

**Årlig melding 2013
for
Helse Sør-Øst RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**

Hamar 15. mars 2014

Innhold

1.	Innledning	3
1.1	Overordnet organisering i Helse Sør-Øst.....	3
1.2	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.3	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2013.....	5
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013	12
2.1	Satsingsområder 2013	12
2.1.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	12
2.1.2	Kvalitetsforbedring	13
2.1.3	Pasientsikkerhet.....	14
2.1.4	System for innføring av nye metoder og ny teknologi.....	15
2.1.5	Samhandlingsreformen.....	16
2.1.6	Kreftbehandling.....	17
2.1.7	Behandling av hjerneslag.....	19
2.1.8	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	19
2.1.9	Psykisk helsevern.....	20
2.1.10	Habilitering og rehabilitering.....	21
2.1.11	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	22
2.1.12	Fødselsomsorg.....	22
2.1.13	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	22
2.1.14	Kjeveleddsdisfunksjon.....	23
2.1.15	Livsstilsrelaterte tilstander.....	23
2.1.16	Helseberedskap.....	23
2.2	Utdanning av helsepersonell.....	25
2.3	Forskning og innovasjon.....	26
2.4	Jf. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012-2013)	28
2.4.1	Forskningsstudie av ipilimumab	28
2.4.2	Investeringer i IKT	29
2.4.3	System for innføring av nye metoder og ny teknologi.....	30
2.4.4	Helseberedskap.....	30
3.	Rapportering på krav i foretaksprotokoll	31
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2013	31
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2013	32
3.3	Øvrige styringskrav for 2013	40
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2013.....	40
4.	Styrets plandokument	51
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	51
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet	52
4.1.2	Økonomiske rammebetingelser	61
4.1.3	Personell og kompetanse	62
4.1.4	Bygningskapital - status og utfordringer	65
4.1.5	Miljø	70
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	71
4.2.1	Strategier for perioden 2013-2020	72
4.2.2	Regionale delstrategier og planer	75
5.	Vedlegg	77
5.1	Tabell: Rapportering av styringsparametre 2013	77
5.2	Tabell: Rapportering på særskilte områder	86
5.3	Brakerutvalgets uttalelse til årlig melding 2013.....	92

1. Innledning

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

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

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

1.1 Overordnet organisering i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med ca. 2,8 mill. innbyggere (per 1. januar 2014), som utgjør om lag 56 % av landets befolkning. Helseforetaksgruppen har ca. 75 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2014 på om lag 72 milliarder kroner.

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

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

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2014 ti helseforetak organisert innenfor syv sykehusområder:

Helseforetaksstruktur 2014	
Sykehusområde	Helseforetak
Akershus sykehusområde	Akershus universitetssykehus HF
Innlandet sykehusområde	Sykehuset Innlandet HF
Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF
Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF
Telemark og Vestfold sykehusområde	Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
Vestre Viken sykehusområde	Vestre Viken HF
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF
	Sykehusapotekene HF har ansvar innen hele regionen

Helse Sør-Øst RHF eier sammen med de tre andre regionale helseforetakene følgende selskaper:

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø
- Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF i Gjøvik
- Nasjonal IKT HF i Bergen

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

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

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

Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med over 1 000 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratoriefag, radiologi og habilitering/rehabilitering. Porteføljen omfatter i underkant av 70 leverandører med i underkant av 90 forskjellige tjenestesteder. Avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere inngås av det regionale helseforetaket. Unntak er gjort for midlertidige anskaffelser begrunnet med lange ventelister, hvor helseforetakene selv kan gjennomføre anskaffelser av begrenset varighet.

1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å gi:

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

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

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

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

1.3 Sammen drag av positive resultater og uløste utfordringer i 2013

Styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst 2013-2014

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer for planperioden frem til 2014. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

Ventetid og fristbrudd

Det nasjonale målet om ventetid ned mot 65 dager er ikke oppnådd. Ventetid for alle (med og uten rett) er tilnærmet uendret fra 2012 og har i 2013 ligget på 73,4 dager. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) tilnærmet uendret fra 2012 til 2013. For rettighetspasienter har ventetiden økt fra 59,9 til 60,9 dager.

Til tross for et vedvarende fokus på ventetid og en rekke tiltak iverksatt har en ikke lyktes å snu utviklingen. Dette er svært utilfredsstillende og situasjonen krever ytterligere innsats, ledelsesmessig engasjement og aktivitet i 2014. Etablerte tiltak for å redusere ventetider videreføres. Det er også igangsatt mange tiltak for å rydde i ventelister slik at de blir korrekte.

Arbeidet med å redusere andelen fristbrudd for rettighetspasienter viser noen positive resultater. Likevel er flere helseforetak og private ideelle sykehus fortsatt langt unna målet om null fristbrudd. Nedgangen i andel fristbrudd for hele 2012 var liten (fra 7,8 % til 7,6 %). I 2013 var andel fristbrudd til og med november 7,2 %. Det er fortsatt Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus som trekker opp regionens gjennomsnitt med andeler på henholdsvis 16 % og 14 % på årsbasis. Akershus universitetssykehus har en god utvikling, med kraftig reduksjon på slutten av 2013.

Omfanget av fristbrudd er ikke forenlig med god tilgjengelighet og behandling. At behandlingen ikke starter innen fristen som er satt kan innebære at prognosen forverres. En behandlingsfrist innebærer at pasienten har fått en rettslig bindende frist for når helsehjelpen, i form av utredning eller behandling, senest kan starte. Det må gjøres en betydelig innsats i 2014 for at måloppnåelsen forbedres vesentlig for kravet om å fjerne fristbrudd.

Helseforetakene har levert oppdaterte planer for å redusere ventetidene, for å redusere fristbruddene til null og i henhold til Helse Sør-Østs egen ambisjon om at ingen pasienter skal ha ventetid på over et år. Kjøpsavtalene med private tjenestetilbud er utvidet slik at eventuelle kapasitetsutfordringer kan imøtekommes. Det er etablert midlertidige fagråd innen områdene plastikk kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og nevrologi blant annet for å vurdere kapasitet og hvordan regionens ”sørge for”-ansvar best kan ivaretas.

Sykehusinfeksjoner

I 2013 er det gjennomført fire prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner. Prevalensmålingene viser en reduksjon fra 5,2 % i 2011 til 5,0 % i 2012 og 4,2 % i 2. kvartal av 2013. Akershus universitetssykehus har over lang tid vist at det også er mulig å oppnå en reduksjon til under 3 %,

slik ambisjonen er definert i Helse Sør-Øst. Selv om vi registrerer en positiv utvikling når det gjelder sykehusinfeksjoner må det arbeides godt med dette også i 2014.

Timeavtale sammen med bekreftelse

Målingene i 2013 viser at 57 % av pasientene får bekreftelsen og tidspunkt i samme brev. Dette vurderes ikke som tilfredsstillende måloppnåelse. Det er stor usikkerhet knyttet til tallet. Arbeidet med å innarbeide dette som pålitelig styringsparameter videreføres. En forutsetning for å kunne gi bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev til så mange pasienter som mulig, er langtidsplanlegging av blant annet arbeidsplaner.

Involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen

Medarbeiderundersøkelse er en del av det systematiske forbedringsarbeidet i foretaksgruppen. I 2013 var deltakelsen i undersøkelsen den høyeste siden oppstart av fellesundersøkelsen i 2010. 80 % av alle ansatte har besvart undersøkelsen. 57 % svarer at de har deltatt i oppfølgingsarbeidet etter undersøkelsen som ble gjennomført i 2012. Alle foretak bruker en elektronisk handlingsplan, hvor tiltak legges inn og følges opp av lokale ledere. Verktøyet forenkler rapportering og gir god oversikt og bedre mulighet for oppfølging av oppfølgingsarbeidet i linjeledelsen. Det er betydelig spredning mellom helseforetakene, noe som innebærer at det må arbeides aktivt med denne delen av forbedringsarbeidet også i 2014.

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

2013 var det andre året på rad at foretaksgruppen samlet fremviste et positivt resultat. De foreløpige tallene for 2013 viser et positivt resultat på 453 mill. kroner. Tilsvarende for 2012 var et resultat på 211 mill. kroner. Det endelige resultatet for 2013 vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Det er fortsatt store ulikheter mellom helseforetakene med hensyn til økonomisk resultat.

Helseforetakene skal legge til rette for at investeringer gis nødvendig prioritet innenfor den samlede økonomiske rammen som stilles til disposisjon og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå. Til tross gode resultater og en positiv utvikling, er fortsatt helseforetaksgruppens evne til å fornye utstyr og bygningsmasse lavere enn ønskelig. Vedtatte regionale prinsipper for likviditetsstyring legger til rette for at helseforetakene kan bruke egne likviditetsoverskudd til investeringer. Flere helseforetak i regionen har gjennom 2013 akkumulert likviditet gjennom positive regnskapsmessige resultater. Deler av disse midlene planlegger helseforetakene å bruke til investeringer i 2014.

Aktivitetsutvikling

Aktivitetstallene for 2013 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt på tjenesteområdene psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen somatikk har poliklinisk vekst også vært betydelig på de fleste helseforetak og private ideelle sykehus

For døgnaktivitet somatikk har samhandlingsreformen påvirket resultatet i 2013. Langt færre utskrivningsklare pasienter har blitt lenge i sykehus etter at kommunen har fått melding om at pasienten er klar for utskrivning. Dette har bidratt til å redusere samlet antall liggedøgn i helseforetaksgruppen med nesten 38 000 (1,9 %) i 2013. På årsbasis er antall registrerte merliggedøgn for utskrivningsklare redusert fra ca. 84 000 i 2011 til ca. 20 000 i 2012 og 2013. Fra 2012 til 2013 har utviklingen altså ikke vist videre nedgang.

DRG innen døgnbehandling har vært stabil fra 2012 til 2013 (0,6 % opp). DRG innen dagbehandling har gått ned med 11,2 % og DRG innen poliklinikk har økt med 8,2 % fra 2012 til

2013. Det er en ønsket utvikling at det skal være et skifte fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Økningen innen poliklinikk er dermed i tråd med en ønsket utvikling, men det vil være viktig å kartlegge årsak til nedgang for DRG innen dagbehandling.

Aktiviteten innen psykisk helsevern, både til voksne og barn, er i tråd med budsjettmålene, bortsett fra at det har vært en vekst i antall utskrevne fra døgnopphold psykisk helsevern for barn og ungdom med rundt 2,1 % fra 2012. Den polikliniske aktiviteten har økt med 3,9 % (psykisk helsevern for voksne) og 1,5 % (psykisk helsevern for barn og ungdom), fra 2012. Dette er likevel under måltallene som var satt for 2013.

Aktiviteten innen TSB viser en nedgang i antall liggedøgn på 0,6 %, en økning i antall utskrevne pasienter fra døgntilbeholdning med 0,6 % sammenlignet med 2012, og en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 0,1 %. Samlet sett lå aktiviteten for 2013 på samme nivå som i 2012, unntatt for antall dagbehandlinger som er økt med 32,5 %. Gjennomsnittelig ventetid innen TSB er redusert fra 59,0 til 57,6 døgn for alle pasienter og antall fristbrudd fra 4,6 til 3,8 %. Dette kan indikere at det samlede tilbudet er styrket.

Andel korridorpasienter somatikk har holdt seg stabilt på 1,6 % i 2012 og 2013. Fire helseforetak trekker opp resultatet, Sykehuset Østfold mest med 3,9 %, Akershus universitetssykehus med 3,8 % men også Sykehuset Telemark med 2,7 % og Vestre Viken med 1,8 %.

Samhandling

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

Uvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene har vist seg som en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. Arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst er prioritert. Alle helseforetak har etablert ordningen og regionen har nå ca. 80 praksiskonsulenter.

Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i desember 2013 regional strategi for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet for perioden 2014-2016. Strategien legger grunnlaget for det videre arbeid med å styrke, samordne og videreutvikle arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og er et viktig element i arbeidet med å oppfylle helseforetaksgruppens visjon, mål og strategier.

De siste årene har det vært mange initiativ, både internasjonalt og nasjonalt, som kan dokumentere gode effekter for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidet i Helse Sør-Øst er basert på disse erfaringene og legger blant annet stor vekt på oppfølging og implementering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. God og reell medvirkning fra brukere og mobilisering av de ansatte er også viktige elementer. Utvikling av standardiserte pasientforløp og ”klinisk engasjement” skal bidra til tilgang til endringskompetanse på alle nivå, spesielt i pasientnær virksomhet.

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst har siden 2010 gjennomført journalundersøkelse med *Global Trigger Tool* (GTT). Tallene for undersøkelsen i 2012 viste en

signifikant reduksjon i antall uønskede hendelser på nasjonalt nivå fra 16,1 % til 13,9 %. Gjennomgangen viser at de fleste pasientskadene i hovedsak skyldes sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil.

I 2013 ble det gjennomført pilotprosjekter som allerede har kunnet dokumentere gode resultater blant annet på 30 dagers overlevelse ved sykehus med signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet.

Kapasitetsvurderinger

Helse Sør-Øst RHF vurderer jevnlig hvordan ”sørge for”-ansvaret best skal ivaretas også i et langsiktig perspektiv. Dette ansvaret dekkes primært ved egne helseforetak. I tillegg kjøpes supplerende kapasitet innen enkelte områder fra private tilbydere.

Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Som del av dette har SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse, fått i oppdrag å gjennomføre et prosjekt ”Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst”. Målet er å fremskaffe grunnlag for å klargjøre langsiktige planforutsetninger for oppfyllelse av ”sørge for”-ansvaret for Helse Sør-Øst RHF frem mot 2030. Fremskrivingsmodellen som benyttes er utviklet i regi av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, som drives av Helsedirektoratet. Sluttrapport fra dette arbeidet leveres 1. juni 2014.

I tillegg til en ny, langsiktig og samlet regional kapasitetsanalyse, ble det høsten 2013 gjennomført et eget utredningsarbeid for hovedstadsområdet. Bakgrunnen for dette arbeidet var blant annet kapasitetsutfordringer ved Akershus universitetssykehus, idéfaseprosessen i Oslo universitetssykehus, arbeidet med utviklingsplan for Vestre Viken og samhandlingsreformen

I forhold til utfordringene i hovedstadsområdet er det etablert tiltak både på kort og mellomlang sikt. Helse Sør-Øst RHF vil blant annet inngå avtaler med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om kapasitetsutvidelser samt bidra til at det inngås konkrete avtaler mellom Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Helse Sør-Øst RHF om rutiner og kriterier for hvilke pasienter som kan henvises til disse private ideelle sykehusene. Det er særlig viktig å sikre pasientenes behov for kontinuitet og oppfølging gjennom forutsigbarhet og gode samhandlingsrelasjoner med kommune/bydelene, og at unødvendig ventetid og transport mellom sykehusene må unngås. Det etableres et samarbeidsutvalg for samordnet oppfølging og evaluering av kortsiktige tiltak, samt kriterier for styring/koordinering av pasientstrømmer og ledig kapasitet i hovedstadsområdet.

Endring av sykehustilhørighet

I sak 57-2013 besluttet styret for Helse Sør-Øst RHF å endre sykehustilhørigheten innen psykisk helsevern og TSB for kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker. Kommunene Sande og Svelvik ble overført fra Sykehuset i Vestfold til Vestre Viken fra 2014, mens Jevnaker kommune overføres fra Sykehuset Innlandet fra 2015. Etter disse endringene vil kommunene ha samme sykehustilhørighet for alle fagområder. Dette gir positiv effekt blant annet i oppfølgingen av Samhandlingsreformen.

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

Ledelse

Det er lagt ned en betydelig innsats i arbeidet med å styrke ledelsesutøvelsen i foretaksgruppen, med et særlig fokus på å sikre at ledere i førstelinjen har tilstrekkelig kompetanse og støtte til å

utøve sitt lederansvar. Samtlige foretak har etablert et lederutviklingstilbud for sine førstelinjeledere. Hvert helseforetak gjennomfører lederutviklingsprogram for 1-4 kull i året. I tillegg kommer en rekke lederopplæringstiltak i form av e-læring eller annen form for opplæring. Til sammen anslås det at ca. 600 førstelinjeledere i Helse Sør-Øst deltok på ett eller flere lederutviklings- og/eller lederopplæringstiltak i 2013. I tillegg til dette gjennomfører helseforetakene lederutviklingstiltak for avdelingssjefer, mellom- og toppledere.

