



Årlig melding

fra Helse Sør-Øst RHF
2008

Vedtatt av styret
for Helse Sør-Øst RHF
26. februar 2009



**Årlig melding 2008
for Helse Sør-Øst RHF**

til Helse- og omsorgsdepartementet

Innhold:

1. INNLEDNING OG OVERORDNET VURDERING	4
1.1 Om årlig melding	4
1.2 Om Helse Sør-Øst	5
1.3 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	6
1.4 Sammendrag av resultater og utfordringer i 2008	7
1.4.1 Styrets konklusjon	14
1.5 Brukermedvirkning	14
1.5.1 Årsrapport for brukerutvalget	14
1.5.2 Til årlig melding 2008 for Helse Sør-Øst RHF	16
2. RAPPORTERING	18
2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008	18
2.1.1 Aktivitet for Helse Sør-Øst	18
2.1.2 Kostnader fordelt på tjenesteområder	21
2.1.3 Økonomi – foreløpig regnskap 2008	21
2.1.4 Oppdragsdokumentets kapittel 3. Pasientbehandling	22
2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller	67
2.2.1 Foretaksmøte 24. januar 2008	67
2.2.2 Foretaksmøte 5. juni 2008	88
2.3 Styrets arbeid i 2008	92
3. STYRETS PLANDOKUMENT	93
3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	93
3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	93
3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	97
3.1.3 Personell og kompetanse	99
3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer	102
3.1.5 Nasjonal helseplan	104
3.1.6 Oppdragsdokument for 2009 og protokoll fra foretaksmøte	105
3.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2009 for Helse Sør-Øst	106
3.2.1 Innledning	106
3.2.2 Sammenstilling – fra visjon til innsatsområder	113
3.2.3 Kvalitet og prioritering	113
3.2.4 Pasientbehandling	114
3.2.5 Forskning	125
3.2.6 Kunnskapsutvikling og god praksis	126
3.2.7 Organisering og utvikling av fellestjenester	127
3.2.8 Mobilisering av medarbeidere og ledere	129

3.2.9	Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	130
3.2.10	Strategisk fokus 2009-2012 og mål for 2009	130
4.	STYRETS INNSPILL TIL STATSBUJSETTET FOR 2010	136
4.1	Innledning	136
4.2	Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2010	136
4.2.1	Somatiske spesialisthelsetjenester	136
4.2.2	Psykisk helsevern	138
4.2.3	Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)	140
4.2.4	Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2010	142
5.	VEDLEGG	143
	Vedlegg 1: Rapporteringsskjema psykisk helsevern, jf. skjema i oppdragsdokument for 2008	144
	Vedlegg 2: Styrets vedtak i sak 108-2008 omstillingsprogrammet. innsatsområde 1 hovedstadsprosessen	148
	Vedlegg 3: Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst - årsrapport 2008	160
	Vedlegg 4: Årsmeldinger fra pasientombudene i Helse Sør-Øst	172

1. INNLEDNING OG OVERORDNET VURDERING

1.1 Om årlig melding

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

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

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

I samsvar med vedtektene skal årlig melding behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2009. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsrapport og årsregnskap 2008 for Helse Sør-Øst.

Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i helseforetakenes vedtekter. Med bakgrunn i dette har helseforetakene utarbeidet årlig melding for 2008 og oversendt denne til Helse Sør-Øst RHF til 26. januar 2009. Helseforetakenes årlige melding er utarbeidet 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. Årlig melding, årsrapport og årsregnskap for 2008 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2009.

Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF er inndelt i fem hovedkapitler:

1. Innledning om årlig melding, Helse Sør-Øst, overordnet vurdering av måloppnåelse og ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret
2. Rapport om virksomheten i 2008, som viser:
 - Rapport om aktivitet, kvalitet og økonomi i 2008
 - Hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøter er fulgt opp.
 - Rapportering av avvik etter tilsyn
3. Plandokumentet som er strategisk og overordnet, og som viser:
 - Hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor gitte rammebetingelser.
 - Endringer i behov for helsetjenester og den helsefaglige utvikling.
 - Behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene.
4. Budsjettforslag 2010 med de regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett for 2010.
5. Vedlegg

Frist for innsending av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet er 1. mars 2009.

I utarbeidelsen av årlig melding har det vært tett dialog med Brukerutvalget og de konserntillitsvalgte. Det er gitt mange positive bidrag. Samarbeidet har vært særlig viktig under utarbeidelsen av kapittel 1.4 hvor en oppsummerer positive resultater og uløste utfordringer i 2008.

1.2 Om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med cirka 2,7 millioner innbyggere, som utgjør om lag 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 65 000 medarbeidere og et årlig bruttobudsjett på om lag 52 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. Rammer for helseforetakenes virksomhet fastsettes i årlige driftsavtaler hvor det avtales nærmere om aktivitet, prioritering, økonomiske og organisatoriske forhold.

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

Helse Sør-Øst RHF har i 2008 bestått av 16 helseforetak. I henhold til styrets vedtak i sak 108/2008 etableres sykehusområder fra 1. januar 2009 og helseforetaksstrukturen endres:

Helseforetaksstruktur 2008	Helseforetaksstruktur 2009 Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssykehus HF	<i>Akershus sykehusområde</i>
Aker universitetssykehus HF Rikshospitalet HF Ullevål universitetssykehus HF	Oslo universitetssykehus HF	<i>Oslo sykehusområde</i>
Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	<i>Telemark og Vestfold sykehusområde</i>
Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold HF	<i>Østfold sykehusområde</i>
Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet HF	<i>Innlandet sykehusområde</i>
Blefjell sykehus HF ¹ Ringerike sykehus HF Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Buskerud HF	Sykehuset Vestre Viken HF ²	<i>Vestre Viken sykehusområde</i>
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus HF	<i>Sørlandet sykehusområde</i>
Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF	Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF	<i>Har ansvar iht. oppdrag i forhold til hele regionen.</i>

Det vises for øvrig til vedlegg 3 hvor styrets vedtak i sak 108-2008 *Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen* er tatt inn.

¹ Blefjell sykehus HF vil fra 1. juli 2009 inngå i hhv Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Vestre Viken HF. jf. sak 108-2008

² Vedtatt etablert fra 1. juli 2009, jf. sak 108-2008

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

Helse Sør-Øst RHF har et avtalebasert og forpliktende samarbeid med privateide sykehus. Det er inngått langsiktige avtaler og årlige driftsavtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Disse omfatter:

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

Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus vil ha opptaksområde innenfor Oslo sykehusområde

Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med cirka 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av eksterne helsetjenester skal inngås av det regionale helseforetaket.

1.3 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

Visjon og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

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

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

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

1.4 Sammendrag av resultater og utfordringer i 2008

Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2008. Det redegjøres nærmere for dette i kapittel 2, hvor det samlet sett dokumenteres en positiv utvikling i pasienttilbudet både når det gjelder kvalitet og volum.

I tråd med føringer i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene i 2008 har Helse Sør-Øst prioritert innsats på områdene habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern, spesialisthelsetjenester for eldre og personer med kroniske lidelser. Som følge av et stadig økende press på de prehospitale tjenester er ressurstilgang og kompetanse innen dette området styrket. Nasjonal helseplan har vært en referanseramme for den samlede innsatsen i 2008.

Gjennomgangen av oppfølgingen av styringsdokumentene fra eier har også avdekket områder med særlig store utfordringer og områder der resultatene ligger tilbake i forhold til nasjonale og egne mål. Disse momentene har basis i risikovurderinger gjennomført i 2008 og som er styrebehandlet og oversendt departementet (som en del av rapport for 2. tertial). Risikovurderingen er basert på helseforetakenes vurdering og innspill, ledelsens gjennomgang fremlegg for Brukerutvalget og tillitsvalgte, behandling i styret samt gjennomgang med revisjonskomiteen.

Områder med særlig positive resultater eller som krever særskilt oppmerksomhet og ledelsesmessig fokus i Helse Sør-Øst i tiden fremover omtales nedenfor. Det henvises for øvrig til kapittel 3 hvor styrets samlede planer og prioriteringer fremgår.

Omstillingsarbeid og strategiutvikling

I 2008 er det gjennomført et omfattende arbeid for å besvare det oppdraget som ble gitt i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007. Det vises kapittel 3.2 om plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst samt vedlegg 3 hvor styrets vedtak i sak 108-2008 *Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen* er tatt inn. I disse dokumentene sammenstilles arbeidet som er gjennomført i Helse Sør-Øst etter etableringen, bl.a. med utgangspunkt i St. prp. nr. 44 (2006-2007) og beslutningen om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Arbeidet er basert på Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og skal bidra til bedre pasientbehandling og faglig tilbud, gjennom:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordne fag og styrke forskning
- Oppfylle økonomiske resultatkrav
- Sikre et fortsatt desentralt tilbud
- Standardisere og ta ut stordriftsfordeler
- Bedre koordinering og riktig bruk av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv
- Endringer skal komme hele nasjonen til gode

I dette arbeidet har det vært et hovedmål, og det er gjort en stor innsats for, å ivareta nødvendig forankring og medvirkning hos brukere, tillitsvalgte, verneombud, kommuner og andre samarbeidspartnere. Dette vil videreføres og styrkes i oppfølgingen av de vedtak som er fattet i tråd med avtaleverket for medvirkning og de 12 prinsippene som styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 067-2008. Det stilles krav til prosessene som skal gjennomføres for å sikre involvering og bruk av kunnskapen i organisasjonen, opprettholde motivasjon hos ansatte og ledere og skape forutsigbarhet for de faglige miljøene. Det forventes at det særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål, arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling.

Det er avgjørende at de endringer som skal iverksettes gjennomføres på en måte som gir forutsigbarhet, trygghet og gode løsninger for de ansatte som berøres. De omfattende prosesser som er gjennomført har også skapt et godt grunnlag for videre kulturbygging i helseforetaksgruppen, til beste for pasientene og med gode forhåpninger om en fortsatt positiv utvikling.

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

Det er videre vedtatt prinsipper for organisering og utvikling innenfor de forskjellige innsatsområdene, samt forholdet til private tjenesteleverandører. Det vises bl.a. til kapittel 3 *Styrets plandokument* med nærmere omtale av strategier for forskning, kunnskapsutvikling og god praksis, mobilisering av ansatte og ledere (HR-området), organisering og utvikling av fellestjenester samt bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

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.

Det ble avholdt foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27. november.2008. I møtet ble styrets vedtak stadfestet. Videre forutsatte foretaksmøtet at videre planlegging og endringer i tjenestetilbudet må skje i tråd med nasjonal helsepolitikk, og tilpasset lokale forhold.

Foretaksmøtet uttrykte at Helse Sør-Øst RHF, gjennom de foreliggende vedtak, har løst oppdraget på en god måte og i tråd med eiers forutsetninger. Foretaksmøtet merket seg at Helse Sør-Øst har lagt vekt på å sikre bred involvering og medvirkning for brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i arbeidet og at det er inngått en regional omstillingsavtale og nedfelt 12 prinsipper for involvering og medvirkning.

Om den videre gjennomføring sier foretaksmøtet følgende:

”Foretaksmøtet har merket seg at en plan for gjennomføring av vedtatte endringer er under utarbeidelse, og ses i sammenheng med plan for strategisk utvikling i regionen. Foretaksmøtet forutsatte at plan for gjennomføring setter tydelige krav til prosessene som gjennomføres for å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen, ivareta faglige miljøer og opprettholde motivasjonen hos de ansatte. Foretaksmøtet forutsatte at plan for videre gjennomføring særskilt utreder prosess for deling av Blefjell sykehus HF, for etablering av Oslo universitetssykehus HF, for etablering av ett helseforetak i sykehusområde Buskerud, Asker og Bærum³, samt for prosesser som sikrer samarbeid mellom sykehusene i sykehusområde Telemark og Vestfold. Foretaksmøtet viste videre til pågående prosess og dialog knyttet til samhandlingsreformen som legges fram i april 2009. Foretaksmøtet forutsatte av Helse Sør-Øst RHF legger til rette for og medvirker til at strategi og tiltak i den kommende samhandlingsreformen kan følges opp. Foretaksmøtet har for øvrig merket seg nærmere omtale av det videre arbeid i Helse Sør-Øst, slik det fremgår av styrets vedtak (sak 108/2008).”

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, strategisk fokus og

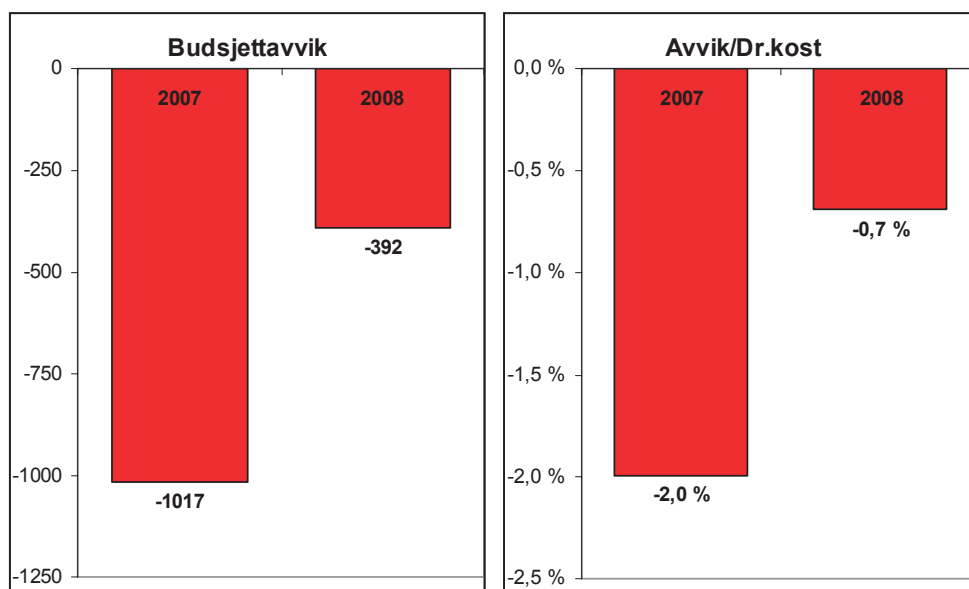
³ Etter vedtak i sak 108-2008 benevnt sykehusområde Vestre Viken

mål for 2009 for Helse Sør-Øst som behandles særskilt i sak 130-2008 *Helhetlig strategi for Helse Sør-Øst, strategisk fokus og mål 2009. Endelig behandling*. For nærmere omtale av strategidokumentet vises det kapittel 3 Styrets plandokument.

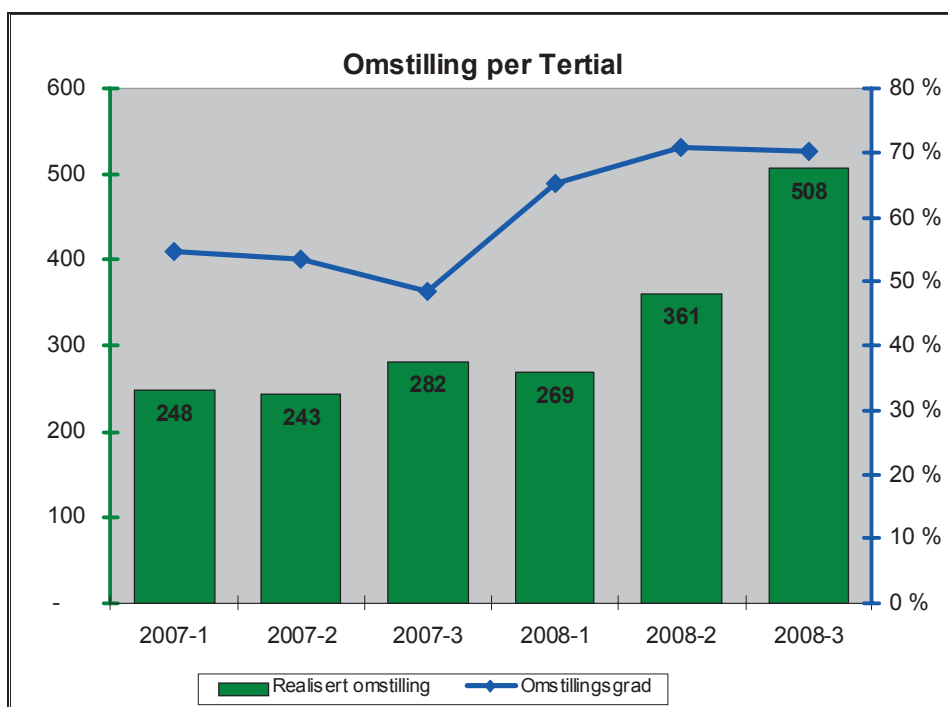
I foretaksmøter i februar 2009 har Helse Sør-Øst RHF forpliktet helseforetakene til videre oppfølging av omstillingsprogrammet og plan for strategisk utvikling. Det er forutsatt at helseforetakene utvikler planer for oppfølgingsaktivitetene, herunder planer for gevinstrealisering og investeringer, samt at det gjøres risikovurderinger i forhold til pasienter, økonomi og ansatte. Videre er det lagt opp til rutinemessig rapportering mht. gjennomføring, måloppnåelse og gevinstrealisering. Det er krevende oppgaver som skal gjennomføres samtidig som det stilles absolutte krav om et økonomisk resultat i balanse. Det er videre lagt til grunn at kostnader for å gjennomføre plan for strategisk utvikling og vedtakene i hovedstadsprosessen må finansieres gjennom tilsvarende besparelser i helseforetakets drift i 2009. Fremdrift og tempo i omstillingsarbeidet er derfor avhengig av god økonomisk oppfølging.

Økonomisk resultat

Det økonomiske resultatet for helseforetaksgruppen som helhet er betydelig forbedret i forhold til 2007. Resultatet for 2008 er likevel ikke tilfredsstillende. I forhold til styringsmålet viser foreløpige regnskapstall for foretaksgruppen et negativt avvik på 392 mill. kroner.



Hovedårsakene til budsjettavviket er manglende gjennomføring og effekt av planlagte omstillingstiltak.



	2007	2008
Realisert omstilling	772	1 138
Omstillingsgrad	52 %	69 %

Arbeidet med å følge opp foretakenes resultatutvikling og gjennomføring av nødvendige omstillingstiltak er betydelig intensivert. Utviklingen er fortsatt svært bekymringsfull og 2009 vil kreve forsterket fokus på styring og oppfølging, men også god og effektiv organisering, god logistikk og utnyttelse av teknologiske investeringer. Det arbeides aktivt for å styrke og utvikle internkontroll i mål- og resultatstyringen av helseforetakene og i det regionale helseforetaket, gjennom fortsatt fokus på helhetlig risikostyring og internkontroll. Kravet om budsjettbalanse for 2009 er absolutt. Oppfølgingen fra Helse Sør-Øst RHF og dialogen med helseforetakenes styre og ledelse vil preges av dette.

Forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst vedtok i mai 2008 en ambisiøs forskningsstrategi for 2008-2011 basert på en bredt forankret prosess. Strategien innebærer bl.a. en fordobling av Helse Sør-Øst sin ressursbruk til forskning innen 10 år. For 2009 er rammen til strategiske forskningsmidler økt med 50 mill kr til 162 mill kr. Et nytt regionalt forskningsutvalg som strategisk rådgivende organ og et administrativt forskningsledernetverk som understøtter implementering av forskningsstrategien er etablert. Handlingsplanen for innovasjon ble vedtatt av styret høsten 2008. Med finansiering fra helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til forskning har en i 2008 igangsatt 156 nye forskningsprosjekter i tillegg til pågående flerårige prosjekter. I 2008 mottok Helse Sør-Øst 464 forskningssøknader for 2009 hvorav 103 ble innvilget. Det er lagt ned et omfattende arbeid for å formalisere tildelingsprosessen slik at en sikrer habilitet, åpenhet, implementering av føringer og kvalitetsforbedring av prosessen og søknadene. En egen utredning om universitetssykehusenes struktur og funksjon ble lagt til grunn for beslutningene knyttet forskning og utdanning i hovedstadsprosessen. Det er etablert nær kontakt for samordning av det strategiske arbeidet med Universitetet i Oslo (UiO), blant annet i Samarbeidsorganet, ved hospitering ved UiO, og ved deltakelse fra UiO i utredninger og arbeidsgrupper i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst har i 2008 ivaretatt sekretariatsfunksjonen både for Samarbeidsorganet med UiO, for RHF-enes strategigruppe for forskning og for Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). NSG har i 2008 vedtatt nytt mandat, en handlingsplan for dobbeltkompetanseløp

innen medisin, formalisert nasjonale satsinger, vedtatt *Alvorlige psykiske lidelser* som nasjonalt satsingsområde og igangsatt arbeidet for samordning av etisk standard og praksis.

Ventetidsutvikling

Ventetidsutviklingen er overveiende positiv. Per 2. tertial 2008 hadde Helse Sør-Øst de korteste ventetidene innen alle tjenesteområder sammenlignet med landet for øvrig. På de somatiske fagområdene er den samlede ventetidsutvikling stabil, men tendensen fra 2006 viser en liten økning. Utover året har en registrert sammenfall mellom økning i antall ventetid og økning av antall ventende. Helse Sør-Øst RHF følger denne utviklingen med spesiell oppmerksomhet. Innen psykisk helsevern har ventetidene sunket fra 2006 til 2008. Denne tendensen fortsetter også gjennom 2008, både for voksne og barn/ungdom. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en kraftig økning av antall nyhenviste pasienter fra 2006 til 2008, og tendensen fortsetter i 2008, dog med svakere økning av antall ventende. Dette har påvirket de gjennomsnittlige ventetidene, som likevel ikke har økt gjennom 2008.

Fristbrudd.

Antall fristbrudd er fortsatt for høy, selv om andelen i 2008 er redusert innen alle tjenesteområder. Videre er det stor variasjonen mellom sykehusene. For å oppnå forbedringer vil en aktivt vurdere tiltak for bedre å kunne varsle kommende fristbrudd for dermed å kunne gi pasienter tilbud før fristbrudd er et faktum. En vil videre vurdere behandlingsskapitet innen aktuelle fagområder.

Korridorpasienter.

Helse Sør-Øst har prioritert arbeidet med epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan. Det har vært en god utvikling for disse kvalitetsindikatorerne i 2008, særlig innen psykisk helsevern hvor korridorpasienter har hatt et særlig fokus. Det er likevel fortsatt mange helseforetak som ikke har nådd det nasjonale måltallet om at det normalt ikke skal være korridorpasienter. Hovedutfordringen er god organisering, god logistikk og effektive behandlingslinjer. Det er også viktig å vurdere korridorpasienter opp mot kapasitet, mulig overbelegg og pasientsikkerhet. En vil arbeide i 2009 for at det som hovedsak ikke skal være korridorpasienter, bl.a. gjennom et forsterket fokus og oppfølging av anbefalingene i rapport om korridorpasienter i Helse Sør-Øst og i oppfølgingsmøtene med helseforetakene. Gode behandlingslinjer og god samhandling skal underbygge utviklingen.

Epikrisetid.

Minst 80 % av epikrisene skal sendes ut innen syv dager etter utskrivning/undersøkelse. Utviklingen i 2008 viser en positiv trend, men det er fortsatt alt for få helseforetak som når dette målet. Helse Sør-Øst prioriterer dette arbeidet, bl.a. gjennom utbredelse og opplæring i arbeidsmetodene fra prosjektet "Epikrise til pasienten" (ved utskrivning), effektivisering av prosedyrer og innføring av tategjenkjenning ved utarbeidelse av epikrise, innføring av EPJ, mv. Det er også under utarbeidelse en egen handlingsplan for samhandling med kommunene.

Individuell plan.

I 2007 og 2008 har foretaksgruppen hatt en særskilt satsing på å øke bruken av individuell plan til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette året er det derfor en egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem prioriterte tjenesteområder⁴. Utviklingen viser en markert økning i bruken av individuell plan. En vil fortsette et prioritert arbeid med å øke graden av tilbud om Individuell plan, slik at alle som ønsker det og har krav på det skal få utarbeidet plan.

⁴ Barnehabilitering (somatikk), hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og schizofreni innen psykisk helsevern for voksne (VOP).

Utvikling i ventetid og kapasitet innen TSB.

Den gjennomsnittlige ventetiden innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har vært økende i 2008 og skiller seg ut i forhold til utviklingen innen andre områder. Det har vært en betydelig økning i antall nyhenvisninger og det vurderes kontinuerlig om kapasiteten i egne og private tilbud er tilstrekkelig. Kjøp av private behandlingsplasser er utvidet i 2008 og det er stilt økte produktivets- og kvalitetskrav i driftsavtalene for 2009. En strategisk plan/handlingsplan for området er under utarbeidelse.

Aktivitetsutvikling innen rus/psykisk helse.

Det er utfordringer knyttet til å oppnå den målsatte aktiviteten i hht driftsavtalene når det gjelder døgnbehandling innen rus og barne- og ungdomspsykiatri. Det skyldes både lav produktivitet og vanskelig rekruttering av fagpersonell. Det vil i 2009 stilles strengere krav til helseforetakene om å iverksette tiltak for å nå aktivitetsmålene. For rusområdet er det utvidet kjøp av plasser.

Sykefravær.

Utviklingen i sykefravær er ikke i tråd med vedtatte mål og har vist en negativ utvikling. Dette kan indikere utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering. Utviklingen må gis et større ledelsesmessig fokus i 2009 bl.a. ved å forsterke betydningen av et målrettet HMS arbeid, bedre organisering av arbeidstiden og gjennomføre ekstraordinære tiltak i avdelingene med særlig høyt fravær. Det etableres elektroniske verktøy som støtter den enkelte leder i sitt oppfølgingsarbeid. Videre er håndtering og oppfølging av sykefravær en viktig del i opplæringsprogrammet for ledere.

Pasientsikkerhet.

Det er for mange pasienter som rammes av uønskede hendelser. De fleste hendelsene skyldes systemfeil, bl.a. medisineringsfeil og sykehusinfeksjoner. Endringer krever strategier tiltak over et bredt spekter slik det fremkommer i plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst, bl.a. gjennom utvikling og ibruktakelse av gode pasientforløp, kunnskapshåndtering og beste praksis. Samtidig er det viktig å følge den nasjonale kvalitetsstrategien og prioritere behandling som gir helsenytt og sikre at gamle metoder med mindre effekt avvikles. Det vil også bli iverksatt mer målrettede tiltak i form av avviksbehandling for å avdekke feil og uønskede hendelser, fagrevisjoner, sertifiseringsmetodikk med standardisering og sjekklister, forbedret risikostyring og internkontroll mv. I driftsavtalen for 2009 er helseforetakene pålagt å arbeide særskilt med sykehusinfeksjoner og feilmedisinering. Det er videre viktig å stimulere til større åpenhet og meldekultur der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som viktige bidragsyttere i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Bemanningsutvikling.

Helseforetakene må ha riktig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser for å løse sine oppgaver. Riktig bemanning er også viktig for å holde de økonomiske rammer. Det har i 2008 vært for lavt tempo i nedbemanning iht. vedtatte planer samtidig som det har vært utfordringer i å rekruttere visse typer nøkkelpersonell. Det er nødvendig at arbeidsoppgaver står i forhold til kompetanse slik at helseforetakene fremstår som attraktive arbeidsplasser som evner å rekruttere. Helse Sør-Øst vil i 2009 forsterke styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles helseforetaksspesifikke tiltak avhengig av utfordringsbildet lokalt. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak. Det vises til kapittel 3 med nærmere omtale av HR-strategi og handlingsplan for oppfølging.

Ledelse.

Det stilles store krav til alle ledere i helseforetaksgruppen. Det skal gjennomføres betydelige omstillinger med sikte på forbedringer av pasienttilbudet samtidig som virksomheten skal styres innenfor økonomiske og aktivitetsmessige rammer. Det forventes også at personalansvaret og den enkelte medarbeider ivaretas på en god måte. Dette krever

forankring, eierskap og ledelsesmessig lojalitet i forhold til mål, styringsmodell og virkemiddelbruk. Det må også være samsvar mellom myndighet og ansvar. Det vil bli arbeidet videre med utvikling av felles lederkultur i helseforetaksgruppen, forbedring av ledelsesmessig samhandling og videreutvikling av styringssystemet, herunder ledelsens gjennomgåelse likt i alle helseforetak. Det vises til kapittel 3 med nærmere omtale av HR-strategi og handlingsplan for oppfølging.

Ledelsesinformasjon (LIS).

Systemene og kvaliteten på eksisterende informasjon er ikke tilfredsstillende. Det er avgjørende for ledelse og styring at faktagrunnlaget foreligger til riktig tid og har nødvendig faglig kvalitet. Gode data er også grunnlag for forståelse, kunnskap og kommunikasjon i hele organisasjonen. Det regionale helseforetaket vil legge vekt på å sammenlikne foretakene for å gi grunnlag for læring og utvikling av beste praksis. Helse Sør-Øst vil videreutvikle, forbedre og forenkle ledelsesinformasjonssystemene. Det er samtidig viktig å avveie ressurser avsatt til rapportering inn mot tid brukt til pasientbehandling. I 2009 vil HR-data prioriteres.

Innkjøps- og logistikkprogrammet.

Helse Sør-Øst har vedtatt en fremtidsrettet satsning på innkjøp og logistikk med gode mål og ambisjoner. Dette innebærer en samordnet og samhandlende felles forsynings- og bestillingsstruktur for hele foretaksgruppen. En kan foreløpig vise til manglende måloppnåelse i forhold til vedtatte strukturelle endringer på grunn av svak oppfølging i deler av helseforetaksgruppen. De økonomiske målene for 2008 er i hovedsak oppnådd, men det er konstatert tydelige utfordringer med å nå de økonomiske målene for 2009. Dette vil bli ytterligere forankret og fulgt opp særskilt i 2009, jf. styrets vedtatte strategi for innkjøp og logistikk med tilhørende handlingsplan (styresak 011-2009). Helse Sør-Øst er som stor markedsaktør også opptatt av å være en aktiv pådriver for etisk handel og miljø.

Omdømme.

Omdømmet for Helse Sør-Øst er viktig i forhold til befolkningens tillit til helsetjenesten og helseforetaksgruppens måloppnåelse. Kommunikasjon og samfunnskontakt er sentrale innsatsområder både i helseforetakene og på regionalt nivå. Det er viktig at områder med høy risiko prioriteres og at det foretas systematisk oppfølging av enkeltområder som rus, psykisk helsevern og habilitering/rehabilitering. Oppnådde mål og gode resultater, det at mange får hjelp og den positive utviklingen innen behandlingsmetodikk og forskning, må kommuniseres fortløpende. Det er også viktig å være klar over at god intern orden i helseforetak og sykehus bidrar til at egne ansatte er gode ambassadører for egen virksomhet og for helsetjenesten som helhet. Oppfølging av omstillingsprogrammet og utviklingen innen rus, psykisk helsevern og habilitering/rehabilitering vil bli fulgt opp særskilt i 2009.

Samhandling.

Det er et mål at pasientene får riktig behandling på rett nivå og at henvisning og utskrivning skjer trygt og forsvarlig. Bedre veiledning og samhandling skal sikre at utskrivningsklare pasienter får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå. Kompetansen og kapasiteten til primærhelsetjenesten er avgjørende for å sikre god samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten må i enda sterkere grad følges opp og utvikles gjensidig. Dette vil være et satsingsområde i 2009. Planer og tiltak vil bli utviklet i samsvar med samhandlingsreformen som legges frem våren 2009.

Utdanning og rekruttering

Helseforetakene er pålagt et stort utdanningsansvar. Helse Sør-Øst vil følge med på utviklingen for å sikre riktig kompetanse for morgendagens utfordringer med god pasientbehandling og god rekruttering av kompetent fagpersonell. Det vil i 2009 bli etablert et

eget utdanningsutvalg som et rådgivende organ på regionalt strategisk nivå. Utvalget som skal foreslå saker vedrørende utdanning og kompetansebehov som vil kunne behandles inn i samarbeidsorganene med Universitetet i Oslo og høyskolene.

Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Arbeidstilsynets "God vakt"-kampanje viser at det fortsatt er manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver i enkelte driftsenheter. God organisering må sikre ibruktakelse av nye arbeidsmetoder og en videreutvikling av kvaliteten i alle ledd. I de store omstillingene som skal gjennomføres er det viktig å ivareta kompetanse og kvalitet også innenfor sykepleie og andre faggrupper. Helse Sør-Øst vil holde et kontinuerlig fokus på å sikre reell medvirkning og åpenhet i helseforetakene.

Likeverdige tjenester.

Arbeidet med å skape likeverdige tjenester inngår som en del av visjonen til Helse Sør-Øst. Selv om en har oppnådd bedre kvalitet, kortere ventetider og mer fokus på prioriteringer er det fortsatt for store variasjoner i tilgjengelighet, spesielt for grupper med minoritetsbakgrunn. Selv om "innvandrere" er en heterogen gruppe viser ulike rapporter forskjeller i både sykdomsbilde og tjenesteyting mellom innvandrere og resten av befolkningen, og mellom forskjellige etniske minoritetsgrupper. 70 % av alle innvandrere i Norge bor innenfor Helse Sør-Øst sitt opptaksområde. Gjennom prosjektet Likeverdige helsetjenester skal det innen juni 2009 utarbeides en strategi som sikrer at kunnskap om minoritetsbefolkning inngår i alle planer og aktiviteter.

IKT.

IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, sikkerhet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette krever betydelige teknologiske investeringer og organisatoriske tiltak, og forutsetter vesentlig økte midler i forhold til dagens nivå. I tillegg til en ressursøkning, må det utvikles incentiver for å stimulere til bedre informasjonsutveksling og økt elektronisk samhandling mellom aktørene.

1.4.1 Styrets konklusjon

Ut fra den samlede rapportering for 2008 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at

- "Sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Sør-Øst RHF samlet sett er oppfylt for 2008.
- Det regnskapmessige resultatet for foretaksgruppen for 2008 viser at Helse Sør-Øst ikke har nådd målet om å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer som eier har stilt til disposisjon. Styret er ikke tilfreds med det økonomiske resultatet og vil påse at foretaksgruppens virksomhet tilpasses de økonomiske rammer.
- Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2008, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp.
- Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet vil baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft, grunnlagt på Nasjonal helseplan, plan for strategisk utvikling og mål 2009 for Helse Sør-Øst. Nasjonale verdier – kvalitet, trygghet og respekt legges til grunn.

1.5 Brukermedvirkning

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 på grunnlag av forslag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), en organisasjon som arbeider innen rusområdet, Kreftforeningen og de fylkeskommunale elderrådene.

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.

1.5.1 Årsrapport for brukerutvalget

Brukerutvalget har 14 medlemmer. Det har valgt et arbeidsutvalg som består av leder og nestleder og to av de øvrige medlemmene. Rammen for utvalgets arbeid er mandatet og de lover og retningslinjer som er gjeldende for Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF stiller sekretær til rådighet for Brukerutvalget. Sekretæren deltar både på Brukerutvalgets og arbeidsutvalgets møter. Administrerende direktør eller hennes representant deltar som hovedregel på alle utvalgets møter. Utvalget har hatt 10 møter i 2008, inkludert et årlig møte med styret for Helse Sør-Øst RHF.

I samarbeid med administrasjonen inviteres det en gang i året til konferanse med brukerorganisasjonene og elderrådene. Det arrangeres også hvert år en konferanse hvor brukerutvalgene i helseforetakene inviteres til å sende representanter. Hovedstadsprosessen har vært naturlig tema for disse konferansene i 2008. I tillegg har det vært to ekstra konferanser for å få innspill fra brukerne til hovedstadsprosessen.

Møtene

Utvalget har behandlet totalt 107 saker. Sakslisten settes av arbeidsutvalget i samarbeid med utvalgets sekretær på grunnlag av rullert plan for styresaker og brukerutvalgets egen plan. Endelig saksliste besluttet av leder/arbeidsutvalget. Det er lagt betydelig vekt på arbeidet med å sikre at Brukerutvalget får gitt innspill til styresaker på et tidlig tidspunkt. Helse Sør-Øst RHF og brukerutvalget finner gjennom fortløpende evaluering stadig frem til bedre/effektive samarbeidsformer.

Utvalget har blitt holdt løpende orientert om budsjett og arbeidsutvalget har fulgt prosessen på nært hold. Det er avgitt en uttalelse. Utvalget er tilfreds med at en har fått gjennomslag på flere punkter. Tilsvarende har utvalget gitt innspill til utforming av driftsavtaler med helseforetakene.

Omstillingsprogrammet og påfølgende strategisk plan har vært fast på møteprogrammet gjennom hele året. Utvalget har fått seg forelagt spørsmål, deltatt aktivt og påvirket de endelige planer og saksfremlegg.

Av øvrige prosjekt har utvalget vært representert i utredning/prosjekt/møter om storbylegevakt, parkeringsordninger, inntektsfordeling, enkeltoppgjør/pasientreiser, "Raskere tilbake", eldreplan, likeverdige helsetjenester for etniske minoriteter, pilotsykehus, kvalitets

og forbedringsarbeid, kravspesifikasjon for kjøp av private tjenester innen rus, flere prosjekt innen IKT m.v.

Brukerutvalget har for øvrig vært særlig opptatt av pasientreiser, universell utforming, Individuell plan, tilbudet til pasienter med sammensatte problemstillinger, rehabilitering og habilitering og lærings og mestring.

Øvrig deltagelse

Det er med få unntak praksis at minimum to representanter fra brukerne møter i de prosesser og prosjekter der utvalget velger å være med.

Leder og nestleder, eller den utvalget bestemmer, møter i styret som observatører.

Leder og nestleder har vært med i internt programstyre for omstillingsprosessen (hovedstadsprosessen) som for øvrig har dominert arbeidet i utvalget i hele 2008. Brukerne har vært invitert med i alle de mange møter, dialogkonferanser og arbeidsgrupper som var i virksomhet i hovedstadsprosessen og hatt god anledning til å fremme synspunkter.

Brukerutvalgets leder og nestleder samt eventuelt en brukerutvalgsrepresentant med lokal tilknytning har deltatt i adm. direktør sine årlige møter med de enkelte helseforetakene.

Erfaringer og hovedfokus

Utvalget har merket seg at flere av de holdninger og innspill som brukerrepresentantene har kommet med, er kommet med i saksgrunnlag og vedtak.

2008 har stilt store krav til Brukerutvalget. Den omfattende deltagelsen i omstillingsprosessen har gitt utvalget et høyt informasjonsnivå og et solid grunnlag for å følge gjennomføringsfasen i helseforetak og sykehusområder, som vil dominere Helse Sør-Øst i 2009 og årene fremover.

Utvalget setter sin lit til at alle parter vil at den holdning som vi gir uttrykk for i innledningen til strategidokumentet, skal være den styrende:

... pasientenes behov skal være førende for tjenestens innhold og struktur
... pasienten er ikke et medisinsk problem, men først og fremst et menneske som har behov for våre tjenester

1.5.2 Til årlig melding 2008 for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget har gitt arbeidsutvalget fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Arbeidsutvalget har hovedsaklig konsentrert seg om avsnittene 1.4. og 1.5. Punkt 1.5. "Brukermedvirkning" er utformet med utgangspunkt i tekstforslag fra arbeidsutvalget. Brukerutvalget er forelagt årlig melding i møtet 19. februar 2009.

Punkt 1.4. "Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2008". Her har administrasjonens forslag til tekst vært utgangspunktet for dialog mellom administrasjonen og arbeidsutvalget. Meldingen tar for seg Helse Sør-Øst RHF's samlede virksomhet i 2008 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2009 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet i punkt 1.4. Brukerutvalget vil for øvrig legge vekt på følgende oppgaver:

- Samhandling vil også fremover være viktig for Brukerutvalget. Krav til samhandling og lokalsykehusenes rolle er tydeliggjort i planarbeidet i 2008. Det er betydelige utfordringer innenfor området, ikke minst med hensyn til den faktiske samhandlingen rundt den

enkelte pasient. Arbeidet for å sikre at tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester og som ønsker det får utarbeidet individuell plan må intensiveres ytterligere.

- Brukerutvalget ser at det fremdeles er store utfordringer knyttet til å gi gode og koordinerte tilbud til pasienter med kroniske sykdommer, inkludert pasienter innen rus og psykisk helsevern. Brukerutvalget vil peke på at det er særdeles viktig at Helse Sør-Øst RHF i kommende år aktivt arbeider for å nå målene som ligger i nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Brukerutvalgene mener Helse Sør-Øst RHF må stille krav til helseforetakene om aktivitet innen pasientopplæring via lærings- og mestringssentrene. Brukerutvalget registrer betydelige lokale variasjoner mht hvilke pasientgrupper som får tilbud og innhold i tilbudene. Slik kan det ikke være. Brukerutvalget mener videre at lærings- og mestringssentrene må utvikles til bli en samhandlingsarena og bindelend mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Brukerutvalget er inneforstått med at ressursene også til pasienttransport skal benyttes optimalt. Utvalget forventer imidlertid at pasienter alltid blir møtt av kompetent personell og med høflighet og respekt, når de henvender seg for å bestille tjenester. Utvalget har forståelse for at større grad av fellestransport er nødvendig. Det forventes imidlertid at pasientene får god og relevant informasjon, at forventninger avklares og at det legges til rette for gode ventesoner i helseforetakene, atskilt fra trafikkerte soner.
- Brukerutvalget beklager at Helse Sør-Øst RHF er langt fra å nå de målene Helse- og omsorgsdepartementet har satt mht antall cochleaimplantat-operasjoner for voksne. Brukerutvalget forventer at Helse Sør-Øst RHF i 2009 følger opp at Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet setter av tilstrekkelige budsjettmidler til å gjennomføre oppdraget. Utvalget er tilfreds med at alle henviste barn med indikasjon for cochleaimplantat er operert.
- Utvalget merker seg for øvrig de positive tall som meldes for organtransplantasjon og vil følge opp at den gode utviklingen fortsettes. Det er fortsatt bekymring for tilgjengelighet til dialyse.

2. RAPPORTERING

Det vises til kapittel 1.1 *Om årlig melding*. Rapporten nedenfor er basert på den løpende rapportering og oppfølging i foretaksgruppen og på årlig melding fra helseforetakene. Kravene i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller er gjennomgått halvårlig og har vært grunnlag for en gjennomgående risikovurdering i forbindelse med 2. tertialrapport.

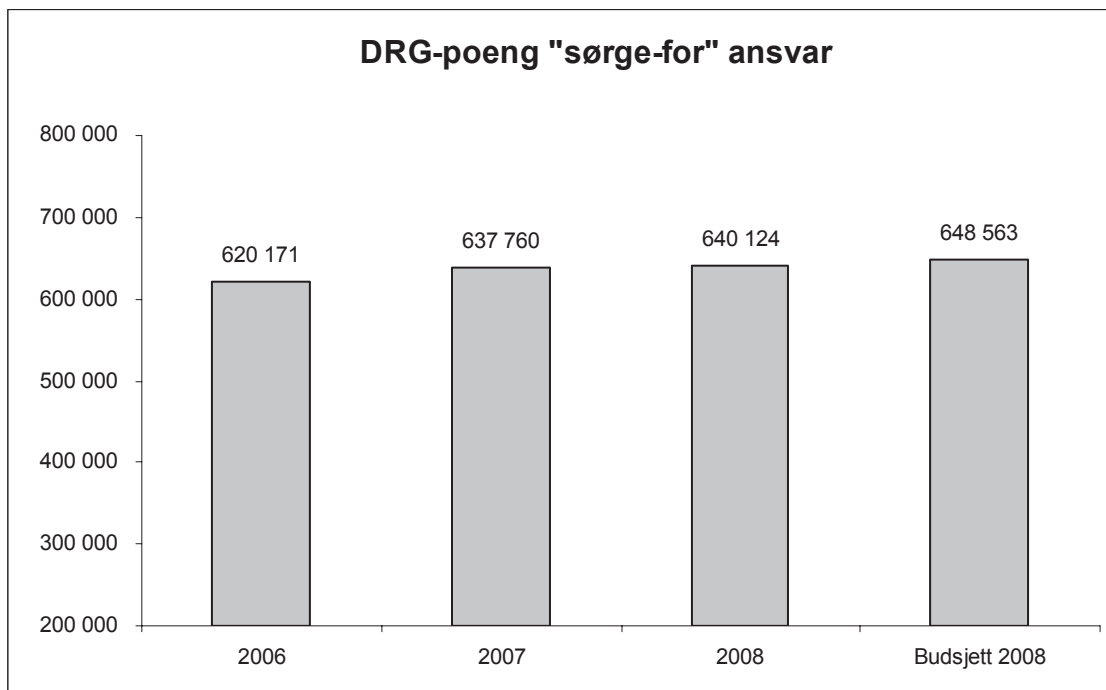
Det bemerkes at på grunn av tidsrammene utarbeides årlig melding før alle data er gjennomgått og kvalitetssikret. Det tas forbehold om enkelte justeringer.

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008

2.1.1 Aktivitet for Helse Sør-Øst

Oversikten over DRG-poeng viser kun aktiviteten på døgn- og dagbehandling somatikk. Dette utgjør den største delen av virksomheten for vanlige helseforetak/sykehus. Samtidig redegjør det her for hvordan den samlede aktiviteten har utviklet seg, og hvordan denne er fordelt på de store tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern (for voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I oppdragsdokumentene for 2008 ble det for Helse Sør-Øst lagt til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,5 % fra 2007 til 2008. Det tildelte aktivitetsnivået for dag- og døgnbehandling somatikk var på totalt 648 563 DRG-poeng. Dette har også vært foretaksgruppens budsjetterte aktivitet for året.



Figur: DRG-aktivitet Helse Sør-Øst iht. "sørge for"-ansvaret

Aktiviteten i henhold til "sørge for"-ansvaret, målt i DRG-poeng, har i 2008 vært ca 0,4 % (2 364 DRG-poeng) høyere enn i 2007, men 1,3 % lavere enn opprinnelig budsjett. Forklaringen er at den nye finansieringen av somatisk poliklinisk aktivitet, med omlegging til polikliniske *refusjonspoeng*, har skapt stor usikkerhet i 2008. Usikkerheten har medført at det regionale helseforetaket har måttet sikre seg mot unødig budsjettsprek på den polikliniske aktiviteten, ved å holde tilbake budsjetterte DRG-poeng, jf. senere kommentar.

Tabellen nedenfor viser at noen helseforetak også har bidratt til at "sørge for"-aktiviteten ligger lavere enn budsjettet. Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF har bevisst justert aktiviteten lavere enn eget budsjett, mens driftsmessige problemer gjør at Rikshospitalet HF har det største avviket i fnt eget budsjett. Samtidig har Ullevål universitetssykehus HF hatt en meraktivitet på nesten 2 000 DRG-poeng (ca. 2,5 %), vesentlig pga økning i sin regionale funksjon for alvorlig skadde pasienter (multitraumer). For de private ideelle sykehusene har aktiviteten vært i samsvar med driftsavtale og budsjett, bortsett fra en betydelig merproduksjon på Martina Hansens Hospital.

Tabell: DRG-aktivitet per foretak/sykehus og regionalt ift "sørge -for"-ansvaret, 2007-2008

DRG-poeng "sørge for" ansvaret	Faktisk 2007	Per desember 2008		
		Faktisk	Budsjett	Avvik
Aker universitetssykehus HF	25 528	27 122	26 733	389
Akershus universitetssykehus HF	48 142	47 156	47 923	-767
Blefjell sykehus HF	13 673	13 898	14 065	-167
Psykiatrien i Vestfold HF				0
Rikshospitalet HF	37 483	78 081	80 436	-2 355
Ringerike sykehus HF	10 572	12 378	12 388	-10
Sunnaas sykehus HF	4 580	5 620	5 717	-97
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 111	22 053	22 326	-273
Sykehuset Buskerud HF	32 275	33 442	33 500	-58
Sykehuset Innlandet HF	75 151	77 190	77 158	32
Sykehuset i Vestfold HF	41 298	41 687	42 084	-397
Sykehuset Telemark HF	33 017	32 663	34 210	-1 547
Sykehuset Østfold HF	43 461	45 180	45 704	-524
Sørlandet sykehus HF	55 457	54 307	55 220	-913
Ullevål universitetssykehus HF	76 980	83 228	81 273	1 955
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	518 728	574 005	578 737	-4 732
Betanien Hospital	3 525	3 337	3 690	-353
Diakonhjemmet Sykehus	13 522	13 731	13 764	-33
Lovisenberg Diakonale Sykehus	12 269	13 636	13 611	25
Martina Hansens Hospital	5 769	7 163	6 313	850
Revmatismesykehuset	1 315	1 378	1 482	-104
Sum private ideelle sykehus	36 400	39 245	38 860	385
Kjøp fra andre helseregioner		6 815	6 281	534
Kjøp fra private kommersielle sykehus/andre	* 82 632	20 059	20 059	0
Ufordelt reserve			4 625	-4 625
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus	637 760	640 124	648 562	-8 438

* utgjør for 2007 summen av elementene. I 2007 utgjorde kjøp fra andre helseregioner en stor del, fordi det da også var regionale oppgjør mellom tidligere Øst og Sør. Kjøp fra private er videreført på uendret nivå.

Tabellen ovenfor viser en ufordelt reserve på 4 625 DRG-poeng. Forklaringen ligger i den bufferen Helse Sør-Øst RHF valgte å legge inn mot usikkerheten med polikliniske refusjonspoeng, etter at Helse- og omsorgsdepartementet klarerte at de regionale helseforetakene ville gis mulighet til å bytte refusjonspoeng mot DRG-poeng etter en gitt omregningsfaktor.

Andre aktivitetsdata

Tabellen nedenfor viser at det er gjennomført drøyt 25 000 flere polikliniske konsultasjoner innen somatikk enn i 2007, tilsvarende en økning på 1,2 prosent. Det var budsjettert med en aktivitetsøkning på 50 000 konsultasjoner. Målt etter de nye polikliniske refusjonspoengene er 2008-resultatet hele 21,2 % over det antall budsjettpoeng som regionen ble tildelt i oppdragsdokumentet for 2008.

Siden antallet konsultasjoner er i rimelig samsvar med budsjett, illustrerer "overskridelsen" på ca. 340 000 refusjonspoeng to vesentlige forhold:

- den store usikkerheten som helseregionene har hatt med den nye finansieringen i 2008,
- at Helse Sør-Øst RHF får behov for den budsjettmessige bufferen en valgte å legge inn på DRG-poengene.⁵

Tabell: Aktivitetsdata somatisk poliklinikk (sum for helseforetakene og private ideelle sykehus)

Aktivitetsmål somatikk	2007	2008	Budsjett 2008	Endring 2007-2008	
				Antall	%
Polikliniske konsultasjoner	2 186 979	2 212 627	2 237 220	25 648	1,2 %
Polikliniske refusjonspoeng*		1 941 452	1 602 375		

* refusjonspoeng innført i 2008, herav ingen sammenlignbare tall for 2007

Tabell: Aktivitetsdata psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (sum for helseforetakene, sykehusene og kjøp fra private)

Aktivitetsmål psykisk helsevern	2007	2008	Budsjett 2008	Endring 2007-2008	
				Antall	%
Psykisk helsevern for voksne					
Antall utskrivninger døgnbehandling	24 105	24 779	24 278	674	2,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		756 775	706 669		
Antall oppholdsdager dagbehandling	64 934	51 908	63 686	-13 026	-20,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	561 464	608 968	592 748	47 504	8,5 %
Psykisk helsevern for barn/ungdom					
Antall utskrivninger døgnbehandling	983	947	906	-36	-3,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		48 039	47 044		
Antall oppholdsdager dagbehandling	12 142	12 684	13 742	542	4,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	322 861	369 931	354 345	47 070	14,6 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	7 394	7 292	7 165	-102	-1,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		349 026	273 267		
Antall oppholdsdager dagbehandling	4 520	2 219	2 347	-2 301	-50,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	146 725	164 885	157 056	18 160	12,4 %

* Liggedøgn har ikke vært rapportert i 2007, tilsvarende det som ble budsjettert/rapportert i 2008, herav heller ikke mulig å beregne endringer 2007-2008.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skjer det fortsatt en del endringer i tjenesteprofilen, i tråd med det som Samdata-rapporter for de siste årene har vist. For døgnbehandling viser 2008-tallene en betydelig økning av antall liggedøgn sammenlignet med budsjetterte tall, og dette gjelder på alle tjenesteområdene.

⁵ 33,884 polikliniske refusjonspoeng erstatter 1 DRG-poeng

Utbyggingen av DPSer og polikliniske tilbud gir fortsatt økning av poliklinisk aktivitet, og en del av tidligere dagbehandling registreres nå som poliklinikk. I tillegg melder helseforetakene og sykehusene at det ikke er rapporteringssystemer på en del aktivitet av ambulant og veiledningsmessig art, spesielt rettet mot kommunale tjenester. Det konkluderes derfor med en god samlet aktivitetsøkning, men endringen i arbeidsprofiler gjør at det tallmessig er vanskelig å angi hvor økningen ligger i forhold til kravet om økning på minimum 1,5 %.

Det regionale helseforetaket har likevel vært bekymret for at det meste av den registrerte polikliniske aktivitetsøkningen de siste årene har vært telefonkonsultasjoner. Denne tendensen samt en svak produktivitetsutvikling innen disse områdene, målt mot registrert aktivitet, tas opp i oppfølgingsmøtene og vil også bli fulgt opp i 2009.

2.1.2 Kostnader fordelt på tjenesteområder

I tillegg til den generelle aktivitetsveksten i pasientbehandlingen på 1,5 % fra 2007 til 2008, ga HOD også for 2008 oppdrag om at tjenesteområdene psykisk helsevern (for voksne og barn/unge), tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering skulle ha en relativ sterkere vekst enn somatikk.

Tabell: Ressursbruk i foretaksgruppen 2007 og 2008, samlet og fordelt på tjenesteområder, med relativ kostnadsvekst fra 2007 til 2008 (foreløpige tall)

Kostnader fordelt på tjenesteområder	2007	2008	Endring i %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	1 532 490	1 688 370	10,2 %
Psykisk helsevern	8 617 507	9 310 706	8,0 %
Somatiske tjenester	33 689 162	34 928 136	3,7 %
Rehabilitering	2 159 764	2 366 185	9,6 %
Annet	4 998 723	5 700 236	14,0 %
Sum	50 997 646	53 993 633	5,9 %

Tabellen gir foreløpige 2008-tall, slik de er innrapportert fra foretakene/sykehusene per 16. februar 2009. Tallstørrelsene er oppgitt på samme måte som tidligere år, og tallene for 2007 og 2008 er sammenlignbare. Tabellen viser at foretaksgruppen har hatt en betydelig samlet kostnadsvekst (5,9 %). I tråd med føringene gitt i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet har somatikken hatt den laveste relative veksten med 3,7 %. Av de øvrige tjenesteområdene har tverrfaglig spesialisert rusbehandling hatt størst relativ vekst (10,2 %), men også rehabilitering (+ 9,6 %) og psykisk helsevern (+ 8,0 %) viser at veksten har vært sterk og i samsvar med prioriteringene.

2.1.3 Økonomi – foreløpig regnskap 2008

Som følge av styringspålegg fra eier gjennom foretaksprotokollen har det gjennom 2008 fra det regionale helseforetakets side blitt lagt økt vekt på oppfølging i form av regelmessige møter med helseforetakene om utviklingen i økonomi og bemanning.

Foreløpige tall per februar 2009 viser at det ligger an til et negativt avvik i forhold til eiers styringsmål for 2008 på 392 mill. kroner.

I protokollen fra foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF 24. januar ble det protokollert at for 2008 vil for første gang de fulle avskrivningskostnadene knyttet til åpningsbalansen i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst RHF være dekket av tilsvarende bevilgning i basisrammen. Det heter videre i protokollen at:

"I tråd med Stortingets krav skal Helse Sør-Øst RHF håndtere sin omstillingsutfordring slik at ordinært regnskapsmessig resultat for foretaksgruppen i 2008 er i balanse, svarende til et årsresultat på null kroner. Foretaksmøtet presiserte at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere ut over kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF, ikke inngår i resultatkravet for 2008. Som grunnlag for kostnadsføring underveis i 2008 forutsettes det at budsjettert pensjonskostnad beregnet ut fra parametere fastsatt 31. desember 2007, legges til grunn".

For de regionale helseforetakene samlet utgjorde økte pensjonskostnader om lag 3 800 mill. kroner. Helseforetakene i Helse Sør-Øst beregnet beløpet for egne helseforetak til i sum å utgjøre 2 262 mill. kroner. Det var dette beløpet som initialt var unntatt balansekravet for Helse Sør-Øst RHF for 2008, og fremsto som eiers styringsmål for 2008.

Med bakgrunn i forslaget fremsatt i St.prp. 59, ble det avholdt foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF 5. juni 2008. Her ble balansekravet som ble fremsatt i foretaksmøtet i januar presisert slik:

"I St.prp. nr 59 (2007-2008) er det foreslått å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene i 2008 med til sammen 3 200 mill. kroner for å dekke økte pensjonspremier. Med forbehold om godkjenning fra Stortinget vil dette bevilgningsnivået redusere pensjonskostnadene som er unntatt fra resultatkravet tilsvarende, fra 3 800 mill. kroner til 600 mil kroner. Unntaket er basert på de aktuarmessige beregningene som foreligger p.t. med økonomiske parametre pr 31. desember 2007. Helse Sør-Øst RHF's andel av dette beløpet utgjør 331 mill. kroner som unntas fra resultatkravet for 2008"

Ut i fra dette ble eiers krav og styringsmål i forhold til økonomisk resultat til foretaksgruppen Helse Sør-Øst RHF for 2008 et resultat som viser 331 mill i underskudd, tilsvarende ikke-kompenserte, økte pensjonskostnader.

I forhold til dette styringsmålet viser foreløpige regnskapstall et negativt avvik på 392 mill. kroner for foretaksgruppen. Det presiseres at årsregnskapet ikke er endelige. De er ikke revisorgodkjent eller styrebehandlet.

2.1.4 Oppdragsdokumentets kapittel 3. Pasientbehandling

• Oppdragsdokumentet 3.1 Aktivitet

Styringsvariabler:

- Antall produserte DRG-poeng
- Inntekter for somatisk poliklinisk aktivitet/antall refusjonspoeng
- Polikliniske inntekter refundert av NAV
- Den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2008 være sterkere enn innen somatikk.

Styringskrav: Det øremerkede tilskuddet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Styret la dette til grunn ved behandlingen av budsjett 2008 sak 56/2007 hvor punkt 4 i vedtaket lød som følger;

1. For psykisk helsevern og rusbehandling legges følgende styringsmål till grunn for 2008
 - a. Veksten i ressursbruken innen psykisk helsevern og spesialisert rusomsorg skal vise større vekst enn innen somatisk sektor

- b. Ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen det psykiske helsevernet og spesialisert rusomsorg benyttes til økt og forbedret tilbud innen disse sektorene.
- c. Det skal ikke legges ned tilbud innen det psykiske helsevernet før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig. Dette gjelder også døgnplasser.
- d. Økte midler som følge av opptrappingsplanen for psykisk helsevern skal resultere i økt aktivitet.

Disse føringene ble videre innarbeidet i driftsavtalene med helseforetakene/private sykehus.

Helseforetakene rapporterer jevnlig på dette også gjennom dialog og oppfølgingsmøter i løpet av året. Det blir i den forbindelse lagt fram tallresultat fra hvert HF. Flere helseforetak har omstilt sykehusstilbudet og oppnådd gode resultat med økt kapasitet og tilgjengelighet på akuttpsykiatriske sykehusposter. Her ser man at overbelegget er sterkt redusert eller fjernet og samhandlingen mellom DPS-struktur og 1.linje rapporteres som bedret. Sykehuset Østfold HF er et eksempel. Ambulante akutteam som er bygget opp i DPS-struktur er også eksempler på tjenester som gir god effekt. Dekningsgrad i henhold til måltall innen Opptrappingsplanen psykisk helsevern er samlet sett for regionen god.

