på status for investeringer innen MTU-området i foretaksgruppen. Inkludere prioriteringer av ulike investeringsformål i ØLP. <p><i>Tiltak for oppfølging av korridorpasienter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionale anbefalinger om korridorpasienter følges opp, herunder: <ul style="list-style-type: none"> - omdisponering og mer fleksibel bruk av senger - forbedring av organisering og ressursstyring - videreutvikling av samhandlingstiltak med kommunale tjenester - bidra til erfaringsoverføring <p><i>Tiltak for oppfølging av arbeidsmiljø</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle og gjennomføre lederutvikling • Implementere og følge opp Helse Sør-Østs HMS-policy med konkrete tiltak og etablering av regionalt HMS-forum • Implementering av nasjonale HMS-indikatorer (NPSS)
5	<p>Integrasjonsprosess Vestre Viken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosessen følges først og fremst opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet • Eget oppfølgingsregime se pkt 1 • 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 • Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter
6	<p>Kundetilfredshet og leveranse fra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følge opp rapport fra konsernrevisjon og risiko/sårbarhetsanalyse organisering IKT og følge opp

Risikoområde	Tiltak
Sykehuspartner	<p>handlingsplan for å rette opp avvik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydeliggjøre premissgiverrollen gjennom oppfølging av rammeavtale og oppdragsdokument 2011 – ukentlige møter • Etablere tilstrekkelig robuste samhandlingsflater og forankring mot HF • Følge opp det avtalemessige rammeverket som del av prosessen i forhold til å etablere helhetlig virksomhetsstyring av fellestjenesteområdet inkl. Sykehuspartner. • Gi støtte og tydelige føringer til det pågående omstillingsarbeidet i Sykehuspartner, og gi tydelige prioriteringer i forhold til leveranse og finansieringsmodell/tjenestepricing • Rapportere vedtatte nøkkelindikatorer for Sykehuspartner til RHF-styret hvert tertial
7 Forventning og realisering omstilling IKT	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeide aktivt for å redusere gapet mellom forventede IKT-utviklingstiltak som konsekvens av omstillingsprogram, nye bygg og nasjonale initiativ – og realiseringsevne i foretaksgruppen, gjennom klar prioritering og styrking av leveransekapasiet • Styrke forankringen og eierskap til konsekvenser av prioriterte utviklingstiltak innen det enkelte helseforetak gjennom etablering av områdevisse IKT-langtidsplaner • Styrke metodikk, verktøy og kompetanse i forhold til beregning av virksomhetsmessige konsekvenser av IKT-utviklingstiltak, herunder i forhold til økonomi, ressurser og forpliktende gevinstplaner • Arbeide videre med revisjon av langtidsplan IKT på basis av områdeplaner og videreutviklede konsekvensvurderinger • Tydeliggjøre styringsmekanismene innen IKT-utvikling, roller, ansvar og beslutningsmyndighet
8 Leveringskvalitet og bruk av Forsyningscenteret	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatet av felles forbedringsprosjekt med Bring i forhold til tiltak for forbedring og utvikling av tjenesten følges opp i henhold til vedtatte KPIer for tjenesten. • Månedlige KPIer følges opp av HF-styrene og RHF-styret • Forslag til tiltak levert av Prosjekt logistikk som vil tilrettelegge for kvalitet og effektivitet i forsyningskjeden er implementert og effekten av tiltakene følges opp. • Oppfølgingsorganisasjon på logistikkområdet er etablert hos Sykehuspartner og arbeidet med et klarere skille på rolle til premissgiver og helhetlig tjenesteleverandør innen innkjøp og logistikk er i gang.
9 Kapasitet rus - akuttbehandling og avrusning	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp effektene av nyetablerte tiltak • Aktivitetsøkning på akuttbehandling og avrusning i 2011, samt vurdering av: <ul style="list-style-type: none"> - hvilke andre områder som har størst behov for kapasitetsøkning for å bedre pasientflyten - behovet for tettere tilknytning av private avtaleparter mot det enkelte sykehusområde - behovene for effektivisering av tiltakskjeden - behovene for ytterligere aktivitets- og effektiviseringskrav i driftsavtalene