Nasjonal ledelsesutvikling har i 2013 gjennomført to kull av Nasjonalt topplederprogram, med til sammen 60 deltakere. 23 av disse var fra Helse Sør-Øst. I tillegg har Nasjonal ledelsesutvikling gjennomført lederrekrutteringsprogrammet ”*Frist meg inn i ledelse*” i samarbeid med Legeforeningen

Strategisk kompetanseutvikling

Strategisk kompetanseutvikling har vært et prioritert innsatsområde i 2013. Det regionale helseforetaket har bidratt med et såkalt ”fakta grunnlag”, som er levert og diskutert med hvert enkelt av helseforetakene. Sårbare fagmiljøer, kritisk kompetanse, demografi og utviklingstrekk er vurdert og diskutert, og hvert foretak har svart opp hvordan det jobbes med kompetanse sett i lys av de påviste utviklingstrekkene. Det er videre gjennomført et utredningsarbeid om påvirkningsfaktorer, og nøkkeltall knyttet til regional status for legespesialister og sykepleieressurser. Arbeidet som er utført i 2013 har bidratt til en tydeliggjøring av roller og ansvar. Det er enighet om at det er nødvendig å styrke bestillerkompetanse og bestillerstyring samt behov for å etablere et regionalt analysesenter. Det er dessuten aktuelt å fordele pilotarbeid på vegne av regionen til utvalgte foretak i 2014.

Krav til tilsetningsforhold

Arbeidet med å øke andelen faste stillinger og redusere bruken av deltid i Helse Sør-Øst ble videreført i 2013. Foretaksgruppen nådde i løpet av 2. tertial 2013 eiers mål om 20 % reduksjon i den totale andelen deltid. Ved utgangen av året er dette ytterligere forbedret.

Videre er uønsket (dvs. ufrivillig) deltid redusert til et svært lavt nivå. Flere foretak kan tilby alle deltidsansatte hel stilling eller høyere stillingsandel. Andel fast ansatte utgjør ved de fleste foretak mer enn 60 % av det totale antall ansatte.

Forskning og innovasjon

I 2012 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for over 63 % av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var ca. 1,9 mrd kroner i 2012. Tall for 2013 foreligger ikke når årlig melding skrives.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet - regionalt helseforetak - helseforetak) hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene består av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet (250 mill. kroner) i tillegg til midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett (253 mill. kroner for 2013). Ca. 550 forskningsprosjekter og -tiltak fikk i 2013 regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige. Antall doktorgrader per år i regionen har økt betydelig de siste årene til over 160. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I 2013 ble søknads- og vurderings- og tildelingsprosessene for regionale forskningsmidler eksternt evaluert (NIFU), med positivt resultat. Enkelte forbedringspunkter er fulgt opp.

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2013. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i Inven2. Antall innleverte patentsøknader holder høyt nivå. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og kreft. Det er inngått en stor kontrakt mellom Sørlandet sykehus, legemiddelprodusenten Merck og Inven2 om utvikling av smertebehandling. Det er også klargjort en ny satsing på brukerdreven innovasjon.

Etablering av egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet

Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF ga 30. september 2011 Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å gjennomføre en prosess med sikte på å etablere en egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF har etter dette i tett dialog med de ansattes organisasjoner arbeidet med å etablere pensjonskassen innenfor de rammer foretaksmøtet fastsatte. Pensjonskassen har fått navnet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) og er i drift fra 1. januar 2014. PKH har et eget styre der også pensjonskassens medlemmer er representert. PKH er etablert med egen administrasjon bestående av administrerende direktør og fem ansatte. Medlemsservice forestås av PKHs egne ansatte, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver er utkontrahert etter forutgående konkurranser i henhold til reglene om offentlige anskaffelser.

22/7 - Oppfølging og utfordringer

Det er arbeidet aktivt med den nasjonale oppfølgingen etter 22. juli 2011, med utgangspunkt i innstilling fra Den særskilte komité av 10. november 2012, NOU-rapporten fra 22. juli-kommisjonen, og Helsedirektoratets rapport IS-1984 ”Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2012. Læring for bedre beredskap”. Denne oppfølgingen har skjedd i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har redegjort for oppfølgingen i plan oversendt Helsedirektoratet 31. mai 2013. Denne planen er gjennomgått i regionalt beredskapsutvalg og i regionens fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak. Gjenstående tiltak følges opp fortløpende både i helseforetakene og i Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder særlig tiltak knyttet til robusthet i AMK-sentralene med hensyn til kapasitet, tekniske løsninger og backup.

Nytt østfoldsykehus

Prosjekt nytt østfoldsykehus ble godkjent i desember 2010 med en ramme på 5 090 mill. kroner i prisnivå februar 2010. Byggearbeidene startet i september 2011, og gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet følger forutsatte planer for fremdrift og kostnad. Det er forutsatt gradvis ibruktakelse fra april til november 2015, og med full drift fra mai 2016. Per 31. desember 2013 er bygget ca. 63 % ferdigstilt, og framdrift og økonomi er i henhold til godkjente planer.

IKT - fornyingsprogram

Helse Sør-Øst har vedtatt ny IKT-strategi for 2013-2020 og IKT-langtidsplan for 2013-2016.

Helse Sør-Øst etablerte i 2013 ”*Digital fornying*”. Programmet er regionens felles løft for å fornye og standardisere teknologiske løsninger og arbeidsprosesser. ”*Digital fornying*” har en tydelig forankring i foraksgruppens strategiske plan fram mot 2020, der to hovedområder blinkes ut: kvalitet og pasientsikkerhet samt fornying og standardisering. Det overordnede målet for fornyingsprogrammet er å styrke kvalitet og pasientsikkerhet.

I løpet av 2013 er en felles organisasjon og struktur for målrettet styring og oppfølging av arbeidet etablert. De administrerende direktørene for samtlige helseforetak deltar i

fornyingsstyret, som har ansvar for prioritering og oppfølging av arbeidet, innenfor rammer fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Framdriften er samlet sett god i de seks strategiske programmene som inngår i ”*Digital fornying*”. Programmene spenner fra løsninger og prosesser som brukes i den daglige pasientbehandlingen til administrative systemer.

Viktige milepæler i 2013 har vært innføring av DIPS ved Sykehuset Telemark, elektronisk pleie- og omsorgsmelding etablert for 115 av de 171 kommunene i regionen og forberedelser for løsninger som skal innføres i 2014. Gjennomføringsplanen for 2014 innebærer tre klare prioriteringer: innføring av løsninger som er kritisk for flytting til nytt sykehus i Østfold i tråd med planen, innføring av DIPS som felles elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system ved Oslo universitetssykehus samt prioriterte områder innen modernisering av IKT-infrastrukturen i regionen. Arbeidet i 2013 ble gjennomført innenfor den fastsatte økonomiske rammen for programmet.

Etablering av Helsetjenestens driftorganisasjon for nødnett

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) ble opprettet 1. juni 2013. HDO skal bidra til å realisere helsetjenestes samlede målsetninger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten. Innføring av nødnett pågår i henhold til nasjonale planer.

Etablering av Nasjonal IKT

Nasjonal IKT HF ble stiftet i desember 2013. Selskapet har hovedkontor i Bergen. Dette er femte selskapet som eies av de fire regionale helseforetakene i fellesskap. Nasjonal IKT skal gi retningslinjer for IKT-utvikling i spesialisthelsetjenesten gjennom felles strategi, samarbeid og samordning. Gjeldende strategi skal understøtte et mål bilde der IKT skal gi positive effekter for pasienter, påførende og helsepersonell, og bidra til bedre ledelse og styring. I tillegg skal Nasjonal IKT bidra til spesialisthelsetjenestens gjennomføring av nasjonale prosjekter og til dialog og samarbeid med relevante interessenter. Selskapet skal videreutvikles som spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Dette gjelder både samhandling innad i spesialisthelsetjenesten (mellom de ulike helseforetakene og de regionale helseforetakene) og samhandling med andre sentrale aktører som kommunehelsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet og Norsk Helsenett.

Miljø- og klimatiltak

Alle helseforetak i landet skal ha innført miljøledelse etter ISO-14001 innen utgangen av 2014. Ved utgangen av 2013 opplyste samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst at de var i rute for å kunne nå dette målet. I 2013 ble Sykehuset i Vestfold og Helse Sør-Øst RHF sertifisert, mens Sunnaas sykehus hadde gjennomført sertifiseringsprosessen med frist til februar 2014 for å lukke avvik og motta sertifikatet. Helseforetakene deler erfaring i en regional faggruppe for miljø som møtes seks ganger i året.

Helse Sør-Øst publiserer i år for fjerde gang en miljørapport for hele regionen. Rapporten for 2013 vil for første gang inkludere klimaregnskap for alle helseforetakene. I 2014 vil rapporten også inkludere samfunnsansvar i henhold til nye krav i regnskapsloven. Rapporten finnes på www.helse-sorost.no/miljo.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp eiers pålagte oppgaver og styringskrav innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. Utgangspunktet for dette har vært lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak herunder det regionale helseforetakets ansvar for forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Det er lagt vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller, at pasienter og brukere skal ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Det er videre lagt vekt på at styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet ikke skal stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. I dette perspektivet har styret for Helse Sør-Øst RHF også risikovurdert oppfyllelsen av mål og styringskrav for 2013. Det er lagt til grunn at relevante mål gitt i tidligere oppdragsdokument fortsatt er gjeldende.

2.1 Satsingsområder 2013

2.1.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.*

Gjennomsnittlig ventetid i 2013 i Helse Sør-Øst for alle avviklede pasienter var 74 dager. Fordelt på fagområder var gjennomsnittlig ventetid i 2013:

- Somatikk: 76 dager.
- VOP: 50 dager.
- BUP: 49 dager.
- TSB: 59 dager.

Det er ventetiden for somatikk uten rett til nødvendig helsehjelp som samlet drar ventetiden over 65 dager. Tiltak som er iverksatt for å oppnå styringsmålet er månedlig tilbakemeldinger til helseforetaksdirektør og styreleder, og i oppfølgingsmøter.

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp.*

Med få unntak publiseres brukererfaringsundersøkelser på helseforetakenes nettsider, eventuelt vises det til Kunnskapssenterets nettsider. I tillegg arbeider flere helseforetak med lokale undersøkelser, og med system for kontinuerlig tilbakemeldinger fra pasienter som har vært i kontakt med sykehuset. For eksempel har både Oslo universitetssykehus og Vestre Viken allerede etablert slike system. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i gruppen tar i løpet av første halvår i bruk en ny publiseringsløsning for sine hjemmesider. Her vil det bli innført en felles og tydelig presentasjonsform for resultater fra pasienterfaringsundersøkelser.

- *Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.*

Kravet er videreført til helseforetakene i deres oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF for 2013.

Behandlingsplan er forstått av Helse Sør-Øst RHF som en plan som legges av lege som mottar henvisningen eller som møter pasienten på poliklinikken. Planen føres i pasientens journal og legger en konkret plan for videre utredning og/eller behandling for pasienten.

I helseforetakene og i tilbakerapporteringen samt dialog med brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har det vært uklarhet i hva en "behandlingsplan" er i forhold til en "behandlingslinje", et

”behandlingsforløp” og en individuell plan. På grunnlag av tilbakemelding vil Helse Sør-Øst RHF vurdere om det gjennom brukerutvalg og fagdirektørmøte er behov for å søke avklaring om behandlingsplaner, og eventuelt ”obligatorisk” innhold/tema som skal vurderes.

2.1.2 Kvalitetsforbedring

- *Helseforetakene har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.*

Helseforetakene har fokus på arbeid med implementering av relevante nasjonale retningslinjer og benytter ulike metodikker for dette. Implementering av nasjonale retningslinjer er tatt inn i lederavtaler på alle nivå i helseforetaket og i høringer i klinikkenes/avdelingenes faglige miljø. De faglige retningslinjene legges også til grunn i pasientforløpsarbeid, utarbeidelse av metodebøker, faglige prosedyrer, behandlingsmetodikk og pasientinformasjon.

- *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.*

Helseforetak med databehandleransvar for nasjonale medisinske kvalitetsregistre fikk i oppdragsdokument for 2013 krav om å levere offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal. I tillegg har det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre, herunder Regionalt fagsenter for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, formidlet krav om årsrapport og distribuert veileder til den nye felles malen. Av 22 nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF, ble 11 først godkjent med nasjonal status i april 2013 og var således ikke omfattet av krav om årsrapport for 2013.

Samtlige kvalitetsregistre som har hatt nasjonal status hele 2013, har levert årsrapport, men kun halvparten benyttet felles mal. Helse Sør-Øst RHF vil, gjennom det regionale fagsenter for kvalitetsregistre, understreke kravet om årsrapport og eventuelt bistå de nasjonale kvalitetsregistrene i overgangen fra deres etablerte rapporteringsform til felles elektronisk mal.

- *Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.*

Kvalitetsforbedring av pasientdata innen psykisk helsevern har gjennom flere år hatt stor oppmerksomhet i Helse Sør Øst RHF og er nedfelt som eget vedtak i styresak om regionale utviklingsområder innen psykisk helsevern, samt i regional plan for økt frivillighet. Tematikken behandles jevnlig i møter med divisjonsledelsen psykisk helsevern og regionalt fagråd.

Alle private leverandører har gjennom sine rammeavtaler forpliktet seg på å oppfylle nasjonale og regionale rapporteringskrav. Helse Sør-Øst RHF har i 2013 tatt opp behovet for kvalitetsheving på møter med avtalepartene innen TSB. Det er i tillegg gjennomført opplæringsmøter med alle avtaleparter for å høyne kompetansen og bedre kvaliteten på rapporteringen. Oppdraget er også formidlet til helseforetakene.

- *100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.*

Helse Sør-Øst har ifølge tall for 2. tertial 2013 fra Helseledelsen en epikriseandel på 87,7 %. Målsetningen i mange helseforetak er at pasientene skal ha med seg epikrisen ved utskrivelse.

- *Ingen korridorpasienter.*

Korridorpasienter er hovedsakelig et problem innen somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Sør-Øst. I 2. tertial 2013 lå andelen på 1,5 %, mens gjennomsnittet for 2012 var 1,7 %.

Ved de foretakene som har høy andel korridorpasienter er det i 2013 igangsatt tiltak som skal bedre på kapasitet og pasientgjennomstrømning. Blant annet er det blitt utvidet med flere sengeplasser på Akershus universitetssykehus for å redusere antall pasienter på korridor.

Helse Sør-Øst RHF har satt i gang et større kapasitetsprosjekt for hele regionen som i løpet av 2014 vil utarbeide flere konkrete tiltak som forventes å ytterligere redusere andel korridorpasienter i 2014.

2.1.3 Pasientsikkerhet

- *Alle sykehus og helseforetak implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultater.*

Alle helseforetak har rapportert at tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er under implementering. I løpet av 2014 vil helseforetakene spre innsatsområdene til alle relevante enheter.

Det er noen unntak som enkelte av helseforetakene har meldt fra om:

- Akershus universitetssykehus har ikke etablert forbedringsteam på å forebygge infeksjoner ved sentrale venekateter og forebygge overdose.
- Oslo universitetssykehus har ikke etablert forbedringsteam på å forebygge infeksjoner ved sentrale venekateter og blærekateter.
- Sykehuset Innlandet har ikke etablert forbedringsteam på å forebygge infeksjoner ved sentrale venekateter.
- Sykehuset Østfold har ikke etablert forbedringsteam på å forebygge infeksjoner ved blærekateter og forebygge trykksår.
- *Ledelsen i helseforetakene iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.*

Ved flere helseforetak presenteres resultatene fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, *Global trigger tool* (GTT), pasientsikkerhetskultur og resultater fra innsatsområdene i ledermøter, for kvalitetsutvalg og i styre. Det pågår et kontinuerlig arbeid for å lette rapporteringen ved registrering direkte i pasientens journal (DIPS). Mange helseforetak har i løpet av 2014 fått automatisert resultater på bruk av sjekk lister ved "trygg kirurgi" for operasjonspasienter. Spredingen av "trygg kirurgi" er mellom 70 og 100 %.