Ullevål universitetssykehus HF rapporterer om et betydelig omstillingsprogram for psykisk helse i 2007-2008 der det totale antall døgnplasser er redusert med over 25 %, mens poliklinikk og ambulant virksomhet er styrket. Aktivitetstall fra Ullevål universitetssykehus HF viser en reduksjon på behandlingsdøgn med ca 17 % og en tilsvarende økning (16 %) i poliklinikkaktivitet. Det rapporteres om god samhandling ut mot førstelinjetjenesten og en riktigere og mer spisset bruk av døgnplasser. Helseforetaket har ikke overbelegg i noen deler av behandlingsskjeden. Det rapporteres om god tilgjengelighet og korte ventelister.

Styringskrav: Det øremerkede tilskuddet til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte innenfor prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Midlene til "Raskere tilbake" har i 2008 blitt brukt i samsvar med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette har ligget som en føring i mandatet for prosjektet, og det regionale helseforetakets styringsgruppe har sammen med prosjektlederen ivarett føringen.

- **Oppdragsdokumentet 3.2 Kvalitet**
- **Oppdragsdokumentet 3.2.1 Tjenestene skal virke**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal drive nasjonale medisinske kvalitetsregistre det er tillagt ansvar for og sørge for at helseforetakene rapporterer data til nasjonale medisinske kvalitetsregistre som er forankret i eget og andre regionale helseforetak.

Helse Sør-Øst har i 2008 enten del- eller helfinansiert driften av 13 kvalitetsregistre i regionen. Helse Sør-Øst har et særlig ansvar for, og finansierer i sin helhet driften av fire nasjonale kvalitetsregistre; Norsk Nyfødtsmedisinsk Kvalitetsregister, Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, Cerebral Pareseregisteret i Norge og Nasjonalt traumeregister. I tillegg har Helse Sør-Øst ansvar for Kreftregisteret som er finansiert over statsbudsjettet ved egen bevilgning.

Helse Sør-Øst har i 2008 hatt god dialog med kvalitetsregistrene og arbeidet aktivt for å etablere oversikt over og kunnskap om kvalitetsregistrene i regionen, blant annet gjennom kartlegging av eksisterende registre og registrenes arbeid og aktivitet, herunder tekniske løsninger. I driftsavtalen for 2008 ble helseforetakene pålagt å sikre rapportering til de etablerte kvalitetsregistrene som er relevante for egen virksomhet, og spesielt de nasjonale kvalitetsregistrene.

En ytterligere innfrielse av styringskravet, vil avhenge av arbeidet med felles nasjonale løsninger for registrene. Helse Sør-Øst har i 2008 lagt vekt på tett oppfølging av de fire nasjonale kvalitetsregistrene i regionen, særlig med tanke på tilpasning til fremtidige organisatoriske og tekniske nasjonale løsninger. Helse Sør-Øst vil fortsette samarbeidet med de andre regionale helseforetakene og bidra i det nasjonale arbeidet. Helse Sør-Øst deltar aktivt i Nasjonalt Helseregisterprosjekt, herunder styringsgruppe og ulike skrivegrupper som vil legge føringer for fremtidige løsninger for alle helseregistre i Norge.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bidra til å identifisere områder hvor det er behov for at Sosial- og helsedirektoratet utarbeider nasjonale retningslinjer, bidra i det nasjonale arbeidet med å utvikle retningslinjer, samt følge opp og implementere retningslinjer som utarbeides. Nasjonale handlingsprogrammer innenfor kreftområdet kommer i denne kategorien.

Helse Sør-Øst samarbeider med Helsedirektoratet om nasjonale retningslinjer. Det har i 2008 vært særskilt oppfølging av de nye retningslinjene for bruk av TNF-alfa-hemmere, og det er satt i gang intern revisjon på området i 2008. Helse Sør-Øst har også bidratt i det omfattende arbeidet med utarbeidelse av nasjonale prioriteringsveiledere i 2008.

Styringskrav: Der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet skal Helse Sør-Øst sikre at dette vektlegges i organiseringen av tjenestene.

Helse Sør-Øst har ivaretatt dette kravet gjennom å videreføre det i sine driftsavtaler med helseforetakene i regionen. Dette kravet har også vært fulgt opp gjennom arbeidet med omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst.

I årlig melding fra helseforetakene er det fra alle gitt tilbakemelding om at kravet er fulgt opp og da med særlig vekt på behandling av kreftsykdom.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sette i gang prosesser for å bedre tilbudet til slagrammede i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling.

Helse Sør-Øst har i 2008 hatt fokus på arbeidet med behandlingslinjer/pasientforløp. Det har vært gjennomført systematisk opplæring der et av hovedelementene har vært krav til å benytte seg av dokumentert kunnskap i utarbeidelse av slike pasientforløp. De fleste av helseforetakene det er aktuelt for, har meldt tilbake at de har iverksatt tiltak prosjekter for å optimalisere tilbudet til slagrammede i akuttfasen. Flere melder også at de er i gang med eller planlegger prosjekt i 2009 for å videreføre dette arbeidet med utvikling av gode rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal som ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles, herunder bidra til at retningslinjer og prosedyrer utviklet i helseforetakene gjøres tilgjengelige gjennom Helsebiblioteket. Det vises til St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) der det er omdisponert 6,07 mill. kroner for finansiering av Helsebiblioteket. Det henstilles til at Helse Sør-Øst gjennomgår sine fordeler av Helsebiblioteket, herunder tar i betraktning verdien på de nye tjenester som nå er gratis tilgjengelig for helseforetakene, og som man alternativt måtte ha betalt for gjennom egne abonnementer, vurderer å bidra til finansieringen av Helsebiblioteket slik at finansieringen i 2008 blir på samme nivå som i 2007. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Sør-Øst og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten innen utgangen av første tertial har avtalt den resterende medfinansiering for 2008. Det forventes at Helse Sør-Øst målbevisst arbeider for å ta ut effektene av det som ligger i bruken av Helsebiblioteket.

Alle universitetssykehus og helseforetak har nytte av Helsebiblioteket. Universitetssykehusene har gjennom Helsebiblioteket fått tilgang til databasene i Helsebiblioteket, og kjøper derfor ikke dette selv. De har også sagt opp avtalene på de mest sentrale tidsskriftene, men de kjøper nisjetidsskrift og spesielt dyre tidsskrift selv. Målet for Helsebiblioteket er å skape likhet i tilgang til kunnskap, uavhengig av om en arbeider i universitetssykehus, helseforetak eller kommune. Tidligere var det mest universitetssykehusene som hadde tilganger, nå har alle tilganger til tidsskrifter og referansedatabaser gjennom Helsebiblioteket. I noen grad har også hele Norges befolkning nytte av innkjøpene i Helsebiblioteket - de fem største generelle tidsskriftene innen medisin (JAMA, BMJ, The Lancet, New England Journal of Medicine og Annals of Internal Medicine) er fritt tilgjengelig i fulltekst for alle med norsk IP (i praksis alle som har en PC i Norge).

Kartleggingen vedrørende økonomiske besparelser i helseforetakene ved bruk av tjenestene har likevel vist stor variasjon i nytteverdien i helseforetakene. Tilbudet må utvikles og gjøres enda mer tilgjengelig for å kunne ta ut større effekt.

Det er i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF og Helsebiblioteket gjennomført kartlegging av tilgjengelighet og funksjonalitet på Helsebiblioteket sitt tilbud på lover og forskrifter. Helsebiblioteket har deltatt i møte med fagdirektørene i regionen, der de redegjorde for innhold og stimulerte til økt bruk av biblioteket. Helse Sør-Øst RHF har utbetalt 4 400 000 kr til Helsebiblioteket i 2008.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal etablere systemer for at kunnskap fra anvendt nasjonal og internasjonal forskning og kunnskapsoppsamlinger, overføres til og implementeres i helsetjenesten.

Området er fokusert med et eget punkt i omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst (jf. styresak 026-2008). Forstudie er i gang for utvikling av en helhetlig strategi for tilnærming til området kunnskapsutvikling og god praksis, der både kunnskapshåndtering, kunnskapsbasert praksis og forbedringsarbeid står sentralt. Strategi for omstillingsarbeidet på dette området vil foreligge høsten 2009, og utvikles i samarbeid med Kunnskapscenteret.

Gode behandlingsresultater og bedret pasientsikkerhet er også avhengig av velfungerende sykepleie- og omsorgstjeneste basert på kunnskapsbasert praksis og faglig forsvarlighet. Helse Sør-Øst vil i arbeidet med kunnskapsutvikling og god praksis legge til rette for rammer som sikrer faglig utvikling og forskning, samt en organisering og ledelse av tjenesten som understøtter målet om et helhetlig behandlingstilbud. Sykepleie og omsorg er i denne sammenheng ment å omfatte alle ansatte som har pleie og omsorgsoppgaver.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal sikre at Kreftregisteret viderefører sitt arbeid på kreftområdet innenfor registrering, forskning, rådgivning og informasjon. Arbeidet med etablering av nasjonale kvalitetsregistre (spesialregistre) for ulike krefttyper i regi av Kreftregisteret skal videreutvikles og i størst mulig grad samordnes med prosesser for tilrettelegging av evt. felles løsninger for nasjonale kvalitetsregistre i regi av de regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst har i 2008 hatt et godt samarbeid med Kreftregisteret for blant annet å videreutvikle allerede eksisterende og etablere nye kvalitetsregistre innen kreftområdet. Tre av registrene som mottok tilskudd fra Helse Sør-Øst i 2008 tilhører kreftområdet. Kreftregisteret er trukket aktivt med i Nasjonalt Helseregisterprosjekt, blant annet som et ledd i arbeidet med å samordne spesialregistrene innen kreftområdet med øvrige kvalitetsregistre.

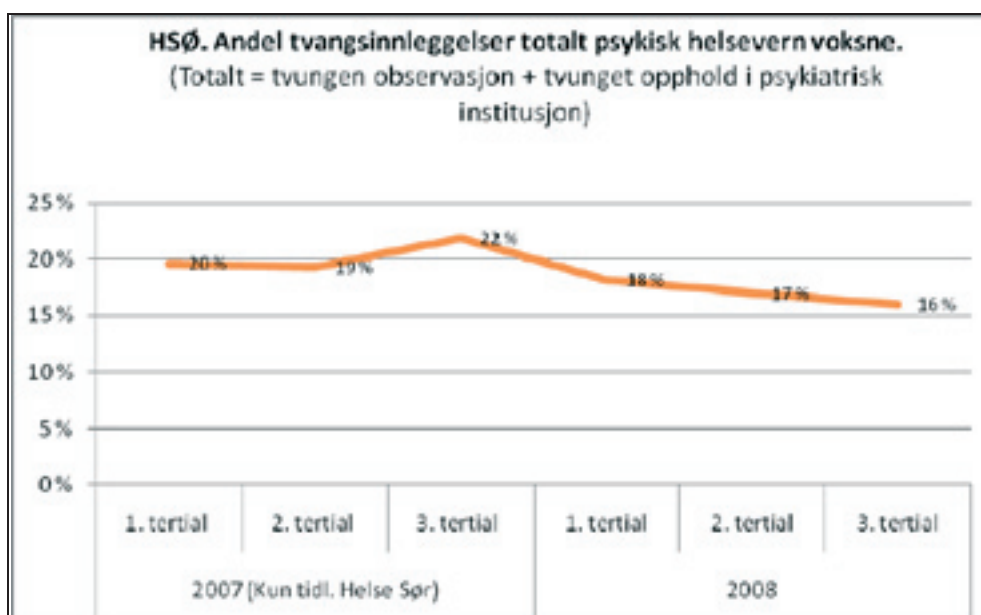
- **Oppdragsdokumentet 3.2.2 Tjenestene skal være trygge og sikre**

Styringsvariabler:

- Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern
- Andel NPE saker der pasienten har fått medhold i erstatningskravet

Tvangsinnlagte psykisk helsevern

Registreringen omfatter total andel tvangsinnlagte (sum innlagte til observasjon og innlagte til tvunget opphold i psykisk helsevern). I løpet av 2008 har det vært en reduksjon i andel tvangsopphold fra 22 % i 3. tertial 2007 til 16 % i 3. tertial 2008. Andel tvangsopphold varierer mellom sykehus og helseforetak. Dette kan dels tilskrives organisering av tvangsomsorgen, ved at tvangsopphold er lokalisert til et varierende antall akuttavdelinger. Det er kjent at det er variasjoner mellom geografiske områder når det gjelder tvangsopphold. For å få et bedre bilde av situasjonen vil Helse Sør-Øst i tillegg til å registrere andel tvangsopphold også relatere tvangsopphold til geografiske områder og befolkningsgrunnlaget i helseforetakenes opptaksområder, dvs. fremstille rater for bruk av tvang i ulike sykehusområder.



NPE-saker

Det foreligger per i dag ikke oversikt over data for 2008 for andel NPE-saker for Helse Sør-Øst RHF, der pasienten har fått medhold i erstatningskravet. Statistikk for regionale helseforetak 2003-2007 fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er vist i tabellen nedenfor. I denne perioden 2003-2007 fikk pasienter behandlet i Helse Sør-Øst medhold i 35 % av sakene. Tilsvarende tall for Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF var hhv. 35 %, 37 % og 37 %.

Helse Sør-Øst

Totalt er det fattet over 6000 vedtak om medhold eller avslag i perioden 2003 til 2007. Det er gitt medhold i 35 prosent av sakene.

Medhold/avslag Helse Sør-Øst					
2003-2007	Medhold		Avslag		Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF	177	28 %	464	72 %	641
Ullevål universitetssykehus HF	220	31 %	498	69 %	718
Akershus universitetssykehus HF	205	41 %	292	59 %	497
Sykehuset Buskerud HF	96	30 %	222	70 %	318
Ringerike sykehus HF	48	45 %	59	55 %	107
Sykehuset Vestfold HF	144	31 %	317	69 %	461
Psykiatrien Vestfold HF	3	21 %	11	79 %	14
Sykehuset Telemark HF	82	31 %	185	69 %	267
Blefjell sykehus HF	98	42 %	136	58 %	234
Sørlandet sykehus HF	244	37 %	420	63 %	664
Sykehuset Østfold HF	227	37 %	391	63 %	618
Aker universitetssykehus HF	127	41 %	184	59 %	311
Sykehuset Asker og Bærum HF	87	42 %	122	58 %	209
Sunnaas sykehus HF	0	0 %	1	100 %	1
Sykehuset Innlandet HF	280	38 %	460	62 %	740
Betanien Hospital	3	27 %	8	73 %	11
Diakonhjemmets sykehus	36	37 %	62	63 %	98
Lovisenberg Diakonale Sykehus A/S	28	42 %	39	58 %	67
Martina Hansens Hospital	30	36 %	53	64 %	83
Revmatismesykehuset AS	2	100 %	0	0 %	2
Totalt	2 137	35 %	3 924	65 %	6 061

Medholdsandelen varierer fra 28 prosent for Rikshospitalet–Radiumhospitalet til 45 prosent for Ringerike sykehus.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at helseforetakene rapporterer uønskede hendelser til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, og samarbeider med senteret for å sikre læring og forbedring som følge av hendelsene.

Det er etablert referansegruppe med representasjon fra det regionale helseforetaket. Samarbeidsprosjekt er i gang mellom Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (NAPS) og Ullevål universitetssykehus HF mht til elektronisk meldesystem. NAPS arbeider med å få tilgang til allerede innrapporterte data fra helseforetakene i Helse Sør-Øst via Helsetilsynet og Norsk pasientskadeerstatning sine databaser. Helse Sør-Øst har hatt flere samarbeidsmøter med NAPS.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal implementere handlingsplan for kvalitetssikret bruk av tvang.

Helseforetakene har fulgt opp dette i sitt arbeid med Opptappingsplanen for psykisk helse. Handlingsplanen for kvalitetssikret bruk av tvang har vært adressert i egne møter med divisjonsledelsen innen psykisk helsevern og man har hatt fokus på positive erfaringer og gode resultat i flere foretak. Det er fortsatt en utfordring at tallene for bruk av tvang viser for store forskjeller og variasjoner i egen helseregion, noe som krever fortsatt oppfølging og

innsats. Helse Sør Øst RHF deltar i nasjonal arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet for å se på behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven og handlingsplanen for tvang. Dette arbeidet skal ferdigstilles i 2009. Det har også vært gjennomført eget prosjekt i 2008 for å redusere bruk av tvang i klinisk virksomhet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at det er etablert ledelsesforankrede, kliniske etikk-komiteer i hele helseforetaksgruppen, og at disse sikres nødvendige rammer og ressurser.

Samtlige helseforetak oppga i 2007 å ha etablert kliniske etikk-komiteer. Helse Sør-Øst forutsetter at disse komiteene har vært i drift også i 2008. Helse Sør-Øst vil i 2009 intensivere oppfølgingen av dette kravet, blant annet ved å arrangere et arbeidsseminar med helseforetakene om kliniske etikk-komiteer og belyse temaet i direktørforum.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) i ansvarsområdet til kliniske etiske komiteer.

Flertallet av helseforetakene oppga i 2007 at tverrfaglig spesialisert rusbehandling var inkludert i ansvarsområdet til kliniske etikk-komiteer. Helse Sør-Øst vil i 2009 intensivere oppfølgingen av dette kravet, blant annet ved å arrangere et arbeidsseminar med helseforetakene om kliniske etikk-komiteer.

– **Oppdragsdokumentet 3.2.3 Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse**

Styringsvariabler:

- Andel av ventetider på sykehusvalg.no som er oppdatert siste 4 uker

Andel oppdaterte ventetider 3. tertial 2008 er på 81 % mot 72 % 3. tertial 2007. Andelen av oppdaterte ventetider er høyere innenfor somatikk enn psykisk helsevern. Det er viktig at brukere av fritt sykehusvalg.no kan stole på at opplysningene på nettsiden er ferske, og målet for 2009 er en oppdateringsandel på 100 %.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal etablere rutiner slik at tjenesten kan nyttiggjøre seg av brukernes erfaringer.

Brukermedvirkning er høyt prioritert i Helse Sør-Øst RHF. Brukermedvirkning gjennom brukerutvalg inngår i driftsavtaler med HF.

Helse Sør-Øst RHF nyttiggjør seg først og fremst brukernes erfaringer gjennom tett og systematisk samarbeid med brukerutvalget. Helse Sør-Øst RHF har videre stilt krav til helseforetakene om at det etableres systemer for å nyttiggjøre seg av brukernes erfaringer, formidlet både gjennom brukerundersøkelser, pasientombud, helsetilsyn og enkeltpasienters og pårørendes tilbakemeldinger. De aller fleste helseforetak rapporterer tilbake at dette ivaretas.

Helse Sør-Øst vil i 2009 intensivere oppfølgingen av dette kravet, blant annet ved å arrangere et arbeidsseminar med helseforetakene om lokale brukerundersøkelser.

Som del av sitt arbeid har Kontoret for fritt sykehusvalg utarbeidet prosedyre for ivaretagelse av brukererfaringer/ enkelthenvendelser for videreformidling som styringsinformasjon for Helse Sør Øst RHF.

Kontoret er også en del av Nettverket for pasientrådgivere/ fritt sykehusvalg.

RHF-nettverk pasientrådgivere/fritt sykehusvalg skal arbeide for at informasjonstjenesten blir utført på en enhetlig og koordinert måte og imøtekommer brukernes behov i forhold til informasjon og service. Videre er det et mål at informasjon av styringsmessig verdi blir systematisert og videreformidlet.

Nettverket overvåker mønster i informasjonen fra brukerne som kan være av styringsmessig verdi, herunder pasienttilfredshet, pasientrettigheter og tilgang til helsetjenester. Erfaringene forelegges fagdirektørene via leder av forumet, til informasjon og eventuelt videre oppfølging. Oppdragsgiver er landets regionale helseforetak ved fagdirektøren på vegne av administrerende direktør.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at det er brukerutvalg i alle helseforetak, inkludert i det regionale helseforetaket, og at disse medvirker i utformingen av tjenestetilbudet.

Helse Sør-Øst har et velfungerende brukerutvalg som behandler alle saker av betydning for pasienttilbudet. Utvalget v/enkeltdelegerte deltar i prosjekt- og planarbeid på likeverdig basis og gjennom hele prosessen fra oppstart til slutt. Brukerutvalget har hatt vesentlig innflytelse på utforming av beslutningsgrunnlag og preget vedtaksutforming i styresaker ifm. de store planprosessene i Helse Sør-Øst. Helseforetakene oppgir i all hovedsak at de har et systematisk samarbeid med brukerne gjennom brukerutvalg. Tilbakerapportering fra eget brukerutvalg og organisasjonene tyder på at det er behov for forbedring av praksis ved en del helseforetak. Dette vil bli fulgt opp fra Helse Sør-Øst sin side, blant annet gjennom at det utarbeides "12 prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst". For å styrke brukerrepresentantene i deres rolle støtter Helse Sør-Øst RHF brukerorganisasjonenes felles arbeid med utvikling og gjennomføring av modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal tilrettelegge hjelpemidler for døve og sterkt hørselshemmede pasienter når tjenesten krever det, eller når disse pasientene har behov for dette.

Inngår i driftsavtale og forutsettes ivaretatt i samsvar med generelt krav om forsvarlighet. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet forslag til veileder for universell utforming og tilgjengelighet, basert på tilsvarende veileder i Helse Midt-Norge. Forslaget har vært på høring i helseforetakene, og vil bli fulgt opp i Helse Sør-Øst RHF. Samtidig vil forslaget til veileder, sammen med høringsuttalelsene, inngå som bidrag til en nasjonal veileder for universell utforming og tilgjengelighet, som er under utarbeidelse i Helsedirektoratet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for og finansiere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.

Kravet inngår i driftsavtale med helseforetakene. De fleste helseforetakene rapporterer tilbake om bevissthet om tilrettelegging. Samtidig tyder brukertilbakemeldinger om at mye gjenstår. Tolketjeneste for etniske minoriteter inngår i eget prosjekt for "Likeverdige helsetjeneste for etniske minoriteter".

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal samarbeide med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om brukertilfredshetsundersøkelser og kvalitetsmålinger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte høsten 2007 for andre gang en nasjonal spørreundersøkelse blant brukere av poliklinikker for voksne i psykisk helsevern i Norge. Brukerne har besvart en rekke spørsmål om sine erfaringer med poliklinikkene. Hovedrapport fra undersøkelsen, herunder en redegjørelse for metode/fremgangsmåte som

er benyttet i spørreundersøkelsen og i analysen, ble mottatt av de regionale helseforetakene i januar 2009.

Helse Sør Øst RHF har i 2008 deltatt i arbeidsgruppe i regi av Kunnskapssenteret som på oppdrag fra tidligere Helse Sør RHF har initierte et arbeid med å utarbeide et nytt verktøy for brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidet avsluttes i 2009.

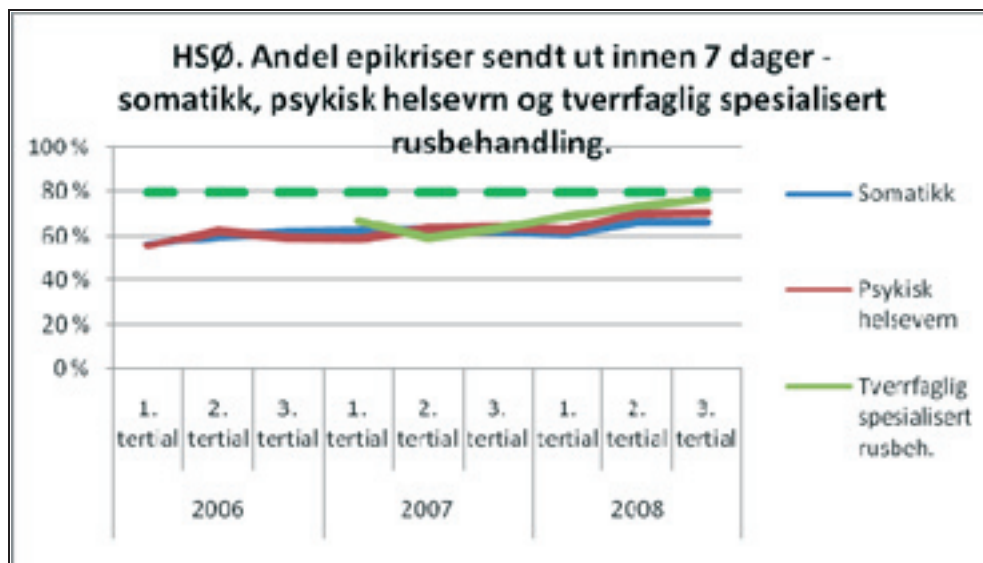
– **Oppdragsdokumentet 3.2.4 Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende**

Styringsvariabler:

- Minst åtti prosent av epikriser skal sendes ut innen syv dager.
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
- Pasienter tildelt individuell plan.
- Andel reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdeling, psykisk helsevern.
- Frekvens av keisersnitt i forhold til total antall fødsler.

Helse Sør-Øst har i 2008 gitt særskilt prioritet til arbeidet med epikriser, korridorpasienter og individuell plan.

Epikriser: Det er en økning i andel epikriser sendt ut innen 7 dager, særlig i 2008, men fortsatt ligger Helse Sør-Øst under måltallet for alle tjenesteområdene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger best an med 77 % i 3. tertial 2008, og kan også vise til en jevn og god stigning i 2008. For somatikk og psykisk helsevern er tallene hhv. 66 og 70 %. Det er store variasjoner mellom helseforetakene. 6 foretak innfridde kravet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling om at 80 % av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager. For psykisk helsevern gjelder det 4, og for somatikk 1 helseforetak.

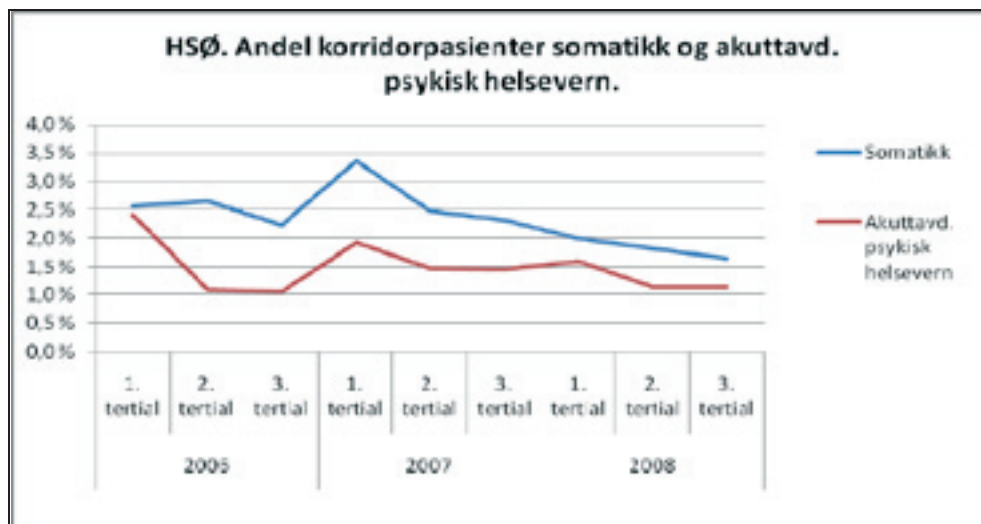


Figur: Andel epikriser sendt ut innen 7 dager.

Korridorpasienter: Andelen korridorpasienter har i mange år holdt seg på om lag samme nivå. Problemet har vært mest uttalt ved medisinske avdelinger som har en høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, men også enkelte akuttavdelinger innen psykisk helsevern har hatt mange korridorpasienter. I 2008 er det oppnådd en reduksjon i andel korridorpasienter både for somatikk og psykisk helsevern. Tallene for Helse Sør-Øst er nå hhv. 1,7 % og 1.2 %. Enkelte sykehus har likevel en høy og ikke akseptabel andel korridorpasienter, og dette har vært fast tema på oppfølgingsmøtene med det enkelte helseforetak. Innen psykisk helsevern har det særlig vært to foretak som har hatt mange korridorpasienter, men begge sykehusene har lyktes med sine tiltak og kan vise en klar og jevn reduksjon i andelen. Mange helseforetak rapporterer for øvrig at omstillingsarbeid har

gitt reduksjon av beleggspersent på akuttpsykiatriske sengeposter og sikret bedret tilgjengelighet hele året.

Helse Sør-Øst utarbeidet i oktober 2007 anbefalinger for å unngå korridorpasienter i regionen. Det ble via driftsavtalene for 2008 stilt krav om at Helseforetakene implementerte tiltak i tråd med anbefalingene. Utviklingen i 2008 bekrefter den positive trenden fra 2007. Dette er påpekt også i en rapport fra Helsedirektoratet, som konkluderer med at Helse Sør-Øst har en bedre utvikling i forhold til korridor plassering enn de øvrige regionene.

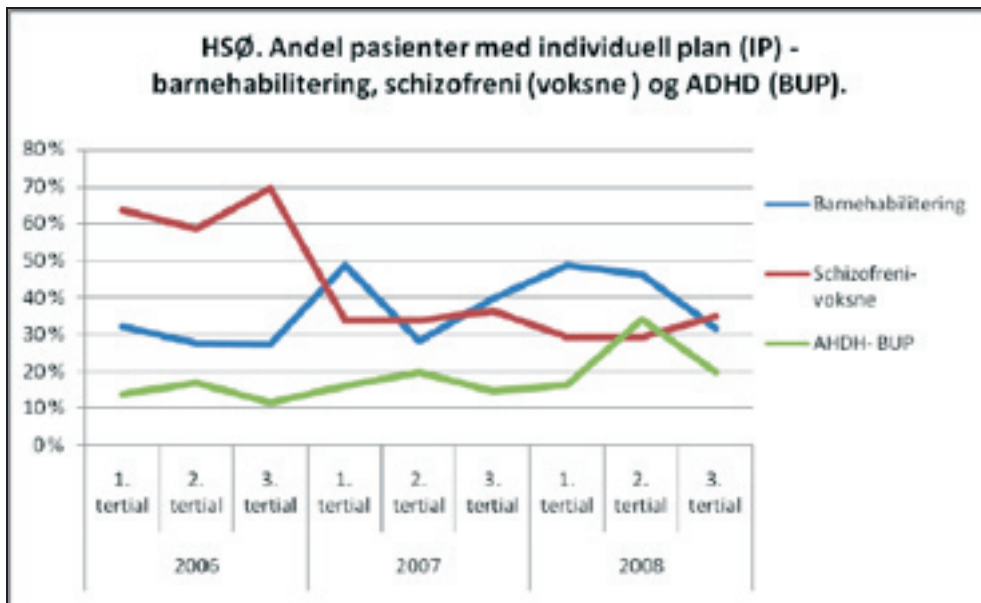


Figur: Utvikling andel korridorpasienter.

Individuell plan (IP): I 2007 og 2008 har foretaksgruppen hatt en særskilt satsing på å øke bruken av individuell plan til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette året var det derfor en egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem tjenestekområder (somatikk inkl. rehabilitering, barnehabilitering, psykisk helsevern for barn/ungdom og voksne, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Data fra denne satsingen viser en markert økning i bruken av individuell plan. Kampanjen startet i 2007 i tidligere Helse Øst. Totalt antall pasienter som i perioden har fått utarbeidet IP har økt fra 2 173 i 2. tertial 2007 til 4 128 i 1. tertial 2008. Tallene for 2. tertial 2008 viser at det er skapt et solid engasjement i arbeidet med IP med en fortsatt økning til 4 264 individuelle planer.

	2. tertial 2007	1. tertial 2008	2. tertial 2008
Totalt antall utarbeidede IP i tidligere Helse Øst	2 173	4 128	4 264

På de nasjonale indikatorene er det rapportert inn en lav andel med IP innen psykisk helsevern for barn og unge i 3. tertial 2008, kun 20 %. For voksne er andelen 35 %. For barnehabilitering er andelen 32 % i 3. tertial mot 49 % i 1. tertial 2008. Helse Sør-Øst RHF har tatt opp med Helsedirektoratet at helseforetakene har varslet om tolkningsproblemer ved rapporteringen på de nasjonale indikatorene.



Figur: Andel med individuell plan (IP).

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område i tråd med føringene i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og tilhørende veileder. Helse Sør-Øst skal følge opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper

Utvikling av samhandling i helsetjenesten vil være en pågående prosess. Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommuner og bydeler i opptaksområdet. Det arbeides videre med oppbygging av samarbeidsfora og det foreligger styrevedtak om sammensetning. Det er gjennom programmet Helsedialog gitt støtte til mer enn 50 prosjekt hvorav mange nå er ferdige og implementert i drift. Nettstedet www.helsedialog.no er under kontinuerlig oppdatering. Utkast til plan for samhandling er levert fra arbeidsgruppe bestående av representanter fra Helse Sør-Øst RHF, helseforetak, KS og brukere. Planen sendes tidlig i 2009 på høring. Gjensidig hospiteringsordning er gjennomført ved 4 helseforetak og evalueres primo 2009. Det har vært vesentlig fokus på samhandling og lokalsykehusfunksjoner i forbindelse med hovedstadsprosessen. Praktiskonsulentordning er etablert ved de fleste helseforetak. Også sykepleiere og fysioterapeuter inngår i ordningen.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bistå kommunene for å sikre pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet og som har store og sammensatte behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå.

Helseforetakene har detaljerte, skriftelige samarbeidsavtaler med kommuner i eget opptaksområde, som skal sikre god ivaretagelse av de komplekse, sammensatte lidelsene. Helse Sør Øst har i tillegg stort fokus på bruk av IP som et godt metodisk virkemiddel for å sikre gode pasientforløp og helhetlige tjenester. Helse Sør Øst iverksatte ulike prosjekt i 2007 for metodisk utprøving av tverrfaglig og tverretattlig klinisk virksomhet. Dette arbeidet har gitt resultat i 2008 med erfaringer som kan komme pasientgrupper med sammensatte behov til gode.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal følge opp samarbeidsavtalen som er inngått med statlig regionalt barnevern slik at barn og unge som har behov for tjenester både fra psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og barnevern får sammenhengende og helhetlige tilbud og slik at gjensidig informasjonsutveksling herunder bekymringsmeldinger finner sted på en hensiktsmessig måte.

Det har også i 2008 vært avholdt samarbeidsmøter med statlig regionalt barnevern, bufetat, der den formelle samarbeidsavtalen følges opp og evalueres. Videre har alle helseforetakene videreført arbeidet og inngått lokale avtaler mellom psykisk helsevern barn og unge, og lokalt statlig barnevern. Det rapporteres om betydelig effekt lokalt og større grad av tilfredshet, der barnevernet opplever å få tilgang på tjenester og nødvendig faglig bistand. Helse Sør Øst og bufetat har felles årlig fagmøte for virksomhetene der viktig tematikk settes på dagsorden for å styrke felles faglig samhandling.

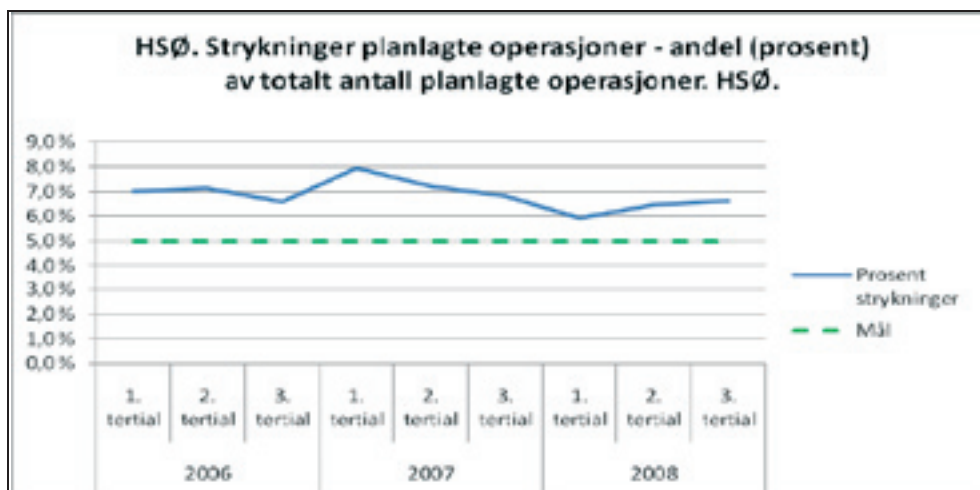
– **Oppdragsdokumentet 3.2.5 Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte**

Styringsvariabler:

- Det skal være færre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner.
- Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes.
- Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes

Strykning planlagte operasjoner

Andel strykninger av planlagte operasjoner ligger fremdeles noe over målet på 5 %. Sammenlignet med 2006 og 2007 er det en moderat reduksjon i antall strykninger til et gjennomsnitt for alle sykehusene på 6,6 % i 3. tertial 2008.

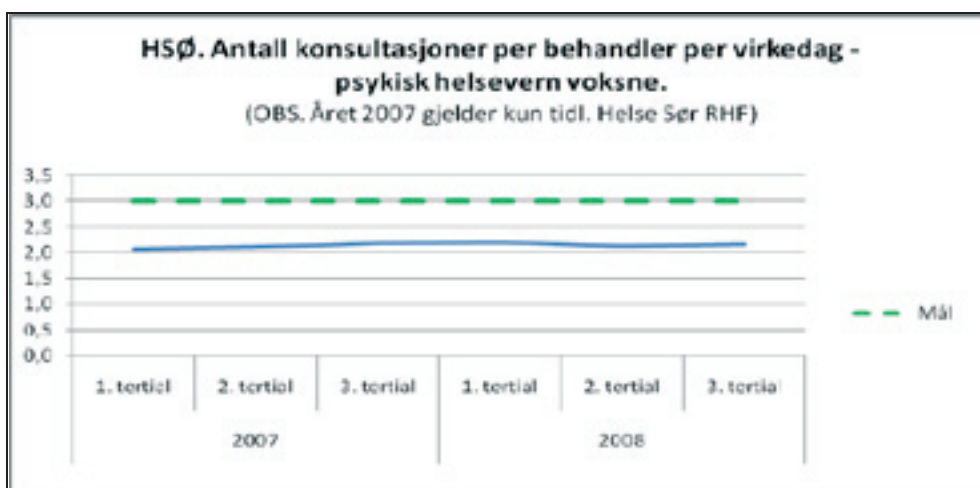


Figur: Andel strykninger av planlagte operasjoner.

Antall konsultasjoner per behandler per virkedag ved poliklinikker – psykisk helsevern for voksne.

Basert på dette måltallet har en ikke kunnet registrere noen produktivitetsøkning på poliklinikkene for psykisk helsevern voksne. Antall konsultasjoner per behandlerdagsverk per virkedag har ligget stabilt i overkant av 2 i hele perioden 2006-2008 og under måltallet på 3,0. Det er noe variasjon mellom helseforetakene, men ingen har nådd måltallet ved utgangen av 2008.

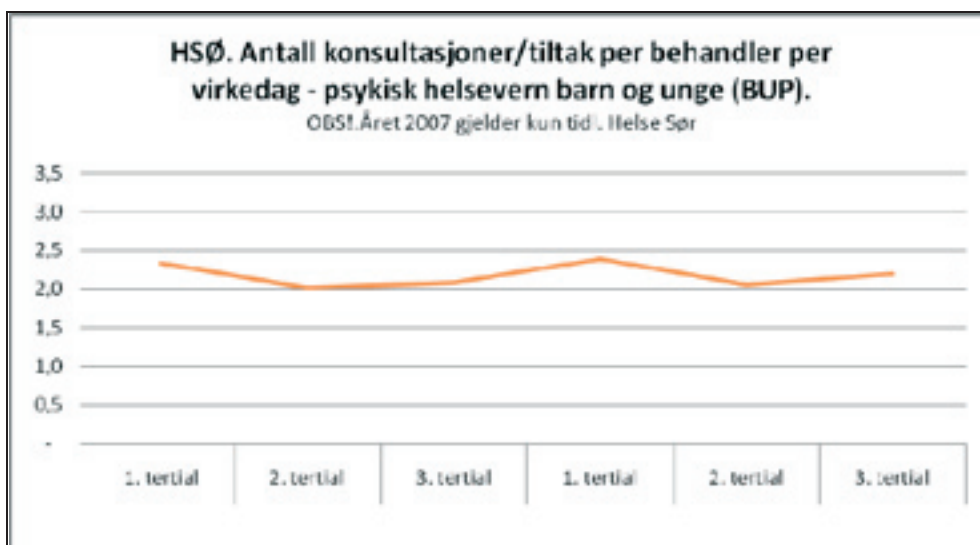
Indikatoren er problematisk rent definisjonsmessig, metodisk og innholdsmessig, og tar ikke hensyn til at virksomheten nå er mer ambulant, utadrettet mot kommuner/bydeler. Det er derfor vanskelig å vurdere resultatene, særlig ved sammenligning med andre.



Figur: Antall konsultasjoner per behandler per virkedag – poliklinikker psykisk helsevern voksne.

Antall tiltak per behandler per virkedag ved poliklinikker – psykisk helsevern for barn og unge.

Heller ikke dette produktivitetsmålet viser endring. Antall tiltak per behandlerdagsverk per virkedag ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge har ligget stabilt i overkant av 2 i hele perioden 2007-2008. Her er det noe større variasjon mellom helseforetakene, fra 1,7 til 3,7, men flertallet ligger i overkant av 2 konsultasjoner per behandler per virkedag. Også denne indikatoren er problematisk for fagmiljøene, fordi de mener at den ikke tar opp i seg at profilen på arbeidet er endret, jf. VOP.



Figur: Antall tiltak per behandler per virkedag – poliklinikker psykisk helsevern barn og unge.

I driftsavtalen for 2009 er det for disse områdene stilt krav til helseforetakene om en betydelig produktivitetsvekst.

Oppdragsdokumentet 3.2.6 Tjenestene skal være tilgjengelige

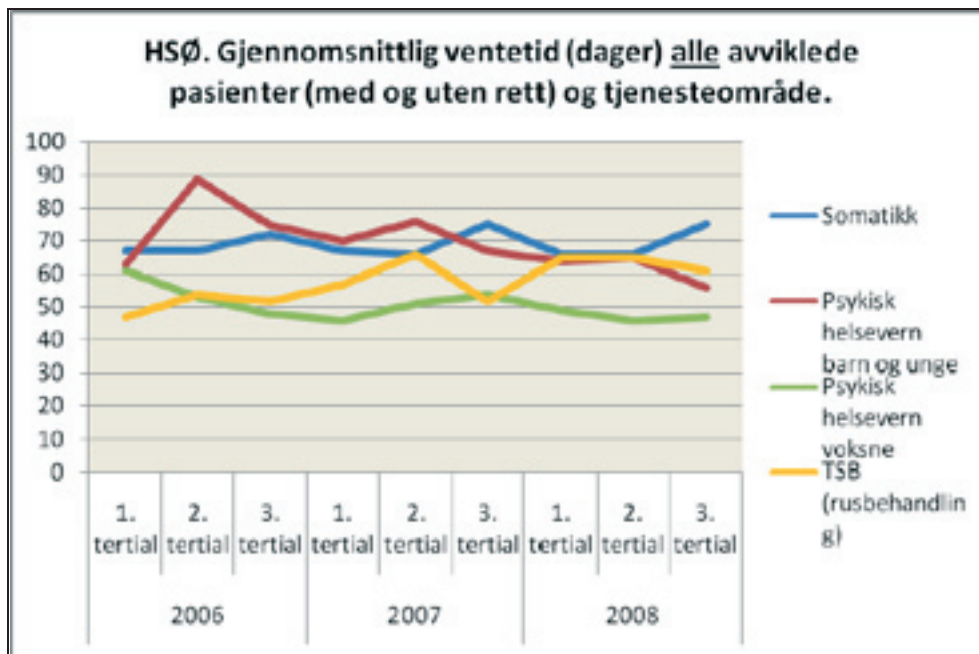
Styringsvariabler:

- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter fordelt på somatikk, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP) og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere (TSB).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk skal ikke øke, mens den skal reduseres innen BUP, VOP og TSB.
- Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter på planlagt avrusning skal reduseres.

Ventetider

Figuren nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter på de ulike tjenesteområdene i perioden 2006-2008, altså både for de med og uten rett til nødvendig helsehjelp. I perioden er ventetiden redusert innen psykisk helsevern, både for voksne og barn/ungdom, mens den har vært relativt stabil innen somatikk med en liten økning i 3. tertial 2008. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det en økning i ventetidene fra 2007 etter at helseforetakene overtok ansvaret for den spesialiserte rusbehandlingen som tidligere lå under fylkeskommunene. Før 2007 omfatter registreringen ventetider kun for den delen av rusbehandling som foregår ved ruspoliklinikker under psykisk helsevern.

Ventetidsutviklingen tyder på at styringskravene for BUP og VOP etterleves på en god måte, mens man innen TSB har utfordringer særlig innen avgiftningskapasiteten og ventetider for langtidsbehandling.



Figur: Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter

Ventetid og rett til nødvendig helsehjelp

Sammenlignet med 3. tertial 2007 er ventetiden for avviklede rettighetspasienter redusert med hele 14 dager innen psykisk helsevern for barn og unge, og med 5 dager innen psykisk helsevern for voksne i 3. tertial 2008.

I samme periode er ventetiden økt med 11 dager for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det regionale helseforetaket har vært klar over denne utviklingen og det er

derfor avsatt ekstra økonomiske midler (20 mill kr) bl.a. til kjøp av avrusningsplasser ved private institusjoner med oppstart allerede i 2008.

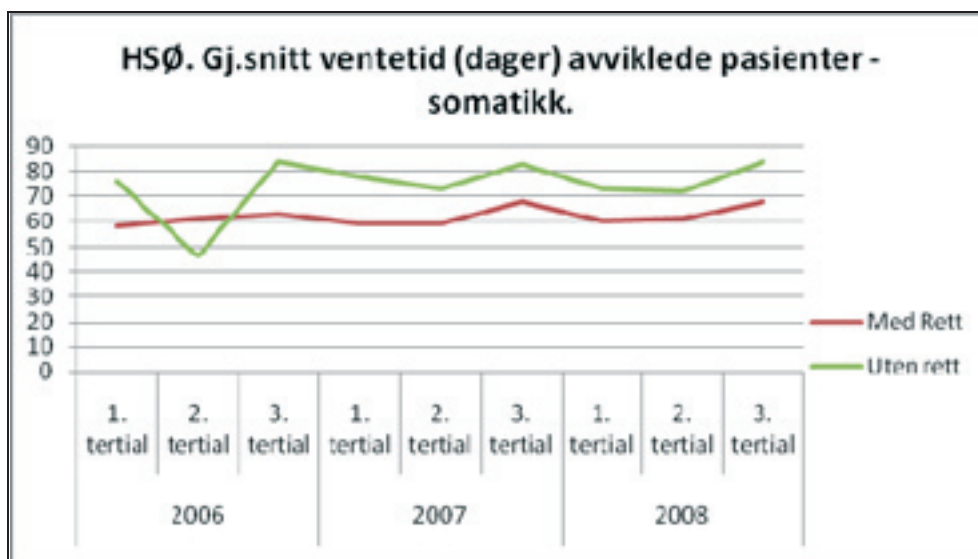
Tabell: Ventetid (dager) avviklede rettighetspasienter 2008.

	2007	2008			Endring 3. tert.2007 -3. tert.2008
		3. tert.	1. tert.	2. tert.	
Somatikk	68	60	61	68	0
Psykisk helsevern barn og unge	68	64	66	54	-14
Psykisk helsevern voksne	50	48	46	45	-5
TSB (rusbehandling)	50	63	62	61	11

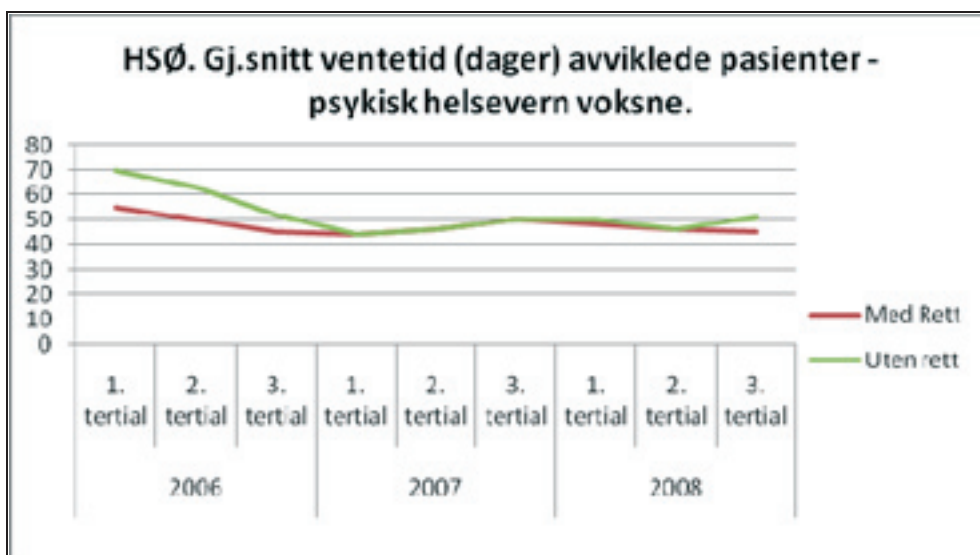
Helse Sør-Øst RHF forventer at helseforetakenes praktisering og oppfølging av prioriteringsforskriften medfører at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har kortere ventetider enn pasienter uten slik rett.

Innen somatikk er dette skillet klart med ventetid på hhv. 68 og 84 dager per 3. tertial i 2008, dvs. 16 dager kortere ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Innen psykisk helsevern har differansen vært mindre, men det synes nå å være et klarere skille mellom dem med rett og dem uten rett til nødvendig helsehjelp i 3. tertial 2008.

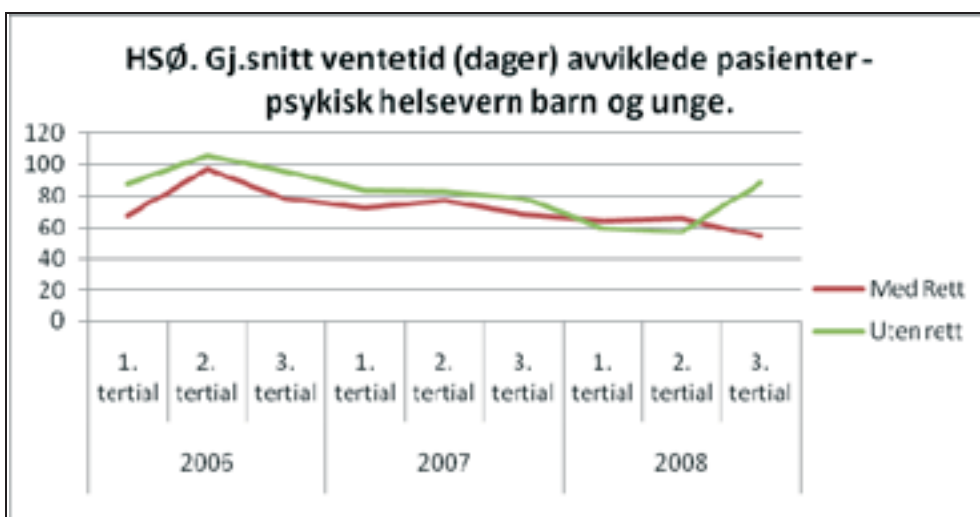
For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det også et skille i ventetid for rettighetspasienter og pasienter uten rett, men differansen har vært noe varierende. Andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp er høy innen disse tjenesteområdene (se pkt. 3.3, andel rettighetspasienter) og det er relativt sett et lavt antall uten rett. Det antas at noen av pasientene uten rett tas inn til utredning/behandling ved ledige timer mv. og dermed tidligere enn de ellers ville bli tatt under behandling. Dette vil raskt kunne gi statistisk utslag i gjennomsnittlige ventetider siden dette er en liten gruppe.



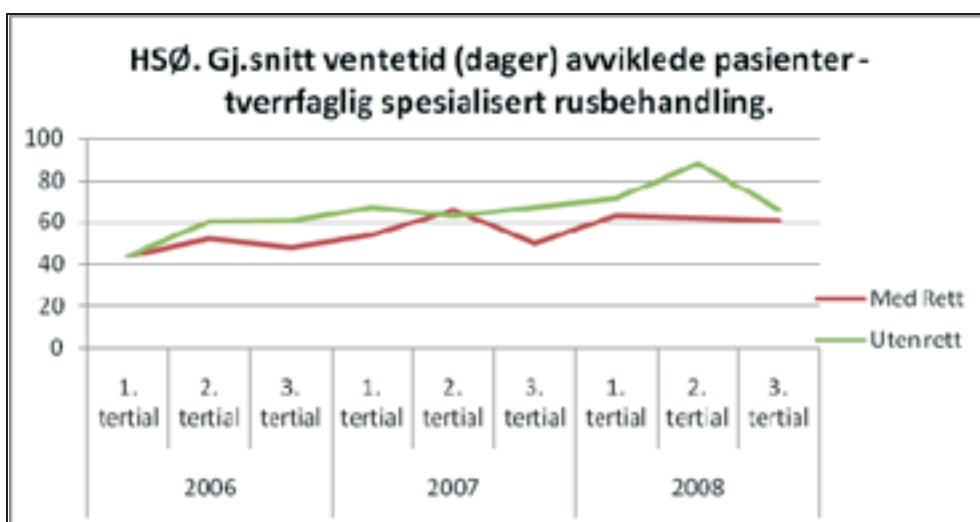
Figur: Ventetid med og uten rett til nødvendig helsehjelp – somatikk



Figur: Ventetid med og uten rett til nødvendig helsehjelp – psykisk helsevern voksne.



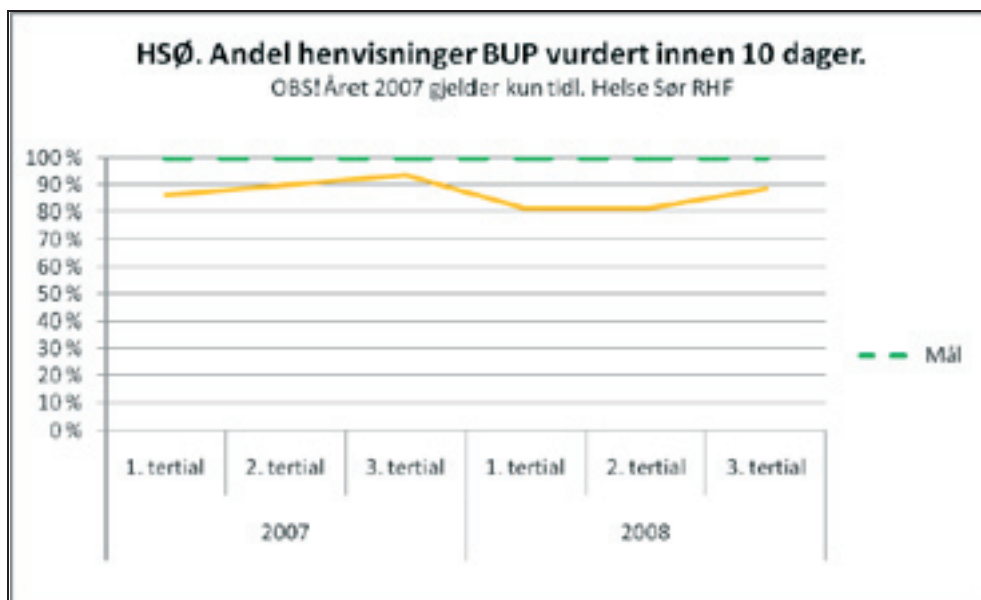
Figur: Ventetid med og uten rett til nødvendig helsehjelp – psykisk helsevern barn og unge.



Figur: Ventetid med og uten rett til nødvendig helsehjelp – tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andel henvisninger psykisk helsevern barn og unge vurdert innen 10 dager.

Andel henvisninger som er vurdert innen 10 dager har for hele foretaksgruppen ligget stabilt mellom 80 og 90 %. To helseforetak har nådd måltallet med andel på 100 %, mens to ligger lavere enn 80 %, hvorav ett har ligget betydelig under og har trukket ned gjennomsnittet. Dette følges særskilt opp.



Figur: Andel henvisninger psykisk helsevern barn og unge (BUP) vurdert innen 10 dager.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sette av 0,5 mill. kroner til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I dette arbeidet skal innsparinger ved lavere kostnader til transport tas med som en del av beslutningsgrunnlaget.

Helse Sør-Øst har gjennom dialog med helseforetak og i dialog med Norsk Psoriasisforbund etablert tilbud ved Sykehuset Innlandet HF om desentralisert lysbehandling. Tilbudet vil videreføres i 2009.

- **Oppdragsdokumentet 3.3 Prioritering**

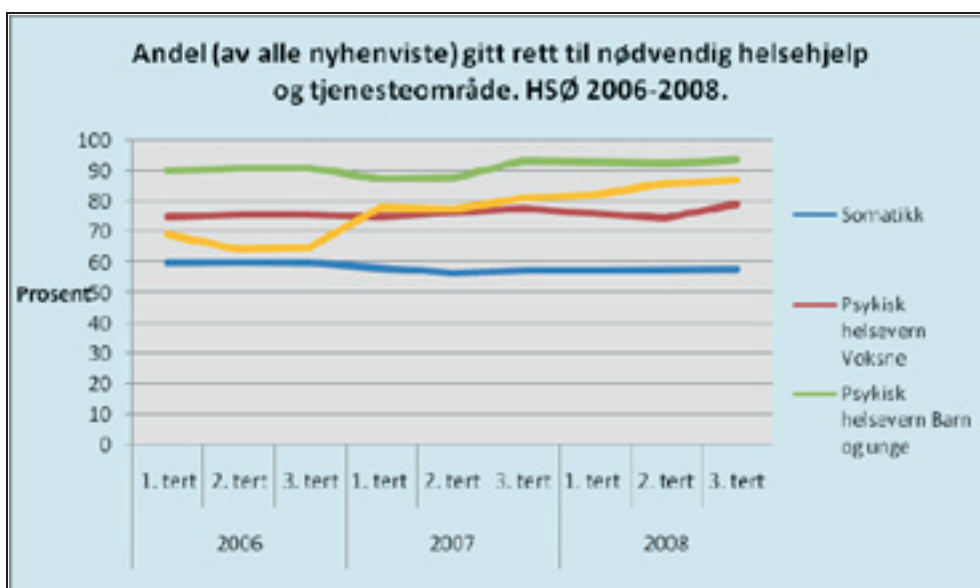
Styringsvariabler:

- Andel rettighetspasienter.
- Andel fristbrudd

Andel rettighetspasienter

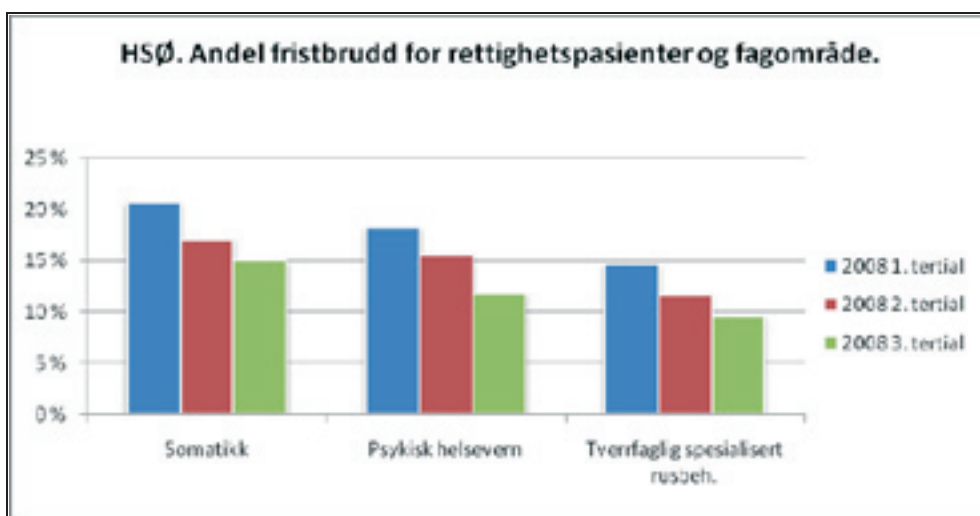
Det er flest pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern for barn og unge, mer enn 90 %, deretter følger tverrfaglig spesialisert rusbehandling med 85-87 % og psykisk helsevern for voksne med 75-80 % rettighetspasienter. Innen somatikk blir i underkant av 60 % av Helse Sør-Øst-pasientene definert som rettighetspasienter.