Risikoområde	Tiltak
	<ul style="list-style-type: none"> Innkjøpsvolum 2012 fra private tilbydere vurderes bl.a. med bakgrunn i innhold og kapasitet på tjenester som leveres fra helseforetakene.
10 Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk	<ul style="list-style-type: none"> Resultatet av HF-enes risikovurderinger av egne handlingsplaner følges opp og korrigeres i egne styrer Oppfølging av innkjøps- og logistikkområdet følges opp gjennom vedtatte nøkkellindikatorer, som rapporteres tertialvis til HF og RHF styrer Følge opp arbeidet fra gjennomførte utviklingsprosjekt innen området (forbedringsprosjekt forsyningssenteret, prosjekt logistikk, prosjekt innkjøpstjenester) for å sikre at forbedringsarbeidet gir de ønskete resultater og at foretaksgruppen samlet tilrettelegger for best mulig utnyttelse av ressurser og styrket tilrettelegging for gevinstrealisering. Tilrettelegge for utvikling og etablering av bedre styringsverktøy innen området innkjøp og logistikk regionalt
11 Andel utskrivingsklare pasienter	<ul style="list-style-type: none"> Sikre tett oppfølging av samhandlingsreformen både på helseforetaksnivå og gjennom det regionale helseforetakets arbeid med samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. 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
12 Sykefravær (inkl. arbeidsmiljø og HMS)	<ul style="list-style-type: none"> Styrene følger opp foretakenes gjennomføring av iverksatte planer for målrettet HMS-arbeid Regional e-lærings modul i HMS for ledere ferdigstilles innen 1.1.2012 og implementeres deretter i foretaksgruppen. 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. Videreutvikle bruken av verktøy for bedre ressursstyring (BRASSE) Utvikle felles malverk for elektronisk HMS handlingsplan innen 31.12.2011. Utrulling av malverk i foretaksgruppen fra 2012 Utvikle og implementere HMS indikatorer basert på nasjonal standard innen 31.12.2011. Implementering av indikatorene i foretaksgruppen fra 2012.
13 <i>Oppfølging av vedlikeholdsplaner</i>	<ul style="list-style-type: none"> Oppfølging av nytt strategidokument for eiendomsvirksomheten Oppfølging og rapportering mot vedlikeholdsplaner Krav til vedlikeholdsbudsjett
14 Epikrisetid	<ul style="list-style-type: none"> 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
15 <i>Realisering av ny forskningsstrategi</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tettere oppfølging av utviklingstrekk

Risikoområde	Tiltak
	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere/forsterke tiltak for å sikre god og effektiv samhandling med andre helseforetak og Universitet i Oslo for å opprettholde høy forskningsproduksjon og effektiv ressursutnyttelse.
16 Redusert uønsket deltid under 20 % i 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Handlingsplan for reduksjon av uønsket deltid er utarbeidet i samarbeid med de regionale helseforetakene og SPEKTER og følges nå opp løpende månedlig i alle HF og RHF. • Utvikle, forankre og ta i bruk selvregistreringsløsning knyttet til kartlegging av uønsket deltid i Personalportalen • Utarbeide helseforetaksspesifikke handlingsplaner basert på resultater fra kartleggingsarbeidet. Handlingsplanene utarbeides i samarbeid med de tillitsvalgte og behandles av styrene • De fire foretaksgruppene utvikler og implementerer en nasjonal standard for måle- og resultatindikator innen 1.1.2012. Indikatoren skal sikre bedre rapportering og oppfølging av deltidsproblematikk i helseforetak.

Vedlegg 2:
OVERSIKT OVER LINKER I DOKUMENTET

www.frittsykehusvalg.no	<ul style="list-style-type: none">• Årsrapport for kontoret for fritt sykehusvalg
www.helse-sorost.no	<ul style="list-style-type: none">• Helse Sør-Øst RHF's hjemmeside
www.helse-sorost.no/brukerutvalg	<ul style="list-style-type: none">• Brukerutvalgets årsrapport
www.helse-sorost.no/etikk	<ul style="list-style-type: none">• Etske retningslinjer
www.helse-sorost.no/etikk_miljo	<ul style="list-style-type: none">• Helse Sør-Øst RHF's miljørapport• Om arbeidet i Helse Sør-Øst med etisk handel
www.helse-sorost.no/hsotiar	<ul style="list-style-type: none">• Presentasjon som belyser utviklingen i foretaksgruppen fra 2002 til og med 2011
www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen	<ul style="list-style-type: none">• Konsernrevisjonens årsrapport 2011
www.helse-sorost.no/styreveileder	<ul style="list-style-type: none">• Veileder for styremedlemmer i helseforetak

Vedlegg 3: OPPFØLGING AV TILSYN

Gjennom de siste ti årene er arbeidet med intern kontroll og risikostyring vesentlig forbedret. Dette har bidratt til å forbedre kvaliteten og tryggheten i tjenesten. Samtidig avdekker interne revisjoner og eksterne tilsyn at det fortsatt er betydelige utfordringer innen arbeidsmiljø, arbeidstidsbestemmelser, brannsikkerhet, pasientadministrativt arbeid mv. Det er viktig at det enkelte helseforetak og helseforetaksgruppen som helhet har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Sykehusenes generelle omdømme blir i noen tilfeller utfordret på grunnlag av enkelthendelser. Det er viktig at det er ledelsesmessig fokus på dette slik at motivasjon og arbeidsmiljø ikke rammes unødige. Det er også en ledelsesoppgave å bidra til at diskusjoner om hendelser eller utviklingstrekk i tilstrekkelig grad er basert på fakta.