I oppfølging av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen har de fleste helseforetak utarbeidet konkrete handlingsplaner. Det er også iverksatt pasientsikkerhetsvisitt som følge av resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelser. Resultater fra kampanjen og innstasjonsområdene har vært kontinuerlig rapportert til Kunnskapssenteret.

- *Helseforetakene har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.*

I sitt styringsdokument for 2013 til helseforetak og private ideelle sykehusene har Helse Sør-Øst RHF videreført denne målformuleringen, og det rapporteres at dette følges opp.

I regi av det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" ble det i 2012 utarbeidet detaljerte beskrivelser av hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. I 2013 har foretakene gjennomført handlingsplaner for opplæring i bruk av pasientadministrative verktøy. Generelt har det vært fokus på opplæring av nyansatte og kompetanseheving for ledere. I tillegg pågår et omfattende arbeid med kursutarbeidelse, opplæringsmaterieell og rutinebeskrivelser.

Tilbakemelding viser at dette benyttes for kompetanseheving i bruk av DIPS både som pasientsystem og ledelsesverktøy.

Prosjektet ”*Glemt av sykehuset*” omfatter også holdningsendring. Det vurderes nå å være langt større bevissthet om viktigheten av dette arbeidet i helseforetakene og sykehusene.

Gjennom arbeidssamlinger i det felles regionale prosjektet drøftes fremdrift, utfordringer og gode erfaringer.

Som et ledd i det regionale arbeidet med digital fornying, pågår også utarbeidelse av standardiserte opplæringspakker, blant annet basert på arbeidet som er gjort i ”*Glemt av sykehuset*”. Standardisert opplæringsmaterieil for ledere er ferdigstilt, og det arbeides videre med standardisert opplæring for andre områder. Beregnet ferdigstillingsdato er 1. september 2014.

- *Helseforetakene legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.*

Helseforetak og private ideelle sykehus gjør tilgjengelig et utvalg av § 3-3 hendelser på sine nettsider. Helse Sør-Øst RHF er i prosess med publisering av § 3-3 hendelser standardiseres og publiseres likt fra helseforetakenes hjemmeside, da det i dag gjøres på ulike måter.

Alle helseforetak utenom Sykehuset Østfold sender melding til Kunnskapscenteret via sine respektive avvikssystemer. Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus, Vestre Viken og Lovisenberg Diakonale Sykehus har full integrert løsning. Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Diakonhjemmet Sykehus er i en testfase. Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset melder fra *www.melde.no*.

Helseforetakene presenterer resultatene fra journalundersøkelser (GTT) for kvalitetsutvalg og styrever.

2.1.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

- *Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av mini-metodevurderinger.*

Oslo universitetssykehus er gitt i oppdrag å etablere en regional kompetansetjeneste for metodevurdering. Mandatet som er gitt til Oslo universitetssykehus omfatter både å gi bistand til det regionale helseforetaket i arbeidet med metodevurderinger inn mot bestillerforum og å holde oversikt og bistå i minimetodevurderinger i helseforetakene.

Det er etablert et fagråd for bibliotekjenester. Dette skal være en viktig aktør for å sikre at nødvendig kunnskapsstøtte finnes i helseforetakene for å kunne gjennomføre minimetodevurderinger.

Det er ferdigstilt to mini-metodevurderinger ved helseforetak i regionen. Disse er lagt inn i den nasjonale databasen for minimetodevurdering:

- Oslo universitetssykehus: Neovaskulær makuladegenerasjon (våt AMD). Kan innføring av en mer kostbar behandling, med godkjent indikasjon for behandling av våt AMD, gi større kapasitet til flere pasienter i avdelingen ved at pasientene kommer sjeldnere til behandling?
- Akershus universitetssykehus: HPV DNA testing på cervicale celler innsamlet i *Surepath*[®] konserveringsvæske (BD Diagnostics-TriPath).

- *De regionale helseforetakene har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.*

Helse Sør-Øst har to representanter i arbeidsgruppen.

2.1.5 Samhandlingsreformen

- *Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.*

Alle helseforetak ble så tidlig som i 2009 gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner sammen med sine kommuner. Desentralisering av tjenester var en del av dette oppdraget. Arbeidet pågår fremdeles for å tilpasse dette til nye føringer gjennom samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF har i 2013 gitt tilskudd til samarbeidsutvalgene i regionen for å stimulere til tiltak for oppbygging av desentrale tjenester og overføring av oppgaver.

Alle helseforetakene rapporterer at de på ulike måter, avhengig av geografi og andre lokale forhold, arbeider med planer og konkretiseringer på dette området. Helse Sør-Øst RHF ga i 2013 15 mill. kroner i tilskudd til samarbeidsutvalgene i regionen for å stimulere til tiltak for oppbygging av desentrale tjenester og overføring av oppgaver.

- *Helseforetakene samarbeider med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. De regionale helseforetakene har bidratt til at nye øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.*

Det er delegert til helseforetakene å inngå avtale med aktuelle kommuner om etablering av kommunale døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp. Helse Sør-Øst RHF sendte i vår brev til helseforetakene med en presisering av kravet om å følge veilederen fra Helsedirektoratet i planleggingsprosessen og ved inngåelse av avtaler for å sikre god kvalitet på tjenesten.

For å kunne få en mest mulig fleksibel og god håndtering av tidspunkt for utbetaling av tilskudd, er midlene overført til helseforetakene for administrering av utbetaling. Alle helseforetakene rapporterer at de har deltatt i arbeidet med å utforme søknader til Helsedirektoratet, og at de er opptatt av å arbeide for at de kommunale tilbudene skal avlaste sykehusene.

- *Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.*

Dette er et pågående arbeid i alle helseforetakene der de sammen med aktuelle kommuner finner ut om dette er hensiktsmessig med hensyn til funksjon og geografi.

- *Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.*

Helseforetakene er gitt i oppdrag å påse at betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har ført til en endring i vurdering av når en pasient er utskrivningsklar. Praksis for vurdering av utskrivningsklare pasienter følges nøye gjennom analyse av rapporteringer.

Helseforetakene rapporterer at dette er et område de er opptatt av, og at det gjennom de inngåtte samarbeidsavtaler sikres ordninger for å fange opp eventuell uenighet om enkeltpasienter er utskrivningsklare eller ikke. Det har ikke vært ført saker i nasjonal tvisteløsningsnemnd fra Helse Sør-Østs område.

2.1.6 Krefitbehandling

- *Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehals i forløpene for kreftpasienter.*

På oppdrag fra det regionale helseforetaket leverte det regionale fagrådet for kreft i mai 2013 et omfattende arbeid som inneholdt kartlegging av flaskehals og tiltak. Gjennomgangen hadde fokus på to kreftformer (prostatakreft og lungekreft). Dette fordi pasientene med disse kreftdiagnosene i stor grad venter for lenge i utredning og på behandling.

Helse Sør-Øst RHF sluttet seg til anbefalingene fra kreftrådet og oversendte samlet materiale til helseforetakene i brev av 2. juli 2013 for oppfølging. Følgende sentrale føringer ble gitt til helseforetakene:

- For pasienter med mulig lungekreft er det viktig å få redusert perioden fra mistanke oppstår til behandling igangsettes. Innføring av normerte forløpstider for disse pasientene vil kreve en endret prioritering i helseforetakene, flaskehals må fjernes og den interne logistikk og koordinering må bedres.
- I første omgang er det viktig å få økt poliklinisk kapasitet og etablert et raskere og mer hensiktsmessig utredningsforløp.
- En reduksjon i utrednings- og behandlingstid for kreftpasienter vil kreve at disse pasientene prioriteres nest etter øyeblikkelig hjelp.
- Det må stilles robusthetskrav til utredning og lungemedisinske enheter. Det er viktig at helseforetakene sikrer tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i de lungemedisinske enhetene.
- Det må stilles krav til henvisninger, fra fastlege til spesialisthelsetjeneste, men også internt i sykehusene.
- Det er viktig å få redusert tiden fra pasienten første gang oppsøker lege til pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten med mistanke om lungekreft. Ved mistanke om malign sykdom bør pasientene henvises direkte til helseforetak.
- Spesialisthelsetjenesten må ha ansvar for at pasienter med diffuse symptomer, men der en har mistanke om kreftsykdom, ikke sendes tilbake til fastlegen før alle relevante undersøkelser er gjennomført.
- Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at viderehenvisninger effektueres for å nå fram til en sikker diagnose så raskt som mulig. Dette vil de fleste steder kreve en endret logistikk innad i helseforetakene.
- Radiologiske avdelinger som undersøker henviste pasienter må ta ansvar for å vurdere eventuelt behov for en videre utredning i spesialisthelsetjenesten og besørge at så skjer. Avdelingene må også på eget grunnlag vurdere bruk av annen modalitet enn den som er rekvirert fra fastlegens side, hvis det anses mer hensiktsmessig. Beslutning om behandling skal tas i tverrfaglige team.
- Det er viktig at pasienten sikres samme logistikk i systemet uavhengig av hvor utredningen starter.

Kreftrådets utredninger for lungekreft og prostatakreft inneholdt også en rekke vurderinger og forslag som grenser opp til kliniske retningslinjer. Dette innarbeides i det regionale arbeidet med behandlingslinjer som i 2013 har fokus på forløpstider for kreft. Helse Sør-Øst RHF anser at tilrådingene som fremkommer også må forstås som innspill til det nasjonale arbeidet med revidering av retningslinjer.

- 80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:
 - 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
 - 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
 - 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.

Tall fra Helsedirektoratet viser at Helse Sør-Øst ligger etter nasjonale mål om behandling innen 20 dager. Det finnes ikke statistikk for de andre forløpstidene.

Helse Sør-Øst RHF har i sin styringsdialog pålagt helseforetakene å følge nasjonale veiledere innen kreftbehandling.

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.*

Helseforetakene med store kreftavdelinger har kreftkoordinatorer. I tillegg er det gitt prosjektmidler til egne pilotprosjekter ved tre helseforetak (Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus). Videre har regionalt fagråd for kreft fått i oppdrag å lage funksjonsbeskrivelse for kreftkoordinatorer med avveining av rolleutforming i store/små og lokale/sentrale enheter, samt bidra til å understøtte regionalt nettverk for kreftkoordinatorer.

Det vektlegges at koordinator først og fremst skal følge opp selve logistikken i utredning og oppfølging, samtidig med å være en god omsorgsperson i forhold til pasienter i avklaringsfasen. Behandlende leges ansvar for å gi pasienten informasjon om selve sykdommen og behandlingsutsikter/resultater understrekes.

- *Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF har iverksatt en pilot med tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom.*

Planlagt diagnosesenter ved Akershus universitetssykehus settes i drift fra 1. mars 2014.

- *Det er bygget opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.*

Gjennom å styre bevilgningen til brystrekonstruksjon til utvalgte helseforetak har Helse Sør-Øst lyktes å skape robuste, kompetente og aktive fagmiljøer i regionen. Ventetiden for pasientgruppen er redusert betydelig og det er også flere pasienter enn tidligere som får tilbud om behandling. Rapport for bruk av særskilt bevilgning til en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og protese per 1. tertial 2013 ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. juni 2013.

Mye av midlene som er blitt tilført pasientgruppen er blitt brukt til å bygge opp fagmiljøer i foretak utenom hovedstadsregionen. Dette har ført til et mindre henvisningspress på blant annet Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har som følge av dette fått redusert sine ventelister betydelig og dermed fått anledning til å fokusere på komplisert og avansert brystrekonstruksjon.

I budsjettet for 2014 ble de ekstraordinære midlene tatt ut og aktiviteten ble lagt inn i rammen. Helse Sør-Øst RHF har likevel valgt å øremerke 16 mill. kroner til denne aktiviteten for å sikre at både ventetid fortsatt skal være lav og at fagmiljøene fortsatt er sterke og aktive.

- *Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.*

Ved Oslo universitetssykehus utvikles stadig nye kurs etter forespørsel fra tidligere pasienter og fagpersoner i samarbeid med Vardesenteret og Kreftforeningen, i 2013 er det utviklet åtte slike

kurstilbud. Mulighet for etablering av et Vardesenter på Rikshospitalet utredes. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune/Sagene bydel og Oslo universitetssykehus. Forskningsprosjekt om likemannsfunksjonen og frivillighet ved vardesenteret Radiumhospitalet er i avslutningsfasen.

Sykehuset Innlandet har arbeidet aktivt i en divisjon med likemannsarbeid og dette planlegges videreført i flere divisjoner. Det er etablert Pusterom i samarbeid med ”*Aktiv mot kreft*”.

2.1.7 Behandling av hjerneslag

- *20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.*

I Helse Sør-Øst ligger andel trombolysebehandlinger for pasienter med hjerneslag under 80 år på 14,7 % (2. tertial 2013), som er under det anbefalte målkravet på 20 %.

2.1.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

- *Det er behov for en gjennomgang av den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det bør vurderes om det er behov for en ytterligere kapasitetsøkning på feltet, særlig når det gjelder langtidsplasser drevet av ideelle organisasjoner.*

Helse Sør-Øst RHF har foretatt en gjennomgang av status for kapasitet, kvalitet og ventelistesituasjon innen TSB, og gjort en vurdering av behov for kapasitetsøkning. Dette arbeidet er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i eget brev.

- *Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Fem av helseforetakene har etablert slike tilbud. Helse Sør-Øst RHF har tatt opp dette styringskravet i fagrådet for TSB samt med divisjonsdirektørene i eget møte for å sikre at alle helseforetakene etablerer slike plasser. Fem av avtalepartene har brukerstyrte plasser i form av faseinndelt behandling hvor brukerne kan reinnlegges ved behov.

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Helse Sør-Øst RHF har iverksatt prøveprosjekt ved tre helseforetak til en samlet økonomisk ramme på 2,5 mill. kroner for å kartlegge og fange opp pasienter ved somatiske avdelinger med rusproblemer. Ytterligere ett helseforetak har iverksatt en form for kartlegging.

- *Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.*

Det er etablert et slikt tilbud i regi av Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Tilsvarende tilbud er under planlegging ved to andre helseforetak. To helseforetak melder tilbake at det nære og gode samarbeidet med kommunene også omfatter lavterskeltilbud, og at det derfor ikke er behov for å etablere et eget tilbud om lavterskel-LAR.

- *Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Alle helseforetak og private avtalepartnere har deltatt i den nasjonale brukerundersøkelsen innen TSB. Kunnskapscenteret har presentert resultatet av brukerundersøkelsen for fagrådet innen TSB i Helse Sør-Øst. Tre helseforetak og 15 private avtalepartnere har i tillegg gjennomført egne brukerundersøkelser.

2.1.9 Psykisk helsevern

- *Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykebusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF har tidligere behandlet regionale utviklingsområder for psykisk helsevern hvor utviklingen av psykisk helsevern er nedfelt (styresak 061-2010). Den regionale utviklingsplanen er basert på opptrappingsplanens mål, alle nasjonale føringer, samt arbeidet gjennom nasjonal strategi psykisk helsevern. Det er utarbeidet lokale områdeplaner i alle sykehusområder i Helse Sør-Øst for å svare opp kravene som er gitt til omstilling. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en egen statusgjennomgang på psykisk helsevern der også status for områdeplanarbeidet er gjennomgått.

Alle helseforetak og private ideelle sykehus har fulgt omstillingskravene som er gitt og de respektive områdeplanene viser hvordan man har innfridd krav, eller har lagt en strategi for videre omstilling for å nå kravene. Det pågår fortsatt store omstillingsprosesser i Helse Sør-Øst, eksempelvis har Sykehuset Østfold en egen strategiplan i forbindelse med bygging av nytt sykehus der psykisk helsevern integreres. Vestre Viken har bygget en helt ny organisasjon gjennom etableringen av det nye helseforetaket og har en egen strategiplan for psykisk helsevern som ivaretar alle omstillingskrav. Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus har også gjennomgått store omstillinger betydelig i tråd med organisatoriske endringer.

Helse Sør-Øst også utarbeidet en regional plan for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang (*”Plan for økt frivillighet”*). Det er stilt krav om at alle helseforetak og private ideelle sykehus skal ha tilsvarende lokale planer. Regionalt fagråd psykisk helsevern har i 2013 gjennomgått de lokale planene og vurdert om disse er samstemt med de regionale styringskravene.