I løpet av 2008 har det vært en liten økning i andel rettighetspasienter innen psykisk helsevern for barn og unge, noe større for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Andel fristbrudd

I løpet av 2008 har det vært en klar reduksjon i andel fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen alle de tre tjenesteområdene. Det er flest fristbrudd innen somatikk og færrest innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 3. tertial 2008 er tallene for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hhv. 15 %, 12 % og 10 %. Så høye andeler gir svært høye tall på fristbrudd. Sammenligninger med NAV-tall viser at en svært liten del av alle fristbruddspasienter melder sitt fristbrudd til NAV.



Figur: Andel fristbrudd for rettighetspasienter 2008.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal samarbeide med de andre regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om utarbeidelse av veileder for praktiseringen av prioriteringsforskriften innenfor ulike fagområder.

Helse Sør-Øst har deltatt aktivt i samarbeidsprosjektet Riktigere Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, både med å ferdigstille veilederne på ulike fagområder, i arbeidet med monitorering, og med utforming av nye maler for pasientbrev. De første 5 prioriteringsveilederne ble lansert i desember 2008. I løpet av høsten har det også vært lagt planer for å forberede implementeringen av veilederne ved de enkelte helseforetakene, noe som skal gjennomføres i 2009. Det er i januar 2009 arrangert oppstartsmøte med deltakelse fra alle helseforetak i forbindelse med implementeringsarbeidet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal iverksette tiltak for å utjevne forskjeller mellom helseforetakene i andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp i de ulike pasientgruppene.

Gjennom sine oppfølgingsmøter med helseforetakene har det regionale helseforetaket hatt rettighetstildeling og fristbrudd som et fokusområde i 2008. Når prioriteringsveilederne nå foreligger, har dette arbeidet blitt ytterligere vektlagt i driftsavtalene for 2009 og forberedelsene har startet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgå beslutningsprosesser for investeringer i kostbart utstyr og kostbare medikamenter med sikte på å etablere felles rutiner i de regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst deltar aktivt i styrings- og andre samarbeidsgrupper som er opprettet i regi av Helse- og omsorgsdepartementet for å etablere felles rutiner. Det er også etablert et godt samarbeid mellom Helse Sør-Øst og sekretariatet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i slike saker.

- **Oppdragsdokumentet 3.4 Nøkkeldata**

Styringsvariabler:

- Andel institusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket, og som er godkjent for rapportering på NPR-melding.
- Andel private avtalespesialister som er godkjent for rapportering på NPR-melding

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre kompletthet og god kvalitet i rapporterte virksomhetsdata.

Helse Sør-Øst RHF har i 2008 etablert en tverrfaglig rapporteringsgruppe, som har ansvaret for å sikre rask og enhetlig rapportering, både fra enhetene i foretaksgruppen og alle private leverandører. Alle helseforetak, private ideelle sykehus med driftsavtale og private kommersielle leverandører rapporterer på NPR-melding.

I tillegg har avtalespesialistene fått rapporteringsplikt. Siste oversikt viser at 94 % av avtalespesialistene innen somatikk i Helse Sør-Øst rapporterer, mens andelen er lavere for psykiaterne (64 %) og psykologspesialistene (60 %).

Det er et mål at avtalespesialistene skal inngå som en del av det totale tjenestetilbudet i sykehusområdene. En vil arbeide videre for å bedre rapporteringen av virksomhetsdata.

- **Oppdragsdokumentet 3.5 Områder med særskilt fokus**
 - **Oppdragsdokumentet 3.5.1 Lokalsykehus**

Styringskrav: Arbeidet med en bedre funksjonsdeling mellom sykehus, som fremmer kvalitet i pasientbehandlingen, skal videreføres. Helse Sør-Øst skal påse at kreftkirurgi som primærbehandling skjer ved sykehus med tilfredsstillende pasientvolum og kompetanse.

Arbeidet med funksjonsfordeling mellom sykehus for å heve kvaliteten på tjenesten har vært et av hovedmålene i omstillingsprogrammet. Krav om tilfredsstillende volum etter anerkjente retningslinjer mht. kreftkirurgi er videreført i driftsavtaler til de aktuelle helseforetak. Alle melder tilbake at kravet er oppfylt, der det har vært nødvendig har det foregått funksjonsfordeling med samling av funksjoner innad i helseforetaket. Det har også vært funksjonsfordeling mellom helseforetak.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal ivareta gode og bredt involverende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser, jf. rapport om "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede".

Helse Sør-Øst har vært opptatt av at lokalsykehusenes akuttfunksjoner skal være en del av en samlet behandlingsskjede. Styret i Helse Sør-Øst har gjort vedtak om at lokalbaserte spesialisthelsetjenester kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner. Akuttfunksjoner skal utvikles med utgangspunkt i gode lokale prosesser med bred involvering. Det skal etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder som sikrer breddekompetanse og der lokalbaserte spesialiserte akuttfunksjoner sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet. Etablering av felles akuttmottak vurderes.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal påse at lokalsykehusfunksjonene, også ved de store sykehusene, innrettes og organiseres ut fra behovene i de store sykdomsgruppene, og de pasientgruppene som trenger tett oppfølging (som syke eldre og kronisk syke).

Helse Sør-Øst har gjennom omstillingsprogrammet hatt et særskilt fokus på lokalsykehusenes betydning i behandlingsskjeden. Det er et mål at 80 % av pasientene skal kunne få behandling ved lokalsykehus. Styret i Helse Sør-Øst behandlet omstillingsprogrammet i sak 108/2008 og gjorde bl.a. følgende vedtak:

"Generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst. Fremtidig organisering og prioriteringer vil sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i regionen, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene og et mer desentralisert tilbud.

For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelig tilbud. Dette vil sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av et gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Tilstrekkelige opptaksområder og volum etableres for å sikre kvalitet på mer spesialiserte tjenester.

Det skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på hele pasientforløpet. Utformingen av pasientforløpene vil være bestemmende for dimensjoneringen og organiseringen av de ulike behandlingstilbudene."

- Oppdragsdokumentet 3.5.2 Spesialisthelsetjeneste for eldre

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal påse at den regionale handlingsplanen sammenfaller med den nasjonale strategien, slik at de nasjonale målene nås når den regionale handlingsplanen følges opp.

Helse Sør-Øst RHF har i 2008 arbeidet med en handlingsplan for spesialisthelsetjeneste til eldre. I planarbeidet har kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanter deltatt. Planen bygger på de nasjonale mål. Planen er nå ute til bred høring og vil bli lagt fram for styret i Helse Sør-Øst i løpet av 1. kvartal 2009.

- Oppdragsdokumentet 3.5.3 Psykisk helsevern

Styringskrav: Distriktpsykiatriske sentre (DPS) skal være faglig og bemanningsmessig i stand til å ivareta individuelle og sammensatte behandlingsbehov hos pasienter som henvises til psykisk helsevern. Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner. Ressursfordelingen mellom sykehusavdelinger og DPS må tilpasses oppgavefordelingen. Det vises i den sammenheng til DPS-veileder fra Sosial- og helsedirektoratet.

Helse Sør-Øst RHF har foretatt en statusoppsummering over de ressursene som er tilgjengelige for helseforetakene/de private sykehusenes opptaksområder justert med Magnussenutvalgets index, for sykehuspsykiatri og DPS-psykiatri. I tillegg har Helse Sør Øst i 2008 arbeidet med omstillingsprogrammet og hovedstadsprossen og involvert alle helseforetak i arbeidet med "Rapport arbeidsgruppe psykisk helsevern hovedstadsprosessen". Her er det konkret redegjort for endringsforslag for å nå vedtatte nasjonale og regionale helsepolitiske mål. Samhandlingsnivåene i mellom er også konkret adressert i rapporten som har vært grunnlag for styresak og for det videre omstillingsarbeidet som skal skje i sykehusområdene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal overvåke overbelegg og tidlig utskrivning ved akuttavdelingene. Helse Sør-Øst må iverksette ytterligere tiltak herunder vurdere å øke akutt plasser dersom det er risiko for overbelegg utover det som kan defineres som ekstraordinære situasjoner.

Det rapporteres fra flere helseforetak om at det omstillingsarbeidet man har gjort i tråd med føringer i Opptappingsplanen har effekt. Utbygging av DPS-struktur, ambulant virksomhet, samt omstilling og bruk av mer hensiktsmessig bygningsmasse og samarbeid med førstelinjen for å skape økt tilgjengelighet, har redusert presset på akuttpsykiatriske poster og endret beleggsprosent positivt.

Helse Sør Øst RHF følger opp helseforetakene i de månedlige oppfølgingsmøtene når det gjelder overbelegg og korridorpasienter. Som vist foran (pkt.3.2.4, korridorpasienter) har det vært en klar reduksjon i antall korridorpasienter i akuttavdelingene i 2008. Flertallet av sykehusene har i stor grad maktet å fjerne korridorpasientene i løpet av året. Det er imidlertid behov for ytterligere reduksjon av antall korridorpasienter ved særlig to helseforetak. Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt følge opp og ha et sterkt fokus på korridorpasienter innen psykisk helsevern, spesielt overfor de foretakene som ikke har maktet å fjerne korridorpasientene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal ha etablerte systemer som sørger for forsvarlige helsetjenester. Systemene skal være dokumentert og systemene skal sikres i et internkontrollperspektiv.

Kravet om internkontroll understrekes i driftsavtalen hvor det står at helsetjenesten skal styres etter internkontrollprinsippet (gjørne ved bruk av ISO 9001:2000) for å sikre kvalitet gjennom faglig forsvarlighet, og gjennom oppfyllelse av lovkrav. Se også tabell over med oversikt over ISO-sertifiserte og akkrediterte helseforetak/sykehus/enheter.

Helse Sør-Øst har i 2008 arbeidet med samordning av systemarbeidet innen kvalitet i tidligere Sør og Øst. Dette arbeidet vil få stor prioritet og intensiveres i 2009 blant annet basert på erfaringene i prosjektet med akutt mottakene der oppfølgingen av internkontroll står sentralt.

Internkontroll er også et vesentlig element i arbeidet med ledelsens gjennomgåelse og risikostyring i Helse Sør-Øst.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at det er rutiner/systemer som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp.

Helse Sør-Øst har gjennomført en utredning med sikte på å få til rutiner og organisering som sikrer koordinering av henvisninger. Arbeidet videreføres nå i utarbeidelse av en konkret handlingsplan.

Helse Sør Øst har i 2008 hatt en egen arbeidsgruppe for å sikre tilgjengelighet hos avtalespesialister psykisk helsevern som har utarbeidet forslag til konkrete løsninger med

koordinering av tilbudet slik at fastlege og pasient slipper å henvende seg til mer enn en tjenesteyter for å få hjelp. Rapporten munner ut i forslag til samhandling mellom fastlege, DPS og avtalespesialister og sikrer én vei inn i tjenesten, samt oversikter om ventetid, kapasitet aktivitet og avtalespesialisters behandlingstilbud.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at barn som har foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal identifiseres og bli vurdert i forhold til eventuelle hjelpebehov samt motta tilpasset oppfølging.

Oppmerksomhet og overvåkenhet ovenfor barns situasjon når foreldre eller omsorgspersoner selv har et hjelpebehov, har vært i økende fokus i flere år. Nye lovkrav med varslingsplikt er et eksempel på dette. Helse Sør Øst RHF søker å sikre kartlegging av barns situasjon og barns behov når foreldre selv er i behandling. Det er etablert eget Kompetansesenter ved Sørlandet sykehus HF, som skal bidra med ekstra fokus og kompetanseutvikling i forhold til barn som pårørende. Det er mange virkemidler som må til i et bredt spekter av tjenester for å løse utfordringen. Helsepersonells overvåkenhet og kompetanse er sentralt og det satses på fagutvikling, formell utdanning og gode rutiner og prosedyrer som skal fange opp tematikken og barns behov. Helse Sør Øst har også bevilget egne prosjektmidler til eksempelvis systematisk arbeid som skal sikre rutiner når foreldre legges inn i akuttpsykiatrisk behandling. Her har Aker universitetssykehus HF i 2008 fått gode resultat som har overføringsverdi for andre. Videre har Helse Sør Øst egne behandlingstilbud for familier der voksne har rusproblemer og for gravide. Disse kliniske miljøene blir også faglige pådrivere for denne problematikken. I tillegg har Helse Sør Øst RHF bevilget midler og det har i flere år vært satset på eget samarbeidsprosjekt "Tidlig intervensjon risikoutsatte gravide og små barn 0-4 år" i regi av Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo kommune. Dette arbeidet rapporteres å være vellykket.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal legge til rette for at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet må vente mer enn 10 virkedager på vurdering (lenger frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp eller mer enn maksimalt 90 dager (65 virkedager) før behandling senest blir iverksatt der det foreligger rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008.

Den nye ventetidsgarantien trådte i kraft fra 1. september 2008, og innebærer at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet skal vente mer enn 65 virkedager før behandling blir iverksatt.

Helse Sør-Øst har gjennom driftsavtaler og oppfølgingsmøter/dialogmøter adressert dette, samt hatt kommunikasjon om det konkrete tallgrunnlaget fra det enkelte helseforetak om utviklingen og måloppnåelsen. Videre har man sett på løsningsforslag for de HF som har slitt med å nå målkravene og hatt dialog om løsninger. Et eksempel på systemforbedring som kan friggi behandlingsskapasitet er talegjenkjenning i journalhåndtering. Det har vært forsøkt i ett HF og man har sett på forslag om å kjøre det som prosjekt i hele helseregionen innen psykisk helsevern pga. av den positive effekten man har sett og mulighet for ressursbesparelse som gir økt behandlingsskapasitet i tjenesten. Videre drifter Helse Sør Øst RHF et rekrutteringsprosjekt for utdanning av psykiatere innen psykisk helsevern barn og unge. Prosjektet startet i tidligere Sør, man har allerede sett effekt av arbeidet og vil inkludere hele helseregionen.

Generelt rapporteres det om at helseforetakene har stor oppmerksomhet på målkravet og i stor grad innfrir dette innen tjenestene for psykisk helse barn og unge, mens det innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er større utfordringer med fristbrudd.

Helseforetakene er gjort kjent med forskriften og bedt om å følge opp med nødvendige tiltak i samsvar med kravene i forskriften. Resultater av oppfølging av ventetidsgarantien vil først foreligge når Norsk pasientregister (NPR) offentliggjør data fra 3. tertial 2008.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreutvikle tilbudet til personer med spiseforstyrrelser.

Helse Sør Øst RHF har fulgt utviklingen i helseforetakene nøye og det rapporteres om bedret kapasitet og godt samarbeid med regional avdeling for spiseforstyrrelser – RASP- med tilgjengelighet i tjenesten når pasientens behandlingsbehov tilsier behandling på regionalt nivå. RASP er godt utbygget med egne spesialiserte døgnenheter for barn/unge og voksne. I tillegg drives poliklinikk, fagnettverk og kompetansesenter med forskning. I 2008 har Helse Sør Øst RHF arbeidet med å sikre ekstra behandlingsskapasitet for helseforetakene etter utlysning og inngått en rammeavtale med Capio Anoreksisenter der helseforetakene kan kjøpe inntil 8 døgnplasser. Dette er ikke beregnet for de komplekse og alvorligste tilstandene.

- **Oppdragsdokumentet 3.5.4 Rehabilitering og habilitering**

Styringskrav: Rehabiliterings- og habiliteringsområdet skal prioriteres og styrkes.

Habilitering og rehabilitering er prioriterte områder for Helse Sør-Øst. Det er registrert en omlegging av tilbudet med reduksjon av gruppetilbud og større vekt på individuelle tilbud. Det er lagt stor vekt på rehabilitering i hovedstadsprosessen, der lokal- og områdesykehusenes rolle er beskrevet. Det pågår prosess for å avklare regionale og flerområdefunksjoner (tilbud gis ett eller ett fåtall steder i hver region).

Habilitering:

Regionale / flerområde tilbud om intensiv habilitering er sikret gjennom regional finansiering. Kapasitet økes ytterligere i 2009 gjennom "øremerkede" tildelinger til Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus.

Det har vært oppfølgingsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og ledelsen i helseforetakene og barnehabiliteringstjeneste for å forsikre at fokus på området opprettholdes. De færreste HF har meldt tilbake om sin innsats innen habilitering. Status vil bli nærmere kartlagt i forbindelse med planarbeid i 2009.

I videreføringen av omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen vil en i løpet av første halvår 2009 utarbeide en regional plan for habilitering og rehabilitering. Planarbeidet skal ta utgangspunkt i prinsippet om helhetlige pasientforløp.

Styringskrav: I forhold til 2007-nivå skal kapasiteten styrkes når det gjelder årsverk og plasser i sykehus og andre institusjoner som yter tjenester innen spesialisert habilitering og rehabilitering, herunder poliklinikk og rehabiliterings- og habiliteringsteam.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2009 som ledd i realisering av Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering og oppfølging av hovedstadsprosessen lage planer for området.

Det er utfordringer knyttet til aktivitetsregistrering innen habilitering og rehabilitering. Området er bare delvis er dekket av innsatsstyrt finansiering. Aktivitet som ikke gir inntekt registreres ikke enhetlig og samlet. Det er også utfordringer knyttet til ulik registreringspraksis.

Habiliteringstjenestene har i all hovedsak hatt minst samme aktivitet i 2008 som året før, men i enkelte helseforetak har tjenestene vært nødt til å bidra med sitt for å oppnå målet om budsjettbalanse.

Data fra NPR pr 2. tertial 2008 viser nedgang i aktivitet, særlig for dagrehabilitering. Årsaken til dette må analyseres nærmere i 2009. Endringer i kriterier for koding kan ha innvirket, bl.a. er aktivitet i større grad gjennomført i samarbeid med lærings- og mestringssentrene. Derved blir aktiviteten ikke lenger kodet som rehabilitering. Rehabiliteringsaktiviteten som inngår i den medisinske behandlingen innen revmatologi, nevrologi og ikke minst innen geriatri synes ikke i tallgrunnet. De seinere årene er dette en utvikling hvor rehabilitering blir en integrert del av den medisinske behandlingen.

Det er de senere årene arbeidet sammen med de private institusjonene for å få en tydeligere prioritering i samsvar med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften og bedre bemanning per plass. Vi ser nå resultater av dette ved at de private institusjonene samlet, viser økning i antall opphold. Det er spesielt gjort en innsats for å korte ned opphold for pasienter med behov for opptrening etter elektiv ortopedi og gi flere/bedre tilbud til andre pasientgrupper som trenger det mer. Det kan være at noe av denne økningen kan forklare nedgangen på de offentlige sykehus.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreføre arbeidet med etablering/styrking av rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade.

Helse Sør-Øst skal videreutvikle og styrke barnehabiliteringstjenestene.

Helse Sør-Øst skal sørge for at personer med utviklingshemming får relevant oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten.

I løpet av 2008 er tilbudet styrket slik at alle pasienter som får tilbud om tidligintensiv rehabilitering ved Ullevål universitetssykehus HF får spesialisert intensiv rehabilitering i sykehus og ambulant. Det er innarbeidet ytterligere midler fra 2009 for å øke kapasiteten ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål med ytterligere 2 senger og styrke tilbudet ved Sunnaas sykehus HF. I løpet av 2009 skal det være etablert tilbud og helhetlig behandlingsskjede fra Ullevål universitetssykehus til spesialisert rehabilitering for alle pasienter med alvorlige hjerneskader som følge av skader og ulykker.

Regionale-/flerområdetilbud om intensiv barnehabilitering er sikret gjennom regional finansiering. Kapasitet økes ytterligere i 2009 ved øremerkede tildelinger til Oslo universitetssykehus HF, Ullevål og Rikshospitalet. Det har vært oppfølgingsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF, helseforetaksledelsen og barnehabiliteringstjenestene for å sikre at fokus på området opprettholdes.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at personer med utviklingshemming får relevant oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten.

Inngår som generelt krav om faglig forsvarlighet. Det finnes ingen indikatorer som kan angi status.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal inngå avtaler med private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner som sikrer forutsigbarhet. Det forutsetter blant annet langsiktige avtaler. Det skal legges vekt på behov og kvalitet, i tillegg til pris.

Helse Sør-Øst har lagt til grunn at lovens regel om 4 år som maksimal lengde på rammeavtaler skal benyttes i forhold til private opptrenings/rehabiliteringsinstitusjoner. Nåværende avtaler er prolongert i forhold til dette. Til grunn for anskaffelsene ligger en helhetlig behovsanalyse i forhold til "sørge for"-ansvaret. Kvalitet er det høyest vektete kriterium. Ressursinnsatsen er opprettholdt på samme nivå med lønns- og prisjustering. I

tillegg er det anskaffet rehabiliteringstjenester gjennom ordningen Raskere tilbake for om lag 85 mill. kroner

Ordringen med at pasienter kan benytte plasser i andre regioner har vært opprettholdt i 2008 uten gjestepasientoppgjør

Det er lagt betydelig vekt på behov og kvalitet, Det gjennomføres ett årlig oppfølgingsmøte med alle institusjoner hvor bl.a. behov og kvalitet diskuteres.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i 2008 minst opprettholde ressursinnsatsen til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner. Aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til dette.

Ressursinnsatsen er opprettholdt. Avtaler innen Raskere tilbake kommer i tillegg.

Prosjektet "Raskere tilbake" for å få sykemeldte tilbake i jobb har hatt stor aktivitet i Helse Sør Øst i 2008. Samtlige helseforetak og private sykehus med driftsavtale deltar i ordningen. Tilbudene er både aktivitetsbaserte og i form av toppfinansierte prosjekter, og kommer i tillegg til ordinær aktivitet. Tilbudene gis innen utredning i poliklinikk, innleggelser og oppfølging. I tillegg er det inngått avtaler med private leverandører innen kirurgi og rehabilitering.

Styringskrav: Ordringen med at pasienter kan benytte plasser i private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner, uten at slike opphold blir gjenstand for gjestepasientoppgjør mellom regioner, videreføres i 2008.

Ordringen er videreført i samsvar med føringer.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreføre arbeidet med behandlings- og rehabiliteringstilbudet til tinnitusrammede.

Ivaretas fra Sørlandet sykehus HF og ved kjøp av private plasser innen rehabilitering. Det har vært avholdt et faglig netterverksmøte om temaet med alle helseforetak og private aktør. Flere helseforetak har lærings- og mestringstilbud for gruppen.

– **Oppdragsdokumentet 3.5.5 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innen smertebehandling mv.**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i oppfølging av Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 bistå Sosial- og helsedirektoratet i utarbeidelsen av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer. Helse Sør-Øst skal arbeide for at en kvalitetsmessig standard innen kreftbehandling ivaretas, jf. punkt 3.2.1.

Kravet om oppfølging av nasjonale strategier innen kreft, diabetes og KOLS er videreført i driftsavtaler med helseforetakene. I sine årlige meldinger rapporterer i hovedsak helseforetakene at kravet fulgt opp.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre at regionens arbeid med Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 medfører at målene blir nådd på spesialisthelsetjenestens område. Helse Sør-Øst skal påse at det etableres tverrfaglige diabetesteam ved alle helseforetak. Det skal etableres tiltak for å redusere senkomplikasjoner, herunder fotamputasjoner.

Oslo universitetssykehus HF, Aker har etablert Diabetesverksted. Flere helseforetak har Diabetesteam. Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av første tertial 2009 forsikre seg om at alle

helseforetak konkretiserer hvordan de følger opp dette området for å nå mål ved utgangen av 2010.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre at regionens arbeid med Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 medfører at målene blir nådd på spesialisthelsetjenestens område.

Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av første tertial 2009 forsikre seg om at alle helseforetak konkretiserer hvordan de følger opp dette området for å nå mål ved utgangen av 2011. Noen helseforetak har allerede for 2008 rapportert at de følger opp Nasjonal strategi for KOLS-området.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i samhandling med primærhelsetjenesten styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter. Det skal iverksettes tiltak som skal legge til rette for tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å møte utfordringene på dette området, bl.a. ved smerteklinikkene.

Flere helseforetak melder om iverksatte prosjekter for å bedre tilbudet om smertebehandling. Behandlingstilbudet for hele regionen utvikles videre og en vil følge opp dette med tiltak i 2009. Det er foretatt en kartlegging av tilbudene som viser at det er mange tilbud, men det er variasjoner innen regionen både innen fysikalsk medisin og i smerteklinikker. Enkelte helseforetak har LMS-kurs med vekt på mestring. Det er inngått avtaler med en rekke private institusjoner om tilbud om behandling og mestring av kroniske smerter i muskel- og skjelett.

Styringskrav: Hørselscreening av nyfødte skal innføres ved landets fødeinstitusjoner i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for syn, hørsel og språk hos barn fra Sosial- og helsedirektoratet (IS-1235).

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF har innført hørselsscreening av nyfødte i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for syn, hørsel og språk hos barn fra Sosial- og helsedirektoratet (IS-1235). Oslo universitetssykehus HF, Ullevål gjennomfører som siste fødeavdeling, opplæring i januar 2009.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre adekvat behandlingstilbud til barn og voksne pasienter med myalgisk encefalopati (CFS/ME). Helse Sør-Øst skal etablere et nasjonalt tilbud til de aller sykeste pasientene med en størrelsesorden på 10 døgnplasser som omtalt i St. prp. nr 1 (2007-2008). Det legges til grunn at de øvrige regionale helseforetak benytter det nasjonale tilbudet gjennom kjøp av behandlingsopphold.

Ullevål universitetssykehus har etablert en tverrfaglig poliklinikk for voksne pasienter med CFS/ME samt et ambulant team for denne pasientgruppen. De ansatte ved poliklinikken utreder, diagnostiserer og behandler pasienter. I tillegg driver de forskning og fagutvikling og bidrar til undervisning på et mestringskurs for denne pasientgruppen. Poliklinikken har også etablert en informasjonstelefon hvor helsepersonell kan ringe daglig og få svar på sine spørsmål.

Rikshospitalet utreder, diagnostiserer og behandler barn med CFS/ME og har vært en kompetansebase når det gjelder behandlingen av disse barna i flere år. Helse Sør-Øst RHF har arbeidet med å sonde hvor det er mulig å etablere et døgnbasert tilbud for de aller dårligste CFS/ME-pasientene. Ullevål universitetssykehus har nå fått oppdraget med å utrede hvor en aller best kan få til et kvalitativt godt døgnbasert tilbud i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste CFS/ME-pasientene. Det er i tillegg avtale med to private rehabiliteringsinstitusjoner om tilbud til barn/unge og voksne som kan profitere på institusjonsbasert tilbud med tilrettelagt fysisk aktivitet og kognitiv tilnærming.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal opprette og sette av 0,5 mill. kroner til drift av et diabetesverksted på Aker universitetssykehus etter modell av det tre-årige prosjektet "Diabetesverkstedet". Diabetesverkstedet skal drive ulike forebyggende tiltak med gruppeveiledning, kostråd og fysisk aktivitet. Helse Sør-Øst skal tilby å dele erfaringene med denne typen modell med de andre regionale helseforetakene.

Tilbudet ved Aker universitetssykehus er opprettet og midlene er videreført inn i budsjett for 2009. Helse Sør-Øst RHF vil gå i dialog med Aker om hvordan erfaringene mest hensiktsmessig kan deles med de andre regionale helseforetakene.

– **Oppdragsdokumentet 3.5.6 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres. Dette omfatter både nasjonale medisinske kompetansesentre og kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Forslaget skal utarbeides med utgangspunkt i fastsatte kriterier og sentrale aktører skal involveres i arbeidet i tråd med nasjonale føringer. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev. Helse Vest bes om å lede arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF deltar med to representanter i arbeidet med å utarbeide et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreutvikle de nasjonale kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Dette skal skje innenfor en helhetlig og dynamisk prosess som omfatter alle kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst, der omfanget av eksisterende tilbud, vurdering av etablering av tilbud til nye grupper, styrking av eksisterende tilbud og avvikling og sammenslåing av tilbud inngår. Helse Sør-Øst skal søke råd hos Sosial- og helsedirektoratet i dette arbeidet.

Helse Sør-Øst har i 2008 hatt et nært samarbeid med Helsedirektoratet i videreutvikling av de nasjonale kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser. Det har i 2008 vært særlig fokus på døvblindesystemet, autismeeneheten, TRS og NSCF. Samarbeidet fortsetter i 2009. Det er årlige dialoger med aktørene utenfor HF om oppfylging og justering av avtaler. 14 av 16 nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser ligger i Helse Sør-Øst. Det planlegges i 2009 en enda tettere dialog med helseforetakene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal påta seg å ivareta kompetansesenterfunksjon for diagnosen Aniridi. Sosial- og helsedirektoratet har anbefalt funksjonen lagt til Rikshospitalet HF/SSD. Helse Sør-Øst bes også om å påta seg å ivareta kompetansesenterfunksjonen for diagnosene Landau Kleffner, Sturge Weber og Aicardi. Direktoratet har anbefalt at kompetansesenterfunksjonene for disse tre diagnosene blir lagt til Rikshospitalet HF/Tuberøs Sklerose kompetansesenter.

Dette er ivaretatt.

– **Oppdragsdokumentet 3.5.7 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide et helhetlig forslag til hvilke lands- flerregionale og eventuelt overnasjonale funksjoner det er behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres. Forslaget skal utarbeides med utgangspunkt i fastsatte kriterier og sentrale aktører skal involveres i arbeidet i tråd med nasjonale føringer. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev. Helse Vest bes om å lede arbeidet.

Administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene vedtok våren 2008 at Helse Vest skulle utarbeide en forprosjektrapport. Denne ble levert i juni 2008 og var bakgrunnen for etablering av prosjektorganisasjonen i august 2008. På bakgrunn av vedtak i AD-møtet i juni 2008 ble det nedsatt en prosjektgruppe for å arbeide videre med oppdraget fra HOD. Prosjektgruppen består av 2 representanter fra hvert RHF, en fra RHF administrasjonen og en fra ett HF. I tillegg er det engasjert egen prosjektleder og etablert et sekretariat. Fagdirektørmøtet er styringsgruppe for prosjektet.

Høsten 2008 har prosjektgruppen hatt tre møter. Disse møtene er brukt til å avklare:

- rammer for gjennomgangen i form av kriterier for etablering, endring og avvikling av nasjonale tjenester
- resultatkrav for årsrapportering
- mandat for referansegrupper

I tillegg har prosjektgruppen startet arbeidet med å gjennomgå/evaluere de nasjonale tjenestene. I første omgang har man tatt sikte på å avklare hvilke funksjoner som kan vurderes på en enkel måte (gruppe A), hvilke som trenger en mer grundig gjennomgang (gruppe B) og hvilke som vil bli gjenstand for en full gjennomgang med nedsetting av utredningsgrupper (gruppe C).

I møte mellom de administrerende direktørene for de regionale helseforetakene behandlet sak om dette i møte 26.01.09. Det ble fattet følgende vedtak:

”

- 1. ADene slutter seg til forslaget i delleveranse 1 som omhandler de tjenester/funksjoner som foreslås videreført og de tjenester / funksjoner som foreslås avviklet som nasjonale oppgaver. De tjenestene i tabell 2 som det er enighet om og som forslås avviklet som nasjonal oppgave er: Keratoprotese, perfusjonskjemoterapi, cochleaimplantat voksne, sædbank, geriatri formidlingssenter og legevaktmedisin.*
- 2. For å sikre en likebehandling gjennomføres en saksbehandling i gruppe B for de resterende nasjonale funksjonene nevnt i tabell 2 i saksfremlegget. Tjenesten selv, relevante fagmiljø i de andre RHFene og universitetene blir bedt om å uttale seg.*
- 3. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering orienteres i neste møte.*
- 4. Konklusjonene nedfelles i brev til HOD. Dette utkastet går på sirkulasjon til RHFene.”*

Helse- og omsorgsdepartementet er blitt informert om prosessen herunder om at de regionale helseforetakene ikke vil klare å ferdigstille arbeidet innen fastsatt frist. En statusrapport er sendt Helse- og omsorgsdepartementet fra styringsgruppa i januar 2009.

Det vises for øvrig til årets oppdragsdokument, der fristen for å ferdigstille arbeidet er forlenget frem til 1. oktober 2009.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal øke antall Cochlea implantatoperasjoner til voksne til 100 operasjoner.

Oppdraget var gitt til Rikshospitalet i deres driftsavtale for 2008, og resultatene er fulgt opp av det regionale helseforetaket i oppfølgingsmøtene med Rikshospitalet. Av mange grunner ble det utover høsten klart at Rikshospitalet ikke ville klare måltallet for voksne, mens de med sin landsfunksjon for barn opererer alle barn som søkes inn. Det er i 2008 operert 38 voksne mot måltall på 100. Etter dette har det regionale helseforetaket i 2009 lagt inn ekstra midler til RH, og det skal være et særskilt møte for at Oslo universitetssykehus HF skal redegjøre nærmere for sine planer for å innfri årets leveransekrav.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal styrke behandlingstilbudet til pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og barn med velocardiofacialt syndrom, ved å opprette et informasjons- og kontaktsenter for pasienter med leppe-kjeve-ganespalte, pårørende og for helsepersonell samt opprette et multidisiplinært team for barn med velocardiofacialt syndrom. Helse Sør-Øst skal også bistå i arbeidet med utarbeidelse av veiledningsmateriell og etablering av et nasjonalt kvalitetsregister i regi av Helse Vest. Det vises til spesifisering av oppdraget i brev av 02.10.2007.

Senter for sjeldne sykdommer som er organisert under Rikshospitalet arbeider aktivt med styrking av behandlingstilbudet til disse gruppene. Oppfølging skjer i regi av Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

– **Oppdragsdokumentet 3.5.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på økt kapasitet innen akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt legemiddelasistert rehabilitering (LAR).

De øremerkede statsmidlene for 2008 ble brukt til å ivareta disse formålene ved helseforetakene. Det ble blant annet gitt midler for å øke avgiftnings- og utredningskapasiteten, samt til etablering av ambulante team. Helse Sør-Øst vedtok høsten 2008 å etablere en egen rusakutt i Oslo, dette tilbudet er nå under planlegging Helse Sør-Øst RHF brukte i tillegg 45 mill. fra basisrammen i forbindelse med inngåelsen av avtaler med de private avtalepartene, noe som bidro til økt kvalitet og bemanning ved disse behandlingstilbudene.

Det er etablert et ambulant team ved Aker universitetssykehus HF som arbeider spesielt i forhold til ungdom som har behov for avrusning.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Mye av ressursstyrkingen til rusfeltet er prioritert for å øke den helsefaglige kompetansen. Dette gjelder spesielt de private avtalepartene. Helse Sør-Øst RHF har lagt stor vekt på styrking av helsefaglig kompetanse gjennom krav stilt i anbudsutlysning.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling.

Helse Sør Øst har samlet sett en god kapasitet på døgnbasert familiebehandling både på Borgestadklinikken og Sykehuset Innlandet – der Hov har 15 familieplasser, samt gravide tvang etter sosialtjenesteloven § 6.2a (10 plasser). Dette er regionale plasser.

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

Videreført i driftsavtaler med HF. Helse Sør-Øst RHF har lagt stor vekt på å styrke akutt,- og utredningskapasiteten både kompetansemessig og kapasitetsmessig for å sikre at rusmiddelavhengige får vurdert sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført en betydelig styrking av den helsefaglige kompetanse innen den offentlige delen av TSB i Oslo.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd for å legge forholdene til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.

Videreført i driftsavtaler med helseforetakene. Det er lagt stor vekt på dette i dialogen med helseforetakene samt i avtalene og dialogen med de private avtalepartene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal årlig registrere antall gravide rusmiddelavhengige som er i legemiddelassistert rehabilitering og hva slags tilbud disse pasientene mottar.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med de andre regionale helseforetakene vært i tett kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet for å finne en hensiktsmessig måte å ivareta dette styringskravet i tilknytning til dagens LAR-rapportering. Det er ikke anvist en klar løsning.

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

Innsatte med rusproblemer som har behov for sone etter § 12, vurderes på ordinær måte iht. sitt behov for helsehjelp/rettighetsstatus. Det forsøkes med utgangspunkt i dette å finne fleksible løsninger i tett samarbeid med Kriminalomsorgen. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg inngått en avtale med Tyrili om økt kjøp av behandlingsplasser med utgangspunkt i de øremerkede midlene til å utvide Stifinneren, samt overført midler til Helsedirektoratet for å muliggjøre etableringen av et tilsvarende tilbud på Bredtvedt.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal styrke tilbudet for akutt avrusning i Oslo-regionen og i samarbeid med Oslo kommune avklare ansvarsforholdene på dette området.

Det er opprettet samarbeidsfora med Oslo kommune og det er planlagt prosjekt for å styrke rustilbudet gjennom oppretting av en "rusakutt".

- **Oppdragsdokumentet 3.5.9 Kvinnehelse**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal arbeide med en helhetlig fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Kravet er videreført i driftsavtaler med aktuelle helseforetak. De fleste melder tilbake om god kommunikasjon og samarbeid med primærhelsetjenesten.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal utvikle lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og fødsler.

Alle fødeavdelingene ved helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF tar imot kvinner til fødsler - normale svangerskap så vel som svangerskap med komplikasjoner. Tilbudet til kvinnene med normale svangerskap og fødsler ved alle fødeavdelingene an defineres som lavrisikotilbud, men disse er ikke rendyrket. Føderiket som er et prosjekt med jordmorstyrt fødetilbud for kvinner med forventet normalfødsel i regi av Rikshospitalet HF leverte i desember 2008 en foreløpig evalueringsrapport. Prosjektet har varighet fra 2007-2012. Rapporten peker på utfordringen med å øke aktiviteten til et nivå som forsvare utgiftene til drift. Også Ullevål universitetssykehus med sin ABC fødeavdeling har utviklet og rendyrket et lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og fødsler. Helse Sør-Øst deltar i tillegg i et prosjekt for utvikling av lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og fødsler gjennom prosjekt der Sykehuset Blefjell og Tinn kommune er prosjekteiere.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bidra til å sikre gjennomføring av mammografiprogrammet i tråd med nasjonale føringer, herunder sikre gode tekniske kommunikasjonsmuligheter mellom de ulike aktørene som deltar i den praktiske gjennomføringen av programmet.

Kravet er videreført til aktuelle helseforetak og fulgt opp.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning ved Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet HF.

Helse Sør-Øst har god kontakt med Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse og er av den oppfatning at det pågår nyttig kompetanseoppbygging og spredning.

– **Oppdragsdokumentet 3.5.10 Organdonasjon og transplantasjoner**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal legge til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.

Helse Sør-Øst RHF har gitt et oppdrag til Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus for å utarbeide etiske retningslinjer når det gjelder organdonasjon. Arbeidet startet våren 2008 og arbeidsgruppen skal levere en rapport i første tertial 2009.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal arbeide for å øke antall tilgjengelige organer i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon.

Helse Sør-Øst har i 2008 prioritert arbeid ledet fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt oppdrag til og dialog med HF.

Rikshospitalet HF melder at transplantasjonsvirksomheten er høy, spesielt i årets første måneder og i høsthalvåret. Det er transplantert 469 organer til 425 pasienter. Dette er over 2007 som var et rekordår. Avslagsprosenten er økt i forhold til 2007, men er under gjennomsnittet for de siste 10 år. Rikshospitalet antar at den høye transplantasjonsvirksomheten er et uttrykk for en betydelig innsats ved landets 28 donorsykehus.

Styringskrav: Faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon skal styrkes, spesielt i forhold til kompetanse i kommunikasjon med de pårørende.

Ullevål universitetssykehus HF fikk en dedikert oppgave sammen med Rikshospitalet HF ved å etablere et system som sikrer faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon. Det meldes tilbake at Ullevål universitetssykehus har etablert egen donorseksjon med lege og sykepleiere som er spesialskolert. Det er opprettet egen vakttelefon for slik støttetjeneste. Det er også gjennomført kommunikasjonskurs for helsepersonell. De har forløpende kontakt med alle intensivavdelinger. Det er gjennomført pårørende samling med meget stor deltagelse.

Styringskrav: Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 prosent av det totale antall nyretransplantasjoner.

Måltallet er oppfylt.

Styringskrav: Donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon.

Helse Sør-Øst arbeider for at donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, jf. punkt ovenfor om forbedring av forløpene.

– Oppdragsdokumentet 3.5.11 Beredskap og smittevern

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer mot atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer / pandemisk influensa) og kjemiske hendelser.

Iht. lov om helsemessig og sosial beredskap har helseforetakene selvstendig ansvar for beredskap. I tillegg inneholder driftsavtalene krav om at helseforetakene skal holde à jour beredskapsplan for virksomheten, herunder ivareta krav om smittevern, tiltak ifm. pandemisk influensa, utbrudd av MRSA og lignende, samt at planverket skal øves.

Regional plan for helsemessig og sosialberedskap er revidert i 2008, jf. RHF-styresak 068/2008. I Helse Sør-Øst sitt regionale planverk for helsemessig- og sosial beredskap, er det beskrevet samhandlingsformer med alle relevante aktører, fylkesmannen, andre regionale helseforetak og nasjonale myndigheter. Oslo universitetssykehus HF, Ullevål er tillagt rollen med å koordinere ressursdisponeringen og samhandlingen ved kriser som rammer større deler av helseregionen. HF med prehospitalt ansvar er pålagt samhandling med relevante aktører innen sine respektive ansvarsområder. Disse HF gjennomfører regelmessige møter med kommunene om koordinering og samhandling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er samarbeidsavtaler om smittevern bistand med alle kommuner. Alle HF med prehospitale tjenester er pålagt å gjennomføre møter med kommunene i løpet av året. Felles øvelser og relaterte seminarer gjennomføres.

Helseforetakene er representert i alle fylkers beredskapsråd. Gjennom medisinsk nødmeldetjeneste er det etablert og øvd varsling av alle HF og legevakt (LV)- sentraler. Enkelte beredskapsområder er av så fagspesifikk karakter, at det er utarbeidet egne delplaner til den regionale beredskapsplanen. I arbeidet med å harmonisere de to tidligere regionale beredskapsplanene, er ikke disse delplanene gjennomgått med tanke på harmonisering eller oppdatering. Behovet for å oppdatere fagspesifikke delplaner vurderes fortløpende, og oppdaterte delplaner legges ved den regionale beredskapsplanen i forbindelse med den årlige rulleringen.

Regional pandemiøving ble gjennomført i desember 2008 i samarbeid med Helsedirektoratet. Det var en meget nyttig øvelse som ga mange erfaringer og momenter for videre oppfølging i foretaksgruppen. Øvelsen er evaluert i en egen rapport fra Helsedirektoratet.

Det gjennomføres for øvrig en rekke øvelser innen det enkelte helseforetak, i form av varslingsøvelser, brannøvelser, øvelser på ulykkessted og i akuttmottak, samhandlingsøvelser, massevaksinasjonsøvelser mv. Det er en prioritert oppgave å øke samhandling og læringseffekt i øvingsammenheng.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om landsfunksjonen for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.

Oppgaver og ansvar for samhandling med andre instanser er definert i regional plan for helsemessig og sosial beredskap. Generelle samhandlingsforpliktelser overfor kommunene er også tatt inn i driftsavtalen med helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av alle de regionale helseforetakene gjennom Interregional samordningsgruppe beredskap (ISB) deltatt i en nasjonal arbeidsgruppe for å utarbeide veileder for kommunenes beredskapsplanarbeid, og i dette arbeidet blant annet bidratt til å tilrettelegge for bedre samordning av planverkene mellom nivåene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal starte en prosess med sikte på å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorier innenfor helseforetaksgruppen.

Som ledd i arbeidet med å stimulere til sertifisering eller akkreditering innen relevante fagområder, har Helse Sør-Øst RHF kartlagt alle sertifiserte eller akkrediterte enheter i regionen. Målet var også å få frem status i de mikrobiologiske laboratoriene spesielt.

Sertifisering ISO 9001	Akkreditering
Akershus universitetssykehus HF (Nye A-hus)	
- Immunologisk og transfusjonsmedisinsk avdeling	- Medisinsk biokjemi - Laboratoriemedisinsk senter – Mikrobiologi - Laboratoriemedisinsk senter - Patologi
Blefjell sykehus HF	
	- Medisinsk biokjemi/blodbank har hatt et prosjekt som har arbeidet for ISO15189. Utsatt inn til ny foretaksstruktur foreligger.
Oslo universitetssykehus HF, Aker	
- Dagkirurgisk enhet - Operasjonsavdelingen - Kirurgisk klinikk for følgende: - drift og sykepleiefaglig virksomhet med tilrettelegging for dagkirurgisk operativ pasientbehandling.	- Hormonlaboratoriet inkludert Norges laboratorium for dopinganalyse – akkreditert etter ISO 17025 og WADA ISL
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet	
- Avdeling for sterilforsyning (ISO 9001 og ISO 13485) - Eiendomsavdelingen(EIE) er sertifisert etter ISO 9001:2000	Laboratorieklinikken: - Avdeling for medisinsk biokjemi (ISO 17025) - Mikrobiologisk institutt (ISO 15189) - Immunologisk institutt (Seksjon for transplantasjonsimmunologi) (Akkreditering European Federation of Immunogenetics) - Immunologisk institutt (Det norske benmargsgiverregisteret) (Godkjennelse som donorsenter av National Marrow Donor Program; dvs det amerikanske benmargsgiverregisteret) - Immunologisk institutt (Det norske benmargsgiverregisteret) [Godkjent av Helsedirektoratet (godkjennelsesnr. 08/3832) som vevssenter i henhold til Forskrifter om håndtering av celler og vev (EU-direktivene)] - Immunologisk institutt (Ex Vivo cellelaboratoriet) [Godkjent av Helsedirektoratet (godkjennelsesnr. 07/2085) som vevssenter i henhold til Forskrifter om håndtering av celler og vev (EU-direktivene)]
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål	
- Tekstiltforsyningen, USS - Kontroll og produksjonsseksjonen, Mikrobiologisk avdeling - Medisinsk service divisjon (MSD) - Serologisk seksjon, Mikrobiologisk avdeling, MSD - Prøvemottak, Mikrobiologisk avdeling, MSD - Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, MSD - IVF avdelingen Kvinne Barn divisjonen - IVF avdelingen (avdeling for barnløshet) er ikke sertifisert pr i dag. Alt er klart for sertifisering men man har valgt å vente, da det i EU-direktivet ikke er nødvendig.	- Klinisk kjemisk avdeling, Medisinsk service divisjon, har heller ikke fått sin akkreditering pr i dag (19.1.09), men venter på tilbakemelding fra Det norske Veritas.
Sunnaas sykehus HF	
	- Program for hjerneskadde, inneliggende voksne og barn - Program for ryggmargskadde, inneliggende voksne og barn (Planlagt akkreditering i 2009:stabilisert slagrehabiliterings-program, program for omfattende integrert rehabilitering, inneliggende pasienter,

Sertifisering ISO 9001	Akkreditering
	tverrfaglig smerterehabilitering(alle CARF))
Sykehuset Asker og Bærum HF	
<ul style="list-style-type: none"> - Laborariesenteret, blodbank - Laborariesenteret, nukleær medisin - Smittevernseksjonen - Anestesi og intensiv - Alderspsykiatrisk avdeling - Operasjonsavdelingen - Ledelsen og overordnede prosedyrer - Kvinneklubben - Barnehagene - Radiologisk avdeling - Psykoseavdeling - Akuttavdeling - Hovedkjøkken - Psykiatrisk senter Bærum - Felles akuttmottak - Geriatri, slag og rehabilitering - Psykiatrisk senter Asker - Kreftavdeling - Medisinsk avdeling - Ortopedisk avdeling - Kirurgisk avdeling - Medisinsk teknisk utstyr 	<ul style="list-style-type: none"> - Laborariesenteret, medisinsk mikrobiologi - Laborariesenteret, medisinsk biokjemi
Sykehuset Buskerud HF	
<ul style="list-style-type: none"> - Avdeling for mikrobiologi er ikke ISO sertifisert eller akkreditert. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinik for medisinsk diagnostikk; Blodbanken
Sykehuset i Vestfold HF	
<ul style="list-style-type: none"> - Kirurgisk klinikk /sterilsentralen 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinik medisinsk diagnostikk/ Sentrallaboratoriet: seksjon medisinsk biokjemi - seksjon blodbank; Mikrobiologisk laboratorium (akkr.9.1.2009)
Sykehuset Innlandet HF	
<ul style="list-style-type: none"> - Divisjon Kongsvinger (både ISO 9001 kvalitetssystem og ISO 14001 miljøstyring) - Divisjon Elverum-Hamar, Sterilsentralen 	<ul style="list-style-type: none"> - Divisjon Kongsvinger, laboratoriet og blodbank
Sykehuset Telemark HF	
	<ul style="list-style-type: none"> - Seksjon for laboratoriemedisin er i akkrediteringsprosess. ST HF håper å søke om akkreditering innen utgangen av 2009.
Sykehuset Østfold HF	
<ul style="list-style-type: none"> - Transfusjonsmedisin/blodbank 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentrallaboratoriet - Medisinsk biokjemi - Transfusjonsmedisin/blodbank (NS-EN ISO 15189) - Mikrobiologisk laboratorium er foreløpig ikke akkreditert i Sykehuset Østfold HF
Diakonhjemmet Sykehus	
	<ul style="list-style-type: none"> - Medisinsk biokjemi avdeling - Psykofarmakologisk avdeling
Martina Hansens Hospital	
<ul style="list-style-type: none"> - Anestesi-, postoperativ-, operasjon- og dagkirurgisk avdeling - Fysioterapi-, ergoterapi- og sosionomavdelingen. - Røntgen, Laboratoriet, Poliklinikken 	

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med ny handlingsplan som ventes våren 2008.

Begge de tidligere regionene hadde fokus på tiltak for å redusere antibiotikaforbruk og gjennom sine regionale kompetansesentra ble det foretatt registreringer av forbruk basert på utleveringer fra apotek. Forbruksdata ble sendt de ulike helseforetak slik at man lokalt kunne sammenlikne og vurdere justeringer. Temaet har vært belyst i faglige smittevernagligge

samlinger og fokusert i dialogen mellom smittevern og kliniske avdelinger. Den nye handlingsplanen for forebygging av antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner er gjennomgått i en omfattende faglig samling med alle helseforetak. Alle i handlingsplanen der det regionale helseforetaket har ansvar er definert inn i ny smittevernplan for Helse Sør-Øst.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal utarbeide konkrete mål for sitt smittevernarbeid.

Det er utarbeidet forslag til ny plan for smittevern i regionen. Planen, som er ute på høring, definerer konkrete mål og tiltak på følgende områder;

- Prosedyrer og rutinebeskrivelser
- Smittevernpersonell
- Smitteverntiltak rettet mot alle ansatte
- Bygningsmessige forhold og isolat
- Bruk av antibiotika
- Infeksjonsovervåkning
- Dekontaminering og sterilforsyning
- Samhandling med kommunene – ivaretagelse av veiledningsplikt
- Utdanning
- Forskning og utvikling
- Overføring av smitteførende pasienter med fare for spredning til pasienter og ansatte

Som et ledd i pasientsikkerhetsarbeidet har Helse Sør-Øst videre igangsatt et eget arbeid med infeksjonsforebygging bl.a. knyttet til operasjon av hofteproteser.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre at det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser ved det enkelte sykehus knyttet til kritisk infrastruktur, herunder vann- og strømforsyning, og sørge for at det iverksettes tiltak som sikrer nødvendige leveranser og systemer for distribusjon.

Helse Sør-Øst RHF har innhentet informasjon fra alle Helseforetakene hvorvidt det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser. Resultatet er rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet 2. tertial.

Alle helseforetakene har gjennomført en eller flere ROS-analyser. Opplegget og omfanget varierer i Helseforetakene, men dette er en del av det totale kvalitetssystemet i helseforetakene, og blir rapportert i ledelsens gjennomgåelse.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal innarbeide beredskapshensyn i tjenestens logistikk-systemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet.

Beredskapshensyn for legemiddelforsyning ivaretas av Sykehusapotekene HF gjennom egen virksomhet, leverandøravtaler og grossistavtaler. For øvrig materiell avklares dette ut fra det definerte beredskapsbehov til det enkelte sykehus/helseforetak som tilknytter seg felles forsyningssenter.

Et prosjekt for å gjennomgå, etablere og kvalitetssikre forsyningsberedskapen på legemidler, antidoter, vaksiner og væsker, er avsluttet i mai 2008. Anbefalinger og tiltak prioriteres og følges opp fortløpende.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med en gjennomgang av den nasjonale forsyningssikkerheten og vurdere behov for tiltak.

Regionale problemstillinger ivaretas gjennom beredskapsarbeidet regionalt og oppfølging i det enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst RHF vil også delta i nasjonale gjennomganger når det blir etterspurt/er aktuelt.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre at oversikt over antidotbeholdning i foretakene blir rapportert inn til Apotekforeningens databedrift for å få samlet oversikt over sykehusenes, regionens og nasjonal beholdning av antidoter mv.

Kartlegging av legemiddelområdet, antidotlager mv. ble foretatt i et regionalt prosjekt i 2007. Sykehusapotekene HF forestår nødvendig rapportering av antidotbeholdninger. Innføring av et felles elektronisk rapporteringssystem ivaretas i et prosjekt i regi av Helsedirektoratet. I Helse Sør-Øst er programvare under testing hos Sykehusapotekene HF. Det forventes at arbeidet kan ferdigstilles i 2009.

Det er etablert et regionalt legemiddelforum (RLF) bestående av representanter fra alle helseforetakene i regionen. Forumet har følgende mandat:

- Fastsette/anbefale standarder innen etablert og ny terapi, og bidra til implementering og oppfølging i helseforetakene.
- Gi anbefalinger knyttet til sikker legemiddelhåndtering.
- Gi anbefalinger for sykehusledelsen på legemiddelområdet i tråd med den nye forskriften om legemiddelhåndtering.
- Utarbeide forslag til fellesrevisjoner på bakgrunn av risikovurdering
- Bidra til å forankre og gjennomføre LIS-anbefalinger.
- Gi råd om hvordan kompetansen i Sykehusapotekene HF best mulig kan komme sykehusene til gode.
- Kommentere regionale og lokale relevante tendenser i legemiddelforbruket basert på tilgjengelig statistikk (inkl Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS)).

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.

Helse Sør-Øst har bistått Helsedirektoratet med utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer både gjennom avgivelse av personell til arbeidsgrupper fag, rutiner og ivaretagelse av HR i denne forbindelse. Oppdrag for dette er videreført til Ullevål universitetssykehus som har fått delegert det operative ansvar på vegne av Helse Sør-Øst.

• **Oppdragsdokumentet 4. Forskning**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i samarbeid med øvrige regionale helseforetak sikre gjennomføring av forskningssamarbeid innenfor utvalgte tematiske områder gjennom etablering av formelle forskernetverk og/eller andre tiltak, jf. oppdrag gitt i 2006 og 2007. Arbeidet skal forankres i strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG)

Helse Sør-Øst RHF har gjennom NSG arbeidet for å realisere nasjonale satsingsområder for forskning. I alt syv slike nasjonale satsingsområder er foreslått: Unikard (hjerter-karforskning), NevroNor (nevrovitenskapelig forskning), alvorlige psykiske lidelser, kreft, rygg- og muskelpåler, helsetjenesteforskning og infrastruktur for biobanker og helseregistre. NSG har utformet en egen mal som beskriver innhold i disse satsingene, og vedtok høsten 2008 å anbefale alvorlige psykiske lidelser, som utgår fra Helse Sør-Øst RHF, som satsingsområde. Dette vil bli implementert så snart de regionale samarbeidsorganene har gitt sin tilslutning. For øvrig samarbeider de regionale helseforetakene om elektroniske rapporteringssystemer og søknadssystemer for forskning. Disse er utviklet av Helse Vest RHF og er nå tatt i bruk av alle de regionale helseforetakene.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal prioritere forskning og oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, herunder tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse.

Regionale forskningsmidler er tildelt til en rekke forskningsprosjekter innen alle forskningssvake områder, selv om det ikke er etablert en kvotering av midler til disse områdene. Helse Sør-Øst har gitt støtte til en egen forskerskole innen psykiatri og rus, etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Et eget forskningsnettverk innen psykiatri (NORMOOD) er videreført, og rammestøtte er gitt til egne forskningsgrupper innen psykiatrisk forskning og innen revmatologi (inkluderer forskning på rehabilitering). Spesialsykehuset for rehabilitering ved Rikshospitalet har en sterk forskningsaktivitet og Sunnaas sykehus har med basis i regionale midler bygget opp eget kjernekompetansemiljø innen rehabilitering.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal rapportere både på resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP i henhold til etablerte systemer og tidspunkt, samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid av begge målesystemene.

Helse Sør-Øst følger opp rapportering til NIFU STEP, både av forskningsproduksjon og ressursbruk til forskning. Gjennom dialog har Helse Sør-Øst bidratt til å videreutvikle rapporteringssystemene, og var representert i arbeidsgruppen som høsten 2008 la fram forslag til nytt felles registreringssystem for forskningsproduksjon i Norge (Norsk vitenskapsindeks).

NIFU STEP har i samarbeid med Helse Sør-Øst i 2008 slutført en evaluering av forskningssatsingen i tidligere Helse Sør-Øst.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011) med særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antallet forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse til disposisjon.

Helse Sør-Øst har aktivt bidratt til å gjennomføre den nasjonale satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling, er aktivt med i InnoMed samarbeidet og følger opp de vedtak som gjøres der. Som en oppfølging av satsingen har Helse Sør-Øst vært sentral i utformingen av en felles handlingsplan for innovasjon mellom de regionale helseforetakene. Denne er vedtatt av det felles møte mellom adm.dir i de regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp tiltakene i denne planen.

Helse Sør-Øst har i tillegg utarbeidet en egen handlingsplan for innovasjon som ble lagt fram for styret i november 2008. Planen vil nå bli fulgt opp gjennom mange tiltak.

I 2008 er det gjennomført en møterekke med ledergruppene i alle helseforetakene for å sette innovasjon på dagsorden. Helse Sør-Øst har vært i tett inngrep med både Innovasjon Norge og Norges forskningsråd om prosjektutvikling innen innovasjon. En rekke helseforetak i regionen har i 2008 etablert OFU- kontrakter med bedrifter og med finansiering fra Innovasjon Norge slik oppdragsdokumentet legger opp til.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF bes om å sikre etablering av et nasjonalt stamcelleforskningscenter ved Rikshospitalet HF samt sikre forskning på Duchennes muskeldystrofi i tråd med føringer gitt av Norges forskningsråd. Det vises til at det er bevilget midler over kap. 701, post 50 til disse tiltakene

Helse Sør-Øst RHF har med basis i midler bevilget over Statsbudsjettet inngått avtale med Norges forskningsråd og med Rikshospitalet om etablering av et nasjonalt

stamcelleforskningsssenter på Rikshospitalet. Senteret er gitt tilsagn om femårig støtte og er etablert med utgangspunkt i eksisterende nasjonalt nettverk for stamcelleforskning.