Alle helseforetak og de private sykehusene med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF har rapportert avvik etter eksterne tilsyn (etter 2. tertial 2011).

Som tidligere år har kommunalt brannvern gitt flest avvik, til sammen 102. 35 av disse er ikke lukket. Det er likevel en bedring siden 2010 (47 ikke lukkede avvik).

For øvrig er tiltak og oppfølging av avvik på det enkelte helseforetak/sykehus lagt inn i kommentarfeltet.

En årsak til at avvik ikke er lukket kan være at helseforetakenes/sykehusenes 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.

Rapportering av avvik etter tilsyn (etter 2. tertial 2011)

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn i 2011	Antall avvik i 2011	Antall ikke lukkede avvik		Kommentarer
				Før 2011	Fra 2011	
Statens Helsetilsyn	• Pasientrettighetsloven	10	4	1	1	Ahus: Håndtering av selvmordstruede pasienter innen DPS-enheter. SI: Vurdering av selvmordsrisiko. ST: Etterlevelse av pas rettighetsloven kap 2. STHF pilot. Ikke fått tilbakemelding. SØ: Tilsyn m/eldre m/hjerneslag 2011. Tilsyn med hoftebruddsbehandling 2010. Tilbakemelding vedr. hoftebruddsbehandling gitt til Helsetilsynet etter LGG 3. tertial.
	• Helsepersonelloven	4				
	• Spesialisthelsetjenesteloven	12 1**	3 2**	3 2**	8	DS: Avvik fra tilsyn i 2010 OUS: 2 landsomfattende, frist 2012 Ahus: Ikke funnet avvik fra gitte myndighetskrav innenfor de områder som ble revidert. *)Tilsyn gjennomført i 2006 m/Datatilsynet og Statens helsetilsyn. Tilsyn m/konfidensialiteten og tilgjengeligheten til elektronisk pasientjournal. SI: Eldre med hjerneslag, nasjonalt tilsyn ortopedi og barselstilsyn.
	• Pasientjournalforskriften	2				
	• Lov om psykisk helsevern	1				
	• Smittevernloven					
	• Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten	2				
	• Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten	2				
	• Lov om helsemessig og sosial beredskap					
Øvrige helse- og sosiallover	2	1			ST: Forskrift om håndtering av humane celler og vev. Fertilitetsklinikken Sør. SØ: Blodforskriften.	
Statens legemiddelverk	• Apotekloven	4	26	ex vivo	11	OUS: Ex.vivo venter på tilbakemeling.

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn i 2011	Antall avvik i 2011	Antall ikke lukkede avvik		Kommentarer
				Før 2011	Fra 2011	
	• Blodbanken	3 1*	30 9*	1*	5	*) Ahus: Tilsyn v/Blodbanken. Etter innsendt dokumentasjon 19.4.10 finner tilsynsmyndighet å kunne lukke avvikene m/unntak av avvik 3. De avslutter også tilsynet og vil verifisere avvik 3 ved neste tilsyn. Nytt tilsyn 30.8. - 2.9.2011 SI: Blodbankenes tilvirkning av blod og blodprodukter. SS: Avvikene gjelder bl.a. mangler ved kvalitetssystemet, frekvens på internrevisjoner, dokumentstyring mv. Ingen avvik klassifisert som kritiske el. alvorlige. Tiltak beskrevet, iverksatt og melding oversendt SLV innen fristen. SLV bekreftet 7.9.2011 at tilsynet avsluttes.
Datatilsynet	• Person- opplysningsloven	1 1*	5 10*		1	Ahus:*) Datatilsynet har gjennomført kontroll med kameraovervåking, april 2010. Det er utarbeidet handlingsplan m/frister for gjennomføring. Datatilsynet har ikke merknader til denne og har avsluttet tilsynet. SS: Tiltak gjennomført for de fleste avvik. Frist for lukking febr. 2012.
Mattilsynet	• Matloven	18	33	3	10	DS: frist 1. mars 2012 Ahus: Mattilsynet varslet vedtak om 3 pålegg. Frist for gjennomføring, 23.9. og 30.9.2011 SI: IK-mat nasjonalt tilsyn på institusjonskjøkken. SØ: Alle avvik lukket. SS: Manglende kontroll av temperatur på varmholding. Temperaturlogging etablert og følges opp. Lekkasje har ført til mugg i skap på medisinsk avd. Skap skiftet ut.
HMS: Arbeidstilsynet	• Arbeidsmiljøloven	10 2**	15 2**	2**	3	OUS: Lukking pågår frem til 2017 Ahus: * God Vakt arbeidsmiljø i sykehus" Oppfølgingstilsyn utført 10.11.-25.11.2008. SI: Brudd på arbeidstidsbestemmelsene. ST: Nasjonal tilsynskampanje "Føre var" SØ: Postalt tilsyn - arbeidstid. SØ anmeldes for brudd på arbeidstidsbestemmelser, avvik lukket per oktober 2011.
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	• Brann- og eksplosjonsvernloven	12 1**	10	4	2	Ahus: **) Transport av medisinsk og klinisk avfall - postalt tilsyn. Svart ut 12 temaer innen fristen 1.9.2010. Etter det ikke hørt noe fra tilsynsmyndighet. Sunnaas: m/lukkefrist mai 2012 er godkjent av helseforetakets styre og DSB. SØ: Avvik som ikke er lukket gjelder korridorpasienter.