- *Helse Nord RHF har i samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern (SANKS) og øvrige regionale helseforetak vurdert hvordan kliniske tjenester til samiske pasienter skal videreføres og organiseres. Dette bør ses i sammenheng med en eventuell søknad om SANKS status som en nasjonal kompetansetjeneste.*

Helse Sør-Øst RHF har ikke vært involvert i dette arbeidet.

- *Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.*

Alle DPS har nå god akuttberedskap og gode akuttjenester både i poliklinikk og døgn, blant annet i form av akuttambulante team eller akutteam. Disse akuttjenestene ved DPS er i hovedsak tilgjengelig på dag- og kveldstid. Fordi antall henvendelser om natten er lavt, har flere helseforetak/sykehus etablert løsninger med ett felles akutteam for denne tiden av døgnet. Det er under utprøving modeller der alle akuttinnleggelses går via DPS gjennom hele døgnet.

Det arbeides kontinuerlig med forbedring av akuttjenestene og flere helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer om gode modeller med redesign av hele akuttkjeden og lokaltilpassede løsninger, der ambulante akutteam ved DPS og samhandling mellom sykehusets akuttavdeling, DPS og kommunal legevakt er sentralt.

- *Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.*

Det har gjennom flere år pågått en betydelig omstilling og utvikling av gode faglige desentrale tjenester med blant annet utbygging av flere typer spesialisert ambulante behandlingsvirksomhet i

DPS-strukturen i henhold til nasjonale og regionale krav og føringer. I omstillingen har kvalifikasjonskrav til tjenesten, bemanning og en tverrfaglig sammensetning vært grunnleggende.

Alle helseforetak og private ideelle sykehus beskriver at kravet om lege og psykologdekning i de ambulante tjenestene nå er ivaretatt.

- *Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.*

Det er fortsatt relativt stor variasjon i tallgrunnlaget mellom helseforetakene. På regionalt nivå ser det ut til at antall tvangsinnleggelse per 1 000 innbygger omtrent er på samme nivå i år som for 2012. Det har gjennom året vært arbeidet aktivt i samarbeid med kommuner og brukerorganisasjoner.

Basert på et tiltak i regional plan, legges alle tall for bruk av tvang tertiærvis tilgjengelig på vår nettside. Dette for å øke kvaliteten på rapporteringen, gjøre tallene lett tilgjengelige, samt sikre økt oppmerksomhet om dette alvorlige temaet.

Det er usikkerhet knyttet til kvaliteten på tallgrunnlaget for den samlede bruken av tvang, men det arbeides godt både med kvalitetsforbedring og med mange ulike tiltak for å redusere tvangsbruk. Det regionale fagrådet for psykisk helsevern følger fortløpende dette arbeidet og tallrapporteringene for bruk av tvang. Tallgrunnlaget og alle tiltak i regionale plandokument knyttet til tvangsbruk er tema i alle møter gjennom året med divisjonsledelsen i helseforetakene.

Fagrådet har i 2013 gjennomgått alle tiltak i regional plan for økt frivillighet og verifisert at alle tiltak er operasjonalisert i lokale planer.

- *Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.*

Helse Sør-Øst har egen regional plan for økt frivillighet og helseforetakene følger opp denne gjennom egne lokale planer. Det arbeides systematisk for å kvalitetssikre og redusere all bruk av tvang. Brukerstyrte plasser er etablert i alle helseforetak og private ideelle sykehus for pasienter med alvorlig psykiske lidelse og mulig tilbakevendende sykdomsepisoder.

Det er gjennom året gjort en stor innsats i forhold til mulig medisinfri behandling der pasienten ønsker dette, men de fleste helseforetak og private ideelle sykehus beskriver likevel at de ikke har lykkes tilstrekkelig med å redusere antall tvangsbehandlingstiltak. I arbeidet med å utvikle gode tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering i institusjonene har noen helseforetak gjennomført dialogkonferanse mellom brukere og behandlere/miljøpersonell.

Helse Sør-Øst RHF avventer nasjonale tall fra NPR, Helsedirektoratet på dette området og vil fortsatt ha stor oppmerksomhet og innsats for å redusere omfanget.

2.1.10 Habilitering og rehabilitering

- *De regionale helseforetakene har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.*

Alle helseforetak rapporterer at Rapport IS-1947 legges til grunn i videre utvikling av rehabiliteringsfeltet i sykehusområdene. Ved kjøp av rehabiliteringstjenester fra private leverandører har Helse Sør-Øst RHF også lagt denne til grunn.

De tjenestene som Helse Sør-Øst RHF kjøper mest av i dag, er tjenester som i større grad skal leveres av primærhelsetjenesten (jf. Rapport IS-1947). Ved overføring av tjenester fra

spesialisthelsetjenesten til kommunene er det et overordnet prinsipp at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke nedlegges før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. I en overgangsperiode, inntil kommunene har etablert tilbud, vil Helse Sør-Øst RHF å fortsette å kjøpe tilbud som etter samhandlingsreformens intensjoner vil være kommunens ansvar videre.

2.1.11 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

- *Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.*

Helseforetakene har i de siste to årene hatt større fokus på pasientgruppen og har styrket behandlingstilbudet til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sykehuset Telemark har bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME i 2013. Det vil likevel være behov for en ytterligere styrking av kunnskapsgrunnlaget sammen med utvikling og iverksetting av konkrete tiltak i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus. Den nasjonale kompetansetjenesten for CFS/ME oppdaterer seg innen fagfeltet og har holdt undervisning og kurs for helsepersonell. Representanter fra CFS/ME-teamet ved Oslo universitetssykehus har reist ut til kollegaer for å drøfte enkeltpasienter og for å undervise om tilstanden. Forskning pågår og øker stadig.

Årsrapport 2013 for Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME kan finnes på forskingsprosjekter.ihelse.net/visningsenterrapport.aspx?reportId=1334&key=5f556196.

2.1.12 Fødselsomsorg

- *Redusert andel fødselsrifter.*

For oppdragsdokumentets styringsparameter *Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4* viser tallrapporteringen en liten økning fra 2011 til 2012.

Flere av helseforetakene har i 2013 satt i gang kvalitetsforbedringsprosjekter for å redusere andel fødselsrifter og utvikle en bedre føde- og barselsomsorg. Data for 2013 fra Medisinsk fødselsregister foreligger ikke, men helseforetakene rapporterer i sine årlige meldinger om en reduksjon i andelen fra 2012 til 2013.

2.1.13 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

- *Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetakene og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.*

Kompetansen er styrket gjennom etablering av en regional kompetansetjeneste for vold og seksuelle overgrep mot barn i 2013. Denne ligger ved Oslo universitetssykehus. Gjennom den regionale kompetansetjenesten arbeides det med å øke kompetansen ved barneavdelingene i Helse Sør-Øst.

Den regionale kompetansetjenesten bidrar også til å øke kompetansen hos andre samarbeidspartnere som helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, politi og Statens barnehus, Oslo. Det foretas medisinske undersøkelser og bidras med råd og veiledning i medisinske spørsmål.

Barneavdelingene ved de andre helseforetakene i regionen har også styrket sin kompetanse i arbeidet med barn som har vært utsatt for overgrep, mishandling og seksuelle overgrep og prosedyrer og rutiner for behandling av barn og unge som har vært utsatt for overgrep og mishandling er utarbeidet ved aktuelle helseforetak.

2.1.14 Kjeveleddsdysfunksjon

- *Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.*

Helseforetakene kjenner til og henviser pasientene videre til behandlingstilbud i et tverrfaglig opplegg for utredning av pasienter med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon. Dette er, i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, etablert ved kjevekirurgisk avdeling ved Helse Bergen.

2.1.15 Livsstilsrelaterte tilstander

- *Helseforetakene rapporterer data om skader og ulykker til NPR.*

I Helse Sør-Øst rapporterer flere helseforetak enn tidligere data om skader og ulykker til NPR.

Foreløpige tall fra NPR viser også at antall rapporter øker, men det er fortsatt betydelige utfordringer knyttet til registreringskvalitet og rapportering. Spesielt er det utfordringer i de pasientadministrative systemene som ikke er satt opp til kunne rapportere på en helhetlig og korrekt måte.

Helse Sør-Øst deltar i en arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet som skal identifisere og komme med tiltak for at man får rapportert data. Arbeidsgruppen vil i 2014 besøke helseforetakene for å implementere felles retningslinjer og praksis for registrering av skader og ulykker.

- *Helseforetakene har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken" - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012)*

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak, bortsett fra ett, startet arbeidet med en overordnet ernæringsstrategi. Ernæringsstrategien ble vedtatt for ett helseforetak i 2013 og de øvrige vil få sine vedtatt i løpet av 2014.

Arbeidet med ernæringsstrategi har avdekket at flere helseforetak ikke har hatt stor nok kapasitet innen klinisk ernæring og flere stillinger er opprettet.

- *Økt kapasitet for kirurgi mot sykkelig overvekt.*

Kapasiteten for kirurgi mot sykkelig overvekt er økt i Helse Sør-Øst. Helseforetakene opererte 812 pasienter med sykkelig overvekt i 2012 og 979 pasienter i 2013.

2.1.16 Helseberedskap

- *Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetakene oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.*

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst beskriver rammer for helseforetaksgruppens beredskapsarbeid. Denne planen rulleres årlig i et aktivt samarbeid med regionalt

beredskapsutvalg (RBU), som består av representanter for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Revidert plan ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst 13. mars 2013.

Det mest sentrale i denne rulleringen har vært den nasjonale oppfølgingen etter 22. juli 2011, med utgangspunkt i innstilling fra Den særskilte komité av 10. november 2012, NOU-rapporten fra 22. juli-kommisjonen, og Helsedirektoratets rapport IS-1984 ”Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2012. Læring for bedre beredskap”. Denne oppfølgingen har også skjedd i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har redegjort for oppfølgingen (24 punkter i henhold til Helsedirektoratets brev av 16. april 2013) i plan oversendt Helsedirektoratet 31. mai 2013. Denne planen er gjennomgått i RBU og i regionens fagråd for prehospitaltjenester og akuttmottak. Gjenværende tiltak følges opp fortløpende både i helseforetakene og i Helse Sør-Øst RHF.

Forutsetninger om erfaringsbaserte planrevisjoner av beredskapsplanene er videreført overfor helseforetakene i oppdrags- og bestillingsdokument for 2013 og i regional beredskapsplan. Alle helseforetak rapporterer om gjennomførte revisjoner i 2013. Det foretas både hovedrevisjoner nødvendige planjusteringer ved behov. Til grunn for revisjonene ligger erfaringer fra alle beredskapshendelser internt i de enkelte helseforetakene samt lokale og nasjonale øvelser.

- *Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.*

Spesialisthelsetjenesten er en organisasjon i kontinuerlig beredskap og det øves systematisk på mange nivåer i helseforetakene, fra øverste ledelse til de forskjellige operative enheter. For helseforetakene er deltakelse i fylkesberedskapsrådene viktig når det gjelder samarbeid med kommunene, andre etater, frivillige organisasjoner mv. Dette samvirket har stor betydning også i utviklingen av større og mindre øvingsinitiativer. Det gjennomføres årlig flere lokale samvirkeøvelser i samarbeid med brann, politi, sivilforsvar, frivillige organisasjoner og relevante bedrifter.

Helseforetakene rapporterer om en omfattende øvingsaktivitet i 2013. Eksempler på det er øvelser i samarbeid med politidistrikter med scenario knyttet til trusler om vold og utagering inne på ulike avdelinger. Felles trening og øvelser med andre nødetater, forsvaret og frivillige, med hovedvekt på prehospitaltjenester. Stor øvingsaktivitet innen CBRNE-feltet (kjemiske, biologiske, radiologiske og eksplosive våpen). Trening på ”skyting pågår” og gjennomføring av en større objekt-øvelse på Oslo lufthavn Gardermoen. Det er også gjennomført en fullskalaøvelse med scenario flyhavari ved Moss lufthavn Rygge, i samarbeid med blant annet Østfold politidistrikt, brannvesenet, forsvaret og frivillige organisasjoner.

Flere helseforetak og det regionale helseforetaket deltok i Øvelse Østlandet 2013 med en table-top øvelse over to dager med scenario ekstremvær og utfall av kritisk infrastruktur. Det er videre gjennomført flere samvirkeøvelser sammen med andre nødetater og beredskapsaktører på bakgrunn av risikobildet som er beskrevet i fylkesdelplaner mv. og i noen tilfeller i samarbeid med grenseredningsrådene mellom Norge og Sverige. Legemiddelberedskap i sykehusapotekene øves i aktuelle beredskapsøvelser i samarbeidende helseforetak og private ideelle sykehus.

Alle øvelser følges opp med evaluering. Det utarbeides handlingsplan med forbedringsområder og hvem som har ansvar for gjennomføring og oppfølging.

RBU-representantene er sentrale i planlegging og gjennomføring av både lokale, regionale og nasjonale øvelser, og deltar ofte i andres øvelser som observatører/kontrollører/evaluatorer.

Krisestøttesystemet HelseCIM er implementert i stort sett alle helseforetak i 2013. Innføringen er organisert gjennom en nettverksgruppe av systemadministrator fra hvert foretak. Oppstart av HelseCIM ble forberedt ved at det ble gjennomført en øvelse og gjennomgang av all funksjonalitet i oktober 2013. Det regionale helseforetaket og de fleste foretakene har tilstrekkelig opplært personell til å oppfylle ambisjonsnivået 24/7 for bruk av HelseCIM fra 27. oktober.

2.2 Utdanning av helsepersonell

- *Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.*

Alle de åtte helseforetakene og det ene private ideelle sykehuset som har turnusleger rapporterer at det er gjennomført utlysning og tilsetning i ledige stillinger i samarbeid med aktuelle kommuner og i tråd med fastsatte føringer. Dette har skjedd uten avvik fra Helsedirektoratets tidsplaner.

Samarbeidet med fylkesmann og kommuner har vært gjennomgående godt og preget av tett dialog gjennom hele tilsettingsprosessen. Representanter for begge parter har deltatt ved intervju og utvelgelse. Flere foretak melder også om at turnuslegene er fordelt til kommune samtidig med at de tilsettes ved foretaket. Det er lagt opp til formelle samarbeidsavtaler som skal regulere mest mulig effektiv samhandling fremover.

Overgangen til ny, rekrutteringsbasert utvelgelsesprosedyre har gått bra. Foretakene er fornøyd med å kunne styre utvelgelsen selv. Det meldes likevel om et tidkrevende arbeid og knappe frister. Det kan blant annet være grunn til å se på ordningen med to utlysingsrunder. Noen foretak har også hatt visse utfordringer knyttet til å håndtere utenlandske søkere.

- *Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).*

Tre helseforetak (Oslo universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark) har økt antall turnusplasser for fysioterapeuter i 2013. Alle de øvrige foretakene samt de berørte avtalesykehusene (Diakonhjemmet Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset) rapporterer at de ikke har tatt inn flere enn foregående år. Dette begrunnes hovedsakelig med manglende veilederkapasitet.

- *Helseforetakene har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.*

Flere helseforetak har etablert gjensidige hospiteringsordringer for å bidra til gjensidig erfaringsutveksling og kompetanseoverføring.

Alle helseforetak rapporterer om utstrakt kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging overfor kommunene innenfor geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet. Utveksling av kompetanse og kompetansespredning skjer blant annet gjennom ambulant virksomhet, hospiteringsordninger, faglige nettverksmøter og konkrete samarbeid om felles kurs/konferanser.

Innen psykisk helsevern er det systematisert samhandling på mange områder innen direkte klinisk virksomhet, i fagutviklingsprosjekt, samt i strategisk omstilling av tjenestene, der man samhandler tett med kommunenes helse- og omsorgstjenester. Et eksempel er fra klinisk praksis er samkonsultasjoner hos fastleger, eller BUP som møter kommunehelsetjenesten. Regionale og lokale planer for redusert bruk av tvang inneholder mange konkrete samhandlingstiltak. Videre gjøres ikke utviklingsarbeid og omstilling av tjenestene uten direkte kommunal deltagelse og

involvering. Samlet bidrar dette arbeidet til en bred kompetanseutveksling og felles kompetanseoppbygging. Helse Sør Øst RHF mener dette målet er godt ivaretatt.