• **Oppdragsdokumentet 5. Utdanning av helsepersonell**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen slik at helseforetakene er attraktive læringsarenaer.

Helse Sør-Øst RHF har i 2008 fokusert på tiltak som inngår i eller kan relateres til Omstillingsprogrammet. Dette innebærer konkret følgende:

- Det er utarbeidet en felles HR-strategi for Helse Sør-Øst gjeldende for perioden 2008-11. HR-strategien setter bl.a. mål om å innføre utviklingssamtaler og individuelle kompetanseplaner for alle medarbeidere. Metoder for dette er lagt inn i en nyutviklet "verktøykasse for mobilisering og utvikling av medarbeidere, arbeidsgrupper og arbeidsmiljø". Strategien operasjonaliseres ved en egen handlingsplan tidlig i 2009. Denne handlingsplanen, som bl.a. inneholder konkrete tiltak knyttet til fokusområdet "Kompetanseutvikling" vil bli implementert i løpet av perioden 2009-11
- Høsten 2008 ble det gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse i hele foretaksgruppen. Undersøkelsen vil bli fulgt opp med tiltak som skal bidra til utvikling av bedre læringsarenaer
- I forbindelse med medarbeiderundersøkelsen innføres det en måleindikator på antall ansatte som har en utviklingsplan.
- Det er igangsatt utdanning av foretaksinterne lederutviklere for å bidra til at foretakene er attraktive læringsarenaer også for ledere
- Det er utviklet e-læringsverktøy til bruk i hele foretaksgruppen. Det er også opprettet en egen stilling som e-læringskoordinator i regionhelseforetaket. Ansettelse foretas tidlig i 2009.

I 2009 skal det etableres et eget regionalt utdanningsutvalg på strategisk nivå. Utdanningsutvalget er et rådgivende organ for administrerende direktør om saker vedrørende utdanning og kompetansebehov. Det vises til nærmere omtale under kapittel 3.1.3

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal gjennom etablerte samarbeidsorgan, inngåtte samarbeidsavtaler og god dialog sikre et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen.

Felles regionalt samarbeidsorgan for høgskolene og helseforetakene er videreført i 2008 med etablert arbeidsutvalg og sekretariat. I tillegg til to kontakt møter og arrangering av fagkonferanse, ble det også holdt eget høringsmøte for hovedstadsprosessen. Konferansen i 2008 var viet helsefaglig forskning, i det samarbeidsorganet ønsker å ha større oppmerksomhet på dette. I årene som har gått, har hovedperspektivet for utvalgets arbeid vært utdanning og med et spesielt fokus på praksisstudiene. I 2008 ble det slutført et arbeid med forpliktende organisering og webbasert løsning for koordinering av praksisplasser. Databasemodellen blir innført som pilotutprøving for "øst-delen" av høgskoler og helseforetak i 2009. Databasen er et av sluttproduktene utviklingsprosjekter i samarbeidsorganets regi tilbake fra 2005. Samarbeidsorganet vedtok i 2008 ny rammeavtale for Helse Sør-Øst og høgskolene hvor bl.a. resultatene fra utviklingsarbeidet er innarbeidet som forpliktende både for høgskolene og helseforetakene.

I sammenheng med Hovedstadsprosessen ble hensyn til forskning og utdanning ivaretatt i en egen utredning av universitetssykehusenes struktur og funksjon igangsatt i regi av Samarbeidsorganet og under ledelse av Sten Lindahl fra Karolinska institutet. Det er etablert nær kontakt for samordning av det strategiske arbeidet med UiO, blant annet i Samarbeidsorganet, ved hospitering ved UiO, og ved deltakelse av UiO i arbeidsgruppene

som utvikler handlingsplanene. I tillegg til samarbeidsorganet har Helse Sør-Øst i 2008 ivaretatt sekretariatsfunksjonen både for RHFenes strategigruppe for forskning og for Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Her er nå nasjonale satsinger formalisert, og 3 satsingsområder vedtatt (Nevronor, Unikard og Alvorlige psykiske lidelser). Det er i 2008 vedtatt en handlingsplan for dobbeltkompetanseløp innen medisin, og det er satt i gang et arbeid for samordning av praksis innen forskningsetikk.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnusplasser for turnuskandidater i turnustjeneste.

Kravet er videreført i driftsavtaler med aktuelle helseforetak. Alle melder tilbake at de mener oppdraget er gjennomført.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal gjennom samarbeid med fylkeskommunene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall lære plasser – med et særlig fokus på ambulansesarbeiderutdanningen og den nye helsefagarbeiderutdanningen.

Det regionale helseforetaket har i ulike lederfora (HR-direktørmøtet og HF-direktørmøtet) drøftet gjennomføring av, og konsekvenser for spesialisthelsetjenesten av, den nye helsefagarbeiderutdanningen. Innenfor dette området er det utarbeidet en felles regional tilnærming og opplegg for tilpasning i forhold til lokale behov. Helseforetakene samarbeider med fylkeskommunene, kommunene, offentlige opplæringskontorer og KS om utvikling av nødvendige samarbeidstiltak på dette området. Det legges opp lærekontrakter for hele eller deler av det toårige lærlingeløpet, alternativt en ordning med besøkslærlinger som bør være av minimum to måneders varighet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sikre at de som har helseforetakene som læringsarena opplever at praksis/turnus er strukturert og at det gis god veiledning.

Dette krav er videreført til helseforetakene. Alle melder at kravet er innfridd.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal medvirke til at forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger kan gjennomføres.

Helse Sør-Øst RHF har kartlagt interessen blant helseforetakene for å være med på et forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger. Det var 10 helseforetak svarte at de var interessert i å være med på et forsøk dersom forholdene ble lagt til rette for det. Helse Sør-Øst har kontakt med Helsedirektoratet i denne saken og saken følges opp videre i dette samarbeidet. En del av helseforetakene har allerede turnustjeneste for leger i psykiatrien, men da etter andre modeller enn det som det legges opp til i forsøket.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal planlegge og bidra til videreutdanning og etterutdanning av helsepersonellet for å møte nåværende og framtidige krav til og utfordringer i tjenesten.

En arbeidsgruppe med representanter fra helseforetakene gjennomgikk i første halvår 2008 stipendordningene for etterutdanningsløp for sykepleiere. Foreløpig rapport fra arbeidsgruppen bearbejdes videre i lys av HR-strategi for Helse Sør-Øst. Det vises for øvrig til kapittel 3.1.3. Personell og kompetanse.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin.

Spesialutdanning innen oral kirurgi og oral medisin foregår i Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus HF avd. Rikshospitalet og Ullevål og ved Sørlandet sykehus HF avd.

Arendal. Helseforetakene opplyser at dagens nivå på stillinger under utdanning dekker regionens behov.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene (herunder effektive utdanningsløp) og til god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter.

Videreført i driftsavtaler med helseforetakene.

Med bakgrunn i hovedstadsprosessen, hvor ett av hovedmålene har vært samordning av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet, besluttet Helse Sør-Øst tidlig på året å utsette den generelle fordelingen av legeknoten for 2008 til RHF-styret hadde tatt stilling til felles strategi for de nye sykehusområdene. Det ble likevel åpnet for å tildele enkeltstillinger dersom dette ikke kunne vente og behovet ikke kunne løses ved omgjøring av ledig stilling. Videre skulle tildeling kunne skje dersom den aktuelle stillingen ikke berørte de generelle omstillingsprosessene. Videre har det vært en klar forutsetning av utdanningskapasiteten skulle opprettholdes. Det ble tildelt til sammen 7 hjemler i 2008 på særskilt grunnlag.

Med bakgrunn i oppdragsdokumentets pålegg om å oppdatere og rapportere oversikt for legestillinger har Helse Sør-Øst pålagt helseforetakene en totalgjennomgang av stillingene. Basert på denne var det også planlagt et forprosjekt for å vurdere fordelingen av stillinger mellom HF basert på ny inntektsmodell. Den totale kartleggingen og forprosjektet forventes å foreligge i februar/mars i 2009.

Tildelinger av nye hjemler i 2009 vil relateres til ny helseforetakstruktur og det må tas høyde for at endringer av opptaksområder og oppgaver også skal innebære overføringer av eksisterende hjemler mellom helseforetak i forkant av nytildelinger. Konsekvenser for og hensyntaken til utdanningsløpene vil bli vektlagt i den videre omstillingsprosess og tildeling av legestillinger. Realistisk sett blir det ikke generell tildeling før ut i april 2009, og da vil en fortrinnsvis behandle kvotene for 2008 og 2009 under ett.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at legenes stillingsstruktur er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database <http://www.nr.dep.no/> og systematisk og fortløpende melde inn avviksendringer

Det vises til beskrivelsen ovenfor og den særskilte gjennomgangen i Helse Sør-Øst i 2008-2009 for å få oppdatert oversikt over legestillinger og forbedret grunnlag for nytildelinger av stillinger.

• **Oppdragsdokumentet 6. Pasientopplæring**

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at det er kvalitativt gode Lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak.

Det er minst ett LMS ved hvert helseforetak. Disse er alle bemannet med kvalifisert personell med helse- og pedagogisk bakgrunn. Det er videre en regional funksjon som gjennom nettverk arbeider med faglig utvikling. Aktiviteten er imidlertid ikke tilstrekkelig høy og det er behov for harmonisering av tilbudene innen regionen og gjennomgang av hvilke tilbud som skal ligge på de ulike nivå. Det vil tidlig i 2009 bli utarbeidet en regional plan for pasientopplæring – LMS. Den skal angi prinsipper for pasientopplæring og Lærings- og mestringssentra i regionen og tydeliggjøre den regionale funksjonen sitt oppdrag.

Det nasjonale kompetansesenteret for Læring og mestring ved Aker universitetssykehus HF har i 2008 levert en strategisk plan for egen virksomhet. Denne er utarbeidet bl.a. i samråd

med en referansegruppe bestående av representanter fra øvrige regionale helseforetak, brukerorganisasjoner, KS og høgskole.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal tilby opplæring og bidra til innsikt i pasienters egen sykdom for pasienter med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse.

I hovedstadsprosessen og i strategidokument for kommende år er LMS i lokalsykehusene tiltenkt vesentlige oppgaver ifm. opplæring av pasienter med vanlige kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse, jf. punktet ovenfor.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal sørge for at spesialisthelsetjenesten i sin region driver aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvenser ved og forbudet mot kjønnslemlestelse, samt søke å avverge at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse.

Helse Sør-Øst har gode kompetansemiljøer, eksempelvis ved Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse og Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI), innenfor arbeidet mot kjønnslemlestelse. De fleste helseforetakene har fokus på temaet. Helse Sør-Øst RHF igangsatte høsten 2008 et eget prosjekt for likeverdige helsetjenester med særskilt vekt på minoritetsgrupper. Prosjektet vil i sitt arbeid for 2009 bidra til ytterligere innsats på området.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal gi råd til foreldre med funksjonshemmede barn om tilbud i Norge, og råd i forhold til bruk av utenlandske metoder.

Alle som henvender seg om alternative utenlandske metoder får råd. Det er etablert samarbeid med de fleste helseforetak om at de vurderer om tilbudene barn/familie allerede mottar eller kan motta er relevante og tilstrekkelige. Dialog med øvrige regionale helseforetakene for å harmonisere praksis.

Styringskrav: Regjeringen har vedtatt en handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen – Oppskrift for et sunnere kosthold. Planperioden strekker seg fra 2007 til 2011. Helse Sør-Øst skal sette seg inn i handlingsplanen og vurdere den opp mot ivaretagelsen av det regionale helseforetakets pålagte oppgaver på området.

Helse Sør-Øst har satt seg inn i handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen – Oppskrift for et sunnere kosthold. I følge regjeringens handlingsplan er amming et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom. Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA) har fått ansvaret for gjennomføringen av en rekke av tiltakene i handlingsplanen. Kompetansesenteret har følgende funksjoner:

1. Sikre nasjonal kompetanseoppbygging, nettverksbygging og spredning av kunnskap.
2. Etablere nødvendige faglige standarder og formidle disse.
3. Bidra til forsknings- og utviklingsarbeid innen fagfeltet.
4. Gi råd og faglig støtte til helsetjenesten.
5. Være rådgivende instans for landets myndigheter og andre.
6. Styrke samfunnsmessige forhold som muliggjør optimal amming.
7. Styrke internasjonalt samarbeid for å fremme amming.

Senteret bidrar blant annet til kompetanseoppbygging ved landets føde/barselavdelinger, neonatalavdelinger og primærhelsetjenesten, og det legges vekt på å få til et sammenhengende tjenestetilbud. NKA samarbeider også med utdanningsinstitusjonene, helsemyndighetene og internasjonale fagmiljø. NKA deltar i flere forskningsprosjekt; blant annet WHO Multicentre Growth Reference Study som resulterte i en ny vekstkurve for å vurdere barns ernæringsstatus, - denne er nå er i bruk verden over. For ytterligere

informasjon om NKAs virksomhet vises det til årsrapport for 2008, som vil bli ettersendt med det første. Helse Sør-Øst har i tillegg hatt fokus på bedre og sunnere kosthold i befolkningen gjennom utvikling av tilbud til mennesker med sykelig overvekt. I driftsavtaler er alle helseforetak pålagt å ha tilbud til denne pasientgruppen. I tillegg har Sykehuset i Vestfold og Ullevål universitetssykehus utviklet tilbud til barn og unge med sykelig overvekt. Aker universitetssykehus har et tilbud til voksne med helseproblemer pga. sykelig overvekt. Det er i tillegg inngått avtale med private leverandører om tilbud på behandling for livsstilsendring.

- **Oppdragsdokumentet 7. Sosial- og helsedirektoratets rolle**

Styringskrav: Sosial- og helsedirektoratet vil i sitt rundskriv IS-2-2008, konkretisere på hvilke områder direktoratet i særlig grad vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene i 2008. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.

Inngår i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-1-2009 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd. Nødvendige tiltakspunkter er bl.a. integrert i Helse Sør-Østs strategiske planer, tiltaksutvikling mv. Samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet i utvikling og implementering av nasjonale føringer prioriteres.

- **Oppdragsdokumentet 8. Oppfølging og rapportering**

Styringskrav: Styringsvariablene skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i fortaksmøtet i januar 2008. Utviklingen skal kommenteres særskilt dersom utviklingen er avvikende sett i forhold til styringskrav. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om tilleggsinformasjon dersom det er uklarheter om utviklingen rundt enkelte indikatorer.

Dette er fulgt opp gjennom fastlagt rapportering og i oppfølgingsmøter med eier.

Styringskrav: For nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal Helse Sør-Øst rapportere til Sosial- og helsedirektoratet i tråd med de krav som stilles.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på driften av nasjonale medisinske kompetansesentre og kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser i tråd med de krav som stilles fra Helsedirektoratet.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal i tilknytning til Årlig meldingen for 2008 rapportere på den samlede gjennomføringen av opptrappingsplanen, herunder bruken av investeringstilskudd (98-08). Departementet kommer nærmere tilbake til rapporteringskravene.

Dette rapporteres i særskilt skjema som vedlegg til årlig melding. Rapporteringen vil vise utvikling i 2008 i forhold til opptrappingsplanen, bl.a. når det gjelder antall årsverk og ambulant virksomhet.

Styringskrav: Rapportering på tiltak til oppfølging skal inngå som del av Årlig melding. Videre skal det i årlig melding gis en helhetlig presentasjon av hvordan styringsopplegget overfor helseforetakene tilsikter å ivareta Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar.

Årlig melding inngår som en del av de faste rapporteringsrutiner og er nærmere beskrevet i vedtektene både for det regionale helseforetaket og for de enkelte helseforetak. I årlig melding skal det være tett dialog med Brukerutvalget og de konserntillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF har etablert ulike oppfølgingstiltak overfor foretaksgruppen som ledd i internkontroll og oppfølging av styringskrav:

- Løpende oppfølging
Det gjennomføres oppfølgingsmøter med helseforetakene fem ganger i året hvor det foretas oppfølging i forhold til spesifikke styringskrav. Utvelgelse av temaer er basert på risikovurdering i forhold til måloppnåelse. Innspill som mottas i forbindelse med pågående revisjon av internkontroll med fokus på risikostyring i Helse Sør-Øst RHF vil bli inntatt i videreutviklingen av denne oppfølgingen. I tillegg skjer det en løpende ledelsemessig dialog mellom RHFet og helseforetakene i direktørmøter og andre møtefora som er etablert i foretaksgruppen.
- Periodisk oppfølging
Foretas tertialvis ved aktivitets-, kvalitets- og resultatrapportering. Årlig melding benyttes i oppfølgingen av punkter som gjennom året ikke har vært definert som risikoområder og underlagt spesiell oppfølging.

De mer generelle styringskravene og de konkrete tiltakene gjennomgås grundig i Helse Sør-Øst RHF i forhold til å sette opp virksomhetsplaner for 2009. På basis av foretaksprotokoller og driftsavtaler, er tilsvarende prosesser med operasjonalisering av styringskrav forutsatt å finne sted i helseforetakene. Tilsvarende forutsettes gjennomført ved krav i driftsavtale ved de fem private, ikke-kommersielle sykehusene. Det vises også til omtale i kapittel 1.3.6.

Styringskrav: Det bes om at en i rapporteringen legger vekt på å vise hvordan Nasjonal helseplan har vært veiledende for den samlede innsatsen i 2008.

Det vises til innledende kapittel 1.4. bl.a. med omtale av regionale prioriteringer og oppfølging av nasjonals satsingsområder. Det vises også til kapittel 3 hvor strategiske planer for den videre utvikling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst er beskrevet. Nasjonal helseplan har vært et sentralt plangrunnlag.

Styringskrav: Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra formulerte krav skal meldes til departementet når slike avvik blir kjent.

Dette i varetas i det ordinære rapporteringssystemet, i oppfølgingsmøter og i den fortløpende kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet v/eieravdeling og i årlig melding.

Styringskrav: Det skal framgå av oversendelsen av Årlig melding at det regionale brukerutvalget har vært med i utformingen av Årlig meldingen og har behandlet den.

Brukerutvalget deltar aktivt i utforming av den årlige meldingen og har behandlet den. Det vises til kapittel 1.5 Brukermedvirkning.

Styringskrav: Helse Sør-Øst skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2010 innen 15. desember 2008.

Arbeidet inngår som en del av fremdriftsplan for Årlig melding og samordnes med innspill fra øvrige RHF. Det vises til kapittel 4.

- **Psykisk helsevern spesielt**

Det er bedt om rapportering av tall for:

- Antall årsverk for psykologer og psykiatere per 10 000 innbyggere.
- Prosentvis fordeling av årsverk for psykologer og psykiatere fordelt på sykehus og DPS.
- Antall DPS og BUP som har etablert ambulant virksomhet.
- Antall DPS og BUP som har etablert egne ambulante team.

Nedenfor gjengis tallene som er innhentet for Helse Sør-Øst per 31.12.2007. Status ved utgangen av 2008 rapporteres i den faste rapporteringen til Statistisk sentralbyrå og vil inngå i SAMDATA Psykisk helsevern 2008 når denne offentliggjøres. Den endelige kvalitetssikringen og korrigeringen av tallene vil derfor ikke kunne foreligge før dette tidspunktet.

Årsverk for psykologspesialister og psykiatere per 10 000 voksne innbyggere:

	Sykehus	DPS
Psykiatere	1,00	1,08
Psykologspesialister	0,40	1,47

Prosentvis fordeling av årsverk for sykehus og DPS:

	Sykehus	DPS
Psykiatere	48,19 %	51,81 %
Psykologspesialister	21,37 %	78,63 %

Antall DPS med ambulant virksomhet er 22 og 19 har dette organisert som egne ambulante team. For 9 av DPSene har både ambulant virksomhet og ambulante team.

For barne- og ungdomspsykiatrien påpekes det at det fortsatt skjer en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Tall over antall etablert ambulant virksomhet vil derfor i stor grad samsvare med tall over antall enheter innen dette fagfeltet, og skillet mellom egne etablerte team og andre tiltak blir vanskelig å tallfeste fordi dette etter hvert representerer fagfeltets vanligste arbeidsmetode.

• Tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2008

Styringskrav: Innen kreftkirurgi og i behandling av hjerteinfarkt og hjerneslag er det utviklet behandlingsmetoder som gir bedre overlevelse og behandlingsresultat, men som bør samles i færre enheter for å opprettholde god kompetanse. Hele behandlingsskjeden vil ha viktige oppgaver for en optimal pasientbehandling, og med tilstrekkelig spesialisering, arbeidsdeling og samordning vil tjenesten samlet kunne tilby dette.

Videreført i driftsavtaler med helseforetakene. De aktuelle helseforetak melder at omorganisering og funksjonsfordeling er gjennomført for å oppfylle kravet.

Styringskrav: Det vises til rapporten Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste (2002 -2007), som viser situasjonen på utvalgte fagområder. Helse Sør-Øst bes om å gjennomgå og kvalitetssikre tallene vedrørende sentralisering av behandling (del II) og melde fra om evt. feil til Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets rapport "Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste (2002 -2007)", utgitt i juni 2008, tar opp situasjonen med sentralisering av visse typer behandling. I rapporten fremstilles det hvor mange sykehus som utfører kirurgisk behandling av pasienter med kreft i lever, spiserør, bukspyttkjertel, tykktarm, endetarm, prostata, bryst og lunger. Det fremgår også hvor mange kirurgiske inngrep sykehusene utfører hvert år i perioden 2002-2007. I tillegg omtales behandling av abdominale aortaaneurismer og data vedrørende fødsler der det er spesielle forhold hos mor eller barn.

Data er aggregert på nasjonalt nivå og regionalt helseforetaks-nivå. Data (antall behandlinger) ved det enkelte sykehus i perioden 2006-2008 fremgår av vedleggstabeller. Data er tatt fra filer i de pasientadministrative systemene (PAS) som er sendt fra det enkelte sykehus til NPR som ledd i ordinær rapportering til NPR. Data er på diagnose og behandlingstiltaksnivå.

I hht. dagens lovgivning er det kun det enkelte sykehus og NPR som har tilgang til data på dette nivå. Helse Sør-Øst har ikke tilgang til data på dette nivå og eventuell kvalitetssikring av tallene er derfor svært vanskelig. Eneste mulighet ville kanskje være å be det enkelte sykehus å gjennomgå og kvalitetssikre egne data. Dette vil i praksis være en svært krevende, nærmest umulig oppgave, særlig siden det gjelder data lang tilbake i tid og at det i perioden har vært store omstillinger. En må derfor forholde seg til de data NPR har fremskaffet og slik det fremgår av rapporten.

Styringskrav: Helsedirektoratet vil i løpet av september utarbeide anbefalinger vedrørende behandlingsvolum samt faglige og organisatoriske krav til sykehus som skal kunne tilby kirurgisk kreftbehandling. Helse Sør-Øst bes sammenholde de faglige anbefalingene med kvalitetssikrede tall og på denne bakgrunn vurdere rapportens funn vedrørende kirurgisk kreftbehandling. Helse Sør-Øst skal bruke den gjennomgangen som grunnlag for å legge strategier for videre organisering.

Helse Sør-Øst startet i februar 2008 en gjennomgang av behandlingstilbudene innen kreftkirurgi og onkologi som en del av omstillingsprogrammet. Det ble avholdt dialogkonferanser der fagmiljøene var premissgivere mht anbefalinger for organisering av tilbudet i regionen ut fra faglig anerkjente anbefalinger for volum og kvalitet. Arbeidet med funksjonsfordeling er en pågående prosess og anbefalingene fra Helsedirektoratet vedrørende behandlingsvolum samt faglige og organisatoriske krav til sykehus som gir tilbud om kirurgisk kreftbehandling vil bli innarbeidet.

Styringskrav: Velfungerende akuttfunksjoner er sentralt for befolkningens trygghet for liv og helse, og det skal være sikkerhet for at tilbudet ved akuttmottakene er faglig forsvarlig. Det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold. Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil sikre kvalitet i det akuttmedisinske tilbudet (det vises til rapporten Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede (mars 2007), samt Regjeringens forslag i Revidert nasjonalbudsjett, St.prp. nr. 59 (2007-2008), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008, s. 69 – 71).

Helse Sør-Øst bes etablere et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud, med utgangspunkt i veiledende standarder og modeller som er skissert nedenfor. Det bes foretatt grundige vurderinger av transportmuligheter og reiseavstander ved valg av og tilpasning til ulike standarder, og tilhørende behov for tilpasning av prehospitale tjenester vurderes og følges opp.

- Felles akuttmottak; modell der kommunal legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og gjerne også ambulansestasjon er samlokalisert.
- Tilpassede akuttfunksjoner etableres for lokalsykehus med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.
- Lokalsykehus med akuttfunksjoner (akuttisykehus) skal ha bred kompetanse og aktivitet i kirurgi og indremedisin, både akutt og elektiv virksomhet, samt innen radiologi og laboratoriefunksjoner.

Det vises til omtale vedrørende tilbudet i akuttmottak, jf. foretaksmøte sak 9 om forsvarlighet og kvalitet og akuttmottakene. Det vises også til kapittel 3 med plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst hvor videre utvikling av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder, lokalsykehusstilbud og samhandling med kommunehelsetjenesten er nærmere beskrevet.

2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller

2.2.1 Foretaksmøte 24. januar 2008

Foretaksmøtets sak 4: Økonomiske krav og rammebetingelser for 2008

Foretaksmøte 4.1 Resultatkrav 2008

Styringskrav: I tråd med Stortingets krav skal Helse Sør-Øst RHF håndtere sin omstillingsutfordring slik at ordinært regnskapsmessig resultat for foretaksgruppen i 2008 er i balanse, svarende til et årsresultat på null kroner. Foretaksmøtet presiserte at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere utover kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF, ikke inngår i resultatkravet for 2008. Som grunnlag for kostnadsføring underveis i 2008 forutsettes det at budsjettert pensjonskostnad beregnet ut fra parametersett fastsatt 31. desember 2007, legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF innretter sin samlede virksomhet, herunder den aktivitetsfinansierte pasientbehandlingen og investeringer, slik at resultatkravet kan nås. Foretaksmøtet presiserte viktigheten av at budsjettert aktivitet ikke overstiger kravene satt i oppdragsdokumentet. Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak.

Det regionale helseforetaket har fulgt opp kravene til økonomisk, omstillingsmessig og aktivitetsmessig styring og kontroll i jevnlig oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Foretaksmøte 4.3 Styring og oppfølging 2008

Foretaksmøte 4.3.1 Risikostyring og intern kontroll

Styringskrav: 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.

Helse Sør-Øst RHF har etablert styringssystem for å sikre god internkontroll i forhold til å ivareta eierstyringen og "sørge for"-ansvaret i tråd med foretaksprotokoll og oppdragsdokument. Roller, ansvar og oppgaver fremkommer i lederavtaler og plan for gjennomføring dokumenteres i virksomhetsplaner.

Eierstyringen ivaretas gjennom foretaksmøter og bestilling av helsetjenester som del av "sørge for"-ansvaret nedfelles i driftavtaler. Oppfølging foretas i dialogmøter og ordinær rapportering.

Det er også iverksatt prosesser for å implementere risikostyring som ledd i sikring av god virksomhetsstyring i hele helseforetaksgruppen. Som ledd i dette er det utarbeidet "Veileder i risikovurdering/styring" i foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har satt i system innrapportering fra helseforetakene som sammen med det regionale helseforetakets risikovurdering danner grunnlag for utarbeidelse av tiltak for forbedring i internkontrollen. Risikovurdering blir gjennomført på regionalt helseforetaks-nivå og i helseforetakene februar/mars og lagt frem for styret i april.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har etablert internrevisjonsfunksjon som innehar en uavhengig bekreftelsesfunksjon i forhold til å se etter om internkontrollen er tilstrekkelig, hensiktsmessig og effektiv slik at den understøtter mål- og resultatoppnåelse, etterlevelse av lover og forskrifter samt korrekt rapportering.

Kvalitetsstyring med vekt på risiko og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet har sterk ledelsesforankring og administrerende direktør har tidligere definert målene for omstillingsprogrammet i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi. Helsetilsynet, pasientombudene og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er viktigere bidragsyttere til å avdekke forbedringsområder som Helse Sør-Øst må ta på alvor for å oppnå trygge og gode helsetjenester for befolkningen.

Selv om norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv er pasientsikkerhetsproblemet stort også hos oss. 10-20 % av pasientene rammes av uønskede hendelser i Norge og 40-50 % av disse kan forebygges. Det er behov for mer kunnskap om hvordan uønskede hendelser kan forebygges. Samtidig er det blitt en erkjennelse at de fleste uhell skyldes systemfeil og at system og rutiner må være så gode at den menneskelige faktor tilnærmet elimineres.

Helse Sør-Øst har i 2008 lagt stor vekt på systemarbeid, og gjennomfører tiltak for å bedre kvalitetsstyringen generelt og pasientsikkerheten spesielt innen følgende hovedretninger:

- Gode system for å avdekke kritiske områder som kan forebygges gjennom **risikostyring** og etablering av god **internkontroll**. Ledelsens gjennomgåelse og risikostyring har derfor vært et prioritert område i 2008.
- Gode system for å avdekke feil/uønskede hendelser gjennom **avviksbehandling** der en uønsket hendelse har skjedd. Skadeomfanget må derfor begrenses og gjentakelse av hendelsen unngås. Utvikling av avvikssystem har vært et viktig tiltak i Helse Sør-Øst i 2008.

Som ledd i dette arbeidet har Helse Sør-Øst RHF i 2008 lagt vekt på å gjennomføre eller planlegge oppfølging på følgende områder:

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) og risikostyring:

Styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på oppfølging av internkontrollen, risikovurdering og tiltak for å følge opp avvik/forbedringsområder. LGG skal synliggjøre det aggregerte risikobildet i helseforetakene og bidra til å forebygge lovbrudd og annen svikt eller fare for svikt på alle nivå. Inkludert i de etablerte rutiner er ledelsens gjennomgåelse i det regionale helseforetaket. Egen mal og sjekklister for bruk under LGG er utarbeidet og inngår i en veileder utarbeidet våren/sommeren 2008.

Det overordnede ansvar for at det er etablert rutiner for risikostyring er ihht foretaksmøteprotokoll 24. januar 2008 pålagt styret. Styret for Helse Sør RHF vedtok 4. september 2008 retningslinjer for arbeidet med risikostyring i form av ovennevnte veileder. Vedtaket innebærer at veilederen skal legges til grunn for det videre arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst og at styret to ganger pr år skal få seg forelagt egen sak om status for risikovurdering i foretaksgruppen. Kravene er videreført til helseforetakene gjennom protokoller fra foretaksmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak.

For 2008 er det gjennomført risikovurderinger i foretaksgruppen og i det regionale helseforetaket med utgangspunkt i veilederen. For å forankre arbeidet i helseforetakene er det gjennomført informasjonsrunder til ledergruppene i flere helseforetak der representanter fra det regionale helseforetaket og internrevisjonen deltok. Det er også holdt eget møte med de ansvarlige for arbeidet med risikovurdering i alle helseforetak.

I 2008 ble det gjennomført risikovurderinger to ganger i foretaksgruppen, der resultatet ble forelagt for RHF-styret. Første gang skjer dette etter mottatt oppdragsdokument og foretaksprotokoll og styret får seg forelagt vurderingen i februar/mars. Annen gangs

vurdering skal skje med basis i statusvurderinger ved utløpet av 2. tertial. For 2008 var enkelte vurderinger her gjort pr 1. halvår, da frist for styrebehandling før rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet ikke muliggjorde reell vurdering etter 2. tertial. Følgende risikoområder fremkom ved vurderingen pr 2. tertial (for samtlige definerte områder er utarbeidet tiltak for å korrigere avvik):

Helse Sør-Øst - risikovurdering 1.halvår 2008						
		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5			- Pasient-sikkerhet - Bemannings-utviklingen - Aktivitets-utvikling rus / psykisk helse	- Innkjøps-programmet - Ledelses-informasjon (LIS)	- Økonomisk resultat
	4		- Arbeidsmiljø / medarbeider-tilfredshet	- IKT-sikkerhet - Samhandling	- Ventetider / lav kapasitet rus - Omdømme - Sykefravær	- Fristbrudd - Korridor-pasienter - Epikrisetid
	3			- Omstillings-programmet	- Ledelse - Investeringer	
	2					
	1					

Oppfølging av rapportene fra Helsetilsynet og pasientombudene og Norsk Pasientskadeerstatning:

Helse Sør-Øst RHF har i forbindelse med års-/ tilsynsmeldingene innarbeidet faste rutiner for kontaktmøter med Helsetilsynet og pasientombudene, og deltar i NPE sin dag der Årsmeldingen legges frem. I tillegg har helseforetakene/sykehusene fortløpende møter med Helsetilsynet og med pasientombudene. Oppsummeringene for 2007 viste at Helse Sør-Øst har mange forbedringsområder å ta tak i.

Helsetilsynet: Helse Sør-Øst RHF valgte i 2008 å legge særlig vekt på oppfølging av Helsetilsynets rapport "Mens vi venter" fra det landsomfattende tilsynet i akuttmottakene, ved å sette i gang arbeid med akkreditering/sertifisering av akuttmottak i samarbeid med Norsk Akkreditering. Dette for å bidra til systematisk, målrettet og ansvarlig styring av driften.

Pasientombudene: Hovedsaken for pasientombudene er helsepersonellens manglende kunnskap om pasientrettigheter. Helseforetakene/sykehusene har bidratt til arbeidet med veilederne i prosjektet "Riktigere prioritering i helsetjenesten" og følger opp ved å sikre implementeringen, med hjelp fra Helse Sør-Øst RHF og Hdir. Pasientombudenes har tilbudt helseforetakene opplæring i pasientrettighetene.

NPE-sakene: NPE-saker kostet Helse Sør-Øst 261 millioner kroner i 2007, med ortopedi som den desidert største gruppen. Deretter følger kreftsykdommer og fordøyelsessykdommer. Slik har det vært de siste årene. NPE har uttalt at det ikke er grunnlag for å si at økningen i antall NPE-saker skyldes dårligere kvalitet i helsetjenesten. Hovedgrunnen er mest sannsynlig økende kjennskap til ordningen og egne rettigheter.

NPE-sakene skal følges opp i det interne avvikssystemet i helseforetakene/sykehusene for å sikre åpenhet, god håndtering og læring av uønskede hendelser. NPE-sakene skal også brukes i vurderingen og håndteringen av risiko på alle aktuelle nivå i helseforetaket/sykehuset.

Rapportering av avvik etter tilsyn i Helse Sør-Øst i 2008

Det er gjennomført 121 tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av 2008. Tabellen under gir en summarisk oversikt over antall tilsyn, avvik og ikke lukkede avvik i 2008 i alle helseforetakene:

Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik
Statens Helsetilsyn Inkludert tilsyn av blodbank	27	32	8
Statens legemiddelverk	12	50	28
Octapharma	2	16	1
Datatilsynet	1	2	
Mattilsynet	12	11	5
HMS: Arbeidstilsynet	8	36	17
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	10	25	16
HMS: Statens forurensningstilsyn	1	1	
Statens strålevern	1	2	2
Statens Helsetilsyn/Statens institutt for folkehelse			
Fylkesmannen			
• Forurensningsloven	1	5	2
Kommunene	1	0	0
Lokalt el-tilsyn	3	2	
Kommunalt brannvesen	47	93	17
Internrevisjonen	8		
Riksrevisjonen	2		
Andre	1	15	
• Kommunehelsetjenesteloven (Badeanlegg og dusjanlegg. Tiltaksplaner er utarbeidet og oversendt tilsynsmyndigheten innen gitte frister, 12.10.07 og 15.09.08)			
• Psykologer og psykiaters meldeplikt om førerkortkrav (Psykiatrisk fylkesavdeling og Nordre Vestfold DPS) (Det er lagt fram forslag til utarbeidelse av felles prosedyre for vurdering og dokumentasjon. Brev om plan for lukking av avvik sendes Helsetilsynet.)	1		
Sum	130	290	96

Alle helseforetakene har rapportert avvik etter eksterne tilsyn. Fra de private sykehusene med driftsavtale med Helse Sør-Øst mangler svar fra Diakonhjemmet sykehus og Martina Hansens Hospital.

Kommunalt brannvesen har gitt 93 avvik/pålegg. Av disse er 17 ikke lukket. Dette er likevel et bedre forholdstall enn i 2007. Avvikene er under tiltaksplan for lukking over flere år. Statens Helsetilsyn (herunder tilsyn av blodbank) ga 32 avvik hvorav 8 er ikke lukket. Dette er også bedre resultat enn i 2007, der over halvparten av avvikene ikke var lukket. Etter

tilsynet fra Statens legemiddelverk er 29 avvik ikke lukket i 2008, mens alle var lukket innen årsskiftet i 2007. Arbeidstilsynet har også relativt høyt antall avvik, selv lenge etter tilsynet.

En årsak til at avvik ikke er lukket kan være at helseforetakenes frister for å levere dokumentasjon på gjennomførte tiltak ikke har forfalt. En annen årsak er at lukking av avvik kan ta lang tid fordi det krever iverksetting og evaluering av tiltak for å unngå nye avvik. Det kan derfor ikke forventes at alle avvik fra 2008 er lukket enda.

Helseforetakene er pliktsubjekt ved tilsyn og har ansvaret for lukkingen av avvikene. De skal derfor selv til enhver tid ha oversikt over sine avvik og bruke dem aktivt i forbedringsarbeidet. Lokalt styre har ansvar for å følge opp at avvikene lukkes og skal holdes fortløpende orientert om avvik etter tilsyn som ikke er lukket av økonomiske eller andre årsaker.

Oppfølging av nasjonale satsninger

Helse Sør-Øst har som mål å oppnå en helhetlig sammenheng mellom de nasjonale, regionale og lokale satsninger og resultater. Det gjelder eksempelvis arbeidet med medisinske kvalitetsregister, nasjonale retningslinjer for god praksis, nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser, nasjonale kvalitetsindikatorer (eksempelvis epikrisetid/epikrise til pasienter, individuell plan og korridorpasienter), nasjonale meldesystem, arbeidet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, nasjonalt helsenett, pasientadministrative systemer, elektronisk pasientjournal, Nasjonal kvalitetsstrategi og Nasjonal helseplan.

Styringskrav: 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. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2008. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.

Styresak 4. september med ajourførte risikovurderinger pr 1. tertial/1. halvår fra regionalt helseforetaks-nivå og helseforetakene og forslag til veileder for videre arbeid innen dette området. Grunnlag for rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet.

Interne revisjoner i 2008

Internrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen. Internrevisjonen er faglig underlagt Styret for Helse Sør-Øst RHF v/Revisjonskomiteen og administrativt underlagt administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF.

Internrevisjonens har innenfor rammene av "god eier- og virksomhetsstyring", en todelt rolle:

- På vegne av styret - "se etter at" det er etablert god internkontroll i foretaksgruppen som gir rimelig sikkerhet for at foretaksgruppen når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk
- Gjennom dialog og samhandling med administrerende direktør - "bidra til forbedring" i foretaksgruppens interne styring og kontroll ved at kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, svakheter og mangler i internkontrollen omsettes til systematiske forbedringstiltak

Internrevisjonens aktivitetsnivå i 2008 vært høyere enn tidligere år. Følgende revisjoner er gjennomført, eller under arbeid:

- Dokumentflyt i pasientarbeidet/Henvissningsrutiner
Revisjon er gjennomført ved 8 helseforetak - Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Blefjell sykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Rikshospitalet HF. Resultatet av

revisjonene er fremlagt lokalt styre med handlingsplaner til forbedring, samt en oppsummeringsrapport til Helse Sør-Øst RHF.

- Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomisk balanse
Revisjon er gjennomført ved Sykehuset i Buskerud HF. Rapport er behandlet av lokalt styre og forbedringstiltak iverksatt. Styret i Helse Sør-Øst RHF er informert av Revisjonskomiteen. Revisjon av ytterligere 2 helseforetak - Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF - ble startet opp høsten 2008. Behandling av rapport i lokalt styre vil finne sted hhv januar og mars 2009.
- Revisjon av innkjøpsområdet
Revisjon ved Sykehuset Innlandet HF ble startet opp høsten 2008. Rapport skal behandles av lokalt styre i våren 2009.
- Forskning i et interkontrollperspektiv
Revisjon av forskning ved Rikshospitalet HF ble startet opp høsten 2008. Rapportbehandling vil finne sted i 2009.
- Revisjon av pasientforløp innenfor Barne- og ungdomspsykiatrien
Revisjon ved Psykiatrien i Vestfold HF ble startet opp høsten 2008. Rapportbehandling vil finne sted 1. halvår 2009.
- Internkontroll med fokus på risikostyring ved Helse Sør-Øst RHF
Revisjon ble startet opp sommeren 2008. Rapportbehandling vil finne sted 1. kvartal 2009.
- Revisjon TNF-hemmere - forskrivning, innkjøp og fakturering ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst som forskriver disse høykostlegemidlene og de private sykehusene med avtale
Revisjon ble startet opp i 2008 ved alle helseforetak som forskriver TNF- hemmere og de private sykehusene med avtale. Rapportbehandling vil finne sted lokalt og regionalt i perioden mars-april 2009

I tillegg er det foretatt oppfølging av revisjoner gjennomført i 2006 og 2007 overfor helseforetakene innenfor områdene forskning og innkjøp.

De gjennomførte revisjonene i 2008 har vist at det er forbedringsområder innenfor reviderte områder for alle helseforetak som var omfattet av revisjon. Handlingsplaner er, eller vil bli, styrebehandlet både på foretaksnivå og på regionalt nivå.

Internrevisjonen holdes løpende orientert om fremdrift og resultat fra det regionale helseforetakets risikostyringsaktiviteter i helseforetaksgruppen. Resultatene fra dette arbeidet benyttes i internrevisjonens revisjonsplanlegging.

Nærmere detaljer knyttet til internrevisjonens arbeid fremgår av *Årsrapport 2008 – Internrevisjonen Helse Sør-Øst*. Rapporten skal behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 30. mars 2009.

Revisjonsplan for 2009 er under utarbeidelse og vil bli fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 30. mars. Hovedfokus for perioden 2009-10 vil være store endringer i virksomheten og nye virksomhetsområder.

Styringskrav: Styrets kontrollkomité skal heretter benevnes "styrets revisjonskomité". Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Revisjonskomiteen skal bestå av tre styremedlemmer hvor minst ett av medlemmene skal ha regnskapskompetanse eller revisjonskompetanse.

Styrets kontrollkomité har i henhold til foretaksmøteprotokoll skiftet navn til revisjonskomité og har fire medlemmer, hvorav ett fyller kravet om å inneha regnskaps- eller revisjonskompetanse.

Foretaksmøte 4.3.2 Økt kontroll med bemanningsutviklingen

Styringskrav: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF sikrer at fullmaksstrukturen i foretaksgruppen er utformet slik at fullmakter til å ansette eller opprette stillinger skal ligge på høyere eller samme nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarende skal gjelde for bruk av innleid arbeidskraft og godkjenning av overtid.

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at det innen 1. mai 2008 er etablert et utvalg for hvert av de underliggende helseforetakene som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelse i vakante stillinger i helseforetaket.

Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF sikrer at helseforetakene etablerer rutiner for at egne ansatte blir omdisponert på tvers av divisjoner, avdelinger og poster slik at bruken av innleid personell kan reduseres.

Helse Sør-Øst RHF må sikre at underliggende helseforetak følger etablerte rutiner ved ansettelse, oppretting eller omdisponering av stillinger som er omfattet av legefordelingssystemet.

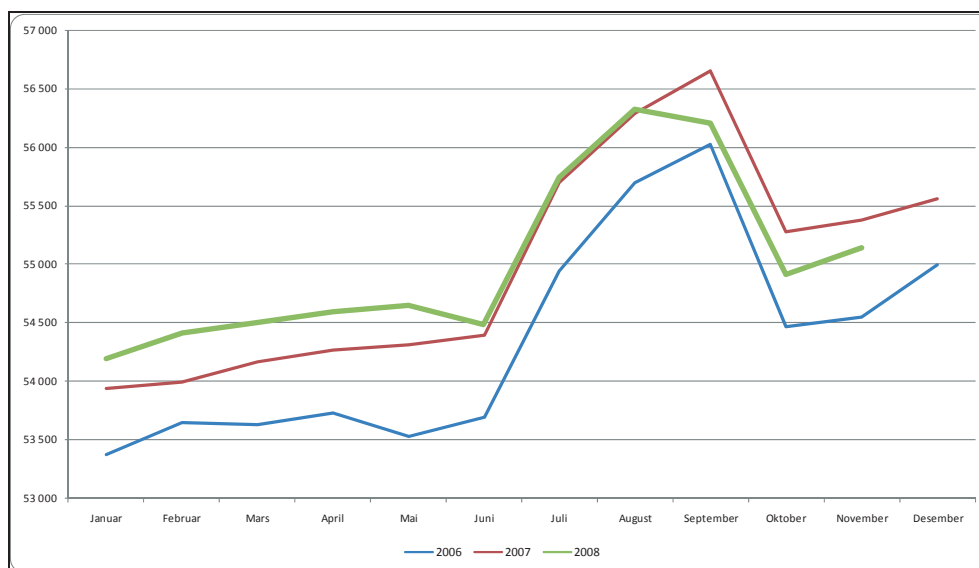
Helse Sør-Øst RHF må sikre at bemanningen i det enkelte helseforetak er sammensatt på en hensiktsmessig måte i forhold til foretakets oppgaver.

Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF sikrer at underliggende helseforetak planlegger og gjennomfører ferieavviklinger på en mest mulig kostnadseffektiv måte.

Helseforetakene har i samarbeid med regionhelseforetaket arbeidet aktivt med å redusere bemanningen i hele 2008. Bemanningsutviklingen har stabilisert seg, og nivået er redusert fra sommeren og frem til slutten av året. De første fem månedene lå bemanningen imidlertid på for høyt nivå. Dette fører til at det totale antall årsverk for 2008 blir som i 2007.

Per november har det vært en svak økning i bemanningen med 70 årsverk (0,1 %). Det forventes at når tallene for desember rapporteres, vil dette bli noe redusert.

Helse Sør-Øst fått tilført nye oppgaver som per november utgjør en faktisk bemanningsøkning på 63 månedesverk. Det har også vært en økning i eksternfinansierte årsverk og årsverk knyttet til psykisk helsevern.



Følgende tiltak er gjennomført i 2008;

- Fullmakter til å ansette eller opprette stillinger er gjennomgått og justert, slik at de i alle foretak nå ligger på høyere eller samme nivå som tildelt budsjettansvar.

- Ved alle foretak er det før 1. mai opprettet utvalg for å godkjenne ansettelse i alle stillinger (nyopprettede og vakanser)
- Alle foretak har etablert rutiner for å redusere innleie.
- Ferieavviklingen i 2008 ble i alle foretak planlagt og gjennomført med hensyn på å minimere kostnadene.
- Alle legestillinger i regionen er kartlagt og kontrollert opp mot Nasjonalt råd. Samtidig gjennomføres et eget prosjekt for å se på legefördelingen i regionen. Arbeidet ferdigstilles i løpet av februar 2009.
- Det er innført særskilt rapportering for å se på bemanningssammensetning ved foretakene
- Bemanningsutviklingen har vært fast tema på alle oppfølgingsmøter med helseforetakene og i HR-direktørmøtene.

Foretaksmøte 4.3.3 Konsekvensanalyser og tiltak i forbindelse med omstilling 2008

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal sikre at det iverksettes tiltak som bidrar til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er konkretisert og gjennomførbare.

I denne sammenheng skal Helse Sør-Øst RHF i 2008 legge sterkere vekt på å sikre:

- at det enkelte helseforetak til en hver tid har en plan med konkrete tiltak som viser nødvendig omstilling for å nå økonomisk balanse. Konsekvensene av tiltakene skal være beskrevet og framdriftsplanen for gjennomføring skal være realistisk,
- at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter,
- at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt først skal behandles i det aktuelle helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke endringer tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og brukerne,
- at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende måloppnåelse av planlagte tiltak

Dette er fulgt opp via det ordinære rapporteringssystemet hvor de budsjetterte omstillingstiltakene er rapportert hver måned. Manglende resultater og tiltak er fulgt opp i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Styringskrav: Foretaksmøtet forutsatte at styret sørger for at administrasjonene på ulike nivå har de nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte de store utfordringer som helseforetaksgruppen står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.

Det er etablert et samlet program for omstilling og utvikling av foretaksgruppen. I den forbindelse er det fastsatt egne mål og tiltak for innsatsområdet "Mobilisering av ledere og medarbeidere". Disse er fulgt opp gjennom de ordinære styringslinjene. Det er gjennomført følgende tiltak:

- Regional HR-strategi
- Regionale prinsipper for medvirkning i omstillingsprosesser
- Regional omstillingsavtale (særavtale) med organisasjonene
- Høy aktivitet på lederutvikling med vekt på å forankre målene for omstillingsprogrammet og prinsippene for medvirkning i omstillingsprosesser. Det er i tillegg gjennomført tiltak for å styrke foretakenes egen lederutviklingskompetanse
- Informasjon og forberedende tiltak vedr. Helse- og omsorgsdepartementets prosjekt "Pilotsykehus" (7 prosjektbeskrivelser til behandling i HOD.)

Det er ellers igangsatt en rekke prosjekter for effektivisering av administrative støttefunksjoner (AdmHR, felles tjenesteleverandør IKT m.fl.). Som følge av dette vil det skje en samordning og standardisering spesielt av transaksjonstunge funksjoner.

Styringskrav: Foretaksmøtet oppfordret Helse Sør-Øst RHF til å bidra til en mer utstrakt erfaringsutveksling rundt økonomisk styring og kontroll mellom de regionale helseforetakene. Dette gjelder blant annet tema som budsjettering, periodisering, omstilling og oppfølging. De regionale helseforetakene må selv finne frem til en egnet form for erfaringsutveksling.

Det pågår interregional samhandling på en lang rekke områder for å sikre erfaringsutveksling og nødvendige fellesløsninger. Det er etablert et eget økonomilederforum der samhandlingen innen økonomiområdet blir ivarettatt.

Foretaksmøte 4.3.4 Rapporteringsrutiner

Styringskrav: Rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom ØBAK 2008, skjema E2 og tilhørende informasjon, skal fortrinnsvis styrebehandles i forkant av oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet. Som et minstekrav forutsettes det at styret mottar kopi av oversendelsen til Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret tar en aktiv rolle ved behandling av perioderegnskaper.

Dette er fulgt opp i styremøtene til Helse Sør-Øst RHF.

Styringskrav: Gjennom ØBAK 2008 videreføres rapporteringsopplegget for 2007 med enkelte endringer. Det forutsettes at det resultatoppsettet som benyttes ved rapportering til eier også benyttes ved styrebehandling hos Helse Sør-Øst RHF og tilhørende foretaksgruppe. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i helseforetaksgruppen hver måned. Nytt av året er at det skal oversendes en fullstendig rapportering også av juli-tall. For januar 2008 forventes det at Helse Sør-Øst RHF rapporterer på enkelte av parametrene i ØBAK 2008 i tråd med presisering i vedlegg 1.

Dette er fulgt opp via det ordinære rapporteringssystemet.

Foretaksmøte 4.4 Investeringer og kapitalforvaltning

Styringskrav: Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF må sikre at det foreligger vedlikeholdsplaner i regionen som sikrer god forvaltning av eksisterende kapital. Disse planene må omfatte oppgraderingsbehov og ses i sammenheng med nye investeringsprosjekter. Helse Sør-Øst RHF skal rapportere status for arbeidet med vedlikeholdsplaner sammen med rapporteringen for 2. tertial 2008.

Helse Sør-Øst RHF har pålagt helseforetakene rapportering av arbeidet med vedlikeholdsplaner etter 2. tertial 2008. Resultatet er rapportert til Helse og omsorgsdepartementet. Alle helseforetakene har forskjellige former for vedlikeholdsplaner og oppfølging. Gjennomgående rapporteres det begrensninger i muligheter til oppgradering til tilfredsstillende standard på grunn av det store behovet i forhold til økonomiske rammer. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en omfattende tilstandsvurdering av bygg. Denne angir tilstandsklasse etter Norsk Standard. I planlegging av nyinvesteringer lang og kort sikt, danner denne tilstandsvurderingen et grunnlag for hvordan nyinvesteringer prioriteres.

Styringskrav: Fra 2008 er basisrammen økt med 920 mill. kroner for å kunne gjenanskaffe bygg og utstyr. Følgende forutsetninger er lagt til grunn for bevilgningsøkningen:

- Investeringer skal som hovedregel ikke lånefinansieres. Helse Sør-Øst RHF må planlegge framdriften på framtidige investeringsprosjekter innenfor det etablerte nivået i basisbevilgningen.
- Økningen av basisrammen skal i 2008 finansiere større igangsatte prosjekter samt investeringer under Opptappingsplanen for psykisk helse. Investeringsaktiviteten i 2008 skal ikke økes utover tidligere planlagt nivå.
- Selv om økte inntektsrammer muliggjør større grad av gjenanskaffelse av bygg og utstyr kan ikke alle investeringsplaner realiseres parallelt. Helse Sør-Øst RHF må fordele den likviditetsmessige rammen til finansiering av investeringer mellom helseforetak i regionen, i forhold til prioriterte investeringsprosjekter.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom styresak 033-2008 og 131-2008 anskuelig gjort det finansielle handlingsrommet for nyinvesteringer. Prioritering av investeringer er gjort ut fra dette handlingsrommet, på basis av føringer i foretaksprotokollen. De største investeringene er det forutsatt at det gis lånetilgang fra eier og at egenfinansieringen ligger innenfor økonomisk bæreevne.

Styringskrav: Foretaksmøtet presiserte at det i de tidlige planleggingsfasene for nye investeringer ikke må foretas tomtekjøp, inngås opsjonsavtaler eller foretas andre disposisjoner som på en uheldig måte legger føringer for den endelige investeringsbeslutningen.

Helse Sør-Øst har ikke foretatt tomteoppkjøp i 2008, men er i forhandlinger om kjøp av tomt f på Gullaug på basis av oppdrag gitt av HOD i foretaksmøte av 17. desember 2007.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal presentere en samlet vurdering av planlagte investeringer i de kommende årene i Årlig melding. Det skal beskrives hvordan prosjektene er planlagt realisert innenfor tilgjengelige ressurser og framtidig økonomisk bæreevne.

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet med å prioritere investeringsprosjekter på i størrelsesorden 20 MRD NOK innmeldt av helseforetakene. I forhold til de tilgjengelige investeringsrammer og begrensninger i lånetilsagn, er det svært få prosjekter som kan prioriteres og igangsettes på kortere sikt.

Helse Sør-Øst RHF har kun gitt tilslutning til å gå videre med to prosjekter over 50 MNOK i inneværende år. Det største er nytt sykehus i Østfold, som etter gjennomført konseptfase ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 132-2008. Det er oversendt HOD for etablering av eierdialog og foreløpig myndighetsvurdering, før evt oppstart av forprosjekt kan vedtas. En komplett vurdering av alle prosjekt og langtidsprioritering innenfor finansielt handlingsrom er gjort i styresak 131-2008

Foretaksmøte 4.5 Låneopptak og driftskreditter

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet på låneopptak, likviditet og kontantstrøm

Låneopptak, likviditet og kontantstrøm rapporteres i det ordinære rapporteringssystemet tertialvis til Helse- og omsorgsdepartementet.

Foretaksmøtets sak 5: Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2008

Foretaksmøte 5.1 Samordning av stabs- og støttefunksjoner

Styringskrav: Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med samordning av stabs- og støttefunksjoner i tråd med de anbefalinger som er gitt i fellesutredningen datert 15. november 2007. Dette innebærer at det skal etableres nasjonale fellesløsninger innenfor områdene HR/lønn, økonomi/regnskap og innkjøp.

Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å lede arbeidet, der de andre regionale helseforetakene deltar, for å legge fram en felles fremdriftsplan for dette arbeidet innen 1. november 2008.

Det vises til eget notat datert 29. oktober 2008 til Helse- og omsorgsdepartementet med Statusrapport fase 2 NPSS. Fase 2 er i gang og ligger an til å oppfylle forutsetningene gitt i felles styresaker og protokollen fra foretaksmøtet. Det er en utfordring å få frem gode løsninger basert på konsensus i programmet. Utfordringen forventes å bli større etter hvert som man blir mer konkret på at regionene må forplikte seg til konkrete løsninger. Lang gjennomføringstid kan være en utfordring og det er behov for en presisering av hvilke

forventninger regionene (og eventuelt HOD) har til begrepet "på sikt". Dette har også sammenheng med regionenes vurderinger av hvordan programmet skal prioriteres i forhold til andre utfordringer.

Det er fortsatt noen uavklarte problemstillinger knyttet styringsmodeller for felles forvaltning av standarder og teknisk drift av systemløsningene. Dette arbeidet vil bli koordinert mot Nasjonal IKT.

To anskaffelsesprosjekter som dekker alle områdene HR/lønn, økonomi/regnskap og innkjøp., er godt i gang. Det er gjennomført en nasjonal systemanskaffelse for HR-området samt at det pågår en felles anskaffelse for økonomi- og innkjøp-/logistikkområdet.

Foretaksmøte 5.2 HR-området – personell som innsatsfaktor i helseforetakene

Foretaksmøte 5.2.1 Oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv

Styringskrav: Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF setter interne mål for virksomhetens planlagte IA-arbeid for 2008. Det skal settes mål for følgende områder:

- Redusert sykefravær
- Beholde og rekruttere personell med redusert funksjonsevne
- Øke den reelle pensjoneringsalder

Redusert sykefravær

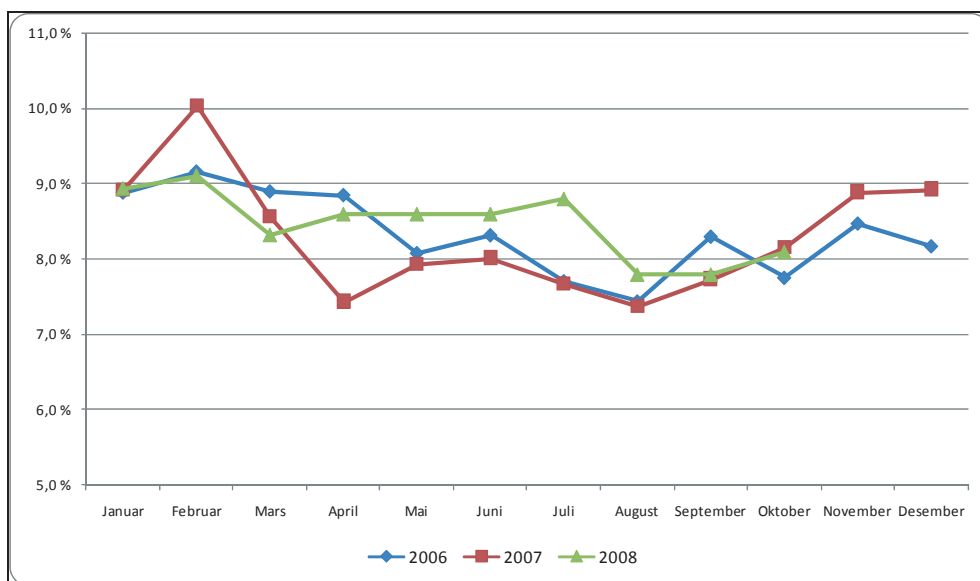
Helse Sør-Øst satte som mål å redusere sykefraværet med ett prosentpoeng i 2008. Dette målet er ikke nådd. Ved utgangen av november 2008 var det registrert 8,5 % sykefravær mot 8,4 % i 2007. I 2008 har det vært jobbet lokalt med tiltak for å redusere sykefraværet. I tillegg har Helse Sør-Øst tiltak på tre områder for å bidra til reduksjon i sykefraværet.