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn i 2011	Antall avvik i 2011	Antall ikke lukkede avvik		Kommentarer
				Før 2011	Fra 2011	
	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr 	9	15	0	4	<p>DS: Frist 1. mars 2012.</p> <p>SI: Dokumentasjon av opplæring i bruk av MTU-opplæring, merking av elektrisk utstyr.</p> <p>SØ: DSB tilsyn juni 2011, verifisert lukking av avvik desember 2011.</p> <p>SS: Mangler risikovurdering av el-sikkerhet i lokaler som SS leier. Feil i operasjonsavd. fra 2009 ikke rettet. Mangler revisjonsplan for 2011. 2 anmerkninger. Arbeid m/klassifisering av leide lokaler i gang og revisjonsplan for 2011 er utarbeidet.</p>
HMS : Statens forurensningstilsyn	• Forurensningsloven	1	2		2	
	• Miljø-informasjonsloven					
	• Produktkontrollloven	1	1		1	
Statens strålevern	• Lov om strålevern og bruk av stråling	6	16		3	SI: Strålevern - gjeldende lover og forskrifter inkl. opplæring og dokumentasjon.
Statens Helsetilsyn/Statens institutt for folkehelse	• Genteknologiloven					OUS: tilsyn januar 2012
Kommunene	• Plan- og bygningsloven	2	1			
Lokalt el-tilsyn	• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	6	26		3	<p>OUS: Mange på alle 4 lok, både avvik i 2011 og ikke lukkede i 2011, antall ikke oppgitt.</p> <p>SS: Mangler systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen. 2 feil i E-fløy og 18 i hovedtavle fyrrom. Frist f. tilbakemelding 10.6.2011.</p>
Kommunalt brannvesen	• Brann- og eksplosjonsvernloven	37	102	6	29	<p>OUS: Gamle saker fra 2009 høyblokka DNR og søsterhjemmet UUS.</p> <p>Sunnaas: 1 avvik etter eget tilsyn Askim.</p> <p>SI: Tilsyn utføres hvert år av det lokale brannvesen.</p> <p>ST: Siken/Rjukan/Porsgrunn. Avventer tilbakemelding fra Porsgrunn.</p> <p>SS: Manglende dokumentasjon, mangler branntetting, rutiner for rømningsveier, lagring i trapperom. 2 anmerkninger.</p> <p>VV: Lukking pågår.</p>

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn i 2011	Antall avvik i 2011	Antall ikke lukkede avvik		Kommentarer
				Før 2011	Fra 2011	
Riksrevisjonen	Kan revidere alle lovområder	2				OUS: Ikke mottatt rapport Ahus: Undersøkelse av lederlønnsutvikling for daglig leder i helseforetakene. Forvaltningsrevisjon av ordningen fritt sykehusvalg. Etterspurt dokumentasjon er innsendt og det er gjennomført intervjuer.
Andre	Helseforetakenes senter for pasientreiser	1	3			OUS
	Luftfartstilsynet	1	4			OUS
	Bydelsoverlegen	1				OUS: Ikke mottatt rapport
	Helse Sør-Øst konsernrevisjon	1				Ahus: Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra Helse Sør-Øst. Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis *Revisjon TNF-hemmere (2008) *Revisjon av Innkjøpsområdet (2007) Statusrapportering er foretatt for revisjoner pr.19.november 2010, etter det ikke hørt noe fra tilsynsmyndighet.
	Helsetilsynet	1	2			ST: Blodbankvirksomheten
	Norsk Heiskontroll	3	4			
Total		155 2* 4**	303 19* 4**	17 1* 4**	83	

* Avvik som ikke er lukket etter purring fra tilsynet eller etter seks måneder kommenteres.

** Ikke-lukkede avvik fra tidligere år skal også registreres og kommenteres.