2.3 Forskning og innovasjon

Forskning

- *De regionale helseforetakene har i samarbeid, og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeidet retningslinjer og iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser. Retningslinjene er forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning.*

Helse Sør-Øst RHF har vært representert i en interregional arbeidsgruppe under ledelse av Helse Nord RHF for å utarbeide forslag til tiltak og retningslinjer. Rapport ferdigstilles før 15. mars 2014.

- *De regionale helseforetakene har samarbeidet med Norges forskningsråd og CRISTin om videreutvikling av klassifiseringsystemet for helseforskning (HRCS), berunder vurdert behov for inklusjon av nye kategorier.*

Norges forskningsråd har ledet en arbeidsgruppe med representanter fra alle regionale helseforetak og CRISTin. Kreftforeningen, UH-sektoren og NIFU har hatt en observatør hver i gruppen. Rapporten er ferdigstilt i januar 2014.

- *De regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, utarbeidet retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i forbindelse med gjennomføring av flerregionale kliniske multisenterstudier. Retningslinjene er forankret i NorCRIN.*

Helse Sør-Øst vil delta i arbeidet når det er behov.

- *De regionale helseforetakene har støttet opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trial Alliance.*

Kreftforskingsmiljøet ved Oslo universitetssykehus deltar aktivt i dette samarbeidet.

- *De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet en felles årlig rapport som gir en beskrivelse av forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten. Rapporteringssystemet e-rapport er trukket inn i arbeidet på en hensiktsmessig måte.*

Helse Sør-Øst RHF har ledet en interregional arbeidsgruppe som legger fram sin rapport innen 15. mars 2014.

- *Det er iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet.*

Helse Sør-Øst RHF har avsatt regionale forskningsmidler til forskning på pasientsikkerhet og er i dialog med Akershus universitetssykehus med tanke på å bygge opp et faglig kompetansemiljø for denne type forskning. I tillegg er problemstillingen ivaretatt i flere av forskningsprosjekter som mottar regionale forskningsmidler gjennom ordinær søknadsprosess.

- *Minst 40 prosent av publikasjonene fra 2013 i Helse Sør-Øst RHF har internasjonalt samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).*

Denne målsettingen er oppnådd både i 2012 og 2013.

- *Minst 20 prosent av artiklene fra 2013 i Helse Sør-Øst RHF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).*

Denne målsettingen er oppnådd både i 2012 og 2013.

- *Helse Sør-Øst RHF har etablert støtte-/ insentivsystemer for å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs 7. rammeprogram for forskning.*

Helse Sør-Øst har gjennomført en pilotutlysning for tildeling av insentivmidler basert på ervervet internasjonal finansiering (EU-midler) med tildeling i 2013. Opplegg for støtte til utforming av EU-søknader er etablert med finansiering fra regionale forskningsmidler innenfor ordningen med regional forskningsstøtte ved Oslo universitetssykehus. Videre styrking av insentivordning og støtteopplegg for søknader om internasjonal finansiering er planlagt, i samarbeid med Universitetet i Oslo.

Innovasjon

- *De regionale helseforetakene har videreført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringer.*

Helse Sør-Øst deltar nå i en aktiv oppfølging under ledelse av Helsedirektoratet.

- *Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorer i helseforetakene er utvidet til å inkludere innovasjonsprosjekter som understøtter samhandling.*

Det opprinnelige oppdraget med å etablere en nasjonal database for innovasjon er, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, stilt i bero inntil NIFU har utredet grunnlaget for rapportering (innvoasjonsindikatorer).

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.*

En felles veileder for førkommersielle anskaffelser er utarbeidet sammen med de øvrige regionale helseforetakene og distribuert bredt i regionene.

2.4 Jf. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012-2013)

2.4.1 Forskningsstudie av ipilimumab

- *Det gis et tilskudd på 110 mill. kroner til gjennomføring av forskningsstudie av kreftlegemiddelet ipilimumab for å bedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke pasienter med føflekkreft medisinen er særlig virksom på. Ipilimumab er et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Basert på godkjent indikasjon er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling med ipilimumab. Det skal gjennomføres en prospektiv følgeforskningsstudie over anslagsvis fem år. Studien vil omfatte pasienter med føflekkreft som tidligere er behandlet med annen form for behandling, samt pasienter som har respondert positivt på andrelinjebehandling og som får tilbakefall. Dette er dagens godkjente bruksområde (godkjent indikasjon fra legemiddelmyndighetene). Formålet med studien er å dokumentere hva slags effekt behandlingen med ipilimumab har på kort og lang sikt, i form av overlevelse, symptomlindring og livskvalitet, og utvikle gode kliniske, genetiske og/eller biologiske markører som kan indikere hvilke pasienter som kan ha best effekt av medikamentet. Intensjonen er at disse pasientene, ikke hele pasientgruppen, i fremtiden skal tilbys medikamentet.*

Departementet ba i brev av 22. mars 2013 de regionale helseforetakene, i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med forankring i NorCRIN-nettverket, å sette i gang planlegging og gjennomføring av en samtykkebasert, prospektiv forskningsstudie knyttet til bruk av legemiddelet ipilimumab. Inntil studien starter, har departementet bedt om at pasienter som kan ha nytte av legemiddelet innenfor godkjent bruksområde, tilbys dette.

Tilskuddet tildeles Helse Sør-Øst RHF. Studien skal omfatte alle pasienter som kan ha nytte av behandlingen innenfor godkjent bruksområde i de fire regionene. Midlene skal dekke alle merkostnader knyttet til studien, herunder medikamentkostnader og andre kostnader knyttet til gjennomføring av studien i de fire regionene. Pasienter bør også få kompensasjon for merutgifter de har i forbindelse med deltakelse i studien samt informasjon om kompensasjon og dekning av utgifter, i henhold til vanlige prosedyrer. I tillegg skal midlene dekke kostnader knyttet til bruk av ipilimumab for pasienter som er behandlet med ipilimumab innenfor godkjent bruksområde i de fire regionene etter at oppdraget ble gitt de regionale helseforetakene og inntil studien igangsettes, jf. brev av 22. mars 2012. Departementet er kjent med at det allerede føres separate regnskap for disse utgiftene. Midlene for dekning av studiekostnader fordeles i henhold til ordinær praksis for finansiering av flerregionale multisenterstudier, jf. oppdragsdokument 2013. Organisering og gjennomføring av studien, herunder fordeling av kostnader bør forankres i ledelsen i de regionale helseforetakene.

Oppdrag om å koordinere og lede forskningsprosjektet ble gitt Oslo universitetssykehus i april 2013. Forskningsprotokoll ble formelt godkjent høsten 2013 og undersøkelsen utføres som et samarbeid mellom institusjoner i alle regioner, samt NORCrim. Oppstartsmøte for studien fant sted 2. desember 2013, og inklusjon av pasienter i studien inklusjon er nå i gang.

I henhold til protokoll skal 100 pasienter inkluderes i løpet av to år med oppfølgingstid tre år etter behandlingsstart, det vil si en studievarighet på fem år. Medikamentkostnader til pasienter for/utenom studien som fått behandling med ipilimumab er dekket av bevilgningen.

2.4.2 Investeringer i IKT

- *Det gis et tilskudd på 70 mill. kroner for å få raskere innføring av elektroniske meldinger mellom sykehus og andre aktører, automatisk oppdatering av adresseregistre og økte investeringer til IKT og pasientjournalssystemer. Det er et mål at alle sykehus skal kunne sende og motta elektroniske meldinger i løpet av 2014.*

Elektronisk samhandling mellom sykehus og andre aktører preges av manuelle rutiner, gammel teknologi og tungvinte løsninger. Målet er økt elektronisk samhandling slik at midlertidige løsninger basert på bruk av diskett, faks, papir mv. avvikles.

Tilskuddet skal benyttes til:

- *Ta i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren.*
- *Ta i bruk automatisk oppdatering av adresseregisteret i Norsk Helsenett SF (prosjekt OSEAN i Norsk Helsenett SF).*
- *Bidra i arbeidet med å utvikle standarder for elektronisk henvisning med vedlegg og elektronisk henvisning mellom sykehus. Utvikling av standarder skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet.*
- *Starte planlegging av dialogmeldinger mellom sykehus og andre, berunder løsning for å sende elektronisk post til innbygger (sikker digital postkasse).*

Ved å gjennomføre disse tiltakene vil sektoren få mer ut av IT-systemene som allerede er innført og sektoren blir mer moden i bruk av teknologi. På den måten støtter tiltakene opp om overgangen til én nasjonal journal, som er den langsiktige visjonen i Meld. St. 9 (2012-2013) En innbygger - én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Helse Sør-Øst RHF tildeles 37,8 mill. kroner, Helse Vest RHF tildeles 13,3 mill. kroner, Helse Midt-Norge RHF tildeles 10 mill. kroner og Helse Nord tildeles 8,9 mill. kroner.

Helse Sør-Øst har i 2013 etablert elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger mellom syv av helseforetakene og totalt 117 kommuner. Denne utbredelsen omfatter ca 80 % av befolkningen i regionen. Gjennom satsningen har bruk av telefaks i kommunikasjonen mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester opphørt i de aktuelle kommunene.

Den vellykkede satsningen skyldes godt samspill mellom kommunene (direkte og ved hjelp av Norsk Helsenetts ”KOMUT” prosjekt), de enkelte helseforetak, Sykehuspartner og regionalt program. Åtte av ni aktuelle helseforetak i Helse Sør-Øst har i 2013 publisert adresser med HER-ID til NHN adresseregister, for å sikre riktig adressering av meldinger mellom aktørene. I tillegg er det bidratt til at 415 legekontorer er blitt oppgradert til HER-ID på en kontrollert måte (i samarbeid med legekantorenes EPJ-leverandører og Norsk Helsenett SF).

Helse Sør-Østs løsning for IHR ble godkjent i forhold til funksjonalitet i desember, og utbredelsesprosjekter forberedes nå på de fleste helseforetak. Helse Sør-Øst har tatt ansvar som tiltaks koordinator på vegne av Nasjonal IKT i forhold til utvikling av standard og løsning for henvisning mellom helseforetak. Dette arbeidet skjer i samarbeid med Helsedirektoratet, EPJ-leverandørene og øvrige regionale helseforetak.

Oppfølgingen av Stortingsmelding 9 ”En innbygger, en journal” har blant annet skjedd gjennom forstudium for publikumsportaler og kjernejournal. I 2014 vil utbredelse av pleie- og omsorgsmeldingene bli fullført ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst.

Utbredelse av HER-ID skal fullføres, og interaktiv henvisning og rekvirering for laboratoriemedisin og bildediagnostikk skal være tilgjengelig ved et flertall av helseforetakene.

Prosjekt for elektronisk melding om fødsel og automatisk tildeling av fødselsnummer skal utbres til flere helseforetak. I samarbeid med *helsenorge.no* forberedes en videreutvikling av publikumsrettede tjenester i samsvar med intensjonene i Stortingsmelding 9.

2.4.3 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

- *I oppdragsdokument 2013 står det: "De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum for metodevurderinger som skal løftes til nasjonalt nivå innen 15. januar."*

Departementet er tilfreds med at de regionale helseforetakenes bestillerforum er etablert og viser til at første sak vil bli behandlet i bestillerforum 23. september d.å.

Beslutninger om ev. innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten etter gjennomførte nasjonale metodevurderinger skal fattes innenfor eksisterende beslutningsstrukturer i de regionale helseforetakene. Det legges til grunn at disse beslutninger må koordineres med nasjonale myndigheters ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Det vises til planlagt møte mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene 26. august om samme sak. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at innholdet i beslutningsprosessen etter at nasjonale metodevurderinger foreligger blir konkretisert, i tråd med forutsetningen om transparens i beslutningsprosessene.

De regionale helseforetakene har sammen med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten hatt de første møter i de regionale helseforetakenes Bestillerforum og 33 innkomne forslag er behandlet i løpet av 2013.

Beslutningsprosessene etter hurtigmetodevurderinger og fullstendig metodevurderinger vil skje via de etablerte nasjonale RHF fagdirektørmøtene, som forbereder og gir anbefalinger til det nasjonale AD-møte. Det forberedes en sak som beskriver beslutningsprosessen i sin helhet. Denne vil bli behandlet i styremøtene i alle de regionale helseforetakene i løpet av første halvår 2014.

2.4.4 Helseberedskap

- *Det vises til kartleggingen av sykehusenes kapasitet på intensivbehandling og bruk av respiratorer ved økt belastning, for eksempel som følge av en influensaepidemi eller pandemi, gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetak våren 2013. På grunnlag av sykehusenes og regionenes rapportering i undersøkelsen synes det å være variasjon i hvor godt forberedt sykehusene er på å møte en situasjon med betydelig økt pasienttilstrømming. Sykehusene og regionene må gå gjennom sine planer og gjennomføre øvelser slik at en sikrer en god beredskap ved eventuelle krisesituasjoner i sykehusene, i regionene og mellom regionene.*

Helse Sør-Øst RHF igangsatte høsten 2013 revisjon av sin smittevern- og pandemiplan. Arbeidet forventes ferdigstilt våren 2014.

Som en del av revisjonsarbeidet utarbeides det en sammenfattende beskrivelse av beredskapsforhold knyttet til pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer. Denne beskrivelsen gir overordnede retningslinjer om oppgaver og ansvarsfordeling i Helse Sør-Øst, herunder ledelse av beredskapssituasjoner, forutsetninger for helseforetakenes beredskapsplanverk, forberedelser og øvelser knyttet til de forskjellige fasene i en pandemi.

Plangrunnlaget og nasjonale forutsetninger for smittevernberedskap er beskrevet i regional smittevernplan, kapittel 2: "Overordnede føringer for smittevern", samt i § 7-11 i smittevernloven og Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Videre er det lagt til grunn scenariobeskrivelser og regionale ROS-analyser samt til nasjonal ROS- og beredskapsanalyse.

Plandokumentet vil bli fulgt opp med relevante øvingsaktiviteter regionalt og i helseforetakene.

3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2013

- *Rapportering - økonomi*

Krav om økonomisk balanse

De foreløpige tallene for 2013 viser et positivt resultat på 453 mill. kroner. Tilsvarende for 2012 var et resultat på 211 mill. kroner. Det endelige resultatet for 2013 vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet.

Flere av helseforetakene kan vise til betydelige positive resultater i 2013. Helseforetakene i hovedstadsområdet har fortsatt utfordringer med å få varig kontroll på sin driftsøkonomi, men viser en positiv utvikling i forhold til 2012.

Låneopptak (kap. 732 post 82)

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2013 tildelt og utbetalt 1 134,9 mill. kroner i lån, med henholdsvis 670 mill. kroner til nytt sykehus i Østfold og 464,9 mill. kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Midlene er tilgjengeliggjort for disse prosjektene og utbetales i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

Helse Sør-Øst RHF sine vedtekter knyttet til låneopptak, jr. lov om helseforetak § 12 og vedtektenes § 19, ble endret i foretaksmøte 23. mai 2013. I § 12 Låneopptak heter det nå: Helse Sør-Øst RHF kan kun ta opp lån gjennom lånebevilgninger. Helse Sør-Øst RHF gis anledning til å inngå langsiktige leieavtaler med andre offentlige virksomheter i tilknytning til samhandlingstiltak. Helse Sør-Øst RHF's låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrene og reglene som er gitt i ”Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene” av 26. februar 2003 med senere endringer.

- *Likviditet og driftskreditter*

Ved inngangen til 2013 er samlet driftskredittramme på 8 226 mill. kroner, jf. Prop 22S (2012-2013), herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 628 mill. kroner. I Prop. 1S (2012-2013) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremien blir 370 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2013. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 30. januar 2013 at samlet ramme for driftskreditt skulle reduseres med 370 mill. kroner ved utgangen av 2013, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel av denne nedjusteringen utgjorde 200 mill. kroner. Med utgangspunkt i at foretaksmøtet besluttet at driftskredittrammene skulle fordeles i henhold til ordinær inntektsfordeling med innfasing over tre år med oppstart i 2013, ville Helse Sør-Øst RHF som følge av dette få økt rammen for driftskreditt med 350 mill. kroner i 2013. Samlet ville Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt således økt med netto 150 mill. kroner i 2013 med månedlige justeringer.