1. Systematisk tett og god oppfølging av sykemeldte fra nærmeste leder:
Det er utviklet hjelpeverktøy i for ledere i forbindelse med oppfølging av sykemeldte. Dette er et verktøy som gir ledere påminnelse om oppfølgingssamtaler og oppfølgingsplaner samt informasjon om hvordan de skal følge opp medarbeidere og som samtidig dokumenterer oppfølgingsarbeidet. Løsningen er implementert i de tidligere Helse Sør-foretakene. De resterende foretak vil få tilgang til løsningen ved innføring av nytt felles HR-system, som implementeres gradvis fra første kvartal 2009.
2. Lederutvikling for førstelinjeledere:
For å styrke lederutvikling av førstelinjeledere gjennomførte Helse Sør-Øst et felles opplæringsprogram for foretaksinterne lederutviklere i 2008.
3. Arbeidsmiljøutvikling:
Det er utviklet en felles medarbeiderundersøkelse og en "verktøykasse" med metoder for mobilisering og utvikling av medarbeidere, arbeidsgrupper og arbeidsmiljø. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden oktober til desember.

Øke den reelle pensjoneringsalder

Helse Sør-Øst RHF har igangsatt et samarbeid med KLP for å få bedret rapporteringen på antall uførepensjonerte og antall ansatte med overgang til AFP. Det jobbes også med KLP i forhold til å få et bedre kostnadsbilde knyttet til uførepensjon. I 2009 er rapporteringen fra foretakene utvidet ved at antall ansatte og kostnader knyttet til uførepensjon og AFP skal rapporteres hvert tertial. Dette for å få et sterkere fokus på problemstillingen.

AFP er en kostnad som påføres foretakene direkte, mens uførepensjon dekkes gjensidig. Helse Sør-Øst RHF vil derfor ta initiativ i det interregionale standardiseringsprosjektet for å sikre at rapporteringen blir lik.



Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å ha oppmerksomhet knyttet til prosjektet "Aktive Sykehus" som allerede er igangsatt ved flere sykehus, og som har som siktemål blant annet å redusere sykefraværet.

I Helse Sør-Øst deltar to foretak i dette prosjektet - Sykehuset i Vestfold (SIV) og Sykehuset Østfold (SØ). Deres statusvurdering pr. 31.12.08 kan kort oppsummeres som følger:

- SIV: Prosjektet har til nå resultert i et stort engasjement i sykehuset, men det er for tidlig å si om det er dette prosjektet som har vært avgjørende i nedgangen i sykefraværet samt i den svake oppgangen av medarbeidertilfredsheten som har skjedd
- SØ: Det overordnede mål var å skape positivt engasjement i organisasjonen. Delmål var å sette fokus på fysisk aktivitet og ansvar for egen helse. Det er ikke mulig å måle direkte effekter av prosjektet i forhold til sykefravær, men foretaket ser prosjektet som en del av dette arbeidet

Foretaksmøte 5.2.2 Registrering av helsepersonells bierverv i administrative systemer

Styringskrav: Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF utvikler felles systemer for enhetlig rapportering og kontroll av bierverv, i forbindelse med de regionale helseforetakenes videre arbeid med organiseringen av stabs- og støttefunksjoner.

Ved inngåelse av avtale om nytt lønns- og personalsystem ble det lagt inn som krav til leverandøren at systemet minst er i stand til å videreføre den løsning som er etablert av tidligere Helse Sør v/Sykehuspartner. Det skal enkelt kunne gjøres endringer i kodeverk, rapporter m.v.

Løsningen innebærer at den enkelte ansatte selv registrerer aktuelle bierverv i forhold til aktuell kode, setter opp søknad og sender denne elektronisk til leder. Leder godkjenner eller avviser biervervene og sørger for at resultatet går til elektronisk personalmappe.

Systemet gir fleksible muligheter for rapportuttak på ulike kategorier og organisatoriske nivåer. Biervervsutvalget i Helse Sør-Øst følger opp saken i samarbeid med prosjekt AdmHR.

Foretaksmøte 5.2.3 Reduksjon av uønskede deltidstillinger

Styringskrav: Foretaksmøtet viste til undersøkelsen som er gjennomført i Helse Vest RHF, og anmodet om at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører tilsvarende undersøkelse.

Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å:

- kartlegge bruk av uønsket deltid i helseforetakene og årsaken til denne,
- konkretisere og iverksette tiltak for å tilrettelegge for at arbeidstakere som ønsker økte stillingsandeler skal få dette, og
- måle effekt av iverksatte tiltak (reduksjon i uønsket deltid).

Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til eier på kartlegging av uønsket deltid og konkretisering av tiltak innen 1.juli 2008. Det skal rapporteres på effekt av iverksatte tiltak i Årlig melding for 2008.

Det ble våren 2008 foretatt kartlegging som bestilt ved alle våre underliggende helseforetak. Dette ble gjennomført ved hjelp av spørreundersøkelser basert på en felles mal.

Rapport til eier med redegjørelse for resultatene av foretakenes kartlegging og status for arbeidet med tiltak er avgitt i brev til departementet datert 23. juni 2008.

Undersøkelsene ble i praksis foretatt på noe ulike måter og med varierende svarprosent ved foretakene. Funnene var ikke entydige - verken m.h.t. ansattes ønsker eller årsaker til deltid. De gav således ikke direkte grunnlag for å prioritere tiltak.

Det har vært nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe på regionalt helseforetaks-nivå for å utrede og evt. forslå aktuelle tiltak i hele Helse Sør-Øst. Gruppen har drøftet årsaker og ulike typer tiltak. Foreløpig har det ikke blitt funnet grunnlag for fellesløsninger. Gruppen anbefalte derfor at styringskravet ble fulgt opp konkret i forhold til det enkelte foretak og dets muligheter.

Administrerende direktør har etter dette bedt foretakene konkretisere lokalt tilpassede tiltak. De har rapportert på status pr. 15. oktober 2008. De er samtidig varslet om at igangsatte tiltak og foreløpige effekter vil bli fulgt opp i tilknytning til årlig melding.

En del tiltak er allerede iverksatt, spesielt ved de foretak som har en stor andel ufrivillig deltidsansatte. Det må likevel påregnes at nye tiltak ikke får full effekt før tidligst i løpet av 2009.

Foretaksmøte 5.2.4 Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn og språkkrav til utenlandsk helsepersonell

Styringskrav: I Årlig melding for 2008 skal det på samme måte som i Årlig melding for 2007, rapporteres på antall og andel personer med innvandrerbakgrunn i virksomheten per 1. januar 2008, hvilke mål virksomheten satte for rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn i 2008, samt antall og andel ansatte med innvandrerbakgrunn per 1. januar 2009.

Helse Sør-Øst RHF skal sende en samlerapport for eget område til departementet innen 15. april 2008.

Helse Sør-Øst RHF har i år som i fjor innhentet tallmateriale fra Statistisk sentralbyrå på vegne av foretakene. De sist oppdaterte tall foreligger pr. 4.kvartal 2007:

Sysselsatte 15-74 år pr 4. kvartal 2007. Andel innvandrere

	Sysselsatte		Herav:		Andel		Herav:	
	I alt	Inn- vandrere	Vestlige	Ikke- vestlige	Inn- vandrere	Vestlige	Ikke- vestlige	
	58976	6791	3351	3440	11,5	5,7	5,8	
Aker universitetssykehus HF	3735	616	228	388	16,5	6,1	10,4	
Akershus universitetssykehus HF	4927	668	322	346	13,6	6,5	7	
Blefjell sykehus HF	1233	109	75	34	8,8	6,1	2,8	
Psykiatrien i Vestfold HF	1124	66	41	25	5,9	3,6	2,2	
Rikshospitalet HF	7719	1260	577	683	16,3	7,5	8,8	
Ringerike sykehus HF	960	86	57	29	9	5,9	3	
Sunnaas sykehus HF	673	86	51	35	12,8	7,6	5,2	
Sykehusapotekene ANS	19	5	:	:	26,3	:	:	
Sykehuset Asker og Bærum HF	2340	309	145	164	13,2	6,2	7	
Sykehuset Buskerud HF	3282	314	155	159	9,6	4,7	4,8	
Sykehuset i Vestfold HF	3012	205	123	82	6,8	4,1	2,7	
Sykehuset Innlandet HF	7565	523	350	173	6,9	4,6	2,3	
Sykehuset Telemark HF	2818	218	142	76	7,7	5	2,7	
Sykehuset Østfold HF	4873	403	236	167	8,3	4,8	3,4	
Sørlandet sykehus HF	5350	390	242	148	7,3	4,5	2,8	
Ullevål universitetssykehus HF	8929	1511	596	915	16,9	6,7	10,2	
Medinnova AS	69	8	4	4	11,6	5,8	5,8	
Helse Sør-Øst RHF	348	14	7	7	4	2	2	

Kilde: Den registerbaserte sysselsettingsstatistikken, SSB (www.ssb.no/regsyst)

Alle helseforetak er pålagt å innrapportere mål for rekruttering av innvandrere i 2008. Dette materiale er sammenfattet i den bestilte samlingsrapport til departementet. Per 15.4.08 forelå svar fra i alt 12 av 16 foretak, dvs. en svarprosent på 75 %. Senere har en fått inn rapport også fra de øvrige foretak.

Rapporteringen viser at det ennå er svært varierende innsats og tilsvarende ulik detaljeringsgrad når det gjelder dokumentasjon, formaliserte mål og planer på dette feltet. Dette ser i stor grad ut til felle sammen fordelingen i forhold til følgende bakgrunnsfaktorer:

- Andel innvandrere i befolkningen i de aktuelle opptaksområder
- Andel innvandrere blant nåværende ansatte

Der andel innvandrere i befolkningen er større enn vanlig, er rekrutteringsmålene gjennomgående også mer detaljerte og ambisiøse. Motsatt kan det se ut til en høy andel innvandrere i alle grupper ansatte begrunner en svakere prioritering av dette målområdet

Foretakets størrelse ser også ut spille en viss rolle. Større foretak bruker flere ressurser enn små på å følge opp kravene på dette område.

Styringskrav: Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF påser at underliggende helseforetak legger opp rutiner for vurdering av språkkrav i samsvar Ot.prp. nr. 26 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven.

Alle helseforetak er i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF pålagt å følge opp dette.

Foretaksmøte 5.3 Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn

Foretaksmøte 5.3.1 Stiftelser og legater

Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å igangsette arbeid sammen med de øvrige regionale helseforetakene for å etablere gjennomgående rutiner for håndtering av gaver, stiftelser, legater og fond knyttet til spesialisthelsetjenesten. Endelig rapport sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 30. april 2008.

I foretaksprotokollen av 24. januar 2008 het det under pkt. 5.3 Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn, 5.3.1 Stiftelser og legater, følgende:

"Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å igangsette arbeid sammen med de øvrige regionale helseforetakene for å etablere gjennomgående rutiner for håndtering av gaver, stiftelser, legater og fond knyttet til spesialisthelsetjenesten. Endelig rapport sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 30. april 2008."

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp dette ved at man i samarbeid med de øvrige regionene har utarbeidet et felles sett rutiner for helseforetakene; "Retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser og legater". Retningslinjene ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 4. september 2008, etter at regionene fikk forlenget fristen for rapportering til 20. september 2008. Retningslinjene implementeres i helseforetakene i forbindelse med foretaksmøtene.

Foretaksmøte 5.3.2 Forholdet til ILO-konvensjon nummer 94

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal ved inngåelse av kontrakter ivareta de prinsipper som fremgår av ny § 11a Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter i Lov om offentlige anskaffelser og tilhørende forskrift.

Krav til leverandørene rundt dette er inkorporert i felles avtale- og kontraktsvilkår i foretaksgruppen. Helse Sør-Øst har satt fokus på arbeidet med oppfølging av etikk, miljø og samfunnsansvar og vil i 2009 iverksette ytterligere tiltak. Blant annet vil Helse Sør-Øst starte med oppfølging og kontroll av de leverandørene en har inngått kontrakter med.

Foretaksmøte 5.4 Rikshospitalet - høyspesialisert pasientbehandling

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal videreføre arbeidet med en bedre koordinering av spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet.

Dette følges opp gjennomgående i alle deler av virksomheten. Det vises til omtale i kapittel 1.4 og kapittel 3 om plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst samt vedlegg 3 om omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen (styrets vedtak i sak 108-2008). I vedtakets punkt 13 c fremgår følgende:

Lands-, regions- og områdefunksjoner

Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen. Styret understreker Helse Sør-Øst sin forpliktelse til å ivareta landsfunksjonene slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008

- Det legges til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles. Det samme gjelder den regionale og nasjonale funksjonen innen beredskapsområdet.

- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. Behovet for framtidige bygningsmessige investeringer utredes videre i regi av Oslo universitetssykehus HF.
- En forutsetning for å ta ut de langsiktige gevinstene av denne samordningen er betinget av at det skjer bygningsmessige justeringer og oppgraderinger i dagens bygningsmasse. Styret vil understreke at dette må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift av det nye helseforetaket.

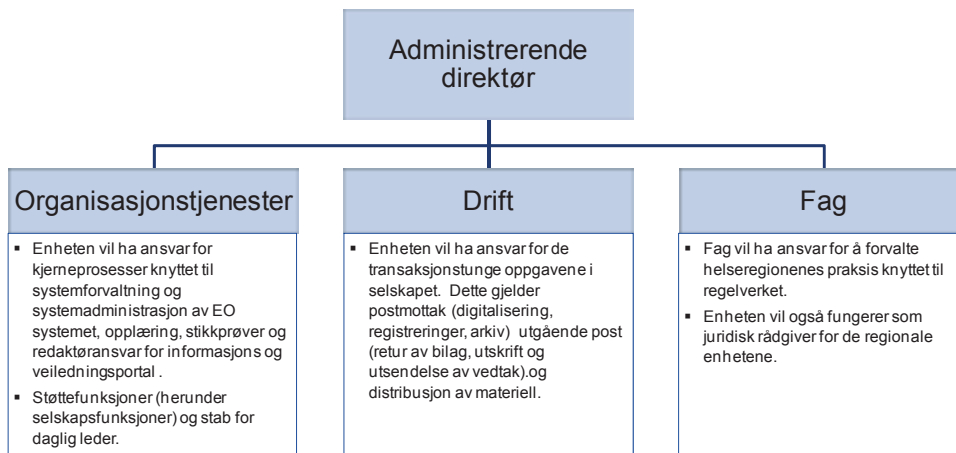
Foretaksmøtets sak 6: Øvrige eierkrav

Foretaksmøte 6.1 Overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak i løpet av 2009

Styringskrav: Det skal etableres en felles enhet for de fire regionale helseforetakene som skal ivareta fellesoppgaver, samordningsoppgaver og transaksjonstunge saksbehandlingsoppgaver.

Det er etablert et nasjonalt prosjekt Pasientreiser. Helse Sør-Øst er prosjekteier og leder nasjonal styringsgruppe.

Regjeringen kunngjorde 18. november 2008 at det nasjonale selskapet for pasientreiser ville bli lagt til Skien. Figuren nedenfor illustrerer hypoteseorganisasjonen for selskapet.



Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for å etablere selskapet på vegne av de fire regionale helseforetakene. Selskapet vil eies av de fire regionale helseforetakene.

Styringskrav: Det skal også etableres flere enheter innen hver helseregion for å ivareta saksbehandlingsoppgaver. Organiseringen regionalt bør sees i sammenheng med organiseringen av kjørekontor og oppgjørstjenester.

Regional organisering ble vedtatt i regional styringsgruppe i Helse Sør-Øst i henhold prosjektets milepæl 30. september 2008. Enkeltoppgjør vil utføres i en regional enhet tilknyttet Sykehuset Innlandet. Reiseplanlegging vil utføres ved dagens etablerte enheter for pasientreiser ved helseforetakene i regionene. Organiseringen av informasjon og veiledning vil behandles i nasjonal styringsgruppe 5. februar 2009.

Styringskrav: Det foreslår brukergrensesnittet med reiseregning/konvoluttløsning, kombinert med felles telefonnummer for service og informasjon og en felles hjemmeside for pasienttransport, legges til grunn for det videre arbeidet.

Nasjonale styringsgruppe vedtok 13. november 2008 den fremtidige hovedprosessen for enkeltoppgjør med arbeidsdeling mellom nasjonalt selskap og lokale enheter for

pasientreiser. Det vil etableres en ordning hvor bruker fyller ut et reiseregningsskjema, legger ved kvitteringer for reisen og postlegger dette i en ferdigadressert konvolutt.

Nasjonale styringsgruppe vedtok 12. desember 2008 fremtidig organisering av informasjon og veiledning. Det vil etableres to nasjonale telefonnummer, 05515 og 05520. Pasientreiser.no skal videreutvikles og speile tjenesten på 05515 og 05520. Det er etablert et eget delprosjekt i prosjekt Pasientreiser som detaljerer og implementerer den fremtidige løsningen.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF må innen 1. april 2008, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og AV etaten, avklare endelig dato for når ansvarsoverføring skal skje.

Helse Sør-Øst gjennomførte et møte med NAV den 28. mars 2008, hvor organisering og fremdriftsplan ble gjennomgått. NAV ga i møtet sin tilslutning til at enkeltoppgjør for pasienttransport må være overført til de regionale helseforetakene senest 31. desember 2009. I vedtatt prosjektplan for prosjekt Pasientreiser er det lagt opp til en utrullingsperiode fra 1. september til 31. desember 2009.

Foretaksmøte 6.2 Pasienttransport – bedre tilgjengelighet og ressursutnyttelse

Styringskrav: Foretaksmøtet la til grunn at tjenesten ved kjørekontorene løpende må vurderes med hensyn til kapasitet, tilgjengelighet og service. Det må arbeides videre med å utvikle og forbedre systemer for elektronisk bestilling, koordinering og kontroll. Videre forutsettes det oppfølging av transportører slik at tjenestene leveres i henhold til kontrakt.

Helse Sør-Øst har et løpende fokus på pasienttransport. De pågående prosjekter ifb med overtakelse av enkeltoppgjør bidrar til at alle deler av pasienttransportarbeidet blir fokusert. Arbeidet med å få flest mulige rekvirenter tilknyttet NISSY videreføres og det er inngått avtale med leverandører av elektroniske støttesystemer for legekontorer slik at primærhelsetjenesten kan ta i bruk systemene.

Helse Sør-Øst ser fortsatt store utfordringer tilknyttet syketransport, kapasitet, tilgjengelighet og service. Alle endringer som skjer både i forhold til organisering av helsetilbudet i Helse Sør-Øst, regelverksendringer, utvikling av elektroniske støttesystemer samt nye pålegg (for eksempel egenandelsrapportering) gjør at informasjonsutfordringene er store og faren for at endringer i rutiner eller praksis ikke oppfattes like lett av alle. Det er Helse Sør-Øst sin oppfatning at uro blant pasienter og bestillere av pasienttransport i stor grad er knyttet til selve endringen, og at når omlegginger er implementert og nye rutiner etter hvert blir kjent aksepterer de ulike kategorier brukere systemene. Brukerne er meget opptatt av pasienttransport og temaet drøftes aktivt i samarbeidet med brukerorganisasjonene.

Utvikling av selve transporttilbudet lider under manglende avklaring av anledning til å etablere egne helsetransportbiler. Helse Sør-Øst beklager at samarbeidet med endring i kjøretøyforskriftene ennå ikke har gitt resultater. Det medfører at forbruket av ambulanser fortsatt er unødig høyt og at tilbudet til de grupper av pasienter ikke er optimalisert.

Helse Sør-Øst gjør oppmerksom på at regionen er i ferd med å starte en helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenester

Styringskrav: Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å etablere kostnadseffektive og tilpassede transportløsninger med god tilgjengelighet. Det er utarbeidet en felles rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet om pasienttransport og transporttilbudet i distriktene. Foretaksmøtet ba om at rapporten distribueres og legges til grunn for videre utvikling av transporttilbudet i helseforetaksgruppen.

Rapporten om pasienttilbud i distriktene er distribuert og de fleste helseforetakene deltok sammen med RHF på seminar om oppfølging og forståelse av rapportens anbefalinger i regionen og at pasienttransport vil inngå i denne gjennomgangen.

Foretaksmøte 6.3 Innføring av automatisk oversendelse av frikort

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at samtlige egenandeler som inngår i tak 1-ordningen (uavhengig av om det er refusjon knyttet til egenandelen eller den korresponderende behandlingen) blir rapportert til NAV hver 14. dag iht. NAVs spesifikasjoner. Første oppfølging av denne rapporteringen blir våren 2008.

I prosjektdirektivet for nasjonalt prosjekt Pasientreiser, som ble vedtatt i nasjonal styringsgruppe 14. mai 2008, ble følgende delmål definert:

- *Nasjonalt prosjekt skal sikre at elektronisk overføring av egenandels- og oppgjørsinformasjon mellom NAV og RHF-ene er på plass før ordningen overføres.*

Nasjonalt styringsgruppe vedtok 23. juni 2008 gjennomføring av et forprosjekt for å få en bedre oversikt over utfordringsbildet. Hovedkonklusjonen fra rapporten viste en samlet lav klartilstand for elektronisk innrapportering av direkteoppgjør. Forprosjektet konkretiserte ulike alternativer for å muliggjøre innrapportering. Alternativet med en fullintegret løsning basert på rapporteringskjeden til kjørekantor er anbefalt av forprosjektet som en langsiktig løsning. Dette alternativet er ikke realiserbart innen 01. januar 2010. Det vil derfor etableres en overgangsløsning vil være anbefalt alternativ supplert med manuelle registreringer. Dette alternativet er avklart med Frikortprosjektet i Helsedirektoratet i møte 13. oktober 2008. En slik overgangsløsning vil ikke sikre 100 % innrapportering innen 14 dager slik kravet fra NAV er. I samme møte ble det derfor gitt signaler fra Frikortprosjektet om betydningen av at alle egenandeler blir rapportert inn, men at det i en overgangsfase kan aksepteres en lenger rapporteringsfrist for en del av egenandelene. Andel og lengde på rapporteringsfrist vil spesifiseres nærmere i samarbeid med Frikortprosjektet.

Det er etablert et eget delprosjekt i prosjekt Pasientreiser for gjennomføring av nødvendige tiltak for å gjøre helseforetakene i stand til å innrapportere elektroniske egenandeler. Etableringen av delprosjektet ble vedtatt i AD-møtet 22. oktober. Delprosjektet legger frem endelig tiltakspakke for nasjonal styringsgruppe 5. februar 2009.

Foretaksmøte 6.4 Bruk av frivillige mannskaper i ambulansetjenesten

Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF se til at avtaler med frivillige organisasjoner om supplerings-tjeneste m.v. blir videreført innenfor rammen av overgangsbestemmelsene i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, inntil det foreligger en avklaring av de frivilliges fremtidige rolle som fortsatt beredskapsressurs.

Praksis er videreført uendret i 2008. Bruk av frivillige mannskaper i supplerings-tjeneste for ambulansetjenestene varierer. Oslo/Akershus har den mest omfattende avtale mens det er mindre aktivitet i de øvrige ambulansetjenestene.

Foretaksmøte 6.5 IKT

Generelt.

Helse Sør-Øst er inne i en stor omstillingsprosess hvor et av satsningsområdene er utvikling av fellesfunksjoner innen stab/ støtte. Styret besluttet i juni 2008, sak 67 nr. 3 at det skal etableres en felles enhet for leveranse av IKT- tjenester som en del av Sykehuspartner. I dette vedtaket la styret også premissene for etablering av en ny modell for organisering og styring av IKT- området i Helse Sør-Øst, og stilte krav til at det skal etableres felles styring og samordning av prosjektporteføljen innen IKT.

Ny felles tjenesteleverandør for IKT skal som hovedprinsipp ha ansvar for all produksjon av IKT- tjenester i Helse Sør-Øst. Premissgiver beslutter tjenestefomfang og gir strategiske føringer for utvikling av nye tjenester.

Administrerende direktør vil involvere helseforetakene i utøvelsen av sin rolle som regional premissgiver.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal tilrettelegge for at fastlegekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldinger som epikriser, henvisninger, rekvisisjoner, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldinger og resepter fra alle helseforetak i regionen. Meldingene skal overføres elektronisk over helsenetttet. Meldingene skal være standardisert i henhold til samhandlingsarkitekturen.

Helse Sør-Øst RHF har etablert prosjektet Meldingsløftet i Helse Sør-Øst RHF for å tilrettelegge for at fastlegekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldingene. Dette prosjektet er knyttet opp mot Nasjonalt meldingsløft, som er ledet av Helsedirektoratet. Prosjektplanen samsvarer med nasjonale mål og milepæler. Den er faseinndelt og fastlegekontorene prioriteres før kommunale pleie- og omsorgstjenester. I tillegg til å etablere de enkelte meldingstjenestene arbeides det for å etablere infrastruktur i samsvar med nasjonale krav (samhandlingsarkitekturen). Helse Sør-Øst etablerer primo 2009 et særskilt prosjekt for å etablere nødvendig infrastruktur. Norsk Helsenettt skal benyttes, og bruk av annen kommunikasjonsleverandør termineres i henhold til milepæler fastsatt av Nasjonalt meldingsløft.

Styringskrav: Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST, for å ta i bruk elektroniske resepter.

Helse Sør-Øst har understøttet e-Reseptprosjektet bl.a gjennom deltakelse i aktiviteter i regi av Helsedirektoratet, samt i forhold til aktiviteter gjennom regional gruppe for felles LMR. Videre er plan og strategiarbeidet påbegynt i forhold til intern rekvirering i sykehus

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal tilrettelegge for kommunikasjon mellom egne helseforetak, og skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene bidra til å etablere løsninger for rask og hensiktsmessig informasjonsutveksling mellom helseforetak på tvers av regioner.

Det er avholdt en konferanse for å klarlegge problemstillinger rundt samhandling vedrørende elektronisk billeddiagnostikk. Området følges opp primo 2009 med et eget prosjekt som skal etablere løsning for slik samhandling. Dette prosjektet samordnes med Meldingsløftet i Helse Sør-Øst RHF, som omfatter etablering av meldingsløsning for radiologihenvisning og svar.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal påse at helseforetakenes oppgradering av mammografiutstyr til digital teknologi blir koordinert i forhold til Kreftregisterets sentrale IT-system.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom foretaksprotokollen til helseforetakene reist dette som krav ved oppgradering og nyanskaffelse av slik utstyr.

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal påse at systemet for elektroniske meldinger til Medisinsk Fødselsregister kommer på plass i løpet av 2008.

Alle HF som har fødeavdelinger sender elektroniske Meldinger til MFR, bortsett fra Sykehuset Innlandet HF og Ullevål universitetssykehus som ikke har elektronisk fødesystem. Anskaffelse av slike system vil bli foretatt når rammeavtale er på plass medio 2009

Foretaksmøte 6.6 Fengselshelsetjenesten – krav om avtaleinngåelser

Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å sørge for at det etableres avtaler mellom spesialisthelsetjenesten (DPS/sykehusavdeling/HF) og kommuner som har et ansvar for helsetjenesten i fengsel/primærhelsetjenesten i fengsel, innen utgangen av første tertial 2008.

Dette ble ivaretatt gjennom eget brev/pålegg til helseforetakene. Avtaleinngåelsene tok av praktiske årsaker mer tid en forutsatt, men er nå gjennomført.

Foretaksmøte 6.7 Oppfølging av klimapolitikken

Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF følge opp regjeringens Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser i forbindelse med helseforetakenes anskaffelser.

Overordnede krav er innarbeidet i Helse Sør-Øst sine Generelle avtalevilkår og i mal for konkurransegrunnlag. Videreutvikling pågår. Helse Sør-Øst RHF oppretter en egen stilling for oppfølging av etikk, miljø og samfunnsansvar knyttet til innkjøp i 2009.

Styringskrav: Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i et nasjonalt arbeid ledet av Helse Vest RHF for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren med overføringsverdi, og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten.

Rapport er utarbeidet med konkrete forslag til tiltak. Rapporten er oversendt og gjennomgått med helseforetakenes innkjøpsavdelinger.

Helse Sør-Øst har deltatt i dette prosjektarbeidet, og behandlet klimarapporten i styret som sak 117-2008.

Styringskrav: Foretaksmøtet ba videre om at de regionale helseforetakene i dette arbeidet også vurderer følgende:

- Hvordan helseforetakenes felles "innkjøpsmakt" kan bidra til en god nasjonal klimapolitikk innenfor regelverket for offentlige anskaffelser, herunder bidra til innovasjon og produktutvikling gjennom krav, dialog og samarbeid med aktuelle leverandører. I denne sammenheng er det naturlig å vurdere både produkter, produksjon, emballering og transport.
- Hvordan helseforetakene gjennom å sette krav til leverandører om sertifisering og eventuelt miljømerking kan bidra til en bedre ivaretagelse av miljøvern.
- Hvilken strategi bør helseforetakene velge i forhold til videre innføring av miljøledelsessystemer i helseforetakene, og herunder også vurdere eventuell bruk av tredjeparts sertifiseringer i helseforetakene.

Foretaksmøtet ba om at rapport fra arbeidet, inklusive økonomiske og administrative konsekvenser, oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2008.

Helse Sør-Øst arbeider med å utnytte sin markedsposisjon for å stille nødvendige og pålagte krav til leverandørene. Dette gjøres gjennom et eget prosjekt for inngåelse av regionale og nasjonale innkjøpsavtaler. Omfanget av felles avtaler har gjennom 2008 og vil gjennom 2009 omfatte en økende andel av foretaksgruppens innkjøpsvolum. Konseptet "felles lager og forsyning for foretaksgruppen" bygger på å redusere ressursbruken (transport, emballasje, feilsendinger etc) rundt vareforsyning til sykehusene. Dette er implementert for alle helseforetak i regionene i 2008. Løsningen er under oppbygging og kontinuerlig utvikling.

For øvrige områder (produkt- og konseptutvikling) er det foreløpig ikke gjennomført tiltak på regionalt nivå overfor leverandørene. Flere av helseforetakene har imidlertid løpende dialog med flere av leverandørene rundt dette.

Miljøkrav blir vurdert i alle anskaffelser der det er relevant å stille krav om dette. Ytterligere profesjonalisering planlegges gjennom å tildele Helseforetakenes Innkjøpsservice AS et

særskilt ansvar for miljøkrav i innkjøpsvirksomheten, jamfør rapporten om miljø- og klimatiltak. Det er også rettet henvendelse til DIFI rundt å få etablert et nasjonalt kompetansesenter på dette området for å styrke det offentlige innkjøpsarbeidet.

Det er etablert felles energiledelse i foretaksgruppen. Dette er et prosjekt som gjennomføres i samarbeid med ENOVA. For øvrige områder må nye prosjekter vurderes nærmere.

Helse Sør-Øst har behov for ytterligere kompetanse og kapasitet på området vil i 2009 opprette en egen stilling for oppfølging av etikk, miljø og samfunnsansvar knyttet til innkjøp.

Foretaksmøte 6.8 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer

Styringskrav: Ved Kongelig resolusjon av 1. september 2006 ble det også satt krav om å utarbeide en forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å følge opp dette kravet, og minnet om at det også ville komme en egen veileder om forvaltningsplaner fra Statens Kulturhistoriske Eiendommer.

Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF om å bidra i et utredningsarbeid ledet av Helse Midt-Norge RHF for å vurdere hvorvidt det er behov for særskilt kulturminnevernkompetanse i sektoren, og hvordan denne i så fall bør organiseres. Rapport bes oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen 31. oktober 2008.

Helse Sør-Øst har deltatt i arbeidet med utarbeidelse av veileder for forvaltningsplaner. Helse Sør-Øst RHF har også påtatt seg å lede et nettverksarbeid felles for alle regionene for å bygge kompetanse innen dette området. Dette ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 111-2008.

Foretaksmøte 6.9 Rapportering og referansegrupper for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre

Styringskrav: Helse Sør-Øst RHF skal påse at rapportering på landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre skjer i henhold til fastsatte krav og at det opprettes referansegrupper for alle landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for.

Helse Sør-Øst RHF arbeider med å opprette referansegrupper for alle landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre, samt Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, hvor denne ikke allerede er etablert. Når det gjelder rapportering så arbeides det med dette ute på de helseforetakene som har landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra og de har frist til å rapportere til Helse Sør-Øst den 15. februar. Frist for Helse Sør-Øst RHF til å rapportere til Helsedirektoratet er 1. mars 2009. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for 14 av de 16 Nasjonale kompetansesentrene for sjeldne diagnoser.

Foretaksmøte 6.10 Samordnet kommunikasjon på nett

Styringskrav: Foretaksmøtet forutsatte at rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten følges opp av alle helseforetakene. Rammeverket skal være førende for alle endringer og videre utvikling av helseforetakenes nettsted.

Helseforetak i Helse Sør-Øst, som har bearbeidet nettsider i perioden har brukt rammeverket som føringer for de justeringer og endringer som er gjort. Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har gjennom 2008 arbeidet med anskaffelse av felles teknisk plattform for nettpubliserings. Kontrakten ble klar i desember 2008. Helse- og omsorgsdepartementets rammeverk vil bli innført ved alle helseforetak i regionen i takt med innføringen av den nye tekniske plattformen. Innføringen vil starte i slutten av 2009 og gå inn i 2010.

Styringskrav: De regionale helseforetakene må i 2008 etablere et hensiktsmessig samarbeid for forvaltning av rammeverket og felles utvikling av elementer og løsninger som skal inngå i samordnet nettbasert kommunikasjon. Helseforetakene må i 2008 sette av tilstrekkelige ressurser til arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har i perioden arbeidet med anskaffelse av felles teknisk plattform for nettpubliserings. Forvaltning av rammeverket er ivarettatt gjennom dette prosjektet og vil bli ytterligere beskrevet i en forvaltningsplan som vil være ett av resultatene fra prosjektet, ved utgangen av desember 2009.

2.2.2 Foretaksmøte 5. juni 2008

Foretaksmøtets sak 3: Godkjenning av årsregnskap og årsberetning

Foretaksmøte 3.1 Resultatkrav 2008

Styringskrav: De regionale helseforetakene skal fra og med 2007 bli målt på ett entydig resultatbegrep. Dette innebærer at tidligere års korrigeringer for nivå på verdsetting og levetider for anleggsmidlene er erstattet av et krav til et maksimalt regnskapsmessig underskudd. Det er vedtatt en økning i årlige bevilgninger som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold skal gi dekning for opprettholdelse av den fulle verdi av varige driftsmidler. Behovet for det opprinnelige strukturfondet bortfaller dermed, og restverdien overføres til "Annen innskutt egenkapital" pr. 31.12.07.

Dette er fulgt opp.

Styringskrav: Regnskapsmessig årsresultat for 2007 for foretaksgruppen Helse Sør-Øst viser et underskudd som er hele 1 086,8 mill. kroner svakere enn eiers styringsmål. Foretaksmøtet konstaterte at resultatkravet for 2007 dermed på langt nær er oppfylt. Realiserte effekter av nødvendige omstillingstiltak i 2007 er vesentlig mindre og kostnadsveksten har vært vesentlig større enn forutsatt. Foretaksmøtet konstaterte videre at deler av den manglende resultatoppnåelsen først ble meldt mot slutten av 2007, noe en må søke å unngå for framtida.

Dette er fulgt opp gjennom det ordinære rapporteringssystemet med vekt på kvalitetssikring av resultater og estimater.

Foretaksmøte 3.2 Økonomisk styring og kontroll

Styringskrav: Foretaksmøtet uttrykte bekymring over at det kan synes som den negative trenden fra 2007 fortsetter inn i 2008 og understreket viktigheten av kontinuerlig oppfølging av risikobildet, blant annet for å sikre god økonomisk styring og kontroll i omstillingsperioder. Foretaksmøtet presiserte viktigheten av at det iverksettes tilstrekkelige tiltak for å sikre kostnadskontroll og oppfølging av omstillingstiltak.

Dette er fulgt opp gjennom måneds- og tertial-rapporter til styret og oppfølgingsmøter og foretaksmøter med helseforetakene. Med utgangspunkt i styringskrav fra eier og styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF har det i 2008 vært en forsterket styring og oppfølging av omstillingstiltakene, aktivitets- og bemanningsutviklingen i foretaksgruppen.

Styringskrav: Foretaksmøtet forutsatte videre at det tas nødvendige grep for å sikre tilfredsstillende økonomisk kompetanse og tilstrekkelig med ledelsesmessige ressurser i det regionale helseforetaket.

Det er rekruttert både nye ledelsesmessige ressurser og økonomisk kompetanse i 2008, men det er fortsatt behov for nye ressurser og flere rekrutteringsprosesser er i gang.

Foretaksmøte 3.3 Likviditetsutvikling

Styringskrav: Foretaksmøtet så meget alvorlig på likviditetsutviklingen i foretaksgruppen. Det er ikke foreslått å øke driftskreditrammen, og driftskreditrammen er i stor grad allerede fordelt ut til de regionale helseforetakene. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF's bruk av midler til drift og investeringer i 2008 blir prioritert innenfor de rammebetingelser som nå er gitt. Den negative resultatutviklingen Helse Sør-Øst har hatt i første del av 2008 forutsetter at Helse Sør-Øst RHF har stor oppmerksomhet på likviditetsutviklingen resten av året.

Det har vært et vedvarende fokus på likviditetsutvikling og likviditetsstyring gjennom hele 2008. Arbeidet ble ytterligere intensivert andre halvår. Ved utgangen av året var det benyttet 1,9 mrd. i driftskreditt av rammen på 2,7 mrd. kroner. Den stramme oppfølgingen av likviditetsutviklingen videreføres i 2009.

Foretaksmøtets sak 6: Endringer i lånerammen for 2008

Foretaksmøte 6.1 Utvidet låneramme til utbygging av sykehotell på Radiumhospitalet

Styringskrav: Regjeringen har foreslått å øke bevilgningen til investeringslån i sykehus for å sikre at Helse Sør-Øst RHF kan finansiere utbyggingen av et tilbygg på Radiumhospitalet med en samlet statlig finansiering på 110 mill. kroner i 2008 og 2009. Med forbehold om godkjenning fra Stortinget utvides Helse Sør-Øst RHF's låneramme for 2008 med 50 mill. kroner til totalt 825 mill. kroner. Økningen kan kun benyttes til utbygging av sykehotell på Radiumhospitalet (Montebello).

Helse Sør-Øst RHF har gitt Rikshospitalet tillatelse til å starte denne byggingen på basis av dette lånetilsagnet.

Foretaksmøtets sak 7: Årlig melding

Foretaksmøte 7.1 Epikrisetid

Styringskrav: Foretaksmøtet registrerte at Helse Sør-Øst RHF har iverksatt tiltak for å nå målsettingen om at minst 80 pst av epikrisene skal sende ut innen sju dager. Foretaksmøtet merket seg at tiltakene ikke har ført til bedre resultat i 2007 enn i 2006, men at Helse Sør-Øst RHF arbeider aktivt for å nå målsettingen.

Erfaringsmessig (jf. tidligere prosjekt "Epikrise til pasienten") kan et større engasjement og gode resultater oppnås ved å fokusere på den brukertilfredshet og korte epikrisetid som oppnås ved å bruke epikrisen som skriftlig informasjon til pasienten ved utskrivingsamtalen. Epikrisen er da ferdig på "dag null". I driftsavtalene for 2009 er det bestemt at dette arbeidet blir videreført og intensivert.

Foretaksmøte 7.2 Strykninger fra planlagt operasjon

Styringskrav: Foretaksmøtet registrerte at andel strykninger fra planlagt operasjon er 8 pst i Helse Sør-Øst RHF. Dette samsvarer med landsgjennomsnittet, men er for dårlig i forhold til kravet om færre enn 5 pst strykninger. Foretaksmøtet forventet at det tas tak i årsakene til manglende måloppnåelse.

Det vises til omtale under kapittel 2 om oppdragsdokumentets punkt 3.2.5. Andel strykninger av planlagte operasjoner viser en moderat reduksjon i 2008. Kravet inngår i driftsavtalene med helseforetakene og utviklingen følges opp i rapportering og oppfølgingsmøter.

Foretaksmøte 7.3 Oppgavefordeling

Styringskrav: Foretaksmøtet merket seg at Helse Sør-Øst RHF har satt i gang en gjennomgang av oppgavefordelingen mellom sykehusene i regi av hovedstadsprosessen samt at Helse Sør-Øst RHF er i dialog med kommuner i helseregionen med henblikk på å bedre samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Foretaksmøtet var tilfreds med at det er fokus på dette arbeidet, men påpekte at dette arbeidet må gjelde for hele behandlingkjeden og alle tjenesteområder, også innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Dette følges opp gjennomgående i alle deler av virksomheten. Det vises til omtale i kapittel 1.4 og kapittel 3 om plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst. Det vises også til vedlegg 3 om omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen (styrets vedtak i sak 108-2008) hvor prinsipper for organisering og utvikling av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Sør-Øst er omtalt.

Foretaksmøte 7.4 Individuell plan

Styringskrav: Foretaksmøtet viste til Helse Sør-Øst RHF's rapportering om bruk av individuell plan. Individuell plan er et viktig verktøy for å styrke koordineringen og samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Foretaksmøtet forventet derfor at det arbeides for å øke bruken av individuell plan.

I 2007 og 2008 har foretaksgruppen hatt en særskilt satsing på å øke bruken av individuell plan til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette året er det derfor en egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem prioriterte tjenesteområder. Utviklingen viser en markert økning i bruken av individuell plan selv om det fortsatt er stor variasjon mellom helseforetakene. En vil fortsette et prioritert arbeid med å øke graden av tilbud om Individuell plan, slik at alle som ønsker det og har krav på det skal få utarbeidet plan.

Foretaksmøtets sak 8: Salg av eiendom

Foretaksmøte 8.2 Forhold omkring salg av eiendommer

Styringskrav: Foretaksmøtet presiserte at ved vurdering av resultatoppgjør i Helse Sør-Øst RHF vil en se hen til engangseffekter, herunder gevinster eller tap fra salg av eiendom.

Foretaksmøtet tar til etterretning at salgene vil inngå i departementets samlede vurderinger av Helse Sør-Øst RHF sitt fremtidige behov for langsiktige lån.

Dette er tatt til etterretning og ivaretas i endelig regnskapsoppstilling.

Styringskrav: Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF sørger for at salg av personalboliger gjøres på en måte som ivaretar hensynet til ansatte på en tilfredsstillende måte.

Helse Sør-Øst legger dette til grunn for behandling av saker om salg av personalboliger. En har ikke hatt salgsobjekter hvor de ansattes interesser ikke er ivare tatt på en tilfredsstillende måte.

Foretaksmøtets sak 9: Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottakene

Styringskrav: Foretaksmøtet viste til at årsaken til at Statens helsetilsyns rapport om akuttmottakene behandles i foretaksmøtet, er funnets alvorlighetsgrad.

Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF må sikre at alle de påpekte avvikene rettes opp og at Helse Sør-Øst RHF må sikre at ledelsen ved helseforetakene iverksetter systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene. Foretaksmøtet understreket at dette arbeidet må gis nødvendig prioritet og ses i sammenheng med Sosial- og helsedirektoratets arbeid som skal beskrive og foreslå ulike modeller for organiseringen av akuttmottakene.

Foretaksmøtet konstaterte at det er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av Statens helsetilsyns rapporter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp

Status på prosessen med lukking av avvikene i helseforetakene 4. desember 2008:

Helsetilsynet har innarbeidet en ny praksis der de ikke lukker avvik før de har forsikret seg om at planlagte tiltak er gjennomført og faktisk har effekt. Derfor tar lukkingen av avvik mye lengre tid enn tidligere. Før lukket de avvik på bakgrunn av en plan og risikerte at den ikke ble fulgt opp. Nå stresser de ikke helseforetakene, men lar dem bruke tid på ordentlig lukking, og det er bra. Helse Sør-Øst fikk 8 avvik etter tilsynet og 5 avvik var i desember 2008 enda ikke lukket: Status på avvikene ble gjennomgått i kontaktmøte mellom fylkeslegene og Helse Sør-Øst RHF 5. november 2008. Ny status etter telefonkontakt med Helsetilsynene i aktuelle fylker 4. desember 2008:

HF	Avvik ikke lukket	Status 3. desember 2008
Sykehuset Østfold, Fredrikstad	1. Opphoping av pasienter kan føre til behandlingssvikt. 2. Undersøkellesforholdene sikrer ikke taushetsplikt, informasjonsutveksling med mer.	HT har ikke forventet at SØ skulle ha lukket så omfattende avvik enda og lar dem få mer tid. SØ deltar i akkreditering/ sertifiseringsprosjektet i Helse Sør-Øst og jobber bra!
Sykehuset Innlandet, Elverum	1. Mangelfull prioritering og kompetanse kan gi beh.svikt.	Avventer frist 15.desember før lukking vurderes. Dette avviket krever lengre organisatorisk prosess å lukke.
Akershus universitetssykehus	1. Stor pasientpågang med risiko for ikke å få rett behandling til rett tid.	Fylkeslegen er i dialog med A-hus, og forventer ikke at avviket lukkes før i løpet av første halvår 2009.
Sykehuset Buskerud, Drammen	1. Sikrer ikke ved organisering, styring og kontroll at alle pas får forsvarlig prioritet, u.s og diagn.	HF-et arbeider med å styrke kompetansen med en medisinsk assistentlege i mottaket. Tar litt mer tid.

Pilotprosjektet "Akkreditering/sertifisering i akuttmottakene".

Samarbeidsprosjektet mellom Norsk Akkreditering (NA) og Helse Sør-Øst med å utvikle standarder og gjennomføre ISO 9001-sertifisering eller akkreditering av akuttmottak kom godt i gang i 2008. Standardene skal utarbeides på grunnlag av prosessene i akuttmottakene, tilsynsrapporten og aktuelle krav i lover og forskrifter.

Status på arbeidet er følgende:

- Det er avholdt to møter i sektorkomiteen. Komiteen fungerer som referansegruppe i prosjektet og har deltakere fra de to pilotavdelingene (Sørlandet sykehus, Arendal og Sykehuset Østfold, Fredrikstad), Legeforeningen, Sykepleierforbundet, det regionale brukerutvalget, de konserntillitsvalgte, Kommunenes sentralforbund, de andre regionale helseforetakene og Det norske Veritas. HOD, Hdir og Helsetilsynet er med som observatører.

- Prosess-kartleggingen og sonderingen av ansvar og myndighet i hele forløpet er godt i gang i de to pilotavdelingene. Kritiske punkter er avdekket.
- Kravene til internkontroll, kvalitetsstyring etter ISO 9001 og akkreditering er gjennomgått i sektorkomiteen og implementeringen forberedes i de to pilotavdelingene. To arbeidsgrupper er også i gang med oppfølgingen.
- Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) er i gang med evaluering av akuttmottakene.
- Det er fortsatt positiv offentlig oppmerksomhet rundt pilotprosjektet.

Standardene beregnes ferdig i april 2009. Akkrediteringen/sertifiseringen av pilotavdelingene og slutt-evalueringen fra AFI beregnes ferdig i desember 2009. Prosjektet vil etter dette kunne gi anbefalinger om standarder og eventuell akkreditering/sertifisering bør benyttes i alle akuttmottakene i regionen.

2.3 Styrets arbeid i 2008

Styresaker

Styret for Helse Sør-Øst RHF hadde i 2008 i alt 15 møter, hvorav seks var ekstraordinære møter. I møtene ble det behandlet til sammen 147 saker. Av disse var 109 ordinære styresaker og 38 orienteringssaker. I hvert av styremøtene ble det også gitt omfattende driftsorienteringer. Styret ble i tillegg til dette forelagt 18 temasaker.

I tillegg til saker som omhandler økonomi og aktivitetsoppfølging, budsjett mv. har styret behandlet en rekke vesentlige saker som berører videreutviklingen av gode og fremtidsrettede helsetjenester i Helse Sør-Øst.

Omstillingsprogrammet har hatt betydelig fokus i styrets arbeid, og har gitt som resultat en organisering i sykehusområder og endret helseforetaksstruktur i hovedstadsområdet. Forskningsstrategi for foretaksgruppen er vedtatt. Samordning av støttefunksjoner er gjennomgått og har bla gitt vedtak om felles tjenesteleverandør innen IKT, strategiplan for innkjøp og logistikk, organisering av eiendomsområdet og satsing på mobilisering av medarbeidere gjennom at 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn.

Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus for Helse Sør-Øst er behandlet av styret i 2008 og skal legges til grunn for virksomheten frem mot 2020.

Andre saker som er behandlet av styret:

- saker i forbindelse med åpning av nytt Akershus universitetssykehus
- saker omkring arbeidet med sykehotell ved Rikshospitalet (Radiumhospitalet)
- saker om nye investeringsprosjekter, herunder egen sak om prioritering av investeringer over 50 mnok og gjennomføring av resterende investeringer innen Opptappingsplanen for psykisk helsevern
- etablering av gjennomgående internrevisjonsordning
- regional beredskapsplan
- arbeidet med inntektsmodell for Helse Sør-Øst
- arbeidet med risikovurdering og risikostyring
- strategi for kjøp av helsetjenester fra private leverandører
- kommunikasjonsstrategi

Styret har løpende fått seg forelagt protokoller fra Revisjonskomiteens til orientering.

3. STYRETS PLANDOKUMENT

3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

Det gis nedenfor en nærmere omtale av utvikling og utfordringer innenfor Helse Sør-Øst. De tema som belyses særskilt er befolkningsutvikling på kort og lang sikt, faglige trender og faglige prioriteringer. Det vises for øvrig til kapittel 3.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2009 for Helse Sør-Øst hvor de seks innsatsområdene og motivasjonen for disse omtales nærmere.

3.1.1.1 Befolkningsutvikling

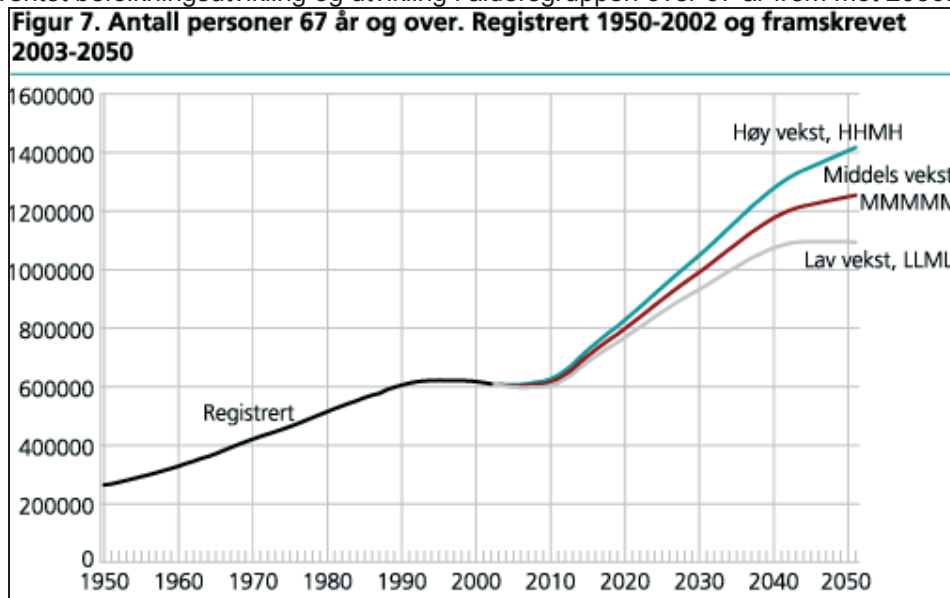
Den forventede vekst i eldrebefolkningen er av stor betydning for langsiktig utvikling, planlegging og organisering innen helsetjenesten. Utviklingen vil også ha betydning for fremtidig finansiering av infrastruktur og hvordan helsetilbudet skal betales. Dette er likevel spørsmål som avgjøres mer i samtiden og med utgangspunkt i konjungturforhold og samfunnsøkonomisk situasjon. De beslutninger som dette påvirker direkte i dag er beslutningene om sykehusstruktur og utbyggingsbehov.

Tabell: Befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2020 (alternativ MMMM)

Fylke	2010		2015		2020	
	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+
Østfold	271 325	11 %	285 658	12 %	299 386	13 %
Akershus	537 875	9 %	582 108	10 %	622 116	11 %
Oslo	585 119	8 %	643 960	8 %	695 913	9 %
Hedmark	190 700	13 %	194 541	14 %	198 756	15 %
Oppland	184 793	13 %	187 960	13 %	191 184	15 %
Buskerud	257 381	11 %	272 079	11 %	285 875	13 %
Vestfold	231 549	11 %	243 452	12 %	254 534	13 %
Telemark	168 294	12 %	172 442	12 %	176 605	14 %
Aust-Agder	108 394	10 %	113 779	11 %	118 935	13 %
Vest-Agder	170 145	10 %	180 285	10 %	189 874	12 %
Helse Sør-Øst	2 705 575	10 %	2 876 264	11 %	3 033 178	12 %

Kilde (01.02.09: <http://statbank.ssb.no/>)

Figur: Forventet befolkningsutvikling og utvikling i aldersgruppen over 67 år frem mot 2050.



I første del av perioden (2009-2015) får Helse Sør-Øst en utflating av veksten i eldrebefolkningen, og presset på spesialisthelsetjenesten vil merkes mest ved en markant økning i aldersgruppen 60-69 år. Pasienter fra denne gruppen representerer de første kullene av etterkrigsgenerasjonen, og vil kanskje være preget av at de har levd opp med høyere levestandard, har bedre økonomi og høyere krav og forventninger, også til hvilke problemer helsetjenesten kan løse. Dette understreker behovet for en målrette utvikling av tjenestetilbudet, basert på oppdatert kunnskap, god praksis, klare prioriteringer og god samhandling.

3.1.1.2 Faglige trender og utfordringer

Planarbeidet i regionen (Hovedstadsprosessen og omstillingsprogrammet, samt arbeidet med regionale strategier) har bygd på kjente trender:

- Økende antall eldre i befolkningen, i første omgang sterk økning i aldersgruppene 60-70 år, vil føre til flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.
- En stor og økende andel ikke-vestlige innvandrere i regionen, spesielt i hovedstadsområdet.
- Antall kreftsykdommer øker med økende alder i befolkningen, og flere pasienter vil leve med kreft.
- Livsstilssykdommer, blant annet knyttet til fysisk inaktivitet og overvekt, forventes å øke.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer og multiresistente mikroorganismer forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til økende familiær og sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale forskjeller, antas å øke.
- For enkelte grupper vil sykdomsbildet i større grad preges av voldsskader, rusmiddelbruk og psykiske lidelser.
- Medisinsk kunnskap og teknologi er i rask utvikling, og gir betydelige endringer i diagnostikk og behandlingstilbud, til dels forbundet med høye kostnader.
- Grensene mellom dagens fagspesialiteter og profesjoner utfordres og endres, med økning av tverrfaglige og oppgaverorienterte arbeidsformer.
- Lovfestede brukerrettigheter og økt brukermedvirkning påvirker i økende grad behandlingen, kvaliteten i tjenestetilbudene og valgfriheten mellom tilbudene.

- Moderne informasjonsteknologi påvirker i økende grad tjenestene.
- Kroniske pasienter utfordrer spesialisthelsetjenestene til økt satsing på forebygging, vedlikehold og palliasjon.

Mange kjente risikofaktorer, for eksempel røyking, overvekt og inaktivitet kan forebygges. Potensialet for positive helseeffekter knyttet til forebygging anses for stort, men er vanskelig å utløse, bl.a. fordi arbeidsdelingen mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar er uklar. Det er viktig å finne svar og løsninger på dette for å kunne håndtere den fremtidige pasientstrømmen til spesialisthelsetjenesten på en god måte. Samhandlingsreformen som legges frem i april 2009 forventes å kunne bidra positivt i denne sammenheng.

Helsetilstanden vil fortsatt i vesentlig grad også avhenge av sosiokulturelle og økonomiske faktorer, og det ser ut til å være en økning i psykososiale problemer hos barn og unge.

Disse utviklingstrendene har helse Sør-Øst hensyntatt i sine plandokumenter, som bygger på følgende hovedutfordringer:

- Sikre en god dekning av lokalbaserte spesialisthelsetjenester innenfor sykehusområder.
- Samle spesialiserte spesialisthelsetjenester på færre steder i regionen ("desentralisere det som kan desentraliseres, og sentralisere det som bør sentraliseres").
- Forbedre intern samhandling og samhandlingen mellom tjenestenivåene.
- Møte utfordringene som sosial ulikhet i helse gir, gjennom å arbeide for økt likeverd, bl.a. i forhold til innvandrere fra ikke-vestlige land.
- Innrette tjenestene og helsepersonellens kompetanse i forhold til medisinske problemstillinger knyttet til høy alder.

Særlig om psykisk helse:

Helse Sør-Øst vil satse mye på å videreføre intensjonene fra Opptappingsplanen for psykisk helse. Det innebærer en fortsatt oppbygging av desentraliserte behandlingstilbud på lokalsykehusnivå i form av Distriktpsikiatriske sentre (DPS), samt utbygging av de polikliniske og ambulante behandlingstilbudene innen psykisk helsevern for barn og unge. For å nå disse målene, vil det fortsatt være viktig å sikre rekruttering av høgskoleutdannet personell, psykiatere og psykologer.

Særlig om utviklingen på rusfeltet:

Antall unge med alvorlige og sammensatte rusproblemer øker. Denne gruppen omfatter også personer med aggressiv og utagerende atferd. Det er også en økende forekomst av kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og vedvarende rusmiddelmissbruk. Overdosedødsfallene er fortsatt høye.

Generelt er det et udekket behov for tjenester til rusmiddelavhengige, ikke minst for etniske minoriteter, ungdom, og voksne med relativt krevende problematikk.

I Helse Sør-Øst er kapasiteten på avrusning og utredning for lav. Dette gjør det vanskelig å bruke den samlede institusjonskapasiteten optimalt, både med hensyn til å kunne tilby den enkelte pasient det mest hensiktsmessig behandlingstilbudet, og når det gjelder å få til god pasientflyt. Det er videre behov for å øke andelen helsepersonell innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, noe som er en stor utfordring på grunn av generell mangel på fagpersonell i sektoren, og særlig på psykiatere og psykologer.

3.1.1.3 Faglige prioriteringer

Alle fagområder omfattes av den generelle aktivitetsveksten på 1,5 % som er forutsatt fra Helse- og omsorgsdepartementets side i budsjettproposisjonen for 2009. Det er fortsatt behov for å styrke områdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, samt habilitering og rehabilitering. Foretakene må prioritere aktivitets- og ressursveksten slik at intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helsevern videreføres i 2009 og at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige får en relativt sett større vekst enn somatisk virksomhet. Ingen foretak/sykehus må redusere eller omstille døgnbehandling innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige uten at det er sikret et likeverdig tilbud og at regionsperspektivet trekkes inn. Foretakene må også ut fra identifiserte behov prioritere andre områder hvor det er behov for aktivitetsvekst.

Helse Sør-Øst RHF vil sikre kvalitetsutvikling, ved å understøtte helseforetakenes kvalitetsarbeid. Dette omfatter tiltak for å bedre kvalitet i behandlingen, med et særskilt fokus på å redusere uønskede hendelser. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp arbeidet med kompetanseoverføring og erfaringsutveksling for å bedre utviklingen av gode pasientforløp. De nasjonale kvalitetsindikatorne legges til grunn for å følge utviklingen innenfor kvalitetsområdet, og Helse Sør-Øst RHF vil ha særlig oppmerksomhet på utviklingen av sykehusinfeksjoner, ventetider, korridorpasienter og fristbrudd.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2009 sikre samhandling, og dette skal forankres i en ny styrebehandlet tiltaksplan på grunnlag av samhandlingsreformen som legges frem i april 2009.

Helse Sør-Øst vil i 2009 legge fram en egen plan for spesialisthelsetjeneste til eldre for styrebehandling for å sikre at regionen oppfyller sitt "sørge for" ansvar mht økningen av eldre i befolkningen med behov for komplekse behandlingstilbud og sammensatte tjenester. Planen vil være en oppfølging av den nasjonale strategien.

De helsefaglige prioriteringene for 2009 er gjort i dialog med helseforetakene. Brukermedvirkning har vært en sentral del av prioriteringsarbeidet. Disse prioriteringene understøtter også nasjonale prioriteringer. Basert på dette vil Helse Sør-Øst RHF i tillegg til prioritering av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og psykisk helsevern blant annet prioritere følgende i 2009:

- Økte midler til prehospitaltjenester
- Utbygging av intensivkapasiteten
- Økte midler til habilitering
- Økte midler til intensiv rehabilitering av større hodeskader (TBI)
- Midler til oppstart av plastisk kirurgisk behandling etter svær vektreduskjon som følge av behandling for sykelig overvekt
- Økte midler til Cochleaimplantater
- Økte midler til Organdonasjon
- Økte midler til ME- tilbud til personer med kronisk utmattelsessyndrom
- Regional avsetning til samhandlingsprosjekter

Det er i budsjettforslaget innarbeidet en betydelig økt satsning på forskning og innovasjon, i tråd med vedtatt strategiplan.

Det er videre satt av økte midler til regional IKT knyttet til realisering av vedtak i omstillingsprogrammet innen dette området og administrativ HR.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Parallelt med arbeidet med omstillingsprogrammet har Helse Sør-Øst prioritert en særskilt oppfølging av tre av kvalitetsindikatorerne med målrettet arbeid:

- Epikriser/epikrisetid
- Korridorpasienter
- Individuell plan

Arbeidet med å redusere epikrisetiden vil bli videreført. Flere av helseforetakene har nådd målsettingen om at 80 % av epikrisene skal være sendt ut innen 1 uke, og en prioriterer nå utbredelse av arbeidet med at pasientene selv får epikrisen som en del av utskrivningssamtalen ("epikrise til pasienten").

Det er fortsatt for mange pasienter på korridor i Helse Sør-Øst. Dette er en uverdigg situasjon for de pasienter som opplever det. Arbeidet for å redusere antallet korridorpasienter er derfor intensivert og skal følges tett opp i 2008.

Det tredje satsingsområdet er å øke antallet pasienter som får individuelle planer. På alle disse områdene er det utviklet egne tiltaksplaner med konkrete mål for 2008.

I tillegg har foretaksgruppen i Helse Sør-Øst gjort en samlet innsats for å få til bedre pasientforløp/behandlingslinjer. Alle sykehusene har egne prosjekter med fokus på kvalitet i inn- og utskrivningsrutiner, mest mulig helsebringende tid i sykehus og i flere av prosjektene inngår samarbeid med kommunale tjenester og fastlegene.

3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Regionens "sørge for" ansvar forutsettes ivaretatt gjennom den samlede tildeling av inntektsrammer i budsjettet for 2009. Videre ivaretar tildelingen av inntektsrammer særskilte regionale prioriteringer, jf. bla. kapittel 3.1.1.3. Gjennom driftsavtalen med det enkelte foretak/sykehus stiller Helse Sør-Øst RHF vilkår til bevilgningen.

Det er knyttet særskilte utfordringer til det samlede kostnads- og inntektsbildet ved ibrugtagelse av Nye Ahus, og den samlede finansieringen av det nye sykehuset. Det er i budsjettet tatt høyde for denne risikoen, da det fortsatt knytter seg usikkerhet til utfordringsbildet for foretaket.

Helse Sør-Øst RHF påpeker viktigheten av at arbeidet med å tilpasse driften innen de tilgjengelige rammene i tråd med styrende dokumenter skjer i forståelse med og i samarbeid med brukere og de ansattes organisasjoner, slik at de endringer og omstillinger som blir besluttet er godt forankret i organisasjonen og lar seg gjennomføre. De 12 prinsippene som er utviklet for medvirkning i regionen forutsettes brukt i det løpende arbeidet.

Gjennom statsbudsjettet for 2009 er det tildelt en generell aktivitetsvekst på 1,5 %. En del av denne aktivitets- og ressursveksten vil bli brukt til regional prioritering innen somatisk virksomhet. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige har en vekst ut over 1,5 % som følge av at det vil være resterende midler knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helsevern ved utgangen av 2008. Disse midlene vil inngå som et tillegg til tildelingen i 2009. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er tilført midler ved at rammen for kjøp av tjenester er økt, samt at det er gitt midler over den statlige opptrappingsplanen for 2009. På denne måten og gjennom å stille økte aktivitetskrav til alle helseforetakene vil intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helsevern videreføres i 2009 og de øvrige prioriterte områdene styrkes.

I tillegg kan ingen helseforetak redusere eller omstille døgnbehandling innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige uten at dette skjer i samråd med det regionale helseforetaket. Ressursene til habilitering og rehabilitering er videreført fra 2008 med lønns- og prisjustering. Det er også gitt midler til disse områdene ut fra regionale prioriteringer.

En del av aktivitets- og ressursveksten vil bli brukt til helsefaglige prioriteringer i 2009 som er foreslått etter dialog med helseforetakene. Disse prioriteringene understøtter også nasjonale prioriteringer.

Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Det må gjøres prioriteringer på tvers av pasientgrupper slik at de som trenger det mest får behandling først. Det er videre et mål at praktisering av prioriteringsforskriften blir mer enhetlig og at ventetiden innen alle fagområder blir kortere for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter uten slik rett.

Det skal gjøres faglige og overordnede vurderinger ved innføring av nye kostbare metoder og medisiner, slik at investeringer ses i sammenheng med kost/nytte vurderinger og med lokale, regionale og nasjonale behov. De ulike ressursene (personell og bruken av bygninger og utstyr) skal ses i sammenheng og prioriteres regionalt og lokalt i forhold til helsepolitiske mål og regionale strategier.

Helse Sør-Øst RHF legger stor vekt på å utvikle god virksomhetsstyring i foretaksgruppen i tråd med visjon om gode og likeverdige helsetjenester og foretaksgruppens verdier og mål. Det er i budsjettet for 2009 lagt til grunn lovpålagte oppgaver som pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, nasjonale prioriteringer som fremgår av; Nasjonal helseplan, Opptrappingsplan for psykisk helse, Opptrappingsplan for tverrfaglig spesialisert rus, Nasjonal kvalitetsstrategi, Nasjonal plan for rehabilitering og habilitering, føringer i regjeringens forslag til statsbudsjett 2009, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) o.a., Oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, regionale vedtak, regionalt vedtatte strategier og planer; forskningsstrategi, strategi for private leverandører, og andre nasjonale og regionale styrende dokumenter for virksomheten.

Styret for Helse Sør-Øst RHF forutsetter at årsregnskapet 2009 for foretaksgruppen samlet sett får et økonomisk resultat i balanse, i samsvar med eiers krav.

Foretaksgruppen står overfor betydelige økonomiske utfordringer også i 2009, og det vil fortsatt kreve sterkt ledelsesmessig fokus på omstilling, kvalitetsforbedring og kostnadseffektive driftsløsninger for å kunne innfri resultatkravet, samtidig som pasienttilbudet opprettholdes og økes i henhold til føringene i statsbudsjett for 2009.

Den økonomiske utfordringen sammen med den usikkerheten som knytter seg til kostnader ved gjennomføring av større omstillinger og når gevinstene kan hentes ut, tilsier at det i 2009 er viktig at det settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling må vurderes. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv følges opp.

Det vises også til kapittel 4 om aktivitetsforutsetninger og innspillet til statsbudsjettet for 2010.

3.1.3 Personell og kompetanse

3.1.3.1 Utdanning og rekruttering

Ensidig vektleggingen av drift og økonomisk balanse kan ta fokus bort fra det store utdanningsansvaret som hviler på helseforetakene. Helse Sør-Øst ønsker å sikre tilgang på riktig kompetanse gjennom målrettet rekruttering av kompetent fagpersonell. Dette skal bidra til god pasientbehandling og at man løser morgendagens utfordringer. Som en av landets største arbeidsgivere er det også viktig å ivareta en solidarisk rekrutteringspolitikk.

I 2009 skal det etableres et eget regionalt utdanningsutvalg på strategisk nivå. Utdanningsutvalget er et rådgivende organ for administrerende direktør om saker vedrørende utdanning og kompetansebehov.

Utvalget skal:

- Utvikle tydelige bestillinger mot utdanningssystemet i tråd med utvikling av behandlingstilbud og organisering (nasjonale råd for spesialistutdanning, høgskoleutdanning, forskning mv).
- Vurdere temaer som spilles inn fra regionens arbeid i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger.
- Gi råd og bidra til løsninger vedrørende konsekvenser av etablering av endring i foretaksstruktur, fag og funksjonsfordeling og endrede opptaksområder for utdanning og kompetanseutvikling.
- Bidra til at alle gode læringsmiljøer i regionen kommer til nytte ved samordning av videreutdannings- og spesialistutdanningsløp i regionen.
- Følge opp og gi råd om tilrettelegging og stimuleringstiltak i forhold til nye fagutdanninger innen spesialisthelsetjenesten, eks. helsefagarbeidere, sivilingeniører, helsepedagoger.
- Utdanningsutvalget må ha alle typer grunn- og videreutdanning som er representert i spesialisthelsetjenesten, som sitt ansvarsområde.

3.1.3.2 Oppfølging av HR-strategi

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 69.000 medarbeidere som hver og en representerer verdifull kunnskap og erfaring. Måten de menneskelige ressursene forvaltes på, videreutvikles og anvendes er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettingene og utfordringene Helse Sør-Øst står overfor. Utvikling av gode arbeidsmiljøer er avgjørende for fremtidig rekruttering og trygge omstillingsprosesser.

Helseforetakene må ha riktig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser for å løse sine oppgaver. Riktig bemanning er viktig for å holde de økonomiske rammer. Det har i 2008 vært for lavt tempo i nedbemanning iht. vedtatte planer samtidig som rekruttering av visse typer nøkkelpersonell har vært utfordrende. Helse Sør-Øst vil i 2009 forsterke styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles HF-spesifikke tiltak tilpasset lokalt utfordringsbilde. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011 ble vedtatt av styret 19. juni 2008. Det vises til plan for strategisk utvikling, jf. kapittel 3.2. med bl.a. strategier for mobilisering av medarbeidere og ledere. Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil være en viktig premiss for prioriteringer og tiltak innen HR-området.

En overordnet handlingsplan for hvordan HR-strategien skal operasjonaliseres og implementeres er under utvikling. Tiltakene vil bli gjennomført i alle helseforetak i samarbeid med ledelse, tillitsvalgte og medarbeidere:

Fokusområde 1: Mobilisering av ledere og medarbeidere

- *Forankring av verdigrunnlaget i Helse Sør-Øst:* Dette er en kontinuerlig prosess som vedvarer i hele organisasjonens levetid. For å legge et ekstra fokus på forankringsarbeidet etableres et prosjekt med en 12 måneders horisont som skal gi føringer for Helse Sør-Øst sine verdier og hvordan disse skal operasjonaliseres. Den konkrete operasjonaliseringen av verdiene skal gjøres i det enkelte HF.
- *Leder- og medarbeiderutvikling:* Det skal utarbeides et konsept for lederutvikling innenfor to identifiserte fokusområder: "topplederprogram" og "utvikling av lederutviklere". Til dette skal det utvikles et konsept for lederevaluering og oppfølging. I tillegg skal det utarbeides et konsept for utviklingssamtaler for alle medarbeidere som sikrer at ansatte gis utviklingsmuligheter. Ansvar for utvikling av mellomledere ligger på det enkelte HF, men "program for utvikling av lederutviklere" skal styrke foretakenes evne til å gjennomføre tiltak overfor denne målgruppen.
- *Personalpolitikk:* Prosjektet skal utarbeide en felles personalpolitikk for Helse Sør-Øst. Personalpolitikken er et strategisk viktig virkemiddel som skal sikre at medarbeiderne ivaretas og behandles etter samme prinsipper, og som skal hindre tap av viktig kompetanse i Helse Sør-Øst.
- *Lønn og incentivsystem:* Helse Sør-Øst skal være en attraktiv arbeidsgiver i et marked med økt konkurranse om arbeidskraften. For å oppnå dette skal Helse Sør-Øst utvikle lønn og incentivsystemer som fungerer som virkemidler for å nå fastsatte mål, skape resultater og bidra til økonomisk handlefrihet.
- *Medvirkning i omstilling:* Tiltaket skal sikre forankring av de 12 prinsippene for medvirkning og omstilling (se nedenfor). Det skal videre utvikles arenaer som sikrer god samhandling mellom ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere. Arbeidet skal sikre reell medbestemmelse, eierskap til omstillingsprosessene, økt engasjement og involvering.

Fokusområde 2: Kompetanseutvikling

- *Strategisk kompetanseutvikling:* Et forprosjekt skal legge føringer for det videre arbeid med strategisk kompetanseutvikling, herunder også effektiv og riktig rekruttering. Fullstendig mandat og prosjektplan for hovedprosjektet utredes, avhengigheter og nettverk analyseres og kompetansetrender i helsesektoren og beste praksis innenfor feltet "strategisk kompetanseutvikling" tilpasset helsevesenet beskrives. Hovedprosjektet skal bygge videre på leveransen fra forprosjektet. For å understøtte strategisk kompetanseutvikling og rekruttering skal prosjektet bidra til å implementere systemstøtte for disse prosessene.
- *Felles regional e-læringsplattform:* Prosjektet skal sikre riktig implementering og utnyttelse av Læringsportalen. Læringsportalen skal bidra til å oppnå høyere kvalitet i pasientbehandlingen gjennom å forenkle og effektivisere kompetanseutvikling. Dette gjøres gjennom bedre kvalitet, økt produktivitet og kostnadsbesparelser. Læringsportalen skal bidra strategisk ved å være: Kvalitetsutviklende, standardiserende, forenkende og effektivisering.

Fokusområde 3: Ressursstyring

- *Ressursplanlegging, rapportering og styring:* Dette tiltaket inngår i AdmHR-prosjektet/NPSS. AdmHR-prosjektet/NPSS er i hovedsak et anskaffelses- og implementeringsprosjekt knyttet til et verktøy for ressursplanlegging.

- *Rapporteringsrutiner og bruk av ressurser:* Gjennom dette prosjektet skal hvert helseforetak sikre at de har hensiktsmessige rapporteringsrutiner innenfor personalområdet. De med fullmakt og ansvar må ha nødvendig kompetanse for å sikre oppfølging av riktig bruk av ressurser.

Fokusområde 4: Arbeidsmiljø og HMS

- *HMS-policy:* Det skal utvikles felles overordnede retningslinjer og felles styringsindikatorer for arbeidsmiljø og HMS. Videre skal det sikres at alle HF har systemer for avviksrapporing, risikovurdering og oppfølging innen disse områdene. Informasjon fra slike systemer skal benyttes aktivt og systematisk til forbedringsarbeid ved tilbakemelding og lukking av avvik.
- *Handlingsplaner IA-arbeid:* Det skal utarbeides konkrete handlingsplaner for IA-arbeidet. Handlingsplanene skal ha som formål å systematisere innsatsen for å opprettholde et inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø. Handlingsplanene skal utformes i samsvar med avtale mellom partene i arbeidslivet, og skal som et minimum omtale økt grad av nærvær, rekruttering og integrering av flerkulturelle medarbeidere, livsfasepolitikk og tilrettelegging for funksjonshemmede.
- *Medarbeiderundersøkelse:* Basert på en evaluering av den felles medarbeiderundersøkelsen som ble utviklet og gjennomført i 2008, skal prosjektet utvikle og gjennomføre en tilsvarende undersøkelse årlig i perioden september/oktober.

Forutsetninger og struktur

- *Effektive HR-prosesser:* Skal sikre at de transaksjonstunge HR-områdene blir skilt ut i en egen organisatorisk enhet underlagt Sykehuspartner, samt anskaffe og innføre felles systemer og teknologi for HR-området. Tiltaket inngår i Nasjonalt prosjekt for stabs- og støttefunksjoner (NPSS)/AdmHR.
- *Måle- og resultatindikatorer:* Skal sikre at det defineres og implementeres like måle- og resultatindikatorer for HR. Tiltaket må koordineres med NPSS/AdmHR, og sees i sammenheng med tiltak 4.1 HMS-policy.
- *Kompetanse i HR:* Prosjektet skal analysere hvordan HR-funksjonen i Helse Sør-Øst både på RHF- og HF-nivå er rustet til å møte det strategiske og operative utfordringsbildet i tiden fremover. Gjennom dette settes det krav og forventninger må innfris for å møte et fremtidig behov i regionen. Basert på analysene skal det gjennomføres målrettet kompetanseutvikling innen HR-funksjonen.

3.1.3.3 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 2009 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.

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Det vises til plan for strategisk utvikling, jf. kap 3.2. med bl.a. strategier om arealeffektivisering og utnyttelse av eksisterende bygg. Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil være en viktig premiss for prioritering av investeringer.

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet prioritering av investeringer over 50 MNOK i desember 2008, sak 131-2008. Hovedpunktene i styrets beslutning er gjengitt nedenfor:

Med det stramme finansielle handlingsrommet i Helse Sør-Øst RHF er det viktig at sykehusområdene og helseforetakene optimaliserer bruken av eksisterende bygningsmasse, og at denne vedlikeholdes og oppgraderes etter samlede planer for hvert sykehusområde.

Nye bygg og bygg av god kvalitet skal utnyttes før eventuelle planer om nye investeringer kommer i betraktning.

Investeringer i nybygg prioriteres bare der de understøtter strukturelle grep som vil gi varige faglige, herunder for pasient og arbeidsmiljø, og/eller økonomiske gevinster og som understøtter de strategiske beslutninger i helseforetaksgruppen. Prioritering av investeringer gjøres som en hovedregel årlig i forbindelse med behandling av investeringsbudsjettet i Helse Sør-Øst RHF.

I den videre oppfølging og planlegging av investeringsprosjektene legges følgende til grunn:

- Realisering av opptrappingsplanen innen psykisk helsevern
- Det er prioritert å realisere nye sykehusbygg ved Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF.
- Prioriteringene gjøres ut fra at det skal bygges et nytt østfoldsykehus med forventet byggestart i 2011/2012, jf. sak 132-2008.
- Det arbeides med sikte på nybygg for å sikre et godt tilbud for somatiske pasienter i Nedre Buskerud. Som et ledd i planleggingen, og i tråd med mandat gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, pågår forhandlinger om kjøp av tomt på Gullaug til dette formålet. Utformingen av konseptfasen ses i sammenheng med sykehusområdets langsiktige strategi, kapasitetsbehov, virksomhetsfordeling og økonomiske bæreevne.
- Planer for utbygging den spesialiserte sykehuspsykiatrien i sykehusområde Vestre Viken videreføres med sikte på realisering snarest mulig, og senest innen 2012.
- Nødvendige investeringer for å kunne hente ut gevinster gjennom å samle region- og landsfunksjoner i Oslo sykehusområde klarlegges og innpasses innenfor de samlede prioriteringer og den samlede investeringsrammen.
- Konseptet for nytt sykehotell med utvidet kapasitet og lindrende enhet ved Akershus universitetssykehus HF må vurderes videre i forhold til pasient-/sykehotellenes strategiske rolle og kapasitetsmessige forutsetninger, før det kan tas beslutning om videreføring til forprosjekt. Dette prosjektet må også vurderes i forhold til utnyttelsen av frigjorte lokaler i eksisterende bygningsmasse, hvor også kapasitetsbehovet til akuttpsykiatrien må inngå.
- Behandling av konseptrapporten for utvikling av bygningsmassen ved Sunnaas sykehus HF utsettes til den planlagte utredningen for samling av regionale funksjoner er gjennomført.
- Konseptet for ombygging av operasjonsavdelingen på Sørlandet sykehus HF i Kristiansand videreføres til forprosjekt. Det forutsettes at eventuell finansiering skjer innenfor helseforetakets samlede ramme for drift og investering.

Øvrige framlagte investeringsprosjektene omfattes av etableringen av sykehusområder, jf. sak 108-2008. Hele denne prosjektporteføljen, både prosjekter i idéfasen og konseptfasen, må vurderes og prioriteres i forhold til sykehusområdets kapasitetsbehov, funksjonsfordeling, økonomiske bæreevne og utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Styret for Helse Sør-Øst RHF videre behandling av disse prosjektene snarest mulig og så fort ny vurdering er gjennomført i regi av de nye sykehusområdene. Styret orienteres om fremdriften i arbeidet i løpet av våren 2009.

Tidligere vedtak om at det er nødvendig å realisere et erstatningsbygg for nåværende Hamar sykehus i Sykehuset Innlandet HF bekreftes. Videreføring av Sykehuset Innlandet HFs prosjekt om dette fra idé- til konseptfase vurderes ikke på dette tidspunkt. Dette fordi prosjektet vil måtte gis prioritet etter de store byggeprosjektene i Østfold og Buskerud og at det derfor ikke vil være finansielt handlingsrom i Helse Sør-Øst før mot slutten av byggeperioden for disse store prosjektene. Idéfasen ble gjennomført før resultatet av omstillingsprogrammet var kjent, og Sykehuset Innlandet HF bør også vurdere hvorvidt dette

har innvirkning på prosjektet. Sykehuset Innlandet HFs idfaseprosjekt videreføres med sikte på overføring til konseptfase når det er finansielt handlingsrom for det.

På bakgrunn av styrets vedtak vil Helse Sør-Øst RHF ta kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på avklare finansielle rammer og låneadgang for gjennomføring av større investeringer, bl.a. i sykehusområdene Vestre Viken og Østfold.

Det vises for øvrig til årlig melding 2007 fra Helse Sør-Øst RHF hvor styret ber om at Helse- og omsorgsdepartementet vurdere et rullerende opplegg tilsvarende Norsk veiplan, der større investeringsprosjekter planlegges med inntil 12 års tidshorison.

3.1.5 Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) ligger til grunn for strategier, prioriteringer og beslutninger i Helse Sør-Øst. For en sammenstilling av plandokumentet vises det til Årlig melding 2007 fra Helse Sør-Øst RHF, kapittel 10.

Det vises også til St.prp. nr. 1 (2008-2004) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporteringen fra Helse og omsorgsdepartementet i forhold til planen er knyttet til helseplanens seks bærebjelker og de konkrete aktiviteter og initiativ det arbeides med:

Helhet og samhandling

- Samhandlingsreform
- Grep for å styrke helheten i helsetjenestene

Demokrati og legitimitet

- Åpenhet om kvalitet og resultater
- Samarbeidsordning med ansattes organisasjoner
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Nærhet og trygghet

- Lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Utvikle robust beredskap og krisehåndteringsevne
- Sikre robuste forsyningssystemer
- Styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet

Faglighet og kvalitet

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Nasjonal enhet for pasientsikkerhet
- Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
- Ny og kostnadskreven behandling
- Private avtalespesialister
- Forskning – forskningssamarbeid, innovasjon, stamcelleforskning, ny helseforskningslov og styrking av regionale forskningsetiske komiteer, særskilt kompetanseoppbygging
- Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning
- Innholdet i utdanningene skal samsvare med behovene
- Etisk rekruttering av helsepersonell
- Folkehelsearbeid

- Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten
- Ernæringsarbeid
- Smittevern
- Rus

Sterkere brukerrolle

- Brukermedvirkning
- Individuell plan

Arbeid og helse

- Raskere tilbake

3.1.6 Oppdragsdokument for 2009 og protokoll fra foretaksmøte

Styringslinjen overfor de regionale helseforetakene er todelt:

- I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier. Her omtales de overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav for 2009, samt organisatoriske økonomiske og andre eierkrav og rammebetingelser.
- Oppdragsdokumentet omhandler spesialisthelsetjenestens overordnede mål, innhold og "sørge for"-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøte, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak.

For enkelte krav og oppgaver legger departementet opp til rapportering på fastsatte indikatorer⁶ slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I tillegg til lover, forskrifter, vedtekter, Nasjonal Helseplan mv. styres de regionale helseforetakene gjennom virkemidler forvaltet av Helse- omsorgsdepartementet. Det årlig styringsbudskap gis samlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøte i januar.

Tilsvarende er styringslinjen mellom det regionale foretaket og helseforetakene også todelt:

- I foretaksmøte stiller Helse Sør-Øst RHF krav i kraft av å være eier av helseforetakene. Foretaksmøtet omhandler således de overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav for 2009 for det enkelte helseforetak, organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser samt eventuelle endringer i vedtektene.
- Driftsavtalen er bestilling av helsetjenester fra helseforetakene basert på krav og forventninger i Oppdragsdokumentet. Driftsavtalen er således bestilling av helsetjenester som ledd i Helse Sør-Øst RHF's ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret. I bestillingen konkretiseres krav og forventninger til helsetjenestene som skal leveres, herunder krav om kvalitet og etablering av kvalitetssystemer som ISO 9001-2000 eller lignende.

Det regionale helseforetaket har også inngått avtale med fem private, ikke-kommersielle sykehus⁷ om leveranse av helsetjenester på samme vilkår og med samme krav og forventninger til utøvelse og kvalitet som for helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har etablert ulike oppfølgingstiltak overfor foretaksgruppen som ledd i sin interne kontroll:

⁶ I vedlegg til oppdragsdokumentet er det gitt en samlet oversikt over indikatorer som departementet vil bruke i styringsdialogen med RHF.

⁷ Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset

- Løpende oppfølging
Det gjennomføres oppfølgingsmøter med helseforetakene fem ganger i året hvor det foretas oppfølging i forhold til spesifikke styringskrav. Utvelgelse av temaer er basert på risikovurdering i forhold til måloppnåelse. Innspill som mottas i forbindelse med pågående revisjon av internkontroll med fokus på risikostyring i Helse Sør-Øst RHF vil bli inntatt i videreutviklingen av denne oppfølgingen. I tillegg skjer det en løpende ledelsemessig dialog mellom RHFet og helseforetakene i direktørmøter og andre møtefora som er etablert i foretaksgruppen.
- Periodisk oppfølging
Foretas tertialvis ved aktivitets-, kvalitets- og resultatrapportering. Årlig melding benyttes i oppfølgingen av punkter som gjennom året ikke har vært definert som risikoområder og underlagt spesiell oppfølging.

De mer generelle styringskravene og de konkrete tiltakene gjennomgås grundig i Helse Sør-Øst RHF i forhold til å sette opp virksomhetsplaner for 2009. På basis av foretaksprotokoller og driftsavtaler, er tilsvarende prosesser med operasjonalisering av styringskrav forutsatt å finne sted i helseforetakene. Tilsvarende forutsettes gjennomført på basis av krav i driftsavtale ved de fem private, ikke-kommersielle sykehusene.

Oppfølging av styringsbudskapet for 2009 er nærmere beskrevet i styresak 009/2009 *Oppdragsdokument for 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF – oppfølging.*

3.2 Plan for strategisk utvikling, strategisk fokus og mål 2009 for Helse Sør-Øst

3.2.1 Innledning

3.2.1.1 Grunnleggende forankring

Loven og helsepolitikken

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

Oppgaven består i å gi et kvalitetsmessig godt helsetilbud til den enkelte. Samtidig skal de store samfunnsmessige verdier i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr og bygg, forvaltes på en god og fremtidsrettet måte.

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

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. 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, 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

Helse Sør-Øst og omgivelsene

Åpenhet og ærlighet er en forutsetning for tillit og god kommunikasjon både internt og eksternt. God kommunikasjon er avgjørende for å lykkes – og for at medarbeiderne skal se nye muligheter for seg selv og for virksomheten.

Sykehusene i Norge er – og skal være – i offentlighetens søkelys. Det erkjennes at Helse Sør-Øst sin troverdighet bygger på aktiv, åpen og ærlig kommunikasjon.

Kommunikasjon internt

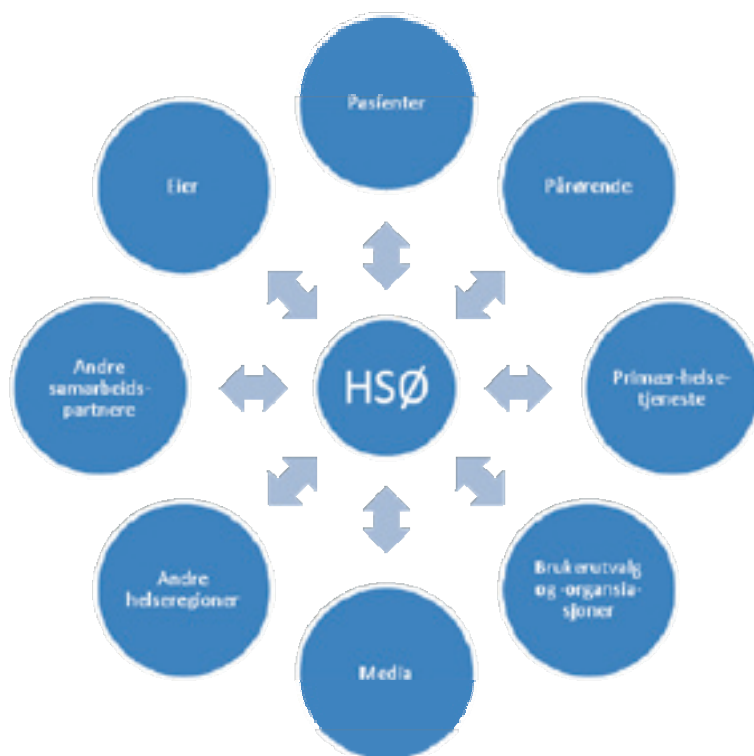
Helse Sør-Øst står overfor store endringer og omstillinger. I slike faser er det vesentlig at alle kjenner og utfører sitt ansvar for å informere og å involvere. Samtidig er det nødvendig at medarbeidere og ledere på alle nivå i foretaksgruppen har god kjennskap og faktakunnskap om ulike endringsplaner og prioriterte områder. Slik kan foretaksgruppen fremstå samlet og koordinert med kommunikasjon basert på god innsikt og kunnskap.

Kommunikasjon handler om å dele kunnskap og å skape forståelse. Medarbeideres aktive deltakelse og involvering, med basis i arbeidsmiljølov og overenskomster, er konkretisert i 12 prinsipper for medvirkning. Deltakelse i prosesser frem mot beslutninger er en viktig forutsetning for å bygge lojalitet innad i organisasjonen – og for å skape tillit i forholdet til omverdenen.

Medarbeidere er den viktigste aktøren for at Helse Sør-Øst skal nå sine overordnede mål. For at medarbeidere skal kunne utøve sine plikter og retter som arbeidstaker er det viktig at informasjonen er tilrettelagt.

69.000 medarbeidere i Helse Sør-Øst er hovedmålgruppen i kommunikasjonsarbeidet og skal gjennom informasjon gis mulighet for å være aktiv i prosesser knyttet til både faglig, organisatoriske og administrative prioriteringer i regionen.

Ved å styrke kommunikasjonen med målgruppen kan denne også bli en viktig kanal for andre målgrupper, spesielt i forhold til pasienter og pårørende.



Figur: Prinsippskisse for aktører og samhandling

Kommunikasjon eksternt

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

Statens kommunikasjonspolitikk er førende og ligger til grunn for arbeidet med informasjon i foretaksgruppen:

- Kommunikasjonsprinsippet – all informasjonsvirksomhet skal i størst mulig grad ta hensyn til både avsenders og mottakers behov
- Prinsippet om aktiv informasjon – Helse Sør-Øst skal drive aktiv og planmessig informasjonsvirksomhet. Dette forutsetter at informasjonen ikke først og fremst bygger på egne premisser men er utformet med utgangspunkt i brukernes behov og forutsetning
- Helhetsprinsippet – all informasjon som gis fra Helse Sør-Øst skal i størst mulig grad være samordnet i foretaksgruppen, slik at den fremstår helhetlig for mottakeren. Felles samordnet budskap tilpasses ulike målgrupper.
- Linjeprinsippet – ansvaret for informasjon skal ligge der saksansvaret ligger

- Prinsippet om informasjon som et lederansvar – det er først og fremst et lederansvar å ivareta Helse Sør-Øst sitt kommunikasjonsansvar. Ledere kan ikke delegere ansvaret for informasjon selv om arbeidsoppgavene delegeres.

Styringsmodell og konsernorganisering

Ledelsesstruktur og organiseringen skal sikre at Helse Sør-Øst RHF på en optimal måte kan ivareta de mål og oppdrag som eier og styret har fastsatt.

Med utgangspunkt i visjon og verdigrunnlag, samt nasjonal helsepolitikk, vil Helse Sør-Øst RHF styre underliggende helseforetak gjennom to hovedinstrumenter; *driftsavtale*, som er den årlige bestillingen av helsetjenester med tilhørende budsjettbevilgning, og *vedtak som fattes i foretaksmøtene*. I tillegg vil det med basis i direktørmøter være tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Helseforetakenes styreledere er i stor grad ansatt i Helse Sør-Øst RHF. Det skal være nær og formalisert kontakt med brukere og tillitsvalgte på RHF- og HF-nivå.

Gjennom de strukturelle og innholdsmessige endringer som det legges opp til i dette dokumentet, gis helseforetakene et betydelig ansvar for realisering av foretaksgruppens mål. Dette underbygges ved at det etableres større og mer robuste helseforetak og større områder for planlegging og utvikling av tjenestetilbudet.

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

Det juridiske rammeverket sikres oppfylt gjennom et helhetlig kvalitetssystem som ivaretar alle myndigheters krav om internkontroll. Det er styrenes oppgave å påse at internkontrollen i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte.

3.2.1.2 Strategidokumentets hensikt

Strategidokumentet skal være Helse Sør-Østs strategiske fundament for:

- Langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, nasjonal helseplan mv.
- Utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret
- Rullering av strategisk fokus og prioritering av innsats i et kortere perspektiv



Figur: Prinsippskisse for utledning mål og strategi

Strategidokumentet identifiserer fremtidige utfordringer, bla. endringer i befolkningssammensetning, økning i antall eldre, fremtidige rammer og ressursbehov. Gjennom strategier og mål defineres fremtidige utviklingslinjer, prioriteringer, nødvendige omstillingstiltak og holdningsendringer.

De strategiske perspektivene som kommer til uttrykk skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasienttilbudene, eiendomsutvikling, investering mv., slik at dette utgjør et samlet målbilde frem mot 2020.

Kortsiktig strategisk perspektiv vil være 3-4 år. I denne sammenhengen er det konkretisert strategiske valg for Strategisk fokus for perioden 2009-2012. Strategisk fokus vil rulleres hvert år mht. målformuleringer og for å fange opp styringssignal fra eier og endringer i behov.

Mål for første år i planperioden uttrykker spissede prioriteringer med basis i nasjonal politikk og regional risikovurdering.

I foretaksmøter som avholdes i januar 2009 vil Helse Sør-Øst RHF forplikte helseforetakene til oppfølging av dette strategidokumentet. Gjennom dette forpliktes helseforetakene til oppfølging av styrets vedtak innenfor omstillingsprogrammet.

3.2.1.3 *Strategiens mål og satsingsområder - motivasjon*

Pasientbehandling

Tilbudene til pasienter omfatter utredning, diagnostisering, behandling, pleie, omsorg og habilitering/rehabilitering. Tilbudene omfatter også pasientopplæring for å øke pasient og pårørendes evne til mestring og egenomsorg.

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. I tiden fremover blir det flere eldre og sykdomsbildet er preget av flere med kroniske og sammensatte sykdommer. Disse pasientene har ofte behov for nærhet til tjenestene, kontinuitet og oversiktighet samt at det er breddekompetanse i behandlingsapparatet bl.a. i form av tverrfaglige team. Pasientene vil også være helt avhengig av en tydelig og ansvarlig kontaktperson og at det er etablert et tett og godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten både for det enkelte pasientforløp og i planleggingen og gjennomføringen av den samlede tjenesten.

Samtidig vil det på andre områder være behov for en ytterligere spesialisering innen fagområder som tilsier behov for samling og styrking av kompetanse. I tillegg må spesialisthelsetjenesten være forberedt på økte kostnader til ny teknologi og medikamenter.

Det er store forskjeller innenfor regionen både når det gjelder levealder, sykelighet og tilgjengelighet til tjenestetilbudet. Et likeverdig tjenestetilbud er et sentralt mål.

Den faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten tilsier at flere pasienter behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Det er grunn til å tro at bedre tilrettelagte pasientforløp og omleggingen til dagaktivitet/poliklinikk vil fortsette innen mange fagområder og derved redusere den gjennomsnittlige liggetiden ytterligere. Bedre kunnskapshåndtering og videreutvikling av god faglig praksis gjør videre at behandlingen blir mer likeverdig, noe som også vil gi større forutsigbarhet ved oppholdet i sykehuset. Dette vil til sammen være til beste for pasientene som vil oppleve høyere kvalitet og mer helsebringende tid i sykehus.

Det er behov for å bedre samhandling både innen spesialisthelsetjenesten og ikke minst mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bedre samhandling vil særlig komme kronikere, eldre og pasienter med psykiske problemer og rusproblematikk til gode.

Bærekraftig utvikling innebærer kontinuerlig utvikling av fagområdene sammen med mer effektiv bruk av arealer, der kapasiteten tilpasses behovet i befolkningsområdet.

Forskning

Forskning er en av de fire lovpålagte oppgavene i Lov om spesialisthelsetjenester. Forskning skal komme pasientene til gode ved å frembringe kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, omsorg, rehabilitering, organisering og styring av helsetjenesten samt næringsutvikling. Forskning bidrar også til kompetanse og utviklingsevne i helsetjenesten og legger grunnlaget for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Helse Sør-Øst er i dag en betydelig forskningsaktør med stor forskningsaktivitet og -produksjon. Helse Sør-Øst bærer et spesielt nasjonalt ansvar for videreutvikling av dette området av spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst har særlige utfordringer i å samordne forskningsaktiviteten slik at den faglige virksomheten stimuleres, rekrutteringen styrkes og forskningsmiljøenes samlede internasjonale slagkraft økes.

Det er nødvendig å bygge opp forskningsaktivitet av god kvalitet i alle helseforetakene, som grunnlag for god kvalitet og modernisering i hele helsetjenesten. Tverrfaglig forskning, translasjonsforskning⁸ og innovasjon er viktige forutsetninger for at resultater fra forskning kan bli implementert. Nødvendig infrastruktur skal være samordnet, tilgjengelig og utnyttet optimalt. Det er viktig å sikre god forskningsetisk standard, både hos den enkelte forsker, forskningsledelse og på systemnivå. Dette forutsetter god og strategisk forskningsledelse, god veiledning og en understøttende forskningsadministrasjon og -forvaltning.

Kunnskapsutvikling og god praksis

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at hele pasientforløpet betraktes som en

⁸ *Forskning som bidrar til at kunnskap fra grunnforskning og epidemiologisk forskning tas i bruk i klinisk forskning eller at kunnskap fra klinisk forskning tas i bruk i klinisk praksis og i organisering av helsetjenesten.*

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. Det er et stort potensial for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis, forløps-tankegang og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres.

Det er i dag stor forskjell mellom helseforetakene når det gjelder behandling og liggetid for samme diagnose. Det er derfor viktig å sikre at kvaliteten er høy i hele pasientforløpet, fra forebygging til aktiv behandling, rehabilitering og samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Behandlingslinjene skal bygge på beste kunnskap og være trygge. Lengre liggetid i sykehus enn det som er nødvendig for å gjennomføre aktiv behandling medfører risiko for tap av funksjonsevne, infeksjoner og andre komplikasjoner.

Organisering og utvikling av fellestjenester

Støttefunksjoner og fellestjenester skal understøtte og forbedre kjernevirksomhet og arbeidsprosesser. Det må derfor etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner. En må frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess. Behov for arealeffektivisering og fleksibel organisering og arealbruk stiller økte krav til profesjonalitet. Det må realiseres gevinster som følge av standardisering, virksomhetsutvikling, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 65 000 medarbeidere som er virksomhetens viktigste ressurs. Hver og en representerer verdifull kunnskap og erfaring. Måten de menneskelige ressursene forvaltes på, videreutvikles og anvendes er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor. Utvikling av gode arbeidsmiljøer er avgjørende for fremtidig rekruttering og trygge omstillingsprosesser.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

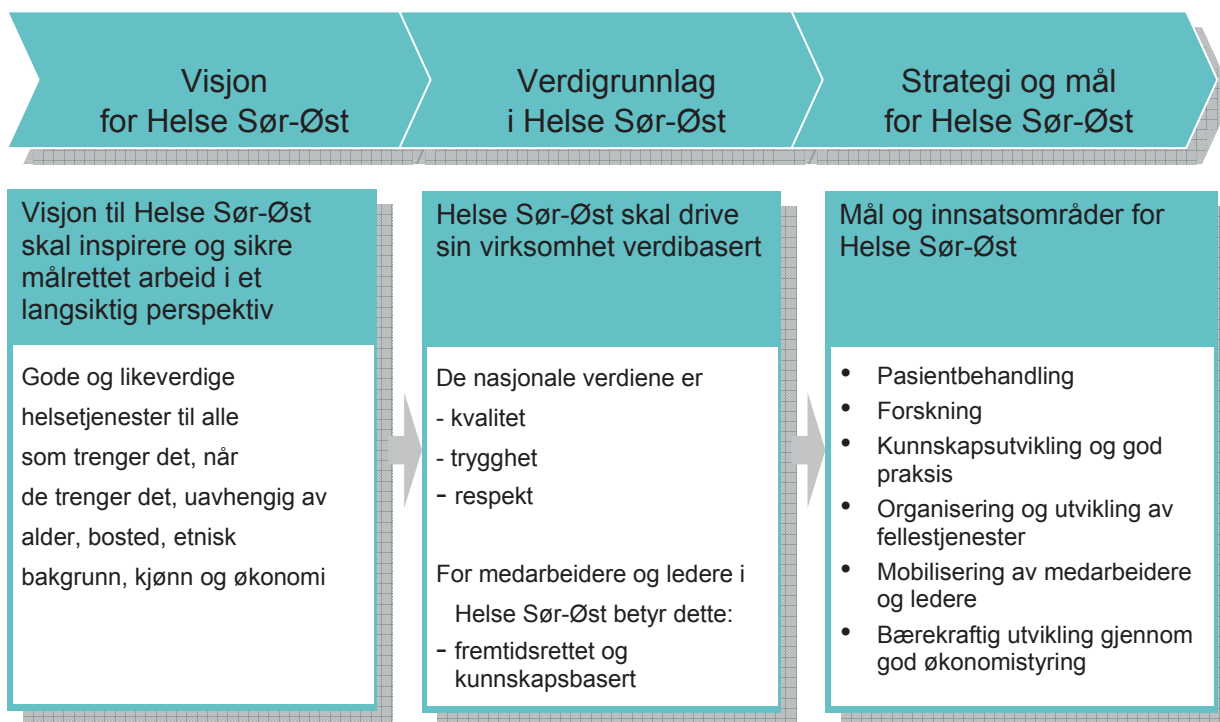
Det er ikke grunnlag for å planlegge ut fra at de økonomiske rammene vil øke vesentlig utover dagens nivå. En bærekraftig utvikling må derfor skapes gjennom fokus på kvalitet i behandlingstilbudet, god kapasitetsutnyttelse, god samhandling, driftseffektive løsninger og god økonomisk styring.

Etablering av et handlingsrom for videreutvikling forutsetter at det settes inn tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid. En slik reduksjon må innebære vurderinger av forskjellige pasient- og aldersgrupper, og differensiering av liggetidene i forhold til den enkelte gruppens spesifikke behov. Mange pasienter som i dag får sitt behov dekket gjennom innleggelse i sykehus, vil i fremtiden bli gitt tilbud i poliklinikk og ved dagbehandling.

Unødvendig innleggelse i sykehus medfører i dag bl.a. økt infeksjonsrisiko og funksjonsbortfall som følge av passivering. Bedret kvalitet i tjenestetilbudet må utvikles gjennom mer effektive behandlingslinjer og bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Det legges til grunn at fremtidig helseforetaksstruktur og faglig organisering skal gi grunnlag for god utnyttelse av kapitalressursene og effektiv arealbruk.

3.2.2 Sammenstilling – fra visjon til innsatsområder



3.2.3 Kvalitet og prioritering

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

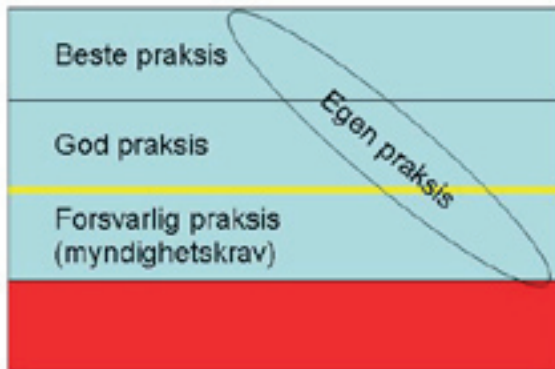
Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

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

Våre kvalitetsmål innebærer at tjenestene skal...	Det er
Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)	Faglige avveininger og beslutninger ved valg av kvalitetsnivå må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Resultater må kunne dokumenteres.
Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)	Sannsynlighet for feil og uheldige hendelser skal reduseres til et minimum gjennom risikostyring og avviksbehandling. Ved valg av kvalitetsnivå skal det tas hensyn til pasientens sikkerhet.
Involvere brukerne og gi dem innflytelse	Pasientens erfaringer og synspunkter er viktige faktorer for utvikling av kvalitetsnivået i helsetjenesten. Samtidig må pasienten ansvar for eget liv og helse må tydeliggjøres. På individnivå skal epikrise til pasienter og individuell plan vektlegges. På systemnivå skal brukerne og deres organisasjoner trekkes inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene.
Være samordnet og preget av kontinuitet	Alle tiltak skal være samordnet og preget av kontinuitet. Arbeid med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar skal vektlegges.

Utnytte ressursene på en god måte	Rett tjeneste skal tilbys rett bruker på rett måte til rett tid. Brukerens behov, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet helsegevinst og nytte av behandlingen samt kostnader (prioriteringskriteriene) skal hensyntas når kvalitetsnivå for behandlingstiltak settes.
Være tilgjengelig og rettferdig fordelt	Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Tilgjengelighet skal vektlegges.

Figur 1 Kvalitetsnivå på praksis



Kvaliteten på egen praksis vil kunne variere ut fra hvilke kvalitetskrav som settes og følges på området/ arbeidsprosessen, men skal aldri ligge lavere enn myndighetskravet ("forsvarlighetskravet") innen det aktuelle området (rødt felt på figur 1).

Figuren illustrerer nødvendigheten av større bevissthet om at kvalitetsnivå bygger på valg, der det ikke alltid vil være samsvar mellom ulike interesser, muligheter og behov.

Ved valg av faglig kvalitetsnivå i form av trygge og virkningsfulle tjenester, må ansattes medvirkning ivaretas samtidig som det alltid må tas hensyn til brukerbehov og ressursmessige forhold. Når det er samsvar mellom brukerens ønsker og fagmiljøenes krav til god eller beste praksis, bør tilbudet som hovedregel gis i henhold til dette, dersom dette representerer forvarlig ressursutnyttelse sett i forhold til andre pasientgruppers behov. Det finnes imidlertid situasjoner der brukeren ønsker et annet tilbud enn det fagmiljøene mener er god eller beste praksis, fordi det for eksempel innebærer bedre tilgjengelighet og gode relasjoner. Det forsvarlige tilbud kan således være tilfredsstillende og i samsvar med pasientens ønske og behov.

Den enkelte behandler står heller ikke fritt til å gi tilbud i henhold til beste praksis i alle tilfeller. Virksomhetens rammebetingelser og prioritering av ressursbruk kan medføre at kravene til et tilbud må reduseres der det finnes et mindre ressurskrevende alternativ som oppfyller kravene til forsvarlig helsehjelp.

I lys av dette må kvalitetsmålene operasjonaliseres og modeller for prioritering og valg av kvalitetsnivå utvikles. Kvalitet og prioritering vil være gjennomgripende for alle innsatsområder og ha stor betydning for den samlede måloppnåelse i årene som kommer.

3.2.4 Pasientbehandling



Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Bakgrunn/rasjonale

Organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder/sykehusområder har som formål at flere tjenester skal kunne ytes desentralt samt å sikre bedre koordinering av tjenestene innefor et sykehusområde. Større opptaksområder vil gi et pasientgrunnlag som i større grad sikrer høy faglig kvalitet og god samlet ressursutnyttelse for tilbud som ellers ville måtte sentraliseres for å ytes forsvarlig. En stor andel av pasientene vil kunne behandles på

lokalbasert spesialisthelsetjenestenivå (laveste effektive omsorgsnivå – LEON-prinsippet), og de fleste pasientene vil kunne ferdigbehandles innenfor opptaksområdet/sykehusområdet.

I lokalbaserte spesialisthelsetjenester inngår tjenester for vanlige og sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. Tjenester for sjeldnere lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig dybdekompetanse defineres som spesialiserte tjenester.

Organiseringen og fordelingen av tjenestene skal gi bedre oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne. Det vil også legge til rette for mer helhetlige behandlingsskjeder, samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket samarbeid mellom små og store sykehus (om vaktordninger, ambulering mv) gode pasientforløp og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene. Hensiktsmessige IKT-løsninger må etableres for å understøtte dette.

Strategiske valg

1. Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON).
2. Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.
3. Sykehus innenfor et sykehusområde skal etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene og kommunehelsetjenesten. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette.
4. Det skal som hovedregel være samsvar mellom sykehusområde og helseforetaksstruktur. Et helseforetak skal ha ledelse som gjennomgående styrer utviklingen både i et langsiktig og et kortsiktig perspektiv. Der hvor flere helseforetak inngår i et sykehusområde etableres en forpliktende avtalestruktur mellom helseforetakene, som sikrer at faglige og organisatoriske prinsipper følges opp og gevinster realiseres. Det stilles de samme krav til utvikling av det samlede pasienttilbudet som det gjøres i de sykehusområder hvor virksomhetene er organisert i ett helseforetak.
5. Sykehusområdene danner grunnlaget for fremtidig inntektsfordeling og investeringer i bygninger, utstyr og IKT i regionen.
6. Private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Vedtatt strategi for Helse Sør-Øst (jf. styresak 020/2008) legges til grunn.
7. Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.

Videre arbeid

- Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene. Omstillingsavtale og 12 prinsipper for medvirkning er sentrale virkemidler
- For å sikre et bredt og faglig godt lokalbasert tilbud i sykehusområdet og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulering av spesialister, gjensidig hospitering mellom "søsteravdelinger", og det legges til rette for at spesialister kan inngå i regionale/områdevisse vaktordninger.



Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående

Bakgrunn/rasjonale

Å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester er både en lovpålagt oppgave og en etisk forpliktelse. Et av de sterkeste virkemidlene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er helsepersonellens kunnskap, kompetanse og glede ved å lykkes med jobben. Ledere må legge til rette for at ansatte får bruke sine evner og kunnskaper og at brukerne av tjenestene kan medvirke til god behandling. Helhet og oversikt må sikres gjennom tverrfaglighet, samhandling og gode pasientforløp. Hva som er god faglighet og god praksis, må defineres, etterleves og forbedres gjennom ledelse, kvalitetsstyring og internkontroll. Det er et mål å forhindre uheldige hendelser som følge av systemfeil og menneskelig svikt.

Strategiske valg

1. Avdekke kritiske områder gjennom **risikostyring** og etablering av god **internkontroll**, herunder behandling av avvik slik at gjentakelse unngås, organisasjonen lærer av feil og skaden begrenses. Videreutvikling av avvikssystemer i et kost/nytte-perspektiv er et viktig tiltak.
2. Helse Sør-Øst ønsker gjennom god styring og ledelse å legge til rette for motiverte medarbeidere, gode holdninger og god bedriftskultur. Omstillingsprogrammet og stimulering til åpenhet og god meldekultur er viktige deler av dette arbeidet.
3. Pasientsikkerhetsprosjekter, brukertilfredshets undersøkelser, fagrevisjoner, lederopplæring og metodikk hentet fra sertifisering, akkreditering, vil bli anvendt for å styrke ledelse og faglig utøvelse, samt unngå feil/avvik.

Videre arbeid

- Videre utvikling og utbredelse av metodikk fra sertifisering og akkreditering som virkemiddel for implementering av internkontroll
- Implementere anbefalinger for god praksis for håndtering av uønskede hendelser og avviksbehandling, herunder videreutvikle de elektroniske avvikssystemene i HF-ene
- Sikre samhandling og gode pasientforløp bl.a. gjennom epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen og ved overflytning mellom institusjoner
- Lederopplæring i internkontroll og risikostyring
- Utprøving eller implementering av vellykkede pasientsikkerhetsprosjekter, herunder tiltak for sikker håndtering av legemidler
- Bruk av regionale fagrevisjoner og utprøving av ordninger med pasientansvarlig team
- Faglig utvikling og samordning gjennom etablering av regionale fagråd



Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Bakgrunn/rasjonale

Pasientens forståelse og innsikt i egen sykdom og helse er en unik kunnskapskilde som skal benyttes for å forbedre pasientbehandlingen. Pasienten skal gis nok informasjon og mulighet til å ta den kontroll over beslutningene som denne ønsker. Det bør legges til rette for og oppmuntres til at pasient og behandler tar beslutninger sammen.

Pasient og pårørende må kunne delta aktivt i behandlingsopplegg. Kunnskap om sykdomsforløp og diagnostikk deles mellom behandlere og pasient. Pasientens egenansvar

for eget liv og helse blir vektlagt gjennom hele prosessen, med vekt på forebygging og mestring i et livsløpsperspektiv.

Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en viktig møteplass for brukere, deres familier og fagpersonell. Sentrene tilbyr informasjon og opplæring i form av kurs og gruppe, og de er også en arena for fagutvikling for ansatte og et sted hvor fagfolk kan bli bedre til å lære fra seg. Regionalt LMS skal bidra til at kvaliteten på opplæringsstilbud til pasienter og pårørende blir best mulig.

Likemannsarbeid kan være en del av lærings- og mestringsstrategier. Selvhjelpsgrupper er et forpliktende arbeidsfellesskap hvor alle deltakere er ansvarlige for å bringe egne erfaringer inn i gruppa. Den nye kunnskapen som produseres er et resultat av møte mellom de ulike erfaringene.

Strategiske valg

1. Brukerperspektivet skal styrkes ved bruk av egnede virkemidler.
2. Lærings- og mestringssentrene videreutvikles som arena for samhandling og brukermedvirkning.

Videre arbeid

- Stimulere brukerorganisasjonenes skolering av brukerrepresentanter og likemenn og bidra til kompetanseutviklingsprogram for brukerrepresentanter i RHF og HF
- Brukermedvirkning inngår i lederutdanningen
- Brukerkompetanse som integrerte prosesselementer på linje med fag og økonomi
- Lærings- og mestringssentrenes rolle som helsepedagogisk ressursmiljø i helseforetakene styrkes



Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles

Bakgrunn/rasjonale

Samhandling i planlegging og utvikling av tilbudet til pasienten er avgjørende for å sikre en samlet tjeneste av god kvalitet der behandling skjer på laveste effektive omsorgsnivå. Samhandling krever gjensidig tillit, prioritering, innsats og ressurser fra begge tjenestenivåer. Målet er å skape sammenhengende behandlingslinjer også ut over spesialisthelsetjenestens ansvarsområde.

Strategiske valg

1. Fokus for samhandlingen vil være systematisk og strukturerte tiltak som virker og som er godt forankret i kommuner og foretak
2. Helsedialog og konkrete, forpliktende avtaler med kommunene som sikrer samhandling og kompetanse- og informasjonsutveksling
3. Forsterke arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp
4. Systematisere og integrere gode prosjekter (sykehjem, rehabilitering) i ordinær drift
5. Styrke forpliktende samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten og fastleger
6. Gjensidig kompetanseoverføring og veiledning gjennom ambulante tjenester, samarbeid om lærings- og mestringstilbud, hospiteringsordninger o.a.

Videre arbeid

- Utvikle regional handlingsplan for samhandling
- Individuell plan og rask informasjonsoverføring for henvisning og epikrise (ved utskrivning), herunder utvikling av felles infrastruktur for informasjon
- Videreutvikle gode pasientforløp. Etablere behandlingslinjer som omfatter pasientansvarlig team, pasientopplæring, rehabilitering og primærhelsetjeneste
- Systematisert forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten om utskrivning
- Videreutvikle samarbeid med andre aktører, for eksempel NAV
- Etablere nye organisasjonsformer i form av fellesløsninger med primærhelsetjenesten, for eksempel felles akuttinntak/legevakt
- Samarbeidet med Oslo kommune om etablering av en ny storbylegevakt videreføres.



Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres

Bakgrunn/rasjonale

Forebygging og samhandling med kommunehelsetjenesten er av de viktigste strategiene som kan redusere pasienttilstrømming til spesialisthelsetjenesten i fremtiden og dermed bidra til at de høyest prioriterte pasientgruppene gis god behandling. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har kunnskap som er nødvendig for å kunne gjennomføre god forebygging, men ansvar for de rent forebyggende tiltakene har tradisjonelt vært lagt på kommunenivå. Spesialisthelsetjenesten har ofte konsentrert sitt forebyggende arbeid om å hindre at allerede oppstått sykdom forverres og kronifiseres.

Utviklingen av det medisinske faget har gitt mulighet for bedre diagnostikk som gjør at mange diagnoser stilles tidlig i sykdomsforløpet, og dermed at følgetilstander av sykdommen kan forhindres eller utsettes ved at det settes inn målrettede tiltak.

Innen flere områder kan spesialisthelsetjenesten gi vesentlige bidrag til å målrette forebyggende innsats for å hindre at sykdom og skade oppstår. (Eksempler på dette spenner fra forskning på sammenhenger mellom livsstil og sykdom til at registrering av ulykker ved mottak i sykehus kan gi viktige data til veimyndighetene om ulykkesutsatte veistrekninger.) Også innen fagfelt som rehabilitering, psykisk helsevern og rus er kommunehelsetjenesten avhengig av gode systemer for kunnskapsoverføring fra spesialisthelsetjenesten for å kunne gi gode forebyggende tilbud.

Fordi helsevesenet er arbeidsintensiv virksomhet er helseinstitusjoner ofte hjørnesteinsbedrifter i sine lokalsamfunn. Dette betyr at forebyggende virksomhet for egne ansatte kan ha merkbar innflytelse på helsetilstanden generelt i området der institusjonen ligger. Helsefremmende arbeid for egne ansatte kan være et godt utgangspunkt for å øke spesialisthelsetjenestens primærforebyggende innsats, samtidig som det vil gi gevinster for egne medarbeidere.

Strategiske valg

1. Individtilpasset innsats tidlig ved identifisert risiko
2. Bedre tilpassing av forebyggende innsats til viktige målgrupper i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten
3. Økt gjensidig kunnskapsoverføring mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

Videre arbeid

- "Standarder og indikatorer for forebyggende og helsefremmende arbeid på sykehus" tas i bruk som hjelpemiddel i forebyggende virksomhet
- Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for samhandling forebygging
- Helseforetakene styrker sin rolle i forebyggende arbeid og HMS overfor egne ansatte
- Strategier for forebygging inngår i utviklingen av samhandlingstiltak
- Finansieringssystemer som incitament til forebyggende arbeid og pasient- og pårørendeopplæring



Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene

Bakgrunn/rasjonale

For å sikre tjenester som er innrettet mot å møte behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, skal lokalsykehus og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenester styrkes. Det er behov for en særskilt innretning og kompetanse for å møte behovene disse pasientene har, både i forhold til diagnostikk, behandling og oppfølging. Breddekompetanse og god samhandling med kommunene er vesentlig. Likeverdig tilbud til forskjellige etniske grupper må sikres.