Foretaksmøtet 19. desember 2013 vedtok å redusere de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt med 680 mill. kroner fra 7 856 mill. kroner til 7 176 mill. kroner per 31. desember 2013, jf. Prop. 12 S (2013-2014) Endringer i statsbudsjett under Helse- og omsorgsdepartementet. Det er lagt til grunn at tilbakeført overskudd fra pensjonskassene fra 2012 skal tilføres premiefond. Helse Sør-Øst RHF sin andel av nedjusteringen utgjør 367 mill. kroner, og Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt ble redusert fra 3 778 mill. kroner til 3 411 mill. kroner gjeldende fra og med 17. desember 2013.

Per 31. desember 2013 er den samlede driftskredittrammen på 3 411 mill. kroner trukket opp med 3 401 mill. kroner dvs. med nær 100 %.

Samlet sett er vurderingen at de økonomiske ressurser som er stilt til disposisjon fra eier i 2013 er benyttet i tråd med bestillingene gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoller til Helse Sør-Øst RHF.

- *Investeringer og kapitalforvaltning*

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2013 tildelt og utbetalt 1 134,9 mill. kroner i lån, med henholdsvis 670 mill. kroner til nytt østfoldsykehus og 464,9 mill. kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Midlene er tilgjengeliggjort for disse prosjektene og utbetales i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2013

- *Endringer i lov om helseforetak mv.*

Helse Sør-Øst RHF har tatt til etterretning de lovendringene som kom i lov om helseforetak jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013), som trådte i kraft 1. januar 2013 og vedtektsendringene som ble gjort etter disse.

Vedtektene for helseforetakene i Helse Sør-Øst ble endret tilsvarende i foretaksmøter i februar 2013.

- *Videreutvikling av nasjonalt samarbeid*

Helse Sør-Øst har ledet arbeidet med en utredning om etablering av et foretak for sykehusplanlegging. Rapporten fra dette arbeidet ble levert 19. desember 2013, etter at Helse- og omsorgsdepartementet hadde gitt utsettelse av opprinnelig frist.

For å legge til rette for mer effektive innkjøp har Helse Sør-Øst RHF i 2013 arbeidet videre med prosjektet for nasjonal samhandling og standardisering. Områder hvor samarbeid og standardisering vil gi merverdi er identifisert. Det er definert tre tiltaksområder som vil skape et bedre felles fundament for å lykkes med samarbeid og felles løsninger. De tre tiltaksområdene er:

- Kategoritilnærming
- Retningslinjer og rutiner
- Teknologisk støtte

De tre tiltaksområdene er konkretisert og brutt ned for å kunne lage en stegvis implementeringsplan. I 2014 vil det bli utarbeidet en anbefaling til en helhetlig plan for hvordan definerte områder for samarbeid og standarder bør implementeres.

Helse Sør-Øst RHF har ledet et nasjonalt prosjekt for innovative anskaffelser som en videreføring av prosjekt fra 2012. Dette har resultert i utviklingen av en veileder for førkommersielle anskaffelser.

Nasjonale IKT HF er etablert fra 1. januar 2014. Helse Sør-Øst RHF har vært aktiv bidragsyter under etableringsprosessen. Saken har vært behandlet to ganger i Helse Sør-Øst RHF's styre, forut for etableringen. Videre vil det i 2014 igangsettes arbeid med revisjon av Nasjonal IKT's strategi som del av oppfølgingen og forsterkningen av Nasjonal IKT HF som et verktøy for samordning og mer effektiv bruk av IKT.

- *E-helse*

- *Oppfølging av stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*

Helse Sør-Øst RHF's satsning på digital fornying understøtter Stortingsmelding 9 - *Én innbygger - én journal*. Vårt hovedfokus på standardisering og konsolidering av løsninger for å understøtte forbedret pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen er et første steg for å tilrettelegge for senere bruk av nasjonale løsninger. Som del av dette har også Helse Sør-Øst RHF satset tungt på meldingsutveksling gjennom program for digital samhandling. Blant annet har Helse Sør-Øst RHF nå etablert elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger for 67 % av kommunene i regionen.

- *Informasjonssikkerhet*

Ivaretagelse av informasjonssikkerhet ligger til grunn for etablering av alle IKT-løsninger. Balansen mellom personvern og pasientsikkerhet vurderes for hver enkelt løsning. Lov og forskrift ligger til grunn for disse vurderingene.

- *Regjeringens digitaliseringsprogram*

Helse Sør-Øst RHF understøtter Regjeringens digitaliseringsprogram gjennom aktivt fokus på meldingsutveksling og tilgang til publikumstjenester. Videre benyttes elektroniske løsninger for å understøtte mer effektiv drift av helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF's satsning på digital fornying innebærer også standardisering og forenkling i blant annet brevmalere i IKT-løsninger slik at kommunikasjonen med innbyggerne forenkles og forbedres.

- *Tiltak på personalområdet*

- *Ledelse*

Arbeidet med å styrke ledelsesutøvelsen i regionen er videreført og forsterket i 2013, der det legges ned betydelig innsats både nasjonalt, regionalt og i foretakene. Målet er å rekruttere, utvikle og beholde ledere som viser vilje og evne til å få med seg sine medarbeidere, og bruke de ressurser og muligheter som finnes for å skape en stadig bedre spesialisthelsetjeneste.

Det har i 2013 fortsatt vært et særlig fokus på å sikre at ledere i førstelinjen har tilstrekkelig kompetanse og støtte til å utøve sitt lederansvar. Samtlige foretak har etablert et tilbud med lederutvikling og -opplæring for sine førstelinjeledere. Det anslås at ca. 600 førstelinjeledere i Helse Sør-Øst deltok på ett eller flere lederutviklings- og/eller lederopplæringstiltak i 2013.

Flere foretak har jobbet aktivt med å tilrettelegge verktøy og systemer for å understøtte viktige lederoppgaver. Dette bidrar til å lette førstelinjelederens hverdag og frigjøre tid til ledelse. Foretakene tilbyr også ulike former for lederstøtte.

Helse Sør-Øst RHF har en særlig viktig rolle i å sikre kvalitet, gjennomføringskraft og erfaringsdeling innen ledelsesutvikling i foretaksgruppen. Dette ivaretas blant annet gjennom metodeutvikling, spredning av god praksis samt bistand til utvikling og gjennomføring av lederutviklingstiltak.

Helse Sør-Øst RHF bidrar med betydelige ressurser i utvikling og gjennomføring av nasjonale tilbud i regi av Nasjonal ledelsesutvikling. Også i 2013 ble det gjennomført to kull av Nasjonalt topplederprogram. I tillegg har Nasjonal ledelsesutvikling gjennomført lederrekrutteringsprogrammet "*Frist meg inn i ledelse*" i samarbeid med Legeforeningen og lederutviklingsprogrammet "*Psyk meg opp i ledelse*" i samarbeid med Psykologforeningen. Det har

også vært arrangert en nasjonal erfaringskonferanse for å spre god praksis knyttet til et helhetlig system for styrket ledelse.

Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om enhetlig ledelse er forankret i foretaksgruppen, og tatt inn som tema i lokale, regionale og nasjonale utviklingstiltak.

Ledelse og kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid

Systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet både blant ansatte og ledere er avgjørende for å sikre trygge tjenester. Gjennom pasientsikkerhetskampanjen har både ledere og ansatte fått opplæring i, og verktøy for, hvordan man kan utvikle kultur for kontinuerlig forbedring der brukerinvolvering, høy kvalitet og effektivitet i tjenesten er vektlagt.

Ledelse har i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen vært et gjennomgående tema, samtidig som et eget læringsnettverk for ledere ble startet høsten 2013.

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i desember 2013 en regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016, der ledelse og styring inngår som et sentralt satsningsområde.

HMS-området er regulert gjennom åtte lover og en samlende forskrift. I tillegg har alle foretak utarbeidet egne prosedyrer og veiledere forankret i eget kvalitets- og avvikssystem. Det gjennomføres årlig interne kontroller og revisjoner for å sjekke at disse etterleves og for å vurdere evt. behov for å forbedre foretakets interne praksis. I tillegg kommer flere løpende eksterne tilsyn som også sjekker at HMS-området følges opp og ivaretas på en forsvarlig måte. Dette gir tilsammen krevende lederutfordringer. Helseforetakene har i 2013 derfor fokusert særskilt på opplæring i HMS for ledere, og alle har tatt i bruk e-læring for å støtte opp under dette arbeidet.

Foretaksgruppen kartlegger årlig forhold som virker inn på medarbeideres helse og engasjement, samt kultur for ivaretagelse av pasientsikkerhet og forbedringsarbeid gjennom en felles medarbeiderundersøkelse. Alle foretak har i 2013 brukt IKT for å støtte registrering og monitorering av oppfølgingsarbeidet innen HMS, herunder også oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.

o Krav til tilsetningsforhold

Alle helseforetak er pålagt å videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. De er også bedt om å bidra til å utvikle kunnskapsgrunnet på dette området.

Tiltakene varierer noe i konkret form og innhold, men noen hovedgrep går som tidligere igjen ved de fleste foretak: utlysning av hele stillinger, kombinerte stillinger (sengepost/dagarbeidsenhet), vikarsentraler og forsøk med alternative turnus-/vaktordninger. Det arbeides med å styrke kompetansen på arbeidstidsplanlegging, og det drives aktivt påvirkningsarbeid mot så vel ledere som medarbeidere.

Disse tiltakene er like aktuelle i arbeidet med å få ned bruken av midlertidige ansettelser som for den deltidsinnsatsen som foretakene gjennom flere år har gjennomført. Deltid har etter hvert også blitt fast tema i lederopplæring og introduksjon av nyansatte. Noen foretak har gått videre og gjort deltidsandel til styringsindikator og/eller fast punkt på tertialoppfølgingsmøter m. v.

Når det gjelder redusert bruk av deltid har Helse Sør-Øst i 2013 oppfylt eiers styringskrav om 20 % reduksjon av totalt deltidsomfang målt i forhold til gjeldende indikatorer. Andel deltid blant fast ansatte ligger på ca. 24 %, gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant fast ansatte er 93-94 %.

Ny vesentlig reduksjon i uønsket deltid forutsetter endrede rammebetingelser (organisering av arbeidstid, mer fleksible løsninger). Uønsket deltid er imidlertid bare en liten del av den totale utfordringen. Mer enn 90 % av deltidsomfanget i sykehusene er selvvalgt. Dette er primært et kulturelt problem. Det må derfor arbeides på lang sikt med kulturendring for å skape en heltidskultur i hele foretaksgruppen.

Det er fortsatt et behov for å redusere bruken av midlertidige stillinger og øke andelen faste stillinger. I de seneste år er det likevel gjort betydelige forbedringer. For eksempel er antall timelønnede redusert fra 22 894 i desember 2012 til 20 165 i desember 2013.

- *Flere lærlingplasser*

Alle helseforetak, unntatt Sykehusapotekene, bidrar aktivt ved opplæring av lærlinger i tråd med ”*Samfunnskontrakt for flere lære-plasser*”. De fleste har også egne lære-plasser. Fem av dem økte antall plasser i 2013.

Helseforetakenes kontrakter er særlig konsentrert om ambulansearbeider og helsefagarbeider. Oslo universitetssykehus hadde således 50 lærlinger innen ambulansefaget gjennom hele 2013, på det meste 70 plasser. Sykehuset Østfold hadde 22 plasser innen helsefagarbeid, 54 totalt. Sykehuset Innlandet hadde flest kontrakter dette året, totalt 75 aktive samt seks med midlertidig opphold per desember 2013.

- *Helsepersonells bierverv og avtaler med private*

Helse Sør-Øst har i en årrekke vært spesielt opptatt av retningslinjer og rutiner for oppfølging av ansattes bierverv. Styret i det regionale helseforetaket reviderte prinsipper og ansvarsfordeling i 2010. Deretter ble foretakene pålagt å utarbeide egne prosedyrer og rutiner. Det ble samtidig utarbeidet et felles regionalt veiledningsdokument til støtte for ledere og ansatte. Dokumentet inngår i hvert av helseforetakenes versjon av elektronisk personalhåndbok. Det er videre utarbeidet en felles registrerings- og rapporteringsløsning for bierverv knyttet til de elektroniske personalportalene for hvert helseforetak.

Ansatte skal selv registrere sine bierverv i helseforetakets personalportal i henhold til gjeldende regelverk og rutiner. Helseforetakene er pålagt å følge opp dette ved jevnlig informasjon til linjeledere og medarbeidere. Dette følges opp ved krav om samlet årlig rapportering per 31. desember. For øvrig legges det frem rapport for styret i Helse Sør-Øst etter bestilling. Siste styrerapportering ble foretatt per oktober 2013. Tallene tyder fortsatt på en viss underrapportering, særlig for helseforetakene i hovedstadsområdet. Arbeidet med dette videreføres derfor i 2014.

- *Oppfølging av arbeidsmiljøloven*

Helse Sør-Øst har i 2013 vært spesielt opptatt av rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og på arbeidstidsbestemmelsene spesielt. På regionalt nivå har det primære tiltaket vært å sikre god systemstøtte til helseforetakene ved hjelp av ressursstyrings- og arbeidstidsplanleggingsystemet GAT. Dernest er det gjennomført oppfølgingstiltak knyttet til foretakenes arbeidsgiveransvar på dette området.

Helseforetakenes innsats retter seg særlig mot opplæring av førstelinjeledere og mot å bruke data fra GAT i egne ledelsesinformasjonssystemer og ved oppfølging av ledere, slik at arbeidet kan tilrettelegges bedre. I tillegg har det gjennomgående skjedd forbedringer i den interne

oppfølging ved helseforetakene, i form av månedlige rapporter, faste møter med tillitsvalgte, rutiner for oppfølging av enheter med mange brudd og tilsvarende.

Innsatsen i 2013 har ført til viktige forbedringer av rutiner, men det er fortsatt stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder nivået for mulige brudd. Rapporteringen forventes å bli mer ensartet i 2014.

Det er utarbeidet nye opplæringspakker i lovverk og arbeidstidsordninger som tas i bruk første halvår 2014. Både lov- og avtaleverk og praksis på dette feltet bidrar til at det fortsatt vil være krevende å drive en døgnkontinuerlig virksomhet i spesialisthelsetjenesten som fullt ut er i overensstemmelse med dette regelverket.

- *Internkontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet*

Internkontroll og risikostyring

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

I oppdrags- og bestillingsdokumentene til de underliggende helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Det er videre lagt til grunn at omstilling av virksomheten krever risikovurdering av konsekvenser for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring har vært en del av helseforetakenes tertialrapportering i 2013. Det redegjøres for dette arbeidet i helseforetakenes årlig melding.

Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre, men har også krav om månedlig rapportering til Helse Sør-Øst RHF på samme måte som Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Sør-Øst RHF har i 2013 gjennomført flere oppfølgingsmøter med de ti underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetaket og vedtatt strategi.

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

Helse Sør-Øst RHF har gjennomført et tettere oppfølgingsregime overfor helseforetakene i hovedstadsområdet. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog har vært tilpasset vurdert risiko. Det er også gjennomført et eget utredningsarbeid for hovedstadsområdet, med særlig bakgrunn i kapasitetsutfordringer ved Akershus universitetssykehus, utviklingsplan Vestre

Viken, idéfase-prosess for Oslo universitetssykehus og samhandlingsreformens betydning for hovedstadsområdet. Arbeidet ble ledet av en rådgivende styringsgruppe bestående av ledende personer i de angjeldende helseforetak og private sykehus, Oslo kommune, KS, brukere, konserntillitsvalgte og konsernverneombud.

Når det gjelder forbedringer i forhold til det pasientadministrative arbeidet rapporterer helseforetakene om etablering av interne opplæringsystemer for å kvalifisere til riktig bruk av de pasientadministrative systemene. Det arbeides med kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til lovverk og interne retningslinjer for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, fra registrering og vurdering av henvisninger til ajourføring og oppfølging av ventelister. Handlingsplaner for å følge opp evt. merknader og avvik gitt i oppfølgingsmøte med konsernrevisjonen utarbeides, og helseforetakene deltar i det regionale arbeidet med å forbedre det pasientadministrative arbeidet - PAS - ”Glemt av sykehuset”.

Intern revisjon

I tillegg til det fokus styret i Helse Sør-Øst RHF har på utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i linjestyrte aktiviteter, ivaretas styrets tilsyns- og kontrollrolle gjennom oppgaver lagt til styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Både revisjonsutvalg og intern revisjon er etablert i tråd med bestemmelsene i helseforetaksloven § 21a og § 37a, som er gjort gjeldende fra 1. januar 2013.

Revisjonsutvalget avholdt åtte møter i 2013, hvor revisjonsrapporter i perioden og konsernrevisjonens årsrapport og revisjonsplan er behandlet. Videre har revisjonsutvalget gjennomgått administrasjonens risikovurdering for helseforetaksgruppen, eksterntrevisors risikovurdering samt eksterntrevisors planer og utførte arbeid. Revisjonsutvalget protokollerer sitt arbeid og fremlegger protokollene for styret.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst ivaretar internrevisjonsfunksjonen i regionen, og skal i henhold til helseforetaksloven § 37a, gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til det regionale foretaket og helseforetakene, ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonsutvalget for Helse Sør-Øst RHF. I 2013 er det gjennomført følgende revisjoner;

- *Oppfølgingsrevisjoner pasientadministrativt arbeid:*
Konsernrevisjonen har gjennomført oppfølgingsrevisjoner i fem helseforetak for å undersøke om det planlagte forbedringsarbeidet etter revisjonene i 2011-2012 er gjennomført og om tiltakene har gitt effekt. Revisjonsrapport fra den enkelte oppfølgingsrevisjon er sendt administrerende direktør i det enkelte helseforetak og behandlet i deres styre. I sak 080-2013 behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF oppsummeringsrapporten fra de fem oppfølgingsrevisjonene. For de fire helseforetakene som ikke er underlagt oppfølgingsrevisjon er det utført andre revisjonsaktiviteter i form av oppfølgingsmøter.
- Revisjon intern styring og kontroll som integrert del av virksomhetsstyringen for utvalgte prosesser i Sykehuset i Vestfold (gjennomført som utviklingspilot for deler av virksomheten). Revisjonsrapport er oversendt administrerende direktør i foretaket og behandles i foretakets styre i 2014.

- Revisjon intern styring og kontroll som integrert del av virksomhetsstyringen for utvalgte prosesser i Hjerte-Lunge-Karklinikken ved Oslo universitetssykehus. Resultatet av revisjonen oversendes administrerende direktør i foretaket for behandling i styret i 2014.
- I 2014 er det gjennomført en felles revisjon ved Vestre Viken - Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus som omfattet *Gjennomgang av rutiner for utsendelse og mottakelse av henvisninger*. Revisjonsrapporten er oversendt administrerende direktør i begge helseforetakene og er behandlet i det enkelte helseforetakets styre.
- Landsomfattende revisjon innenfor pasientreiseområdet. Revisjonen har vært gjennomført i perioden 2012-2013 og har omfattet Pasientreiser ANS og alle de 18 helseforetakene som har pasientreisekontorer. Revisjonsrapporten fra revisjonen er oversendt de reviderte enheter for videre behandling og oppfølging.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2013 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2013 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 13. mars 2014 sammen med revisjonsplan for perioden 2014-2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2013 er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

- *Kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten*

Helse Sør-Øst har bidratt til SINTEF-rapporten som har kartlagt omfanget av rapportering fra spesialisthelsetjenesten. Rapporten er offentliggjort og tilgjengelig våren 2013.

- *Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet*

Styringskravet er videreført til alle de underliggende helseforetak. Det jobbes aktivt med bedre ressursbruk og tiltak for å øke ressursutnyttelsen i foretaksgruppen, blant annet ved å styrke fakta- og datagrunnlag og øvrig kunnskapsgrunnlag for arbeidet. Alle helseforetak er i gang med å kartlegge og vurdere utvidelse av åpningstider for elektive oppgaver. Dette gjelder spesielt poliklinikker og kirurgiske avdelinger, men også for eksempel medisinsk service. Unntaket er Sunnaas sykehus som prioriterer arbeidet med å utnytte ordinær åpningstid bedre gjennom tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter til avtalt time.

Flere prosjekter og nye tiltak er iverksatt, blant annet ved radiologisk avdeling (MR/CT-undersøkelser på kveldstid/i helgene) og kirurgisk avdeling (lørdagskirurgi) ved Sørlandet sykehus og ved barne- og ungdomsklinikk ved Sykehuset Østfold.

Ved Oslo universitetssykehus er det også etablert et obligatorisk kurs for alle linjeledere med personalansvar i dagdrift og ledere for enheter med turnusordninger. Dette tar opp muligheter for utvidet åpningstid innen dagens regelverk.

De færreste foretak har hittil foretatt større formelle endringer i åpningstidene. Dette skyldes blant annet at bedre innkallingsrutiner vurderes å være viktigere for å fjerne flaskehals og redusere ventetider så lenge gjeldende arbeidstidsordninger er rammen. Flere foretak viser for eksempel til effektivisering ved bruk av SMS. Men det også behov for å se ulike tidsrammer i sammenheng. Det skal i forbindelse med tariffoppgjøret i 2014 gjennomføres forhandlinger om endringer i arbeidstidsordninger som vil være helt avgjørende for å kunne etablere faste kveldsopne tilbud på de områder der potensialet for raskere behandling og bedre service er størst.

- *Regjeringens eierskapspolitikk*
 - *Mangfold og likestilling*

Styringskravet er videreført til alle underliggende helseforetak. Helseforetakene er kjent med kravene til samfunnsansvar knyttet til eierskapspolitikken og har alle implementert målsettinger

om mangfold og likestilling i ulike styringsdokumenter, verdigrunnlag, forretningsidé, etiske retningslinjer og/eller arbeidsgiverpolitiske handlingsplaner. De har noe ulikt fokus. Det er imidlertid en gjennomgående oppmerksomhet rundt tiltak for å fremme likestilling mellom kjønnene og integrere svake grupper, herunder funksjonshemmede og innvandrere i arbeidslivet.

Oslo universitetssykehus er for eksempel opptatt av å sikre kjønnsbalanse i ledergrupper. Sørlandet sykehus peker spesielt på betydningen av å sikre kvinner heltidsstillinger. Sykehuset Telemark fremhever rekruttering av søkere fra mange nasjoner i ulike stillingsgrupper. Ved Akershus universitetssykehus er det opprettet et prosjekt ”Helsefremmende arbeidsplass og ledelse”, der formålet er å teste ut WHO’s rammeverk for å utvikle en attraktiv arbeidsplass for alle yrkesgrupper.

- *Lønnsutviklingen i helseforetakene*

Foretaksprotokollen for Helse Sør-Øst RHF fra 7. januar 2013 forutsetter at det regionale helseforetaket har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og for øvrig ansatte. Foretaksmøtets intensjon er forstått som at lønnsutviklingen for den øverste ledelsen skal holdes innenfor de rammer som ble lønnsutviklingen for øvrige ansatte via tariffoppgjørene. Dette ble fulgt opp i foretaksmøtene med de respektive underliggende helseforetak i februar 2013.

Videre ble det i eget møte med styrelederne i august 2013 gitt nødvendig informasjon og anbefalinger på relevant handlingsrom for styrene når de skulle vurdere lønnsjusteringer i 2013 for foretakenes administrerende direktører, sett i lys av resultatene fra tariffoppgjørene med de ansattes organisasjoner. Så langt Helse Sør-Øst RHF kan se fra helseforetakenes tilbakemeldinger er dette budskapet forstått og etterlevd.

- *Gjennomgående styrerepresentasjon, bruk av interne styreledere i egne helseforetak*

Helse Sør-Øst avviklet ordningen med interne styreledere i helseforetaksstyrene i 2012.

- *Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner*

Ideelle institusjoner er sikret langsiktighet og forutsigbarhet gjennom innføring av løpende avtaler innen TSB. Løpende avtaler vil også bli lagt til grunn for ideelle institusjoner innen rehabilitering og psykisk helse fra 2015.

- *Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser*

Arbeidet med forenklet oppgjørsordning for pasientreiser ledes av Pasientreiser ANS, som er eid av landets regionale helseforetak i fellesskap. Dette er hensiktsmessig for å gi praktiske løsninger som blir lik for alle landets pasienter. I 2013 har Helse Sør-Øst hatt representanter i arbeidsgrupper og referansegrupper.

- *Utvikling av nødmedietjenesten*

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) ble opprettet 1. juni 2013. Innføring av nødnett pågår i henhold til nasjonale planer.

- *Barn som tolk*

Oppdragsdokumentets føringer om at barn under 18 år som hovedregel ikke skal benyttes som tolk, er ivaretatt ved alle helseforetak.

- *Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 2*

Arbeidet med forvaltningsplaner i verneklasse 2 er under arbeid parallelt med forvaltningsplanene for verneklasse 1.

Arbeidet er ikke fullført, og er krevende volummessig for Oslo universitetssykehus. Helseforetakene er bedt om tinglysning av objekter i verneklasse 2, noe som har vist seg vanskelig da verneklasse 2 ikke er hjemlet i forskrift eller lov. Det arbeides med en løsning på dette.

Helseforetakene er gjort kjent med at eiendom i verneklasse 2 (på samme måte som i verneklasse 1) ikke kan selges uten tinglysning av vernet og at forvaltningsplaner er utarbeidet. Helse Sør Øst RHF har fulgt opp dette for de salg som er innmeldt til behandling i styret og foretaksmøtet.

Det er utarbeidet en mal for utførelse av skilt for merking av vernede bygg, og en skiltplan som er utført i pilot i Helse Nord.

3.3 Øvrige styringskrav for 2013

- *Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)*

Helse Sør-Øst følger opp helseforetakene og har tett dialog med Norsk pasientregister for å sikre at rapportering har tilfredsstillende kvalitet og gjøres innen frister. For rapportering av ventetider til radiologiske undersøkelser avventer Helse Sør-Øst en avklaring fra Helsedirektoratet for en eventuell videre prosess.

- *Innføring av ny teknologi og metoder, vurdere LIS sin rolle i system for innføring av ny teknologi*

Den rolle LIS skal spille ved innføring av nye medikamenter/medikamentformuleringer har vært drøftet i det nasjonale fagdirektørmøtet. Det er enighet om at en bør innlede en dialog om hvordan Kunnskapssenteret og Legemiddelverket inkluderer LIS og HINAS i sine metodevurderinger hva gjelder kostnader/økonomi, og hvordan de faglige nettverkene knyttet til LIS og HINAS dermed kan sees i sammenheng med, evt. koordineres med, de faggrupper som etableres under nasjonalt system for metodevurdering.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2013

- *De regionale helseforetakenes samarbeid om forslag til et opplegg for hvordan styrene for helseforetakene, på en mer systematisk måte enn i dag, kan gjennomføre årlig gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende, sammenlignbar nasjonal statistikk.*

En av styrets viktigste oppgaver er å føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter. Herunder ligger også styrets ansvar for å sikre god organisering av virksomheten og disponering av ledelsesressurser. En systematisk tilnærming til dette er grunnlagt i det regionale helseforetakets og helseforetaksgruppens prinsipper for god virksomhetsstyring.

Det er i denne sammenheng viktig at helseforetaksstyrene og det regionale helseforetaket som eier vurderer hvordan organisering og ledelse av virksomheten bidrar til at pasientene tilbys kvalitativt gode tjenester og at det finnes data som gir grunnlag for sammenligning på tvers av virksomhetene.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert hvordan dette best kan ivaretas. Det er et mål å tydeliggjøre og forenkle oppdragene og rapporteringskravene som gis til helseforetakene,

og en anser det som mest formålstjenlig å se til at også den overordnede ledelsesmessige organiseringen vurderes innenfor etablerte rapporteringssystemer og eksisterende indikatorer.

Styrene for de regionale helseforetakene (og de enkelte helseforetak) forelegges månedlige ledelsesrapporter. Disse rapportene omfatter en rekke indikatorer for kvalitet, aktivitet og økonomi med (på regionalt nivå) direkte sammenligninger mellom de forskjellige helseforetakene. Forskjeller som registreres i kvalitet og måloppnåelse blir, i oppfølgingen av det enkelte helseforetak, vurdert i en organisatorisk og ledelsesmessig sammenheng.

I tillegg forelegges styrene tertialvise rapporteringer som er utarbeidet for å gi samlet oversikt over tilstanden og graden av måloppnåelse i helseforetaksgruppen. Tertialrapporteringen bygger på en systematisk månedlig rapportering med omfattende krav til innhold og format. For de regionale helseforetakene omfatter den månedlige rapporteringen også rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Tertialrapporteringen til styret er utvidet med en rekke elementer i forhold til den månedlige rapporteringen. Rapporteringen på forhåndsdefinerte styringsmål gir det regionale helseforetaket mulighet til å følge utviklingen og analysere hva som påvirker denne.

Det er lagt til grunn at ledelsen regelmessig skaffer seg en totaloversikt over kvaliteten på styringssystemene og tjenestene og om resultatene er som forventet, for deretter å treffe beslutning om forbedringer. Ledelsens gjennomgang er en systematisk tilnærming til dette arbeidet, og er et verktøy som skal gjøre styret og ledelsen i det enkelte helseforetak bedre i stand til å drive god virksomhetsstyring innenfor sine rammebetingelser.

Formålet med ledelsens gjennomgang er å avdekke om virksomheten har satt de rette målene, om målene nås, om resultatene er som forventet, om det har vært alvorlig svikt på noen områder, og om det er risiko for alvorlig svikt i fremtiden. På dette grunnlaget diskuteres og besluttes tiltak for forbedring, og det utarbeides handlingsplaner som beskriver tiltak og angir ressursbruk, tidsfrist og hvem som er ansvarlig for gjennomføring, oppfølging og evaluering.

Ledelsens gjennomgang gir en systematisk tilnærming til å skaffe god oversikt over alle aspekter ved drift av et helseforetak, og vil derfor være et godt verktøy for å gi styret tilstrekkelig grunnlag til å ivareta sitt ansvar for helseforetakets systemer for risikostyring og internkontroll.

Det er lagt til grunn at helseforetakenes styrer er forelagt egen sak om ledelsens gjennomgang og har tatt stiling til denne før det redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.

Ledelsens gjennomgang bygger på gode og oppdaterte oversikter av status for:

- områder som ikke er ”lukket” etter forrige ledelsens gjennomgang
- oppfyllelse av overordnede krav (lover, forskrifter etc.)
- gjennomføring av oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF
- håndtering av meldte avvik (meldesystemer og håndtering av konkrete meldinger)
- brukerundersøkelser og tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende osv
- forhold til samarbeidspartnere og kommunehelsetjeneste
- interne revisjoner
- eksterne revisjoner og tilsyn
- planlagte endringer i organisasjonen (omorganiseringer, endring i arbeidsrutiner etc.)

Ledelsens gjennomgang skal bidra til at rapporteringsdata brukes i forbedringsarbeidet, og at tilstanden i virksomheten dokumenteres med hensyn til oppfølging av

internkontroll/kvalitetsarbeid, herunder oppfølging av risiko og avvik. Systemet må tilpasses de styringsmessige behov fra toppledelsen og ikke bli en aktivitet ”på siden” av der beslutninger tas.

Alle de regionale helseforetakene gjennomføres oppfølgingsmøter med de underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer og mål, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetaket og vedtatt strategi.

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

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

Det vises for øvrig til arbeidet med videreutvikling av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Det vil være hensiktsmessig at ledelsesmessige spørsmål trekkes inn i dette arbeidet.

Tilsvarende gjelder det såkalte *indikatorprosjektet* som er gjennomført av de fire regionale helseforetakene i fellesskap:

Det har i mange år vært stor oppmerksomhet knyttet til intern effektivitet i sykehus (referanse Statres-rapport, Samdata). Indikatorer som både kan dokumentere helseforetakenes kostnadsnivå og produktivitet på ulike tjenesteområder, og ikke minst indikatorer som kan peke på områder hvor det er mulig å sette inn tiltak, har vært etterspurt. De regionale helseforetakene har i foretaksmøter fått i oppdrag å utrede slike indikatorer, og levert rapporter om temaet.

I januar 2013 ble følgende protokollert i møte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene:

”Foretaksmøtet ba om at arbeidet videreføres med pilotutprøving i 2013, og ba om en rapport senest innen 15. januar 2014 som beskriver resultater, erfaringer og anbefalt videre framdrift.”