Strategiske valg

1. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester, lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde som trenger et tilbud fra spesialisthelsetjenesten.
2. Det stilles samme kvalitetskrav til lokalbaserte spesialisthelsetjenester som til annen spesialisthelsetjeneste. Helseforetakene skal sikre at volumet på de tjenestene som ytes lokalt, er stort nok til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus, for å kunne avdekke og rette opp feil.
3. I det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet vil følgende inngå:
 - Dag- og døgntilbud innen i indremedisin
 - Tilbud til eldre
 - Elektive kirurgiske tjenester
 - Bredt spekter av polikliniske tjenester i samarbeid med mer spesialiserte sykehus
 - Diagnostisk tilbud
 - DPS / BUP / psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon
 - Ambulante spesialisthelsetjenester
 - Tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dvs. den delen av rusbehandling som foregår i spesialisthelsetjenesten og som forutsetter både sosialfaglig og helsefaglig kompetanse
 - Lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten
 - Lærings- og mestringssentra i et nært samarbeid med kommunene, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet
4. Lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud, for eksempel distriktsmedisinske sentra. Behovet for akuttefunksjoner ved lokalsykehus sees i nær sammenheng med prehospitale tjenester og det kommunale legevaktstilbudet
5. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus må utvikle breddekompetanse og tverrfaglighet. Virksomheten må organiseres på en måte som sikrer en helhetlig og bred

faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser, herunder psykiske og rusrelaterte lidelser.

6. Som del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling.
7. Distriktpsikiatriske sentra (DPS) er psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon og skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner.
8. Helseforetakene skal, i tråd med føringene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, utvikle det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet i samarbeid med kommunehelsetjenesten, bl.a. for å bidra til at ikke-selvhjulpne pasienter og pasienter får et dag- eller døgntilbud i nærheten av hjemmet. Ambulante rehabiliteringstjenester skal inngå som en del av lokalsykehusfunksjonen.
9. Som en del av den lokalbaserte spesialisthelsetjenesten skal det etableres lærings- og mestringssentre i et nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet. Lærings- og mestringssentrene skal inngå som aktiv part i helseforetakets sykdomsforebyggende arbeid.

Videre arbeid

- Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene
- Innholdet i lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus tydeliggjøres og kommuniseres
- Ambulante tjenestetilbud utvikles
- Lærings- og mestringssentre i lokalsykehus gir tilbud til alle pasientgrupper som får tilbud ved sykehuset og utvikles som en arena for samhandling med kommunen
- Distriktsmedisinske sentra og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud utenfor sykehus etableres der det er hensiktsmessig
- Handlingsplan for eldre utarbeides



Akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder

Bakgrunn/rasjonale

Desentralisert spesialisthelsetjeneste og satsing på forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten stiller nye krav til prehospitale tjenester. Større differensiering av sykehusstilbudet øker behovet for og krever gode og hensiktsmessige transportløsninger. Rask medisinsk behandling bedrer behandlingsresultatene. Nye teknologiske løsninger og god akuttmedisin gir nye muligheter for tidlig behandling

Strategiske valg

1. Som hovedprinsipp skal akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor hvert sykehusområde samordnes
2. Det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold. Videre utvikling av helseforetakenes akutfunksjoner skal skje gjennom gode lokale prosesser, med bred samhandling og involvering innenfor sykehusområdene.
3. Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal legges til rette for tettere integrering av det kommunale akuttmedisinske tilbudet og spesialisthelsetjenestens akutfunksjoner.

Videre arbeid

- Akutfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde
- Felles akuttmottak og mer samling av akutfunksjoner videreutvikles
- Alle helseforetak skal etablere et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak
- Fremtidig organisering av de prehospitale tjenester i regionen utredes. Regional strategi legger rammene for områdevisse planer. Kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet skal sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud



Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

Bakgrunn/rasjonale

Akuttilbud og spesialiserte tilbud er kostbare, krever tverrfaglighet og stiller høye krav til infrastruktur. Innen en del fagområder og i behandlingen av multitraumer er det utviklet behandlingsmetoder som gir bedre overlevelse og behandlingsresultat, men som bør samles i færre enheter for å opprettholde god kompetanse. Hele behandlingsskjeden vil ha viktige oppgaver for en optimal pasientbehandling, og med tilstrekkelig spesialisering, arbeidsdeling og samordning vil tjenesten samlet kunne tilby dette.

Strategiske valg

1. Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.
2. Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. spesialiserte funksjoner. Sykehusområder som ikke samler spesialiserte funksjoner i en enhet må sikre faglig koordinering av slike funksjoner.
3. Oppbygging av nye funksjoner innen et sykehusområde må vurderes ut fra faglige kriterier og økonomiske betraktninger. Oppbygging av funksjoner i sykehusområdene må ikke skje i strid med etablerte flerregionale funksjoner, noe som vil bidra til utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet, eller økt behov for legespesialister som derved reduserer andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene.

Videre arbeid

- Vedtak om strukturmessige, organisatoriske og ledelsesmessige endringer følges opp i samarbeid mellom ledelse, brukere og ansatte i helseforetakene
- Faglige råd og utredninger følges opp og konkretiseres i videre utvikling innenfor sykehusområdene
- Ambulerende spesialisttilbud videreutvikles i forhold til lokalsykehusfunksjoner og kommunehelsetjeneste
- Pasientnære spesialisttilbud og "hjemmesykehus" (hospital at home) videreutvikles for å unngå/forkorte innleggelser og etablere tett kontakt med medisinsk spesialkompetanse hjemme hos pasienten



Regionale funksjoner samles og rendyrkes

Bakgrunn/rasjonale

Det er økende etterspørsel etter høyspesialiserte tjenester samt behov for bedre ressursutnyttelse. Høyspesialisert medisin krever store investeringer i kompetanse, utstyr og har høye driftskostnader. I tråd med utviklingen internasjonalt er det behov for å utvikle referansesykehus.

Strategiske valg

1. Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling.

Videre arbeid

- Plassering av regionale funksjoner og flerområdefunksjoner innen somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering fastsettes av helse Sør-Øst RHF
- Det etableres tverrfaglige regionale fagråd
- Nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet ivaretas og sikres
- Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner ivaretas og videreutvikles



Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt

Bakgrunn/rasjonale

Habilitering og rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for den nasjonale rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

Å definere behov for døgn- og dag tilbud, LMS-tilbud, poliklinisk (tverrfaglig) tilbud vil være en nødvendig konkretisering av tilbudet spesialisthelsetjenesten skal yte. Det er et påtrengende behov å kunne standardisere dette innenfor de nye sykehusområdene slik at det sikres lik behandling uavhengig av geografi.

De fleste pasienter med kronisk sykdom eller varig funksjonsnedsettelse har behov for spesialisttjenester mange ganger i et langt forløp avhengig av hvordan sykdommen utvikler seg. De ulike tilbudene (tjenesteyterne) utgjør nettverket av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Individuell plan binder dette sammen slik at tiltakene henger sammen og fører den individuelle prosessen målrettet videre.

Moderne rehabilitering begynner i det akutte forløp/i utredningen, og ikke langt ute i sykehusoppholdet. Den kurative medisinske tenkningen må integrere rehabiliteringstenkning helt fra det første møtet med spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder for habiliteringstilbudene.

Strategiske valg

1. Rehabiliteringstjenestene i sykehusområdene styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering. Rehabilitering er en naturlig del av et pasientforløp. Det er sykehusområdenes ansvar å ivareta spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Fremtidig organisering og prioriteringer skal sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen habilitering og rehabilitering, slik at en gjennom et mer desentralisert tilbud oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene
2. Som ledd i arbeidet med å etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen rehabilitering skal sykehusområdene i samarbeid med kommunene utforme områdevisse planer for hvordan rehabiliterings- og habiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles
3. Regionale rehabiliteringsfunksjoner samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning.
4. Forskning, utdanning og gode tverrfaglige behandlingstilbud sikres ved at de regionale funksjonene organiseres i tett samarbeid med øvrige regionsykehusfunksjoner.

Videre arbeid

- Det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene
- Brukermedvirkningen skal styrkes. Brukeren skal være sentral i egen rehabilitering
- Forbedret bruk av individuell plan og koordinerende enheter for å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.
- Private institusjoner er en viktig ressurs i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Deres funksjon og rolle i behandlingsskjeden tydeliggjøres ytterligere
- Lærings- og mestringstilbud inngår i behandlingsskjeden
- Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Det skal satses systematisk på utviklingen av kvalitet
- Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av 2009 utarbeide en regional plan for habilitering og rehabilitering



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet

Bakgrunn/rasjonale

Rusmiddelmissbruk er et betydelig samfunnsproblem. Antall unge med alvorlig og sammensatt missbruk øker. Denne gruppen omfatter også personer med aggressiv og utagerende atferd. Det er en økende forekomst av kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og vedvarende rusmiddelmissbruk. Det er stor grad av sykdom og økende alder hos rusmiddelavhengige.

Generelt er det et udekket behov for tjenester til rusmiddelavhengige, ikke minst for etniske minoriteter, ungdom og voksne med store sammensatte behov. Behandlingsresultatene generelt er svake.

Kapasitet på avrusning og utredning er for lav noe som vanskeliggjør optimal kapasitetsutnyttelse og god pasientflyt. Det er videre behov for å øke andelen helsepersonell innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).

Føringer i Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet legges til grunn for videre utvikling. Forebygging og samhandling er nødvendige strategier. Gode behandlingsskjeder må utvikles og behandling må starte så tidlig som mulig.

Strategiske valg

1. Sykehusområdene/helseforetakene skal ved de organisatoriske løsninger som velges bidra til å sikre enhetlig ledelse innenfor TSB.
2. Sykehusområdene skal utvikle handlingsplaner for TSB for sykehusområdet, med spesielt fokus på implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, for å samordne arbeidet overfor NAV.
3. Det gjennomføres en regional utredningsprosess for å avklare hvilke langtids døgntilbud som skal regionaliseres innen rusfeltet.
4. Helseforetakene skal etablere forpliktende samhandlingsavtaler mellom de ulike nivåene innenfor TSB, mellom TSB og psykisk helse/somatikk og mellom TSB og kommunene. Slike avtaler må forankres i overordnede samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og mellom helseforetak og kommuner.
5. Helseforetakene skal bygge opp ambulante tjenester som kan bidra til lavere terskel inn i TSB for pasientene, være viktig bindeledd mellom poliklinikk og døgnenheter og sikre aktiv samhandling med kommunenes tjenester.

Videre arbeid

- Som del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling, jmfør tidligere
- Det etableres en rusakutt i Oslo



Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles med utgangspunkt i robuste DPS

Bakgrunn/rasjonale

Kvaliteten i den distriktsbaserte psykiatriske spesialisthelsetjenesten må bedres. Dette må bidra til å sikre riktige diagnoser, behandlingsgaranti og likeverdighet i pasienttilbudet. Mennesker med psykiske lidelser vil oftest ha behov for et lett tilgjengelig behandlingstilbud lokalisert i nærheten av sitt bosted. Hovedaktivitetene innen psykisk helsevern knyttes til robuste DPS i tråd med opptrappingsplanens intensjoner.

Strategiske valg

1. Tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst videreutvikles i tråd med prinsippene lagt til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Framtidig organisering og prioritering skal sikre et mer desentralisert tilbud og et likeverdig tilbud mellom sykehusområdene
2. Sykehusområdene/helseforetakene skal ved de organisatoriske løsninger som velges bidra til å sikre enhetlig ledelse innenfor psykisk helsevern
3. I Oslo sykehusområde ivaretas helhetlig ledelse ved at DPS, akuttfunksjoner og døgntilbud legges til lokalsykehusene. Regionale funksjoner og hoveddelen av forskningen innen psykisk helsevern legges til det offentlige lokalsykehuset for å sikre en faglig spydspiss innen psykisk helsevern og rus

Videre arbeid

- Opptaksområder for somatikk, psykisk helsevern og rus skal som hovedregel samordnes
- Lokalsykehustilbud utvikles ved DPS, fordeling 50/50 mellom sykehusbehandling og DPS
- Ambulerende tilbud utvikles
- Regionale tilbud samles
- Strategier for god rekruttering og riktig fordeling av kompetanse mellom ulike tilbud utvikles

3.2.5 Forskning



Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

Bakgrunn/rasjonale

Medisinsk og helsefaglig forskning er en av de fire lovpålagte hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har ansvar for klinisk pasientrettet forskning som utvikles med utgangspunkt i pasientnære kliniske problemstillinger. universitetssykehusene har i tillegg et særskilt ansvar for basalforskning, teknologisk avansert forskning og for forskerutdanning og etablering av nettverkssamarbeid i regionen. Ansvar for å drive forskning ligger i styringslinjene. Dette innebærer at helseforetakene skal avsette nødvendige ressurser til stillinger, driftsmidler og arealer.

Alle helseforetakene i regionen (utenom sykehusapotekene) skal ha lokale forskningsutvalg. I tillegg har helseregionen et regionalt forskningsutvalg og et administrativt nettverk for de forskningsansvarlige ved helseforetakene (administrativt forskningsledernetttverk). Alle helseforetakene i regionen skal tilstrebe høy kvalitet i forskningen gjennom samarbeid og deltakelse i faglige forskningsnettverk.

Forskning i helseregionen skal ha relevans for innhold og organisering av helsetjenesten og bidra til et bedre helsetjenestetilbud til befolkningen. Forskningsprosjektene skal samlet bidra til å oppfylle målsettingen om at hele spennet fra utprøvende klinisk forskning til biomedisinsk grunnforskning, samt epidemiologisk, helsefaglig og helsetjenesteforskning er omfattet.

Strategiske valg

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskningen skal gi kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering samt næringsutvikling.
2. Forskningen innen Helse Sør-Øst skal tilstrebe et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og ha 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.

Videre arbeid

- Vedtatt forskningsstrategi implementeres

- Forskningskvaliteten og produksjonen økes
- Antall forskningsmiljøer i Helse Sør-Øst i den internasjonale forskningsfronten økes
- Ressursbruken til forskningen i helseforetakene og økes fra nivået i 2008
- Tilstrekkelig og målrettet kompetanseoppbygging og rekruttering av forskere innen alle relevante yrkesgrupper
- Styrket og videre formalisert samarbeid med universitetene og høyskolene
- Helse Sør-Øst fungerer som nasjonal pådriver for forskning og for strategisk samordning og koordinering

3.2.6 Kunnskapsutvikling og god praksis



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

Bakgrunn/rasjonale

Helsetjenestens oppgave er å møte pasienter på en god måte, og å bistå dem med nyttige tiltak for å forbedre helsetilstanden. Kunnskap om hvilke tiltak som gir best nytte er en avgjørende innsatsfaktor.

Samtidig vil pasientens opplevelse av et godt helsetilbud være preget ikke bare av møtet med den enkelte lege, men av helheten i pasientforløpet og alle møter og opplevelser fra han første gang tar kontakt med helsepersonell til rehabilitering er avsluttet.

God kunnskapshåndtering og god praksis er nødvendig for å gi gode og likeverdige helsetjenester, som er fremtidsrettede og kunnskapsbaserte, preget av åpenhet og involvering, respekt og forutsigbarhet. Og det må legges til rette for at foretakenes ansatte kan tuftes behandling og omsorg for pasientene på den beste kunnskapen, integrert med klinikernes og brukernes erfaringer og preferanser. Forskningsbasert kunnskap må kunne benyttes i alle deler av RHFets virksomhet der det er relevant og også formidles til pasientene som et grunnlag for reell medvirkning i utforming av eget behandlingsopplegg.

God pasientopplevd kvalitet og god ressursutnyttelse kan utvikles og sikres gjennom flere dimensjoner, eksempelvis:

- Utvikling av standardiserte behandlingslinjer/forløp. Gode behandlingslinjer skal være bygget på evidensbasert praksis, erfaringen til den enkelte behandler og involvere pasienter og pårørende. 60 % av ressursene i sykehusene brukes i dag på behandling av 30 diagnosegrupper. Særlig for disse store diagnosegruppene vil standardiserte behandlingslinjer være aktuelt. Kunnskapsutveksling på tvers av sykehusområdene vil stå sentralt i videreutvikling av behandlingslinjene.
- For sjeldne og sammensatte lidelser er det viktig at god kunnskapshåndtering er etablert og at verktøy som sikrer at behandlingen kan bygges på beste kunnskap gjøres tilgjengelig for den enkelte helsearbeider som en integrert del av arbeidet.
- Forbedring av arbeidsprosesser på tvers av pasientforløp (eks. gjennom "Lean"-tilnærming) for å sikre effektiv drift og god kvalitet i pasientens møte med sykehuset.

Strategiske valg

1. Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og god praksis gjennom å styrke og utvikle eksisterende strukturer, prosesser,

kompetanse og kapasitet som understøtter helsearbeidere og beslutningstakere i å anvende kunnskap og være del av en lærende organisasjon i stadig forbedring.

Videre arbeid

- Utvikling av gode og helhetlige strategier for kunnskapshåndtering, forbedringsarbeid, kompetanseutvikling, behandlingslinjer og god praksis vil være en kontinuerlig prosess. Fagmiljøene, tillitsvalgte og brukerutvalg involveres i prosessene sammen med nasjonale ressursmiljøer. Erfaringer fra andre land innhentes og trekkes inn i utformingen. Strategien skal blant annet omfatte tiltak i forhold til:
 - Virkemidler for kompetanseutvikling
 - Faglige arenaer som faggrupper, kvalitetsnettverk og høyskolesamarbeide
 - Støtte til forbedringsarbeid
 - Tiltak for utvikling av helhetlige pasientforløp
 - Eksisterende kunnskapsverktøy som kliniske prosedyrer, behandlingslinjer og elektronisk pasientjournal
 - Eksisterende kunnskapstjenester som bibliotekstjeneste, internundervisning, foretakenes nettsider og internaviser
 - IKT, inkludert brukervennlighet og lett tilgjengelighet med tilgang til internett og nødvendige kunnskapskilder

3.2.7 Organisering og utvikling av fellestjenester



Samordnet styring og konsernutvikling skal frigjøre ressurser ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes.

Bakgrunn/rasjonale

Helse Sør-Øst har strenge økonomiske rammebetingelser å forholde seg til og det ansees som lite realistisk at disse endrer seg vesentlig i tiden fremover. Knapphet på kapitalressurser, investeringsmidler og krav til effektivisering betinger styring på samordnet nivå og god ressursutnyttelse både når det gjelder personell, driftsøkonomi og kapital.

Det forutsettes at det skal oppnås både kvalitative og økonomiske gevinster gjennom en bedre utnyttelse av de samlede ressursene til administrative støttefunksjoner. Fellesløsninger for støttefunksjoner innen økonomi, lønn og personaladministrasjon, ressursstyring (arbeidsplansystem) og felles IKT system for rekruttering vil medføre standardisering av prosesser, teknologi og organisering.

IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette krever betydelige teknologiske investeringer og en realvekst i forhold til dagens nivå, og det nødvendiggjør regional samordning av IKT-utviklingen, felles prioritering og et sterkt fokus på organisasjonsutvikling og gevinstrealisering i kjernevirksomheten.

Forbedring av innkjøpskostnadene vil ha betydelig effekt på den økonomiske situasjon i foretaksgruppen. Det er videre viktig at innkjøp gjøres iht. gitte regler og etiske retningslinjer. Videre vil samordnet styring av eiendomsområdet øke fleksibiliteten for å foreta tilpassinger av eiendommassen til pasientbehov, medisinsk utvikling og samfunnsmessige rammebetingelser.

Strategiske valg

1. Organiseringen av IKT skal støtte opp under de mål som er satt for utviklingen av Helse Sør-Øst 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
2. Det skal utvikles en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk gjennom god organisering og bred involvering av ansatte på alle nivå i foretaksgruppen
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. Ny organisering av eiendomsområdet skal bidra til profesjonelt eierskap og forvaltning av helseforetaksgruppens eiendomsmasse, som fremmer kostnadseffektive og gode helsetjenester innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Arealeffektivisering skal bidra til at arealmessig overkapasitet reduseres.

Videre arbeid

IKT

- Fokus på virksomhetsutvikling som sikrer gevinstrealisering i kjernevirksomheten ved innføring av ny teknologi
- Økt samhandling og felles styring gjennom samlet modell for organisering og styring av IKT i regionen
- Felles tjenesteleverandør etableres
- Porteføljestyling etableres for sikre oversikt over alle parallelle prosjekter samt prioritering av nye
- Elektronisk støtte for samhandling mellom helseforetak og med primærhelsetjenestene skal videreutvikles
- Infrastruktur, applikasjoner og avtaleverk standardiseres
- Profesjonalisering av tjenester og utvikling av felles strategier og handlingsplaner
- Arkitektur for å støtte endrede behov, samhandling og standardisering utvikles

Innkjøp / Logistikk

- Full tilslutning og bruk av felles forsyningsstruktur for hele foretaksgruppen
- En felles elektronisk bestillingsstruktur for hele foretaksgruppen og tiltak for bedre styring av bestillerorganisasjonen på helseforetaksnivå
- Aktiviteter for løpende utvikling og konsolidering av innkjøp med standardisering av produkter og forenkling av arbeidsprosessene som hovedfokus
- Sikre gjennomføring av tiltak og gevinstrealisering ved godt styrte prosjekter og tydelig overlevering til driftsorganisasjon, samt styrking av ressursinnsats både på regionalt og foretaksnivå
- Utvikling av strategier og tiltak for en samfunnsansvarlig innkjøpshåndtering, særlig med hensyn til etikk og miljø
- Utvikling av kommunikasjonsstrategi og kulturarbeid blant alle ansatte for å sikre lojalitet i forhold til vedtatte tiltak

Lønns- og Personalfunksjoner

- Etablere planer for overføring av tjenester, og for utvikling og implementering av nye tjenester i samarbeid med helseforetakene
- Samle kompetanse i færre miljøer, styrke tjenestetilbudet og gi medarbeiderne innen dette området større mulighet til faglig vekst og utvikling

Eiendom

- Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter utnyttes optimalt
- Det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres
- Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås
- Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres

3.2.8 Mobilisering av medarbeidere og ledere



Kompetente og motiverte medarbeidere – vår viktigste ressurs og innsatsfaktor

Bakgrunn/rasjonale

Helse Sør-Øst er Norges største kunnskapsbedrift med 65 000 medarbeidere. Disse er virksomhetens viktigste ressurs, og Helse Sør-Øst er avhengig av engasjerte medarbeidere, gjennomføringsevne og ledelseskraft. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning skal det legges til rette for dette. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor uansett hva som vedtas av gode mål, strategier og faglig omstilling.

Strategiske valg

1. Sikre kompetente og motiverte medarbeidere og ledere, som gjennom engasjement og endringsdyktighet bidrar til å utvikle de faglige miljøene og som sikrer god drift og kvalitet på pasientbehandlingen. Metoder for endrings- og omstillingsarbeid videreutvikles. Det legges til rette for bred medvirkning og medbestemmelse.⁹
2. Det vil være økt fokus på kompetanse og å utvikle gode systemer for å rekruttere, utvikle og anvende de menneskelige ressurser. Den enkelte medarbeider skal ha mulighet til å utvikle sin kompetanse (kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd) til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv.
3. Det skal være god oversikt og kontroll på ressursbruken og bemanningsutviklingen. Dette krever fokus på ressursanalyse og –forvaltning, videreutvikling av arbeidsprosesser, gode lederdialoger og mer kreativ bruk av teknologi og kompetansestyring.
4. Gjennom HMS-arbeidet skal det utvikles en helsefremmende virksomhet. Det prioriteres å utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø.
5. Høyt sykefravær skaper et særlig behov for forebygging hos egne ansatte. Forebygging integreres i daglig virksomhet, jf. satsing for redusert antall sykemeldte.

Videre arbeid

- Utdanning, kunnskap og kompetanse brukes til beste for pasientene. Riktig kompetanse skal rekrutteres, utvikles og anvendes riktig

⁹ Styresak 67/2008 nr 6: Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 5. Mobilisering av medarbeidere. 12 prinsipper for medvirkning i omstilling gir nærmere beskrivelse av prinsippene Helse Sør-Øst ønsker å legge til grunn for involvering av medarbeidere og ledere.

- Styringsevnen skal styrkes gjennom bemanningsplanlegging og målrettet styring av personellressursene
- Sikre et arbeidsmiljø som er helsefremmende, sikkert og preget av trygghet, åpenhet, respekt og god etisk standard. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte

3.2.9 Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring



Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring

Bakgrunn/rasjonale

Det er et gjennomgående krav og ansvar at virksomhetene drives i økonomisk balanse og med sikte på en bærekraftig utvikling på lengre sikt. Det forutsettes at de økonomiske rammene ikke vil øke vesentlig i forhold til dagens nivå. Dette stiller betydelige krav med hensyn til å kunne få til en bærekraftig utvikling over tid med utgangspunkt i en mer effektiv arbeidsdeling, bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse og stram økonomisk styring.

God virksomhetsstyring innebærer tydelig kommuniserte mål, sporbare beslutninger og klare prioriteringer. Dette betinger god ledelse og effektiv styringsdialog.

Det er lagt til grunn at private tjenestetilbud brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte, og at alle tiltak som gjennomføres må vurderes i forhold til nytteverdi for regionen som helhet og i forhold til konsekvenser for befolkningen i andre deler av Norge.

Strategiske valg

1. Omstilling baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling
2. Økonomisk balanse er gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling
3. Beslutninger skal være pasientrettet og etterprøvbare i forhold til kvalitet og økonomi
4. Stordriftsfordeler skal realiseres
5. Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte
6. Planlegging og ressursallokering, herunder ny inntektsmodell, skal skje i et regionalt og nasjonalt helhetsperspektiv

Videre arbeid

- Resultat i balanse iht. styringskrav, prioriterte mål og fastsatt aktivitetsnivå
- Styring på aktivitetsnivå og bemanning, på grunnlag av rammer og prioritering
- God styringsinformasjon videreutvikles
- Gevinstrealisering skal ha et faglig perspektiv og integreres i prioriterings- og budsjettprosesser
- Regional finansieringsmodell utvikles og implementeres

3.2.10 Strategisk fokus 2009-2012 og mål for 2009

Innledning

Hensikten med Strategisk fokus 2009 - 2012 er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og samlet strategisk grunnlag. Målene for 2009 uttrykker en særlig prioritering og er resultat av

en gjennomgående prosess høsten 2008. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder i dokumentet og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2009 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Med utgangspunkt i Plan for strategisk utvikling 2009-2020 legges følgende fokusområder til grunn for utviklingen av Strategisk fokus for 2009 – 2012 og mål for 2009:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

De mål som prioriteres vil bli innarbeidet i budsjettprosessene og den samlede økonomiske prioritering for 2009. Videre oppfølging og forankring av vedtatte strategier og mål implementeres og beskrives nærmere i driftsavtaler, opplegg for helseforetakenes årlige melding. Formell forankring skjer i foretaksmøte i januar 2009. Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes plandokumenter.

Vedtatte mål for 2009 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder (røde) forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende. Eventuelle tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, helseforetak/sykehus, brukere og tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser

3.2.10.1 Pasientbehandling

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. Det blir flere eldre og sykdomsbildet er preget av flere med kroniske og sammensatte lidelser. Det er behov for nærhet til tjenestene, oversiktighet og breddekompetanse i behandlingsapparatet.

Det er nødvendig med et tett og godt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste både for det enkelte pasientforløp og i planlegging og gjennomføring. Dette vil gi bedre tilrettelagte pasientforløp og særlig komme kronikere, eldre og pasienter med psykiske problemer og rusproblematikk til gode.

Det er videre behov for en ytterligere spesialisering innen fagområder. Dette tilsier samling og styrking av kompetanse.

Flere pasienter behandles poliklinisk eller ved dagbehandling der det er riktig. Dette må videreutvikles samtidig som liggetiden reduseres til beste for pasientene, som vil oppleve høyere kvalitet og helsebringende tid i sykehus.

Det forventes ingen vesentlig økning i ressurstilgangen. En må derfor være forberedt omprioriteringer og økte kostnader på flere områder. Et likeverdig tjenestetilbud er et sentralt mål. Forskjeller i tjenestetilbudet og helsetilstand må søkes utjevnet.

Pasientbehandling – strategisk fokus for 2009-2012

1. Arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp forsterkes og videreutvikles

2. Bedre helsetjenester utvikles på grunnlag av nasjonale føringer, omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen
3. Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON).
4. Konkrete og forpliktende avtaler utvikles for samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling med kommunene
5. Akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde
6. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus må utvikle tverrfaglige team og breddekompetanse.
7. Psykisk helsevern (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreutvikles innenfor rammen av lokalsykehusfunksjonen
8. Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid.

Mål for 2009:

- ✓ Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jf. sak 108/2008)
 - Etablere sykehusområdene
 - Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan
- ✓ Kvaliteten skal bedres:
 - Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager
 - Det skal normalt ikke være korridorpasienter
 - Det skal ikke være fristbrudd
- ✓ Pasientsikkerheten skal bedres:
 - Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon av sykehusinfeksjoner
 - Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres

3.2.10.2 Forskning

Det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for pasientrettet forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling.

Forskning – strategisk fokus for 2009-2012

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. 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.
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.

Mål for 2009:

- ✓ Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel
- ✓ Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne
- ✓ Utvikle insentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning
- ✓ Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres

3.2.10.3 Kunnskapsutvikling og god praksis

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god 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. Det er et stort potensial for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis, forløpstankegang og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres.

Kvaliteten skal være høy i hele pasientforløpet, fra forebygging gjennom aktiv behandling og rehabilitering til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Behandlingslinjene skal være trygge og bygge på kunnskapsbasert praksis. Det er i dag stor forskjell på liggetid for samme diagnose mellom helseforetak. Lengre liggetid i sykehus enn det som er nødvendig for å gjennomføre aktiv behandling medfører risiko for tap av funksjonsevne, infeksjoner og andre komplikasjoner.

Kunnskapsutvikling og god praksis – strategisk fokus for 2009-2012

1. Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og god praksis gjennom å styrke og utvikle eksisterende strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet i helseforetakene og i RHF.

Mål for 2009:

- ✓ Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis
- ✓ Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus
- ✓ Regionale fagråd etableres

3.2.10.4 Organisering og utvikling av fellestjenester

Det må etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner. En må frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess. Behov for arealeffektivisering og fleksibel organisering og arealbruk stiller økte krav til profesjonalitet. Det må realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Organisering og utvikling av fellestjenester – strategisk fokus for 2009-2012

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.
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 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 påbegynnes. Det etableres delprosjekter innen sentrale driftsområder og arealforvaltning (metoder og insentiver for effektiv arealutnyttelse), som skal bedre styringsmåtene og målemetodene.

Mål for 2009:

- ✓ 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
- ✓ Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen
- ✓ Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009
- ✓ Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med minst 3 % i 2009

3.2.10.5 Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 65 000 medarbeidere som er virksomhetens viktigste ressurs. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor.

Mobilisering av medarbeidere og ledere – strategisk fokus for 2009-2012

1. Helse Sør-Øst ønsker 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 skal videreutvikle metoder for endrings- og omstillingsarbeid og legge til rette for bred medvirkning og medbestemmelse.
2. Helse Sør-Øst skal ha et økt fokus på kompetanse og utvikle gode systemer for å rekruttere, utvikle og anvende de menneskelige ressurser. Den enkelte medarbeider skal

ha mulighet til å utvikle sin kompetanse (kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd) til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv.

3. Helse Sør-Øst skal ha god oversikt og kontroll på ressursbruk og bemanningsutvikling. Dette krever fokus på ressursanalyse og –forvaltning, videreutvikling av arbeidsprosesser, gode lederdialoger og mer kreativ bruk av teknologi og kompetanse.
4. Helse Sør-Øst skal gjennom HMS-arbeidet utvikle en helsefremmende virksomhet og satse på å utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte.

Mål for 2009:

- ✓ Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på
 - Mobilisering av medarbeidere og ledere
 - Kompetanseutvikling
 - Ressursstyring
 - Arbeidsmiljø og HMS
- ✓ De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres
- ✓ Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng
- ✓ Sikre god ledelse og lederutvikling på alle nivå

3.2.10.6 Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst, herunder aktivitetsfinansiert pasientbehandling, likviditetsstyring og prioritering av samlede investeringer, må innrettes slik at resultatkravet kan nås. Økonomiske ressurser og rammebetingelser skal støtte opp om gode tjenestetilbud.

Etablering av et handlingsrom for videreutvikling forutsetter at det settes inn tiltak så snart som mulig for å redusere gjennomsnittlig liggetid. En slik reduksjon må innebære vurderinger av forskjellige pasient- og aldersgrupper, og differensiering av liggetidene i forhold til den enkelte gruppens spesifikke behov. Mange pasienter som i dag får sitt behov dekket gjennom innleggelse i sykehus, vil i fremtiden bli gitt tilbud i poliklinikk og ved dagbehandling.

Unødvendig innleggelse i sykehus medfører bl.a. økt infeksjonsrisiko og funksjonsbortfall som følge av passivisering. Bedret kvalitet i tjenestetilbudet må utvikles gjennom mer effektive behandlingslinjer og gjennomføring av LEON-prinsippet.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring – strategisk fokus for 2009-2012

1. Omstilling baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling
2. Økonomisk balanse er gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling
3. Beslutninger skal være pasientrettet og etterprøvbare
4. Stordriftsfordeler realiseres
5. Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte
6. Planlegging og ressursallokering skal skje i et regionalt og nasjonalt helhetsperspektiv

Mål for 2009:

- ✓ God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav
- ✓ Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell

4. STYRETS INNSPILL TIL STATSBUDEJETTET FOR 2010

4.1 Innledning

Iht. Oppdragsdokumentet for 2008 skal de regionale helseforetakene innen 15. desember 2008 gi innspill til statsbudsjettet for 2010.

I likhet med tidligere år er de administrerende direktører i de regionale helseforetakene enige om å utarbeide et felles innspill. Innspillet er drøftet i felles AD-møte 8. desember. Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet innspillet i møte 18.12.08, sak 127-2008. Innspillet er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 19.12.08.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige (TSB).

4.2 Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2010

4.2.1 Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2010 blir her vurdert på basis av de forhold som erfaringsmessig bestemmer behovet for tjenester, og under hensyn til de helsepolitiske prioriteringer som gjelder.

Aktivitetsutvikling, prioritering og ventetider

I perioden 2003-2007 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,65 prosent per år, målt i antall korrigerede DRG-poeng. Veksten fra 2006 til 2007 var 2,11 prosent. Det er ikke mulig å gi sikre prognoser for 2008. Det foreligger imidlertid ingen indikasjon på at utviklingen i år vil skille seg vesentlig fra den en har hatt de senere år.

Aktivitetsvekst i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i 2003-2007.

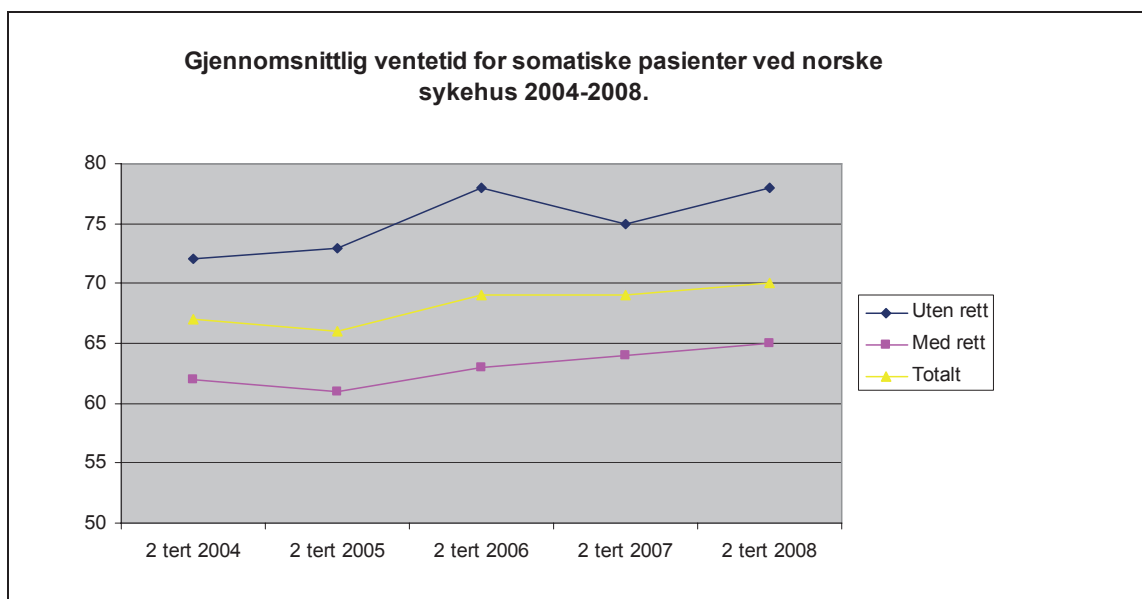
	2003	2004	2005	2006	2007
Antall korrigerede DRG-poeng	1 013 376	1 031 452	1 072 204	1 101 696	1 124 889
Prosent vekst fra forrige år		1,78	3,95	2,75	2,11

(Kilde: ISF-kuben)

Hvorvidt de senere års vekst har vært tilstrekkelig til å dekke behovene, kan til en viss grad belyses gjennom de endringer som har skjedd i pasientenes ventetider. Prioriteringen av pasienter er gradvis blitt strengere, slik at den andel av nyhenviste somatiske pasienter som ble gitt rett til nødvendig helsehjelp sank fra 66 prosent i 2. tertial 2006 til 61 prosent i 2. tertial 2008. På tross av dette har den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasientene økt. Diagrammet nedenfor¹⁰ viser at ventetiden for rettighetspasienter har økt tre år på rad, og det

¹⁰ Basert på data fra NPR. Tallene for 2. tertial 2005 er usikre, men eventuell feil er ikke betydelig.

tyder på at aktivitetsveksten i disse årene ikke har holdt tritt med økningen i behov. Ventetiden for rettighetspasienter økte med ett døgn fra 2. tertial 2007 til 2. tertial 2008.



Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2007-2010

Demografisk betinget behovsvekst

Behovet for somatiske spesialisthelsetjenester avhenger både av befolkningens størrelse og av fordeling etter alder og kjønn. Konsekvensene av befolkningsutviklingen i de nærmest kommende år er anslått ved hjelp av forbrukstall fra 2007 (ISF-kuben), SSBs befolkningsstatistikk for 2007 og SSBs fremskrivning av folkemengden 2008-2030 (alternativ middels nasjonal vekst). Analysene viser at det i perioden 2007-2010 vil kreves en aktivitetsvekst på om lag 1,15 prosent per år for å kompensere for endringene i folkemengde og aldersstruktur. Dette er litt høyere enn tilsvarende tall fra tidligere år, noe som i hovedsak kan tilskrives SSBs reviderte fremskrivning av folkemengden.

Nye behov og økt grad av behovsdekning

Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette, og føre til økte behov i årene som kommer. Nye behandlingsmetodene fører også til at en del pasienter vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette er "realvekst" som kommer i tillegg til den demografisk betingede behovsveksten. Det relative omfang av realveksten vil ikke endres vesentlig fra år til år.

Prioriteringer

Innenfor somatisk sektor skal rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre prioriteres. Det er tidligere anslått at dette isolert sett vil kreve en vekst i størrelsesorden 1 prosent per år¹¹.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at man skal identifisere områder med overkapasitet og overføre ressurser fra disse områdene til de områder som skal styrkes. Dette har særlig kommet psykisk helsevern og rusbehandling til gode, men det arbeides stadig for å finne nye muligheter for omfordeling også internt i somatisk sektor. Det forventes at arbeidet med interne prioriteringer vil styrkes når resultatene av samarbeidsprosjektet "Riktigere prioritering" blir tatt i bruk neste år, og at de nevnte prioriteringene vil kunne gjennomføres innenfor rammen av en lavere vekst enn det som er antydnet ovenfor.

¹¹ Innspill fra regionale helseforetak til statsbudsjettet for 2007, desember 2005.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2007-2010

Målet må være et aktivitetsnivå som gjør det mulig å dekke prioriterte behov uten at rettighetspasientenes ventetider øker.

Befolkningsutviklingen alene krever en aktivitetsvekst på mer enn 1 prosent per år. Nye behov, økte krav til behovsdekning og krav om opprioritering av enkelte pasientgrupper kommer i tillegg. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste disse faktorene.

Fra 2004 til 2005 var aktivitetsveksten i somatisk sektor 3,95 prosent, og den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasienter ble redusert. Fra 2005 til 2006 og fra 2006 til 2007 var veksten henholdsvis 2,75 og 2,11 prosent, og rettighetspasientenes ventetider økte på tross av strengere prioritering. Disse tallene gir ikke noe fullgodt bilde av utviklingen, men de indikerer at en vekst på under 3 prosent kan være i minste laget. Forutsatt god prioritering bør imidlertid en aktivitetsvekst på 3 prosent per år i perioden 2007-2010 både kunne gi rom for nye tilbud og gjøre det mulig å holde akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper.

4.2.2 Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til voksenpsykiatri (VOP) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) viser imidlertid en markert vekst i perioden 2003-2007 med en gjennomsnittlig økning på hhv. 3,7 og 7,0 prosent per år:

Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 2003-2007. Mill. kr faste 2007 kr.

	2003	2004	2005	2006	2007
Utgifter VOP	10 618	10 773	11 437	11 672	12 266
Endring % fra forrige år		1,5	6,2	2,1	5,1
Utgifter BUP	1 904	2 052	2 217	2 374	2 498
Endring % fra forrige år		7,7	8,0	7,1	5,2

(Kilde: SAMDATA 2007)

Den samlede ressursøkningen til psykisk helsevern har vært større enn for somatiske tjenester.

Aktivitetsendring psykisk helsevern VOP 2003-2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Oppholdsdøgn	1 674 000	1 612 000	1 571 000	1 560 000	1 482 000
Endring % fra forrige år		- 3,7	-2,5	- 0,8	- 5,0
Antall utskrivinger	40 355	41 249	43 515	47 549	47 681
Endring % fra forrige år		2,2	5,5	9,3	0,2
Polikliniske konsultasjoner	699 000	759 000	867 000	931 000	988 000
Endring % fra forrige år		8,6	14,2	7,4	6,2

(Kilde: SAMDATA 1/2008)

Som det fremgår av tabellen ovenfor er antall oppholdsdøgn VOP i perioden 2003 – 2007 redusert med 11,5 prosent mens antall utskrivinger har økt med 18,2 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 41,3 prosent.

Det har det skjedd en aktivitetsmessig omstrukturering innen voksenpsykiatrien fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS, poliklinikk og ambulant virksomhet,

samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Tilsvarende omstrukturering har skjedd innen barne- og ungdomspsykiatrien. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2003-2006 redusert med 9,7 prosent mens antall behandlede pasienter har økt med 62 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med prosent.

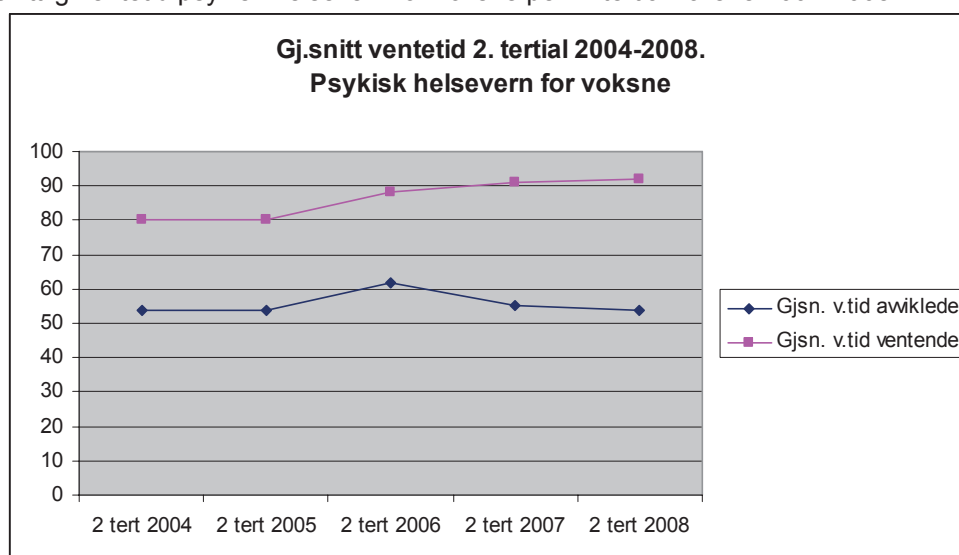
Aktivitetsendring psykisk helsevern BUP 2003-2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Oppholdsdøgn, døgnpasienter ¹⁾	89 570	87 386	87 880	84 221	80 839
Endring % fra forrige år	-	-2,4	0,6	-4,2	-4,0
Antall behandlede pas.	30 467	39 340	43 426	47 280	49 479
Endring % fra forrige år	4,5	2,9	10,4	8,9	4,7
Polikliniske konsultasjoner	447 000	496 000	561 000	642 000	717 000
Endring % fra forrige år	28,0	11,0	13,1	14,4	11,7

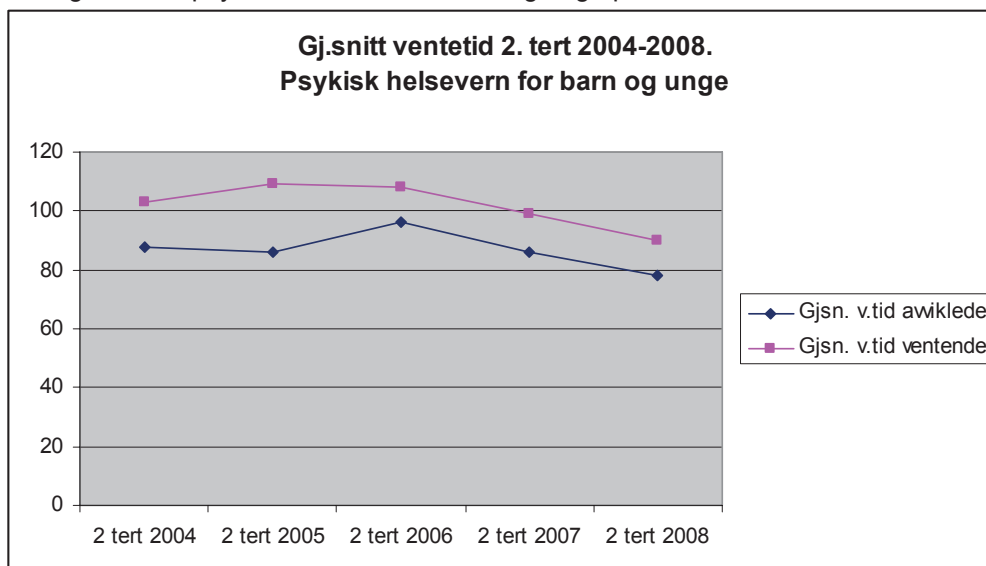
(Kilde: SAMDATA 2007) ¹⁾ SSB Statistikkbanken 19/11/2008

Diagrammene nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Aktivitetsveksten har medført en beskjeden reduksjon/stabilisering i ventetidene innen voksenpsykiatri mens ventetiden innen barne- og ungdomspsykiatri viser en moderat nedgang. Ressursveksten tilført gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har gått med til å dekke den økte etterspørselen etter behandling. Ventetidsgarantien til ungdom under 23 år som ble innført i 2008 vil øke kapasitetsutfordringene.

Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for voksne per 2. tertial i årene 2004-2008.



Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for barn og unge per 2. tertial i årene 2004-2008.



Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2007-2010

På samme måte som innen somatikken må det påregnes en demografisk betinget behovsvekst også innen psykisk helsevern. Den øvrige behovsveksten som følge av bl.a. endret sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser mv., er vanskelig å anslå og må vurderes ut fra utviklingen de senere år. Opptrappingsplanen for psykisk helse forutsetter en ytterligere økning av poliklinisk aktivitet, noe det også er behov for ut fra at ventetidene innen psykisk helsevern fortsatt er for lange.

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige fremstår som høyt prioriterte områder nasjonalt og regionalt. Samtidig ser en at det fortsatt er store uløste oppgaver. Det forventes videre at eier vil videreføre forutsetningen om at ressursinnsatsen innen disse områdene skal øke mer enn for de somatiske tjenestene.

Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og kravet om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før også etter at opptrappingsplanen for psykisk helse er fullført, dvs. med omlag 3 prosent per år. Det må også arbeides videre med å utvikle finansieringsordninger og andre virkemidler for å sikre nødvendig aktivitetsvekst og prioritering av et samlet psykiatritilbud.

4.2.3 Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere (TSB)

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av St.prp. nr 1 (2007-2008). Planen omtaler utfordringene innen rusfeltet på et overordnet nivå, men drøfter ikke om det er behov for strukturelle endringer, jf. opptrappingsplanen for psykisk helse som hadde stort fokus på oppbygging av lokalbaserte behandlingstilbud. Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten at det følges opp med tilstrekkelig ressursmessig styrking.

Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 2002-2007. Mill. kr faste 2007 kr.

	2003	2004	2005	2006	2007
Utgifter Rus		1932	2084	2249	2323
Endring % fra forrige år			7,9	7,9	3,3

(Kilde: SAMDATA 2007)

Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004 – 2007 er de regionale helseforetakenes budsjetter til

rusfeltet økt fra 1,9 mrd til 2,3 mrd kroner, dvs. en økning på 0,4 mrd eller 20 prosent. Dette uttrykker til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettert inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten har imidlertid tidligere dokumentert at den prosentvise ressursveksten til rusbehandling har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

Eksisterende data på rusfeltet gir ikke god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Et av delmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre dokumentasjon og statistikk i rusfeltet. For å nå dette målet er det vedtatt obligatorisk registrering av aktivitetsdata for enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk fra 1. januar 2009. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

Nøkkeltall for aktivitet 2006-2007.

	2004	2005	2006	2007
Døgnplasser			1 588	1 617 ¹²
Endring % fra forrige år				2 %
Antall innleggelser			13 188	12 473
Endring % fra forrige år				-5 %
Oppholdsdøgn			574 882	569 139
Endring % fra forrige år				-1 %

(Kilde: SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 4/08)

Årsverk basert på registerbasert personellstatistikk, viser at antall årsverk har økt med en prosent. Helse- og sosialfaglige årsverk er styrket med 3 prosent og det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingseenheter.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjør 30 prosent av det totale døgntilbudet for tjenesteområdene rus og psykisk helsevern for voksne. Innen poliklinisk behandling utgjør poliklinisk rusbehandling 20 prosent av alle polikliniske konsultasjoner som gir refusjon og sannsynligvis er tallet betydelig høyere. Tjenesteområdet rus er en betydelig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, men målt i kostnader utgjør tjenesteområdet bare en sjettedel av rusbehandling og psykisk helsevern for voksne samlet sett.

Det er fortsatt betydelige utfordringer i årene fremover for å nå de krav og forventninger som følger av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestnivå og på kommunalt nivå. Ventetidene innen feltet er generelt for lange, og noen pasientgrupper har for dårlig tilbud. Det er således behov for betydelige økninger i driftsmidlene samtidig som det er nødvendig med omstillinger i dagens tilbud.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet, og til noe styrking av visse deltjenester, men har ikke gitt rom til videre omstilling og utbygging. Det er derfor behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst.

¹² To tredjedeler av økningen er knyttet til det offentlige tilbudet.

Strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akuttfunksjoner (inkl avrusning og innleggelse etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Samhandling med det kommunale tjenesteapparatet og oppbygging av de kommunale tilbudene er viktig.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det er behov for nybygg og opprustning av bygningsmassen i et betydelig omfang. Dette gjelder både offentlige og private institusjoner. Sistnevnte vil primært gi økte driftskostnader i form av høyere døgnpriser.

Oppsummert er det behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst på samme nivå som de foregående år, både til drift og investeringer. Det er for budsjettåret 2010 behov for en styrking av rusfeltet med 180-200 mill. kroner, samt en videreføring av satsningen ut over 2010.

4.2.4 Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2010

IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, sikkerhet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette krever betydelige teknologiske investeringer og organisatoriske tiltak, og forutsetter vesentlig økte midler i forhold til dagens nivå. I tillegg til en ressursøkning, må det utvikles incentiver for å stimulere til bedre og økt elektronisk samhandling mellom aktørene.

Det registreres en betydelig vekst i kostnadselementer som ligger utenfor de regionale helseforetakenes kontroll og som ikke fanges opp i inntektsmodellen og de årlige budsjettildelinger. I mange tilfeller dreier dette seg om kostnader som følger av endringer i statlige krav og rammebetingelser. Disse merkostnadene innebærer at betydelige midler må omprioriteres fra pasientrettede tiltak. Et konkret eksempel på dette er merkostnader innen luftambulansetjenesten som følge av endrede arbeids- og hviletidsbestemmelsene. Merkostnader til dette beløper seg til om lag 200 mill. kroner for årene 2008 - 2010.

Utviklingen i de regionale helseforetakenes driftskreditter har økt jevnt de senere år. Dette blant annet på grunn av store utbetalinger i forbindelse med reguleringspremie knyttet til pensjon, i tillegg til akkumulerte regnskapsmessige underskudd. For 2008 er den øvre rammen for driftskreditter fastsatt til 7,3 mrd. kroner. Ved maksimal utnyttelse gjennom året, vil rentebelastningen for de regionale helseforetakene kunne utgjøre om lag 500 mill. kroner i 2008. For 2009 er det lagt opp til en ordning som skal løse fremtidige likviditetsutfordringer knyttet til pensjon, og det er beregnet at dette vil redusere renteutgiftene på driftskreditter med 70 mill. kroner. De regionale helseforetakene er med dette satt i en bedre posisjon til å takle den likviditetsmessige utfordringen knyttet til økte pensjonskostnader. Imidlertid må en fortsatt bære med seg betydelige opparbeidede driftskreditter, der en stor andel er knyttet til pensjonskostnader.

5. VEDLEGG

VEDLEGG 1: Rapporteringsskjema psykisk helsevern, jf. skjema i oppdragsdokument for 2008

VEDLEGG 2: Styrets vedtak i sak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen

VEDLEGG 3: Årsrapport fra Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF

VEDLEGG 4: Årsmeldinger fra pasientombudene i Helse Sør-Øst (separate dokumenter)

VEDLEGG 1:

Rapporteringsskjema psykisk helsevern, jf. skjema i oppdragsdokument for 2008

Rapporteringsskjema for "Tilskudd til styrking av psykisk helsevern" - HELSE SØR ØST RHF 2008

Kontaktperson/ansvarlig for utfylling:

**Ulrik Sverdrup
480 75 965**

Telefon:

Spørsmål 1: Disponible midler i 2008 - opptrappingsmidler til drift - oversikt for Helse Sør -Øst RHF samlet		Tall i kroner
<i>Gjelder kapittel 743 post 75</i>		
(a)	Tilskudd til drift mottatt i 2008:	1 235 956
(b)	+ tilskudd til drift overført fra 2007:	60 140
(c)	= SUM tilskudd til drift disponibelt i 2008:	1 296 096
	Herav:	
(d)	Tilskudd til driftsmidler brukt på investering i 2008:	20 380
(e)	Tilskudd brukt på drift i 2008:	1 181 017
(f)	Tilskudd til drift overført til 2009 = (c)-(d)-(e):	94 699

	Sykehus		DPS		Andre områder Piv HF**	Psykiatriske sykehjem	SUM
	BUP	VOKSNE	BUP*	VOKSNE			
Spørsmål 2: Oversikt over driftskostnader til psykisk helsevern							
<i>KRONER</i>							
<i>INNTEKTER</i>							
Opptrappingsmidler til psykisk helse (drift) - akkumulert fra 1.1.1999	128 045	358 966	243 032	688 557	36 129	8 932	1 463 662
<i>Regnskapsførte inntekter 2008</i>							
Opptrapping (post 743.75)	145 402	251 930	228 064	538 047	36129	0	1 199 573
Basisramme brukt til drift	229 892	2 953 434	294 682	1 458 066	194136		5 130 209
Særskilte tilskudd til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra	186 014	28 336	344	2 053	22207		238 954
Polikliniske refusjoner	57 039	44 333	122 341	279 004	5520		508 237
Andre inntekter	17 832	149 917	74 063	134 804	45503		422 118
SUM REGNSKAPSFØRTE INNTEKTER 2005	636 179	3 405 778	652 020	2 317 075	303495		7 314 548
<i>KOSTNADER</i>							
<i>Regnskapsførte kostnader</i>							
Totale driftskostnader fordelt på Sykehus/DPS og BUP/Voksne	664 656	3 610 990	650 569	2 354 954	292031		7 573 199

Økonomi

	Sykehus		DPS		Andre områder PiV HF**	Psykiatriske sykehjem	SUM
	BUP	VOKSNE	BUP*	VOKSNE			
OVERFØRING MELLOM ÅR							
Sum balanseført fordring på HOD (ubrukte midler 2008)							

*) Selvstendige BUP-klinikker som ikke er organisatorisk tilknyttet et DPS og BUP-klinikker tilknyttet DPS.

Spørsmål 3: Oversikt over antall årsverk i 2008

		DPS		Andre områder PiV HF**		SUM	
		BUP*	VOKSNE	BUP*	VOKSNE		
A)	Antall årsverk i psykisk helsevern totalt:						
	Antall utførte årsverk leger og psykologer	264,92	673,91	370,24	790,99	14	2114,06
	Antall ubesatte årsverk leger og psykologer	21,80	2,11	33,85	79,35	0	137,11
	Antall utførte årsverk andre (inkl. sykepleiere, sosionomer, pedagoger, miljøterapeuter, administrasjonspersonell etc.)	727,13	4 825,59	655,23	2 863,90	190	9261,85
	Antall ubesatte årsverk andre	25,48	20,91	16,08	5,23	0	67,70
	Antall utførte årsverk i poliklinikk:	116,35	170,78	413,06	883,27	30	1613,46
B)	Antall ubesatte årsverk i poliklinikk:	22,65	3,18	20,89	49,58	0	96,30

Personell

Sykehus		DPS		Andre områder PiV HF**	SUM
		BUP*	VOKSNE		
BUP	VOKSNE	BUP*	VOKSNE		

Spørsmål 4: Oversikt over antall døgn- og dagplasser og planlagte antall døg- og døgnplasser innen 2009

Plass	Antall døgnplasser	1 355	51	942	50	2 504
	Antall dagplasser	39	8	98	0	

Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	712	15 659	201	8 762	386	25 720
Antall liggedøgn i 2008	24 349	438 574	14 529	272 677	13 249	763 378
Antall oppholdsdager i 2005 (dagbehandling)	7 348	19 286	3 291	37 231	-	67 156
Antall polikliniske konsultasjoner i 2008	100 862	76 252	214 906	571 114	18 782	981 916
Antall tiltak BUP i 2008	70 998	-	245 016	12 724	-	328 738
Antall tvangsinnleggelses etter § 3-6 jmf § 3-8, 1 og 3 ledd - Observasjon	3	2 060	25	46	-	2 134
Antall tvangsinnleggelses etter § 3-1, 1. ledd, jmf. § 3-8, 3-2 og 3-3	31	2 094	4	150		2 279

VEDLEGG 2:

Styrets vedtak i sak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen

1. Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst, slik det er beskrevet i styresak 068/2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*. Programmet skal sikre en bærekraftig utvikling av Helse Sør-Øst og bidra til at kvaliteten i tjenestene bedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi, som innebærer at 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. Målet med omstillingen i Helse Sør-Øst er å møte pasientenes behov nå og i fremtiden, jf. styresak 038/2008. Styret legger til grunn at de endringer som gjøres bidrar til å understøtte visjonen om gode og likeverdige helsetjenester og at Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar innfris. Vedtakene i denne saken innarbeides i Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020
3. Styret viser til at en i utredningsprosessen er lagt stort arbeid i å ivareta nødvendig forankring og medvirkning hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. Det legges til grunn at dette videreføres og styrkes i oppfølgingen av de vedtak som fattes i denne saken. Det er avgjørende at de endringer som skal iverksettes gjennomføres på en måte som gir forutsigbarhet, trygghet og gode løsninger for de ansatte som berøres. Styret understreker at god involvering og ivaretagelse av de ansatte skal sikres gjennom den regionale omstillingsavtalen og de 12 prinsippene for medvirkning som er vedtatt.

Styret takker for det brede engasjementet som er vist gjennom det store antall høringsuttalelser som er mottatt og den betydning dette har hatt for utformingen av det endelige vedtaket i saken. Styret vil igjen berømme administrasjonen og helseforetakene med ansatte og brukere for den betydelige innsats som er lagt ned i omstillingsprogrammet.

4. Generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst

Fremtidig organisering og prioriteringer vil sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i regionen, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene og et mer desentralisert tilbud.

For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelig tilbud. Dette vil sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av et gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Tilstrekkelige opptaksområder og volum etableres for å sikre kvalitet på mer spesialiserte tjenester.

Det skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på hele pasientforløpet. Utformingen av pasientforløpene vil være bestemmende for dimensjoneringen og organiseringen av de ulike behandlingstilbudene.

e. Sykehusområder

Helse Sør-Øst deles inn i sykehusområder. Dette innebærer følgende:

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

f. Forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten

- Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i det enkelte sykehusområde skal skje i en forpliktende og avtalebasert samhandling med kommunene i opptaksområdet. Kommuner og helseforetak er likeverdige avtalepartar.
- Eksisterende avtaler mellom helseforetak og kommuner/bydeler skal videreutvikles slik at de sikrer klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Samarbeidsavtalene skal omfatte somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering, lærings- og mestringstiltak og forebyggende arbeid.
- Det etableres samarbeidsutvalg som normalt skal ha representasjon fra brukerne, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt praksiskonsulentene.

g. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester

- Sykehusområdene skal utvikle lokalbaserte spesialisthelsetjenester i et forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester skal

sikre desentralisert utredning og behandling, herunder lindrende behandling, oppfølging, læring og mestring og rehabilitering for å møte behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Det skal samtidig sikres likeverd i tilbudet til multietniske grupper.

- Lokalbaserede spesialisthelsetjenester kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner. Akuttfunksjoner skal utvikles med utgangspunkt i gode lokale prosesser med bred involvering. Det skal etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder som sikrer breddekompetanse, der lokalbaserede spesialiserte akuttfunksjoner sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet. Etablering av felles akuttinntak vurderes.
- I det lokalbaserede spesialisthelsetjenestetilbudet vil følgende inngå:
 - Dag- og døgntilbud innen i indremedisin
 - Tilbud til eldre
 - Elektive kirurgiske tjenester
 - Bredt spekter av polikliniske tjenester i samarbeid med mer spesialiserte sykehus
 - Diagnostisk tilbud
 - DPS / BUP / psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon
 - Ambulante spesialisthelsetjenester
 - Tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Lokalbaseret rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten
 - Lærings- og mestringssentra i et nært samarbeid med kommunene, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet

h. Organisering av akuttfunksjoner og prehospitale tjenester

- Akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.
- Akuttinntak og akuttmedisinske behandlingsskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt
- Det skal sikres effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredning av organiseringen av prehospitale tjenester

i. Organisering av spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner

- Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.
- Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.
- Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.
- I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.

j. Regionale fagråd

- Det etableres tverrfaglige regionale fagråd for å styrke fagutvikling, samt for å sikre et likeverdig tilbud og bedre effekten av tjenestetilbudet. Regionale fagråd skal bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket. Fagrådernes mandat og sammensetning fastsettes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
- Fagrådene skal i utgangspunktet ledes av regionsavdelingen, eventuelt av fagavdeling ved annet helseforetak i regionen.
- Råd som gis må bygge på dokumentert kunnskap og god praksis og sikre legitimitet gjennom gode prosesser, der forankring og dialog med fagmiljøet og brukere ivaretas.

k. Relasjon til private leverandører av spesialisthelsetjenester

- Private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Vedtatt strategi for Helse Sør-Øst (jf. styresak 020/2008) legges til grunn.
- Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.
- Private leverandører både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering bidrar sammen med det offentlige tjenestetilbudet til å dekke befolkningens behov innenfor det enkelte sykehusområde. Krav til leveranser utformes av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene. Avtalene inngås av Helse Sør-Øst RHF.
- Avtalespesialistene bidrar sammen med det offentlige tjenestetilbudet til å dekke befolkningens behov innenfor det sykehusområdet de er lokalisert. Rammeavtalene inngås på nasjonalt nivå med alle de regionale helseforetakene. Helse Sør Øst RHF tildeler hjemler og inngår individuelle avtaler i samråd med helseforetakene i sykehusområdet. Faglig oppfølging vil bli lagt til sykehusområdene.
- Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt kjøpe helsetjenester fra Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS basert på et definert opptaksområde og andre definerte funksjoner og oppgaver.

5. Prinsipper for organisering og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

a. Rehabiliteringstilbudet i sykehusområdene

- Habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele Helse Sør-Øst.
- Rehabiliteringstjenestene i sykehusområdene styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering. Rehabilitering er en naturlig del av et pasientforløp. Det er sykehusområdenes ansvar å ivareta spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Fremtidig organisering og prioriteringer skal sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen rehabilitering, slik at en gjennom et mer desentralisert tilbud oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene.

- Som ledd i arbeidet med å etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen rehabilitering skal sykehusområdene i samarbeid med kommunene utforme områdevisse planer for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles.
- Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av første halvår 2009 utarbeide en regional plan for habilitering og rehabilitering. Det skal tas utgangspunkt i prinsippet om helhetlige pasientforløp.

b. Samling av den regionale rehabiliteringen

- Regionale rehabiliteringsfunksjoner samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning.
- Forskning, utdanning og gode tverrfaglige behandlingstilbud sikres ved at de regionale funksjonene organiseres i tett samarbeid med øvrige regionsykehusfunksjoner.

6. Prinsipper for organisering og utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

- Tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst videreutvikles i tråd med prinsippene som ble lagt til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2008.
- Den framtidig organisering og prioritering innen psykisk helsevern skal sikre et mer likeverdig tilbud mellom sykehusområdene.
- Det skal sikres en enhetlig ledelse av DPS- og institusjonstilbudet innen psykisk helsevern innen hvert sykehusområde.
- Når gode desentraliserte tilbud er etablert, forutsettes det at overflødige arealer realiseres eller benyttes til annet formål innen spesialisthelsetjenesten.
- Det utarbeides en plan for utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst på strategisk nivå. Planen legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i løpet av annet halvår 2009.
- Sykehusområdene skal utforme områdevisse planer i samarbeid med kommunene for hvordan tilbudet innen psykisk helsevern i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

7. Prinsipper for organisering og utvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Sør-Øst

- Tilbudet innen TSB skal styrkes i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet. Fremtidige organisering og prioriteringer legger til rette for å sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen TSB for å oppnå et mer desentralisert tilbud og mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling.
- Det skal sikres en enhetlig ledelse av TSB innen hvert sykehusområde
- Det gjennomføres en regional utredningsprosess for å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal være regionale funksjoner innen TSB, og hvilket som bør integreres i sykehusområdene. Det utarbeides en regional strategi for rusfeltet i Helse Sør-Øst. Planen legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i løpet av annet halvår 2009.

- Sykehusområdene skal innen 31.12.2009 utforme områdevisse planer i samarbeid med kommunene for hvordan tilbudet innen TSB i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

8. Nærmere om utdanning, forskning og innovasjon

- Helse Sør-Øst RHF vil utvikle forskning og innovasjon i tråd med regionens vedtatte strategi (sak 050-2008). Det regionale helseforetaket vil videreføre sine forpliktelser i forhold til utdanning av helsepersonell, herunder spesialistutdanning av leger i samme volum og med fokus på å oppnå de nødvendige kvalifikasjoner.
- Det etableres ett sammenhengende system for forskning og utdanning av helsepersonell i hele Helse Sør-Øst, på høyt internasjonalt nivå og i tett samhandling med Universitetet i Oslo (UiO), høyskolene i helseregionen og Universitetet i Agder.
- Forskning ved øvrige sykehus i helseregionen knyttes til kjernen i universitetssykehussystemet gjennom formaliserte forskningsnettverk og bilateral koordinering. Regionale forskningsnettverk harmoniseres med nasjonale og internasjonale nettverk.
- Det foreslåtte Oslo universitetssykehus HF (OUS HF) skal utgjøre kjernen (navet) i universitetssykehussystemet, og ha tung forsknings- og undervisningsaktivitet og en regional understøttende funksjon innen klinikk og forskning. Dette sykehuset vil ha sentrale oppgaver knyttet til grunnutdanning av helseprofesjoner, forskerutdanning og en forpliktelse til å ivareta regionale funksjoner knyttet til drift av regionale forskningsnettverk, tung regional infrastruktur og innovasjon. Kjerner i universitetssykehussystemet kan ha satellitter bestående av sterke forskningsmiljøer ved andre sykehus når det er nødvendig av faglige hensyn. Samarbeidsorganet konkretiserer oppgaver knyttet til kjernen (navet).
- For å fremme kvalitet innen medisinsk og helsefaglig forskning samt utdanning vil Helse Sør-Øst RHF søke å etablere et utvidet strategisk samarbeid med Universitetet i Oslo og høyskolene. Arbeidet styres gjennom Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF samt Samarbeidsorganet mellom høyskolene og Helse Sør-Øst RHF
- Det etableres et regionalt utdanningsutvalg i løpet av første halvår 2009.

9. Utvikling av fellestjenester

- Styret viser til at det som en del av omstillingsprogrammet også er utviklet en strategi for organisering og videreutvikling av fellestjenestene i Helse Sør-Øst. Det vises til utkast til strategidokument for Helse Sør-Øst, jf. styresak 115-2008 hvor det beskrives behovet for å oppnå både kvalitative og økonomiske gevinster gjennom en bedre utnyttelse av de samlede ressursene til administrative støttefunksjoner
- Styret viser også til sak 109-2008 om etablering av felles tjenesteleverandør innen IKT.
- Revidert strategiplan for innkjøp og logistikk vil bli forelagt styret for behandling i desember 2008. Det samme gjelder sak om organisering av eiendomsområdet.
- Styret legger til grunn at omstilling og videreutvikling av fellestjenestene er en nødvendig forutsetning for å kunne frigjøre ressurser i og til kjernevirksomheten som kan prioriteres til bedre pasientbehandling og styrket forskningsinnsats.

10. Inndeling i sykehusområder

- Helse Sør-Øst organiseres i følgende syv sykehusområder:

Sykehusområde	Følgende HF inngår	Opptaksområder/kommentarer
<i>Østfold sykehusområde</i>	Sykehuset Østfold HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
<i>Akershus sykehusområde</i>	Akershus universitetssykehus HF	Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum. Spesialiserte funksjoner (områdefunksjoner) for Nes kommune.
<i>Oslo sykehusområde</i>	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF	Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) Opptaksområdene for Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus inngår
<i>Innlandet sykehusområde</i>	Sykehuset Innlandet HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde. Jevnaker kommunes sykehistilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag. Nes kommunes lokalsykehistilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag. Spesialiserte funksjoner ivaretas av Akershus universitetssykehus HF
<i>Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde¹³</i>	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg, Ringerike sykehus HF	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. Jevnaker kommunes sykehistilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag. Sande og Svelvik kommuner sykehistilhørighet opprettholdes som i dag Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Buskerud
<i>Telemark og Vestfold sykehusområde¹</i>	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF Blefjell sykehus HF avdeling Rjukan og Notodden	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Telemark
<i>Sørlandet sykehusområde</i>	Sørlandet sykehus HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.

¹³ Foreløpig navn. Navnespørsmålet utredes særskilt og fremmes i desembermøtet.

Dette innebærer:

- Blefjell sykehus HF deles mellom sykehusområdene Buskerud, Asker og Bærum og Telemark/Vestfold slik at sykehuset i Kongsberg og Blefjell sykehus sitt opptaksområde i Buskerud blir en del av Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde, mens sykehusene i Notodden og Rjukan og opptaksområde i Telemark blir en del av Telemark og Vestfold sykehusområde. Deling av Blefjell sykehus HF gjennomføres fra 1. juli 2009, når ett helseforetak etableres i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.
- Ansvar for tjenester til befolkningen i bydel Alna i Oslo og Follo i Akershus overføres fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde innen 31.12.10. Det vurderes om slik overføring kan påbegynnes fra et tidligere tidspunkt.
- Ansvar for lokalsykehustjenester til befolkningen i Nes kommune på Romerike vurderes overført fra Innlandet sykehusområde til Akershus sykehusområde etter overføringen fra Oslo er gjennomført og nødvendige kapasitetsanalyser er foretatt.
- Sunnaas sykehus HF videreføres som eget HF. Virksomheten organiseres og videreutvikles basert på vedtak i denne saken.

11. Ny foretaksstruktur

- Virksomhetene innen det enkelte sykehusområde skal som hovedregel organiseres som ett helseforetak.
- Fra 1. januar 2009 etableres Oslo universitetssykehus HF som omfatter Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF.
- Fra 1. juli 2009 etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde som omfatter Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg. Det opprettes et interimsstyre for det nye helseforetaket fra 1. januar 2009.
- Virksomhetene i Telemark og Vestfold sykehusområde videreføres som tre helseforetak. Det etableres en forpliktende avtalestruktur mellom helseforetakene som sikrer at faglige og organisatoriske prinsipper følges opp. Det stilles de samme krav til utvikling av det samlede pasienttilbudet i Telemark og Vestfold sykehusområde som det gjøres i de sykehusområder hvor virksomhetene er organisert i ett helseforetak. Helseforetakene forutsettes å starte interne prosesser fra 01.01.2009 for å sikre at gevinster kan tas ut av samarbeidet på lik linje med de andre sykehusområdene. Organiseringen evalueres fortløpende gjennom virksomhetsrapportering og årlig melding.

12. Det gjennomføres følgende virksomhetsoverdragelser og endringer som følge av etableringen av sykehusområder:

- Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF per 1. januar 2009
- Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF, avd Kongsberg til det nyopprettede helseforetaket i sykehusområde Buskerud, Asker og Bærum per 1. juli 2009.
- Innen rehabiliteringstjenestene skal sykehusområdenes kapasitet og kompetanse styrkes. Det skal gjennomføres følgende endringer:
 - Definerings og organisatorisk samling av regionale funksjoner innen rehabilitering og fysikalsk medisin gjennomføres innen 01.04.09 etter en

nærmere regional utredning ledet av Helse Sør-Øst RHF. Utredningen skal også vurdere organisatorisk tilknytning til Oslo universitetssykehus.

- Lokal og områdefunksjoner ved Sunnaas sykehus HF overføres 1. juli 2009 til;
 - Sykehusområde Østfold ved Sykehuset Østfold HF,
 - Sykehusområde Akershus ved Akershus universitetssykehus HF
 - Sykehusområde Oslo som en del av de samlede lokalsykehusfunksjoner i Oslo universitetssykehus HF
- Lokal - og områdefunksjoner ved følgende enheter ved Rikshospitalet HF/SSR overføres fra 1. juli 2009:
 - Sykehusområde Telemark og Vestfold v/Sykehuset i Vestfold HF for Rikshospitalet HF/SSR Stavern.
 - Sykehusområde Sørlandet v/Sørlandet sykehus HF for Rikshospitalet HF/SSR Sørlandet Kongsgård sykehus
 - Sykehusområde Telemark og Vestfold ved Sykehuset Telemark HF for Rikshospitalet HF/SSR Telemark Rehabiliteringssenter (Nordagutu).

Det skal som hovedregel sikres en enhetlig ledelse av rehabilitering og habiliteringstilbudet samt fysikalsk medisin innen hvert sykehusområde.

- Følgende enheter virksomhetsoverdras fra det tidspunkt Akershus universitetssykehus HF overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo:
 - Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB
 - Furuset BUP og Follo BUP
 - Ski sykehus
- Befolkningen i sykehusområde Akershus skal sikres et samlet tilbud innen somatikk, psykisk helsevern, rehabilitering og TSB. Når Akershus universitetssykehus HF overtar det samlede ansvaret for hele det nye opptaksområdet, gjennomføres en fornyet vurdering av hvordan institusjonstilbudet innen psykisk helsevern skal ivaretas.

13. Nærmere om organiseringen og utviklingen av sykehusområde Oslo

Den framtidige organiseringen av Oslo universitetssykehus HF (OUS HF) skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner.

a. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester i Oslo

- Befolkningen i sykehusområde Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester som ivaretar god samhandling med kommunen.
- Helse Sør-Øst RHF skal som et ledd i implementering av inngått samarbeidsavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune, etablere et samhandlingsprosjekt i 2009 som vil ha som formål å utprøve nye organisasjonsformer for å sikre likeverd i tilbudet til multietniske grupper og bidra til å redusere sosial ulikhet i Oslo. Arbeidet vil involvere sykehusområdene Oslo og Akershus.
- Innenfor Oslo universitetssykehus HF samles lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og TSB, samt regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB. Dette for å tydeliggjøre og styrke lokalsykehusfunksjonen og utvikle en faglig spydspiss innen psykisk helsevern og TSB.

- Helse Sør-Øst RHF vil, i samarbeid med Oslo kommune, etablere et akuttmottak ("Rusakutten") med observasjonssenger for TSB i Oslo.
- Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS inngår som en del av de lokalbaserte spesialisthelsetjenester gjennom kjøp av helsetjenester basert på et definert opptaksområde og andre definerte funksjoner og oppgaver.
- Arealer og kapasitet knyttet til lokalsykehusfunksjonene må reduseres i samsvar med den foreslåtte endringen i opptaksområde for Oslo sykehusområde og justeres i forhold til etablering av "Rusakutten" og Storbylegevakt.

b. Storbylegevakt

- Samarbeidet med Oslo kommune om å etablere en storbylegevakt i Oslo videreføres. Legevakten skal være tilpasset brukernes behov, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir.
- Helse Sør-Øst RHF vil inngå en samarbeidsavtale med Oslo kommune om innhold, organisering og finansiering av storbylegevakta. Avtalen skal bidra til en forutsigbar drift og finansiering av storbylegevakta og forenkle samarbeidsrelasjonene.
- Kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten.
- Organisatorisk tilknytning og lokalisering i forhold til Oslo universitetssykehus HF må avklares i den videre prosessen

c. Lands-, regions- og områdefunksjoner

- Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen. Styret understreker Helse Sør-Øst sin forpliktelse til å ivareta landsfunksjonene slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008
- Det legges til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles. Det samme gjelder den regionale og nasjonale funksjonen innen beredskapsområdet.
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. Behovet for framtidige bygningsmessige investeringer utredes videre i regi av Oslo universitetssykehus HF.
- En forutsetning for å ta ut de langsiktige gevinstene av denne samordningen er betinget av at det skjer bygningsmessige justeringer og oppgraderinger i dagens bygningsmasse. Styret vil understreke at dette må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift av det nye helseforetaket.

14. Gjennomføring - Videre arbeid

a. Gjennomføringsplan

- Styret ber om det til desembermøtet 2008 ferdigstilles en plan for gjennomføring av de vedtatte endringer. Dette sees i sammenheng med behandling av Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020.
- Det etableres kvalitative og økonomiske mål for hele gjennomføringsprosessen, herunder mål som på sikt vil bidra til økt pasientkvalitet, styrket forskning og frigjøring av ressurser for å møte framtidige pasientbehov

- Gjennomføringsplanen må angi tydelige krav til prosessene som skal gjennomføres for å opprettholde motivasjon hos ansatte og ledere og bevare faglige miljøer. Styret legger til grunn at nødvendige virkemidler tas i bruk for å unngå ufrivillige oppsigelser av ansatte, og at det i den videre prosessen særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål, arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling. Hensynet til likeverdighet ivaretas.
- Det skal i planen særskilt gjøres rede for:
 - Prosess for deling av Blefjell sykehus HF
 - Prosess for inngåelse av forpliktende avtaler mellom helseforetakene i sykehusområde Vestfold og Telemark
 - Prosess for videre arbeid med etablering av ett foretak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde
 - Prosess for videre arbeid i forhold til Oslo universitetssykehus HF
 - Prosess for oppfølging av endringer innen rehabiliteringsfeltet
 - Prosess for oppfølging av vedtak og premisser i forhold til alle helseforetak med spesielt fokus på medvirkning og ivaretagelse av brukere og ansatte.
 - Prosess for å ivareta nødvendig informasjon til befolkningen og god dialog med kommuner, fastleger, avtalespesialister og andre samarbeidsparter.
- Det redegjøres for hvordan Helse Sør-Øst RHF vil følge opp gjennomføringen av omstillingene, herunder om det er behov for å opprette en egen utviklingsorganisasjon i Helse Sør-Øst.

b. Premisser og videre oppfølging

- Styrets vedtak i saken danner grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til helseforetakene i særskilte foretaksmøter og som vilkår til bevilgningen gjennom driftsavtalene. Administrerende direktørs saksutredning danner bakgrunn for styrets vedtak.
- Det legges til grunn at helseforetakene i den videre planlegging og gjennomføring av endringer i pasienttilbudet, herunder i akuttfunksjoner, foretar nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser, også i forhold til konsekvenser av endringer for ansatte, før implementering skjer.
- Det legges til grunn at det må arbeides videre med å utvikle og skape felles kultur mellom fagmiljøene.
- Den framtidige organiseringen av medisinske støttefunksjoner i Helse Sør-Øst utredes innen 2010 med utgangspunkt i den nye strukturen.
- Organisering og dimensjonering av pasienttilbudet skal skje med utgangspunkt i pasientforløp. Befolkningsutvikling og endring i sykdomsbildet må følges nøye.
- Omstillingstiltakene skal gjennomføres innenfor Helse Sør-Øst sin tildelte inntektsramme. Det er i budsjett 2009 satt av en buffer til å møte risiko som gjennomføringen av de vedtatte omstillingstiltakene innebærer. Det vises også til den inngåtte omstillingsavtalen og helseforetakenes ansvar for å følge opp denne og dekke evt kostnader.

c. Medvirkning

- Brukerne og deres organisasjoner skal sikres medvirkning i gjennomføringen av de vedtatte endringer i samsvar med de prinsipper for brukermedvirkning som Helse Sør-Øst legger til grunn.
- For å sikre god involvering som sikrer trygghet, åpenhet og forutsigbarhet i prosessene for de ansatte, legges den regionale omstillingsavtalen og Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for medvirkning i omstilling til grunn.

d. Evaluering

- Det øremerkes midler til å gjennomføre en følgeevaluering knyttet til gjennomføringen av de endringer som styret vedtar.
- Evalueringen skal særlig følge den kvalitative utviklingen i pasienttilbudet og arbeidsmiljøet.

15. Styret understreker at tilbud ikke skal avvikles uten at pasientenes behov blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte i helsetjenesten.

16. Styret viser til det oppdraget Helse Sør-Øst RHF ble gitt i foretaksmøte 30. mai 2007 for å virkeliggjøre regjeringens intensjoner med etableringen av Helse Sør-Øst RHF. Styrets vedtak i denne saken, sammen med vedtak i sakene 040, 049, 058, 068 i 2007 og 109, 038, 039, 050, 067 nr 1 til nr 7 i 2008, er det samlede svaret på dette oppdraget. Styret ber om at samtlige vedtak med administrerende direktørs saksutredninger oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Det vises til vedlegg til protokoll med oversikt over tilleggsforslag, voteringer og protokolltilførsler i saken.

VEDLEGG 3:

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst - Årsrapport 2008

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Konsernrevisjonen skal i henhold til sin instruks, pkt. 4.3 Rapportering, rapportere resultatet av revisjonsarbeidet til styret ved revisjonskomiteen og til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF minst en gang i året. Rapporten skal vis resultatet av utført arbeid i revisjonsplanperioden, samt angi hvilke endringer eller utsettelse som er foretatt i forhold til revisjonsplanen

Relevante styresaker i Helse Sør-Øst RHF 2008 i relasjon til funksjonen:

Sak 024-2008 Revisjonsplan 2008-2010

Sak 070-2008 Etablering av gjennomgående internrevisjonsordning

Sak 096-2008 Instruks for internrevisjonen Helse Sør-Øst

(revidert instruks legges fram som sak i februar 2009)

1.2 Rammebetingelser - begrensninger

I perioden fra internrevisjonen (heretter Konsernrevisjonen) og revisjonskomiteen ble etablert har det vært rettet henvendelser til Helse- og omsorgsdepartementet om å bidra til å skaffe Konsernrevisjonen tilstrekkelig rammebetingelser for utøvelse av internrevisjon i henhold til internrevisjonsstandardene. Med rammebetingelser menes her tilgang til taushetsbelagte personopplysninger som gjør det mulig å gjennomføre en gjennomgående internrevisjon i hele helseforetaksgruppen slik oppdraget i foretaksprotollen lyder. Konsernrevisjonen har heller ikke adgang til å innhente personopplysninger på de ansatte på helseforetakene som Konsernrevisjonen har revisjonsansvar for. For å kunne gjennomføre sine oppgaver i tråd med formålet, er det derfor viktig at det snarest mulig etableres hjemmel i lov som sikrer Konsernrevisjonen innsynsrett i pasientopplysninger og rett til uthenting av personopplysninger fra helseforetakene

Dette temaet er tatt opp flere ganger med departementet, senest gjennom en formell henvendelse fra administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF 11. april 2008 og hvor svar er mottatt 19.12.2008. Departementet svarer at de har merket seg det behovet som beskrives i brevet og vurderer behovet for lovendringer når det gjelder dette.

1.3 Utvidelse av internrevisjonen - navnendring

Fra 1.1.2009 endret Internrevisjonen i samråd med revisjonskomiteen, navn til Konsernrevisjonen, og vi vil i forbindelse med årsrapporten kort bare gjenta hva vår rolle er.

Konsernrevisjonen bistår styret og ledelsen i det regionale helseforetaket og i helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av interne styrings- og kontrollsystemer i foretaksgruppen

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer til styrets revisjonskomitee (faglig) og administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF (administrativt).

Konsernrevisjonen skal i perioden 2009-2011 bygges ut gjennom etablering av avdelinger ute ved helseforetakene. I 2009 skal det etableres en avdeling som skal dekke sykehusområdene Oslo og Vestre Viken. Avdelingen skal lokaliseres i Oslo og rapportere til Konsernrevisjonen v/revisjonsdirektør.

2. Revisjonskomiteens sammensetning og arbeidsmåte

Revisjonskomiteen består i dag av 4 medlemmer; Leder Harry Konterud, Morten Falkenberg, Kirsten Huser Leschbrandt og Anne Marie Bagstad Jøranli. Sistnevnte ble oppnevnt som medlem av revisjonskomiteen i styremøte 15.10.08 (sak 098-2008).

Det er avholdt 7 ordinære møter og et ekstraordinært møte i 2008. Revisjonskomiteen har behandlet 50 saker som har vært knyttet til ny instruks for internrevisjonen, revidert revisjonsplan og budsjett for 2009, samt Konsernrevisjonens løpende aktiviteter med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering av revisjoner i henhold til revisjonsplan.

3. Konsernrevisjonens arbeidsmåte

Konsernrevisjonen baserer sitt arbeid på etiske regler og faglige anerkjente standarder for utøvelse av intern revisjon som er utgitt av The Institute of Internal Auditors (IIA) og som i Norge målbæres av Norges Interne Revisorers Forening (NIRF).

En ordinær intern revisjon består som oftest av 4 faser:

1. Planlegging av oppdraget I denne fasen vurderer Konsernrevisjonen risiko på området som skal revideres, utleder målsettinger og fastsetter metodisk angrepsvinkel. Den som revideres vil motta et brev hvor det varsles om revisjonen, dvs. formålet, tid for gjennomføring, informasjon som bes oversendt m.v..

2. Kartlegging og vurdering av internkontroll I kartleggings- og vurderingsfasen samles det inn informasjon gjennom dokumentstudier, spørreundersøkelser og dialog med ledere og medarbeidere. Konsernrevisjonen kombinerer flere metoder for å undersøke om ledelses- og styringssystemer sikrer tilstrekkelig internkontroll. Eksempler kan være dokumentgjennomgang, samtaler, dialogmøter, spørreundersøkelser, stikkprøver m.v. Observasjoner blir vurdert opp mot fastsatte kriterier for god internkontroll og risikostyring.

3. Kommunikasjon av resultater Funn fra gjennomgangen blir kommunisert og drøftet med administrerende direktør og ledelsen ved helseforetaket som revideres. Hensikten er å sikre at Konsernrevisjonen har korrekt beskrivelse av faktisk tilstand for internkontrollen, og at det i størst mulig utstrekning oppnås et omforent syn på hvilke forbedringer som bør settes i verk

for å styrke intern styring og kontroll. Gjennom dialog og samhandling med administrerende direktør, er det videre et mål i denne fasen å bidra til forbedring i den interne styring og kontroll ved at kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, svakheter og mangler i internkontrollen omsettes til systematiske forbedringstiltak.

4. Rapportutforming og styrebehandling Utkast til rapport sendes til den reviderte enhet for å sikre at eventuelle faktiske feil rettes opp. Samtidig får den reviderte enhet anledning til å komme med presiseringer og/eller gi tilleggsinformasjon som kan ha betydning for Konsernrevisjonens vurderinger og konklusjoner.

Etter dette utarbeides det en endelig rapport som sendes administrerende direktør i helseforetaket som revideres for videre behandling i helseforetakets styre.

Konsernrevisjonens rapporter sluttbehandles i revisjonskomiteen og styret for Helse Sør-Øst RHF.

3.1 Planprosess revisjonsplan 2009-10

Vurderingskriteriene for Konsernrevisjonen ved utøvelse av interne revisjoner avledes fra styrende

dokumenter fra eier, de eksplisitte forskriftskrav for internkontroll og andre relevante lov- eller forskriftskrav, styrevedtak, strategier og handlingsplaner, samt prinsipper for god internkontroll slik disse er nedfelt i anerkjente internkontrollrammeverk som bl.a. COSO ERM¹⁴.

Direktør Konsernrevisjonen er i dialog med administrerende direktør for RHF'et i faste møter gjennom året. Risikostyring er ett av temaene som kommuniseres. I forbindelse med planprosess 2009-2010 har Konsernrevisjonen hatt dialog med konserntillitsvalgte, brukerutvalget, ledergruppen, styrelederne, direktørene i helseforetakene/sykehusene og Konsernrevisjonens kontaktpersoner i helseforetakene (HF-kontaktforum), om risikobildet for hele virksomheten og hvilke tiltak som iverksettes som en del av virksomhetsstyringen.

Revisjonskomiteen fatter beslutning om hvilke områder/tema som Konsernrevisjonen skal prioritere revisjoner av. Hovedformålet for alle revisjoner er på vegne av styret å se etter om det er etablert en tilfredsstillende internkontroll og risikostyring som sikrer god virksomhetsstyring innenfor de deler av virksomheten revisjonen omfatter.

3.2 Utdrag revisjonskriterier internkontroll

Ved gjennomgangen tas det utgangspunkt i RHF'ets virksomhetsstyring (mål- og resultatstyringen). Med virksomhetsstyring menes *"prosessene og aktivitetene som RHFet gjennomfører for å sette mål og definere oppgaver for å nå målene, å måle resultater mot målene og bruk av informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten"*.

En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god intern kontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med intern kontroll menes *"prosesser, systemer og rutiner i gangsett av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at RHFet når sine målsettinger innenfor følgende kategorier"*:

¹⁴ Enterprise Risk Management — Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of The Treadway Commission (2004)

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig styringsinformasjon og
- Etterlevelse av lover og regler

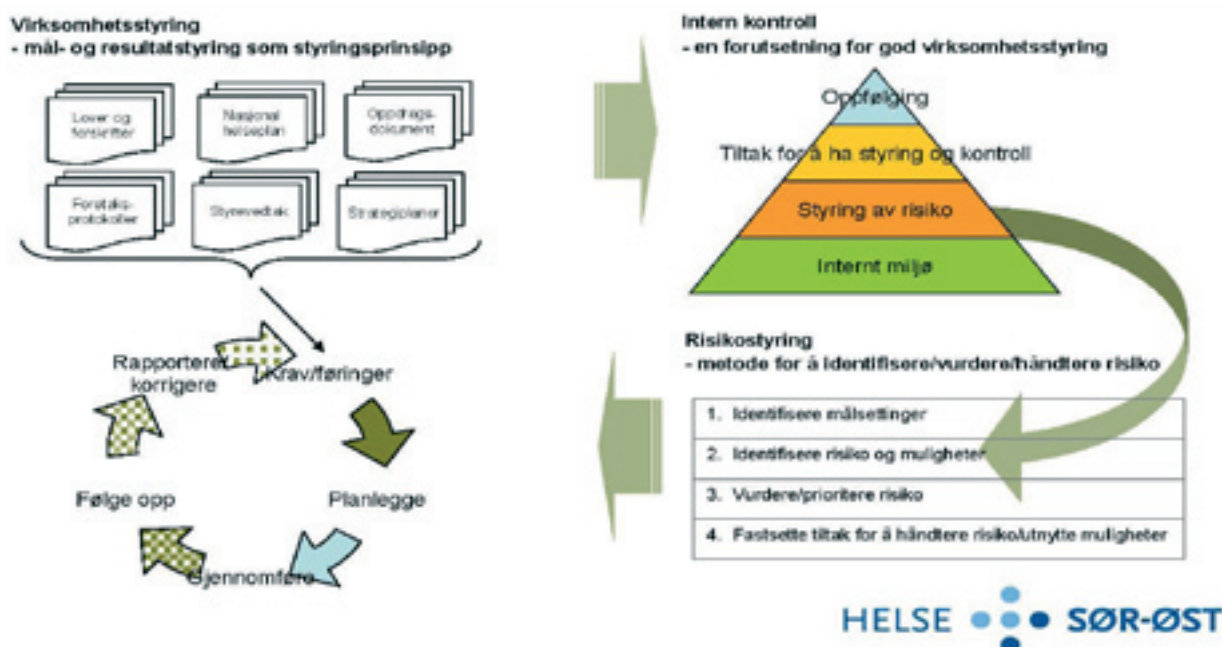
Et bærende prinsipp er at den interne kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for intern kontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

Med risikostyring menes "prosesser som gjennomføres av styret, ledelsen og ansatte, anvendt i fastsettelse av strategi og på tvers av virksomheten, for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke virksomheten og for å håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens aksepterte risikonivå, for å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse". Risikostyring kan dermed beskrives som en praktisk tilrettelegging av en metode for å ivareta kravene om etablering og gjennomføring av intern kontroll som beskrevet i foretaksprotokollen av 24.01.08.

Intern kontroll er en vesentlig del av helhetlig risikostyring. Helhetlig risikostyring er imidlertid noe videre enn intern kontroll, fordi den utvider og utdyper intern kontroll og utgjør en mer konkret konseptualisering som fokuserer mer utførlig på risiko.

Sammenhengen mellom virksomhetsstyring, intern kontroll og risikostyring er illustrert på neste side.

Virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring



4. Konsernrevisjonens ressurser

Konsernrevisjonen bestod i 2008 av 5 ansatte. I 2008 ble det inngått rammeavtaler med KPMG, Deloitte og Ernst & Young om kjøp av revisjonsbistand. Det ble gjort avrop på alle avtalene i 2008 i forhold til leveranse av tjenester inn i alle revisjonene som startet høsten 2008.

I tillegg til innleie har Konsernrevisjonen fått faglig bistand fra det regionale foretaket ved behov og ressurser fra helseforetakene i 2008.

Konsernrevisjonen har 3 hovedprosesser i sitt årshjul hvor tidsforbruket utgjør cirka 85 % av totale ressurser.

Hovedprosessene er:

- Planprosess med strategisk og operativt fokus
- Gjennomføring av oppdrag (planlagte revisjoner, ad hoc-oppdrag og rådgivningsoppdrag)
- Årsrapport - avrapportering i forhold til plan

Konsernrevisjonens oppgaver var beskrevet i instruks godkjent av revisjonskomiteen 27.9.2007

I tillegg til hovedprosessene og de aktiviteter som følger av disse, bruker avdelingen de øvrige 15 % av ressursene på administrative oppgaver, samhandling med internt kontaktforum og det regionale internrevisorforumet, kompetanseutvikling og faglig engasjement.

5. Revisjoner planlagt/påbegynt/gjennomført i 2008

Konsernrevisjonens årsrapport skal gi styret i Helse Sør-Øst en beskrivelse av gjennomførte revisjoner kontra revisjonsplan. Revidert revisjonsplan for perioden frem til mars 2008 ble vedtatt av revisjonskomiteen og fremlagt for styret i sak 024-2008. Konsernrevisjonen har gjennomført revisjonene i 2008 i henhold til den reviderte planen. Resultatet av avsluttede revisjoner er fremlagt styret.

Helse Sør-Øst består av 15 helseforetak i tillegg til Sykehusapotekene HF, og denne oversikten viser hvilke revisjoner som er planlagt og varslet (planlagt), revisjoner som pågår (pågår) eller som er gjennomført og ferdigstilt i 2008 (ferdig):

	Henvisning	Innkjøp	Økonomi	Forskning	BUP	Rådgivning Økonomi	RIS/PACS	Risiko-styring/ internkontroll	TNF
Helse Sør-Øst RHF	ferdig							pågår	pågår
Akershus universitetssykehus HF									pågår
Bleifjell sykehus HF	ferdig								pågår
Oslo universitetssykehus HF									

Aker									pågår
Rikshospitalet	ferdig			pågår					pågår
Ullevål						ferdig	ferdig		pågår
Psykiatrien i Vestfold HF					ferdig				
Ringerike sykehus HF	ferdig								pågår
Sunnaas sykehus HF									
Sykehuset Asker og Bærum HF									Y
Sykehuset Buskerud HF			ferdig						pågår
Sykehuset i Vestfold HF	ferdig (2007)		ferdig						pågår
Sykehuset Innlandet HF	ferdig	ferdig							pågår
Sykehuset Telemark HF	ferdig (2007)								pågår
Sykehuset Østfold HF	ferdig								pågår
Sørlandet sykehus HF	ferdig		pågår						pågår
Betanien Hospital									pågår
Diakonhjemmet Sykehus									pågår
Lovisenberg Diakonale Sykehus									pågår
Martina Hansens Hospital									pågår
Revmatismesykehuset									pågår

5.1 Dokumentflyt i pasientarbeidet/ Henvisningsrutiner

Bakgrunn for valg av tema var en risikokartlegging i Helse Sør RHF våren 2006, samt Pasientombudenes kritikk av mangelfull samhandling og intern kommunikasjon i og mellom HF. Kritikken dreide seg særlig om tilfeller der henvisninger fra ett foretak til et annet og interne henvisninger innen et foretak ikke var sporbare, eller ble borte i systemet. Det kunne synes som om foretakene ikke hadde kontroll på hva som skjedde med henvisningene - for eksempel om en henvisning var videresendt. En del eksempler viste at det var opp til pasienten selv å følge opp sin egen henvisning.

Revisjonen ble gjennomført ved til sammen 8 helseforetak; Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF, Ringerike sykehus HF, Blefjell sykehus HF, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet HF og Rikshospitalet HF, de to førstnevnte foretakene ble revidert før RHF-sammenslåing i 2007. Formålet med revisjonen var på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF å se etter om foretakene hadde etablert og gjennomførte tilfredsstillende internkontroll (god virksomhetsstyring) i sin håndtering av henvisninger mellom enheter og mellom helseforetak. I tillegg hadde Konsernrevisjonen som formål gjennom revisjonen å bidra til forbedringer og økt læring om internkontroll.

Gjennomgangen viste at internkontrollen på henvisningsområdet hadde flere svakheter som samlet sett medførte en ikke fullgod styring og kontroll med henvisningsområdet.

Det ble i rapporten til RHFet pekt på at utfordringene på området i stor grad må løses i samhandling mellom foretakene, eller i felleskap regionalt. Det fremheves blant annet at det

regionale helseforetaket bør intensivere arbeidet med å etablere løsninger for rask og hensiktsmessig informasjonsutveksling mellom helseforetak.

I oppsummeringsrapporten til Helse Sør-Øst RHF er det redegjort for følgende funn:

- Manglende / mangelfull sporbarhet. (Ikke mulig med dagens manuelle oversendelsesprosedyrer mellom foretak, å se om og når en henvisning er sendt fra et foretak til et annet)
- Det var i liten grad oversikt over antall henviste
- Utfordringer knyttet til de elektroniske systemene (EPJ) - elektronisk samhandling mellom foretakene var umulig med få unntak (teleradiologi)
- Det var med unntak av kreftbehandling i varierende grad satt mål for området (for eksempel antall dager til vurdering skal være gjennomført, antall dager til behandling skal være påbegynt etc)
- Varierende bevissthet om risiko knyttet til dokumentflyten – henvisninger (I forhold til for eksempel kunnskap om hvor mange henvisninger som ikke blir sendt før de etterspørres eller blir forsinket og hvilken betydning det kan få for pasienten)

Ut fra en samlet vurdering av funnene fra gjennomgangen er det etter Konsernrevisjonens syn høy risiko for at henvisninger kan komme bort eller ikke bli utført som planlagt. Dette gjelder særlig mellom foretak, men også internt i foretak. Dette kan innebære at det i enkelte tilfeller vil være opp til pasienten selv å følge opp henvisningen eller ta kontakt for å purre, erfaringsmessig vil ikke alle pasienter gjøre dette. Konsernrevisjonen ser det som urovekkende i et pasientsikkerhetsperspektiv, at oppfølging og sporing av henvisninger i realiteten kan være overlatt til pasientene selv.

Det regionale helseforetaket har umiddelbart iverksatt tiltak for å få frem en handlingsplan som kan bidra til forbedringer i forhold til sikker og god kommunikasjon av henvisninger. Oppsummeringsrapporten og handlingsplanen er fremlagt for Styret i Helse Sør-Øst RHF. Handlingsplanen forankrer videre arbeid i ledelsen, og anbefaler en videreføring av arbeidet gjennom det regionale prosjektet "Meldingsløftet", og fremdrift vil bli fulgt opp av Revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF

5.2 Revisjon av RIS/PACS applikasjonen ved Ullevål universitetssykehus HF

Revisjonsrapport fra gjennomgangen ble oversendt Ullevål universitetssykehus HF og RHF'et 1.juli 08. Revisjonen ble foretatt på anmodning fra RHFet. Bakgrunnen for dette var feil og mangler ved systemløsningen RIS/PACS, noe som både innebar driftsulemper og potensiell innvirkning på pasientsikkerheten. Formål med gjennomgangen var å bidra til forbedringer ved Ullevål universitetssykehus HF gjennom å kartlegge og vurdere nåværende situasjonen i forhold til bruken av systemet, samt å se nærmere på kontraktuelle betingelser i forhold til systemleverandør. Rapporten var ikke forutsatt styrebehandlet, men underlagt en administrativ behandling i foretaket. Konsernrevisjonen mottok i sommer brev fra UUS med redegjørelse for hvordan foretaket vil arbeide med de forbedringsområdene som gjennomgangen avdekket.

5.3 Revisjon av tiltak for å ivareta eiers krav til økonomisk balanse

Revisjon av helseforetakenes tiltak for å oppfylle eiers krav til økonomisk balanse er nedfelt i revidert revisjonsplan for 2007. Revisjonen er gjennomført ved Sykehuset Buskerud HF i 2008 og påbegynt ved Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

Revisjonsrapporten ble behandlet av styret for Sykehuset Buskerud HF 19. juni 2008. Det er lagt til grunn at Konsernrevisjonen, gjennom tilrettelegging av arbeidsmøter for drøfting og prioritering av tiltak, skal bidra i arbeidet med å skape forbedringer innenfor de områder i virksomhets- og økonomistyringen hvor gjennomgangen viste at det var svakheter. Det er i høst gjennomført et arbeidsmøte med økonomisjef i foretaket og arbeidet med å sammenstille og prioritere forbedringsområder er startet opp.

5.4 Revisjon av innkjøpsvirksomheten ved Sykehuset Innlandet HF

Revisjonen er gjennomført og utkast revisjonsrapport er oversendt for verifisering.

Formålet med revisjonen har vært å se etter om Sykehuset Innlandet HF har etablert og gjennomfører en tilfredsstillende internkontroll for innkjøps- og fakturabehandlingsområdet (herunder bl.a. avtaleforvaltning og arkiv) som bidrar til målrettet og effektiv drift, etterlevelse av lov- og regelverk og pålitelig styringsinformasjon. Målsettingene er fastsatt på bakgrunn av en overordnet risikovurdering av innkjøpsområdet, og revisjonen har omfattet:

- Kartlegging og vurdering av Sykehuset Innlandet HF's overordnede organisering, styring og oppfølging av innkjøpsområdet. Den har også omfattet kartlegging og vurdering av måten foretaket planlegger, gjennomfører, dokumenterer og følger opp anskaffelsesprosesser etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser (LOA/FOA).
- Kartlegging og vurdering av dokumentasjon og oppbevaring av anskaffelsesdokumentasjon og avtaler, og måten foretaket gjennomfører og dokumenterer avrop på avtaler/rammeavtaler.
- Kartlegging og vurdering av de deler av fakturabehandlingsprosessen som gjelder attestasjons- og anvisningsrutiner, samt manuelle kontroller som gjøres i regnskapsseksjonen før bokføring og utbetaling av fakturaer. Gjennomgang av grensesnittene mellom de elektroniske systemene som benyttes innenfor e-handel, fakturering og regnskap (E-32, Basware og Oracle)

Relevante observasjoner som har vesentlig betydning for å kunne besvare revisjonsmålsettingene, er gjennomgått i møter sammen med berørte ledere og nøkkelpersoner.

5.5 Revisjon ved BUP – Pasientforløpet

Revisjonen er gjennomført og utkast revisjonsrapport er under utarbeidelse. Formålet med revisjonen ved Psykiatrien i Vestfold HF har vært å bekrefte om foretaket har en tilfredsstillende internkontroll i pasientforløpet som bidrar til å sikre tilgjengelighet og god behandling. For å oppnå formålet har Konsernrevisjonen hatt særlig fokus på de ulike fasene i pasientforløpet, fra mottak av henvisning til avslutning av behandlingen. Det er et

mål å bekrefte om pasientforløpet er underlagt tilstrekkelig styring og kontroll som sikrer måloppnåelse.

Revisjonen er gjennomført etter en kvalitativ og kvantitativ metode basert på analyse av data fra Psykiatrien i Vestfold HFs styringssystem, spørreundersøkelse, test av journaler, dokument-gjennomgang og intervjuer med ledere, behandlere og sekretærer. Revisjonen er metodisk innrettet for å undersøke og vurdere om utvalgte deler av pasientforløpet i fasene henvisning, inntak, utredning, behandling og avslutning er underlagt tilfredsstillende internkontroll.

Ved gjennomgangen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokollen fra 4.2.2008 hvor kravet om internkontroll og risikostyring fremkommer, driftsavtalen mellom Psykiatrien i Vestfold HF og Helse Sør-Øst RHF når det gjelder krav til kvalitet i leveranse av pasientbehandling og oppfyllelse av konkrete mål (indikatorer).

5.6 Revisjon TNF-hemmere

Revisjonen gjennomføres i alle HF og sykehus som forskriver TNF-hemmere. Revisjonsrapporter er under utarbeidelse og en oppsummering av relevante funn som kan benyttes i forbedringsarbeidet er planlagt fremlagt i mars. Revisjonen er bestilt av administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF og godkjent av Revisjonskomiteen.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge hvorvidt det er iverksatt tiltak for å sikre at forskrivning, innkjøp og fakturering av høykostlegemidlene TNF-hemmere og andre biologiske betennelses-dempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi (heretter også forkortet til TNF-hemmere), skjer i henhold til retningslinjer nasjonalt, regionalt og lokalt.

5.7 Sammendrag revisjoner 2008

På de områder av virksomheten som var revidert i 2008 var hovedkonklusjonen at foretakene hadde fokus på internkontroll for å sikre god virksomhetsstyring. De verktøy som ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har implementert i foretaksgruppen, herunder risikostyring og ledelsens gjennomgåelse, er tatt i bruk ute i foretakene.

Forholdet til de enheter som har vært revidert ute i det enkelte foretak oppleves som godt og det vektlegges å bruke mye tid på dialog i forhold til de involverte parter. Dette opplever vi skaper rom for å skape forbedringer parallelt med at revisjonen pågår og når endelige anbefalinger nedfelles i revisjonsrapportene er vi omforent om forbedringsområdene og prioritering av hvor tiltak bør iverettes.

For detaljer vises det til de revisjonsrapportene som styrebehandles i det enkelte helseforetak.

6. Oppfølging revisjoner 2007

Konsernrevisjonen har som ledd i sin funksjon et ansvar for å setter etter at de anbefalinger som er gitt og de tiltak som er planlagt faktisk iverksettes og bidrar til forventet forbedring. For de revisjonsområdene som har vært revidert og hvor det ikke er gjennomført en oppfølgingsrevisjon, foretas oppfølging gjennom henvendelse til helseforetaket.

I desember 2008 er det sendt ut brev om oppfølging interne revisjoner til de helseforetakene hvor det er gjennomført revisjoner og behandlet revisjonsrapporter.

Formålet med forespørselen var å se etter om helseforetakene og det regionale helseforetaket hadde etablert oppfølging av om tiltak for forbedring av internkontrollsystemene gjennomføres og skaper den forventet forbedring innen de områder som er revidert.

Status oppfølging og tiltak fra følgende enheter:

Helseforetak/sykehus	Revisjon innkjøp	Revisjon Forskning
Helse Øst RHF		
Aker universitetssykehus HF	X	
Akershus universitetssykehus HF	X	X
Sykehuset Asker og Bærum HF	X	
Sykehuset Innlandet HF	x	
Sunnaas sykehus HF	X	
Sykehuset Østfold HF	X	
Ullevål universitetssykehus HF	X	

Ytterligere detaljer pr foretak i vedlegg 1.

6.1 Hovedkonklusjon fra 2007 – resultat oppfølging

På de områder av virksomheten som var revidert i 2007 var hovedkonklusjonen at foretakene hadde fokus på internkontroll og god virksomhetstyring. Ledelsen i Helse Øst RHF hadde introdusert ulike verkstøy for at helseforetakene og sykehusene skulle være i stand til å etablere, gjennomføre og rapportere til styret og eier hvordan tilstanden var, hvilke utfordringer/risikofaktorer som påvirket måloppnåelse og hvilke tiltak som var iverksatt.

Revisjonene viste imidlertid at det var svakheter ved de styringssystem som var etablert innenfor de reviderte områdene. Disse svakhetene er nærmere beskrevet i de avgitte revisjonsrapportene.

I oppfølging gjennomført årsskiftet 2008/9 gir foretakene som ble revidert i 2007 tilbakemeldinger i forhold til de gjennomførte tiltak. Sammendrag av foretakenes tilbakemeldinger og vurdering av hvilke forbedringer dette arbeidet har bidratt til fremgår som vedlegg til rapporten.

Revisjon av Innkjøpsvirksomheten

Revisjonene av innkjøpsvirksomheten i foretaksgruppen var nedfelt i revisjonsplanen for 2007. Gjennomgangen fant sted i perioden oktober 2006 til november 2007, og omfattet Sykehuset Buskerud og Sørlandet sykehus fra tidligere Helse Sør, Akershus universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Ullevål universitetssykehus HF i tidligere Helse Øst.

Revisjonene gjennomført i tidligere Helse Sør (Sykehuset Buskerud HF og Sørlandet sykehus HF) hadde en noe annerledes vinkling enn revisjonen i tidligere Helse Øst. Formålet med disse revisjonene var å undersøke om lov om offentlige anskaffelser og interne styringsdokumenter og vedtak ble etterlevd i helseforetakene. Sentrale problemstillinger som ble undersøkt var i hvilken grad anskaffelser i foretakene blir gjennomført i samsvar med regelverket om offentlige anskaffelser, om det regionale helseforetakets etiske retningslinjer ble etterlevd og om det var etablert rutiner som reduserte risikoen for rolleblanding og uetisk atferd. Videre, om rammeavtaler/ felles anbudsrunder benyttes som forutsatt, og om foretakene hadde etablert intern kontroll som var tilpasset aktivitet og risiko.

Formålet med gjennomgangen av innkjøpsområdet ved sykehusene i tidligere Helse Øst, var å se etter om helseforetakene har betryggende styring og kontroll med innkjøps- og faktura-behandlingsområdet, herunder:

- Om tiltak som styrene besluttet iverksatt etter revisjon av anskaffelser og fullmakter i 2004, faktisk ble gjennomført og om disse har virket som forutsatt.
- Om den interne kontrollen som helseforetakene har etablert for å sikre styring og oppfølging med innkjøpsvirksomheten, er tilstrekkelig, hensiktsmessig og effektiv, slik at foretaket med rimelig sikkerhet etterlever lover, forskrifter, intern regelverk, retningslinjer og rutiner på området, samt oppnår egne og regionale målsetninger for innkjøpsvirksomheten.

Oppfølging av revisjonene ved tidligere Helse Sør foretakene ble inkludert i revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomisk balanse.

For foretakene i tidligere Helse Øst som ble revidert i 2007 viser tilbakemeldingene fra foretakene at de har iverksatt tiltak.

7 Andre oppgaver (jf. instruksen)

Konsernrevisjonen skal etablere og være pådriver for faglige kontaktmøter hvor det legges til rette for læring, erfaringsutveksling og gjensidig informasjonsutveksling blant medarbeiderne som arbeider med internrevisjonsfaglige problemstillinger i foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen skal også delta i og være aktiv pådriver i RHF- internrevisorforumet som er etablert mellom internrevisjonene i de regionale helseforetakene.

Konsernrevisjonen har i samsvar med instruks deltatt aktivt i faglige fora organisert under Norges Interne Revisorers Forening (NIRF)

VEDLEGG 4:

Årsmeldinger fra pasientombudene i Helse Sør-Øst

(separate dokumenter)

Helse Sør-Øst har et godt samarbeid med pasientombudene i Helse Sør-Øst. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

I henhold til vedtektene for Helse Sør-Øst skal melding fra pasientombudene vedlegges årlig melding.

I brev av 17.12.08 har Helse Sør-Øst RHF anmodet pasientombudene om å oversende sin melding for 2008. Ved oversendelsen av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet har en mottatt meldinger fra alle pasientombudene i regionen.

Disse meldingene legges ved oversendelsen av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.

Meldingene er også tilgjengelig elektronisk på www.pasientombudet.no.

Nasjonale
verdier

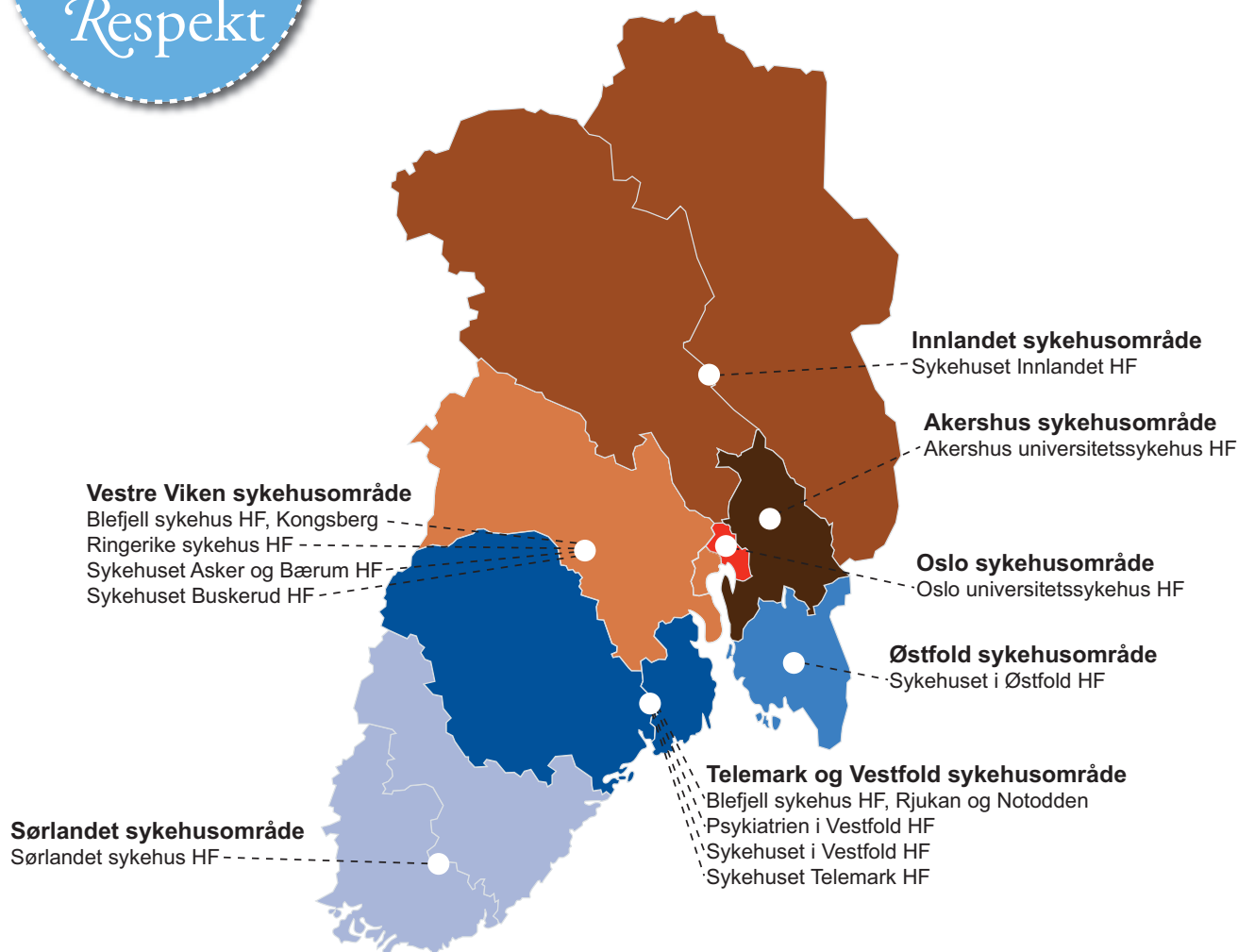
Kvalitet
Trygghet
Respekt

Å leve verdiene

Helse Sør-Øst skal være en regional institusjon som bygger sin virksomhet rundt verdier som setter pasienten i fokus.

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst skal drive sin virksomhet verdibasert.

7 sykehusområder



I tillegg eier Helse Sør-Øst RHF Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF. Regionen har driftsavtaler med fem ikke-kommersielle sykehus (ideelle/stiftelser):

Betanien Hospital • Diakonhjemmet Sykehus • Lovisenberg Diakonale Sykehus
Martina Hansens Hospital • Revmatismesykehuset

Helse Sør-Øst RHF (regionalt helseforetak):

- er en av fire statlige helseforetaksgrupper
- er landets største helseregion med ansvar for spesialisthelsetjenester til omlag 2,7 millioner mennesker i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.
- er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehus-tilbudet i regionen, og er eier av 14 helseforetak
- har om lag 65.000 medarbeidere og en årlig omsetning på omlag 52 milliarder kroner
- har hovedkontor på Hamar

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404, 2303 Hamar
Telefon 02411
postmottak@helse-sorost.no
www.helse-sorost.no

HELSE  SØR-ØST