Rapport fra pilotutprøvingen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Basert på hovedprinsippene i det foreslåtte konseptet, utarbeides det *indikatorer* for kostnadsnivå og produktivitet, mens *støtteindikatorer* skal kunne kaste lys over hvorfor det er forskjeller mellom helseforetak og forklare utvikling. Kostnadsnivå og produktivitet skal beregnes for alle tjenesteområder. Støtteindikatorene utarbeides spesifikt for det enkelte tjenesteområde

Videre anbefales det:

- at indikatorprosjektet videreføres i 2014 og at alle helseforetak inviteres inn som deltagere
- indikatorprosjektet fortsatt har status som et utviklingsarbeid slik at videreføring i 2015 på nytt vurderes i lys av erfaringene
- at det blir gjort en sammenligning av rapportering fra de regionale helseforetakene for å vurdere en standardisering

- *Resultatoppnåelse for aktivitetskrav*

I Norge har det samlet vært stabil eller økt tilgjengelighet fra 2008 til 2012. Aktivitetsvekst noe høyere enn befolkningsvekst, dette har gitt stabil eller noe økt tilgjengelighet fra 2008 til 2012 (Samdata 2012, s 13).

Tydeligst vekst relatert til økning poliklinikk. Regionens størrelse tilsier at landssnitt påvirkes og Helse Sør-Øst ligger nært opp til snitt på mange områder. Helse Sør-Øst har et lavere nivå av liggedager på somatiske sykehus per innbygger enn andre regioner, et lavere nivå av utskrivning i psykisk helsevern for voksne og et høyere nivå av rusbehandling enn andre regioner. Noe nedgang i innleggelses for TSB i 2012, men økning poliklinikk.

Samlet ble vurdert at tilgjengelighet også her økte noe i 2012. For 2013 var imidlertid budsjettet en noe høyere vekst enn oppnådd og dette Helse Sør-Øst har bedt helseforetakene vurdere særlig i forbindelse med budsjett 2014. Det er under planlegging økt kjøp av eksterne plasser innen TSB. Det pågår kontinuerlig arbeid med reduksjon av ventetider, antall langtidsventende og fristbrudd i sykehusene. Man har ønske og forventning om at pågående arbeid og krafttak skal ha betydelig større effekt.

Til tross for mye bra arbeid er allikevel ikke mål nådd for kravet om fristbrudd eller ventetider. Arbeid med langtidsventende har gitt betydelige resultater, men fortsatt har noen stått på venteliste i over ett år. Nye tiltak og virkemidler må derfor vurderes nøye for å understøtte bedre måloppnåelse.

- *Øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen*

Tilskudd til "Raskere tilbake" behandles i regnskapet som øremerket og inngår således ikke i basisbevilgningen. I 2013 er det brukt om lag 280 mill. kroner til dette formålet.

- *Håndtering av endrede pensjonskostnader*

Håndtering av endrede pensjonskostnader er gjennomført i henhold til føringer fra departementet i omgrupperingsproposisjonen for 2013. Helse Sør-Øst RHF reduserte sin basisramme i 2013 med 54 mill. kroner.

- *Oppfølging av lovverk for rettighetspasienter*

Krav om at lovverket for rettighetspasienter skal overholdes er nedfelt i styrende dokumenter til helseforetakene, og følges jevnlig opp gjennom rapportering og styringsdialog om forbedringer i pasientadministrativt arbeid med vekt på ventetider og fristbrudd. Det skjer også oppfølging av dette i regi av konsernrevisjonen. Konkret kan det vises til at foretakene regelmessig har undervisning i forståelse av regelverket, blant annet gjennom nyansattopplæring og lederopplæring.

Nye, felles og standardiserte brevmaler som etter planen skal implementeres i foretaksgruppen i 2014, vil bidra til bedre oversikt over gjeldende rettigheter for både ansatte og pasienter. Det vises for øvrig til beskrevne tiltak for å styrke pasientsikkerheten gjennom forbedringer i det pasientadministrative arbeidet ("*Glemt av sykehuse!*"), og konkret tiltak for å sikre pasientrettigheter i forbindelse med henvisninger mellom foretak.

- *Omstillingen i hovedstadsområdet og Riksrevisors gjennomgang av denne*

Det regionale helseforetakets ledelse og styre gjør løpende risikovurderinger av det fortsatte arbeidet i hovedstadsområdet. Helseregionens ”sørge for”-ansvar, erfaringene fra omstillingsarbeidet og ansvaret for god kvalitet i pasientbehandlingen har herunder blitt særlig vektlagt i 2013.

I første halvår var det fokus på det store behovet for fortsatte endringsprosesser ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Deler av dette arbeidet ble ført videre i 2. halvår med kapasitetsprosjektet i hovedstadsområdet, som ble gjennomført i 2. halvår med bred involvering. Styringsgruppens rapport ble behandlet i styret for det regionale helseforetaket i desember, og styrets anbefalinger skal sikre god kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen på kort sikt.

Omstillingsavtalen for Helse Sør-Øst, som ble inngått etter sammenslåingen av de to tidligere helseregionene i 2008, gjelder fortsatt. Den definerer rammene og gir minimumskrav for helseforetakenes bemanningstilpasning, herunder retningslinjer og prosedyrer for bemanningsplanlegging og personalhåndtering, tillitsvalgtes medinnflytelse og den enkelte ansattes rettigheter.

Omstillingsavtalen inneholder også bestemmelser om bruk av økonomiske og personalpolitiske virkemidler. Videre gjelder Helse Sør-Østs ”12 prinsipper for medvirkning”, som ble vedtatt i det regionale helseforetakets styre i sak 067-2008 nr. 6. Sammen med bestemmelsene i hovedavtalene gir disse ytterligere føringer for involvering av den enkelte og de ansattes organisasjoner. Det regionale helseforetakets oppfølging viser at helseforetakene følger disse spillereglene, og ingen avvik er registrert i 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF ble enige om at den særskilte rapporteringen knyttet til utviklingen i hovedstadsområdet som ble etablert i 2011 mest hensiktsmessig ble innarbeidet i den ordinære rapporteringen fra og med 2012. Rapportering om utviklingen i hovedstadsområdet er derfor gjennom hele 2013 ivaretatt gjennom ØBAK med resultatoppstillinger for de tre aktuelle helseforetakene, samt omtale i kommentarene.

- *Standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensialet ved medisinske støttefunksjoner*

Helse Sør-Øst har vært representert i alle gruppene i arbeidet rundt medisinske støttefunksjoner. Helse Midt-Norge RHF ledet arbeidet, som ble forsinket og senere utsatt.

- *Gjennomgang av pasientstrømmer*

Helse Sør-Øst RHF ble invitert til et arbeid med gjestepasientstrømmer og -oppgjør i regi av Helsedirektoratet. Det ble avholdt et første, og foreløpig eneste, møte om saken i november 2013. I møtet ble et utkast til rapport som svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått og diskutert. Helse Sør-Øst RHF stilte med tre representanter, og har i etterkant levert et eget, skriftlig innspill til Helsedirektoratet i sakens anledning. Arbeidet skulle følges opp med nytt rapportutkast fra Helsedirektoratets sekretariat.

- *Medisinsk koding.*

Helse Sør-Øst RHF har som mål å heve kvaliteten på kodingen i sykehusene for å sikre produksjon av god og pålitelig informasjon om helsetjenestene, korrekt refusjon, og for å komme på nivå med kvaliteten på kodingen i andre land. Helse Sør-Øst arbeider med utgangspunkt i en utredning om medisinsk koding for at godt kvalifiserte kodere bør bistå legene med korrekt

registrering, kontroll og oppfølging av regelverk. Det vurderes å overføre deler av kodingen for innlagte pasienter fra legene til utdannede kodere. Helse Sør-Øst anbefaler at helsemyndighetene setter mål for kodingskvaliteten og etablerer en formalisert grunnutdanning for medisinske kodere som skal bistå legen i kodingsoppgavene.

Helse Sør-Øst er opptatt av at gjeldende regler for koding følges opp ved foretakene og følger opp saker som behandles i Avregningsutvalget og sørger for at utvalgets faglige anbefalinger etterleves.

- *KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring.*

Helse Sør Øst RHF deltar med alle helseforetak (bortsett fra Sykehuset Telemark) i Helseledningsdirektoratets nasjonale arbeid med å implementere KPP løsning. Målet er at det enkelte helseforetak som deltar i kostnadsvektprogrammet skal bruke KPP for årlig oppdatering nasjonale DRG vekter.

Det er fremdrift i de enkelte helseforetakene, dog har enkelte kommet noe lengre enn andre. Kompleksiteten er relativt stor og helseforetakene har tidligere hatt litt ulik tilnærming og ulike systemteknisk løsninger. Helse Sør-Øst RHF vil derfor vurdere å synkronisere arbeidet ytterligere i 2014. Av helseforetakene i Helse Sør-Øst er det er særlig Oslo universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold som leder an i dette utviklingsarbeidet.

I tillegg arbeides det på ulikt vis med å samordne og harmonisere registrering og strukturer på aktivitetsdata på laveste nivå for å tilrettelegge data til den planlagte datavarehusløsningen som skal understøtte en felles KPP løsning i Helse Sør-Øst. Dette arbeidet er nå knyttet nært opp til arbeidet med standardiserte pasientforløp.

- *Pasienter som kan ha nytte av behandling med legemiddelet ipilimumab innenfor legemiddelets godkjente bruksområde.*

Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene å sikre at Ipilimumab er tilgjengelig for pasienter som kan ha nytte av slik behandling innen legemidlets godkjente bruksområde også før studien igangsettes. Det regionale helseforetaket har besluttet hvilke helseforetak og private ideelle sykehus som kan tilby behandling med legemiddelet og for øvrig formidlet en tilråding inntil studien igangsettes og til det foreligger nye retningslinjer på området. Dette basert på tilstrekkelig fagkompetanse og erfaring for blant annet håndtering av bivirkninger knyttet til behandlingen.

Det er anslått at rundt 50 pasienter årlig vil være aktuelle for behandling med Ipilimumab i Helse Sør-Øst, og at Oslo universitetssykehus, som er det helseforetaket som til nå har mest erfaring på området, vil komme til å behandle majoriteten av pasientene i oppstartfasen.

- *Samarbeid med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter.*

Omfanget av praksisstudier og opplæring i samarbeid med utdanningssektoren er videreført på et litt høyere nivå enn tidligere år, spesielt hva antall lærlingplasser angår.

Lokalt på helseforetaks-/sykehusnivå er det gjennomført en rekke utviklingstiltak i samarbeid med høyskolene finansiert ved samarbeidsmidler som ligger i høyskolenes budsjetter. På regionalt nivå foregår det tilsvarende i regi av Samarbeidsorganet for høyskolene. Alle helseforetak i regionen samarbeider med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter.

Helseforetakene i regionen oppfyller for øvrig kravene til praksisopplæring for de høyskolene som Helse Sør-Øst RHF har et oppdragsmessig forhold til.

Arbeidet i samarbeidsorganet for høyskolene er videreført innenfor de samme rammer som tidligere år med videreutvikling av organet som kontakt- og samhandlingsarena og initiativ til utviklingsarbeid. Hovedfokus har vært på utdanning og praksisstudier. Regionalt system med praksiskoordinatorer ved helseforetak og høyskoler og distriktsinndelte koordinatforum og web-basert koordineringssystem er videreført tilbake fra 2005. Helse Sør-Øst gjennomfører også årlige kontaktmøter med koordinatorene/forumene.

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

I forbindelse med det regionale prosjekt ”Strategisk kompetanseutvikling” er det i 2013 gjennomført en mer omfattende kartlegging av behov enn tidligere år. Denne kartleggingen viser at totalt seks av åtte helseforetak som benytter intensiv- og operasjonssykepleiere, melder om utfordringer med å skaffe tilstrekkelig antall pleiere. For sykepleiespesialitetene psykiatri, rus og nyfødt-intensiv er tallet tre av åtte. For spesialitetene anesthesi, diabetes, kreft og jordmor har to av åtte helseforetak utfordringer.

Det er foreløpig ingen krise når det gjelder foretaksgruppens muligheter for å dekke opp behovet for om spesialsykepleiere. Ingen foretak melder om udekkede stillinger. Men det er færre kvalifisert søkere til alle stillinger, spesielt i hovedstadsområdet. Dette tilsier at situasjonen nøye følges opp fra år til år.

Helse Sør-Øst vil i tillegg påpeke at det er viktig at årlig kartlegging av behov for spesialsykepleiere sees i sammenheng med andre tiltak som påvirker behovet, spesielt oppgavefordelingstiltak på tvers av faggrupper.

Alle de aktuelle foretak har fra tidligere etablert støtteordninger basert på permisjon og stipend til egne ansatte som vil ta videreutdanning i spesialsykepleie. Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus melder at det har vært vanskelig å få fylt opp antall tilgjengelige studieplasser for spesialsykepleiere og få motivert egne sykepleiere til å ta slik videreutdanning. Disse foretakene har derfor etablert utdanningsstillinger som supplement til de eksisterende stipendordninger.

- *Tilføring av stillinger til kreftrelaterte spesialiteter og prioritering av disse.*

Det pågår arbeid og samarbeid slik som beskrevet i foretaksmøtet 23. mai 2013.

- *Strategier og tiltak for å dekke kompetanse- og ressursbehov framover.*

Det regionale arbeid med strategier og tiltak for å dekke kompetanse- og ressursbehov har i 2013 i hovedsak omfattet to innsatsområder: ”Riktig kompetanse” og ”Bedre ressursstyring”. De regionale innsatser har vært speilet i krav til foretakene, som også har gjennomført en lang rekke aktiviteter for å dekke de fremtidige behov.

Riktig kompetanse

Strategisk kompetanseutvikling er et hovedsatsningsområde i Helse Sør-Øst. Riktig og oppdatert kompetanse på rett sted er avgjørende for å sikre god diagnostikk og behandling, pasientsikkerhet, høy kvalitet og effektiv bruk av ressurser på alle tjenesteområder.

Arbeidet i 2013 har vært rettet mot å vurdere hva slags kompetanse helseforetakene trenger fremover og planlegge hvordan man skal få tak i eller utvikle denne. Dette er forankret i det regionale oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2013 og tidligere år samt i Helse Sør-Øst RHF's ”Plan for strategisk utvikling 2013-2020”.

De innsamlede tiltaksplaner, oversikter og vurderinger har blitt analysert, og det er etablert et en oversikt med fokus på leger og sykepleiere samt en plan for videre regionale tiltak. I 2014 videreføres og utvides arbeidet til å omfatte øvrige faggrupper.

Bedre ressursstyring

Tiltakene på innsatsområdet bedre ressursstyring skal medvirke til å dekke kompetanse- og ressursbehov ved å styrke ledere og medarbeideres kompetanse på planlegging og styring av arbeidstid og bemanning, samt sikre god systemstøtte for slike aktiviteter.

Prosjektet har vært i gang fra 1. mars 2011 og fortsetter frem til 1. juli 2014. I forlengelse av prosjektperioden videreføres arbeidet i drift i samarbeid mellom helseforetak, Sykehuspartner og HR ved Helse Sør-Øst RHF. I tillegg pågår det et stort indirekte effektiviseringsarbeid med styringsinformasjon knyttet til så vel ledelse, kompetanse og ressursstyring. Dette omfatter både HR faktagrunnlag, nasjonale HR-indikatorer, felles datavarehus og andre tiltak som styrker styringsevnen og danner grunnlag for vurdering av utvikling (benchmarking).

- *Verktøy for tilstandsbasert vedlikeholdsplanlegging.*

Helseforetakene er pålagt å ta hensyn til nødvendig vedlikehold i rulleringen av økonomisk langtidsplan. I Helse Sør-Østs eiendomsstrategi pålegges alle helseforetakene å drive tilstandsbasert vedlikehold. Det er fortsatt et gap mellom det som meldes inn som nødvendig vedlikehold, og det som virkelig budsjetteres.

Flere helseforetak rapporterer at de nå bruker betydelige mer på vedlikehold enn tidligere. Blant annet gjelder dette Oslo universitetssykehus, som har fått tilført ekstraordinære midler i størrelsesorden 160 mill. kroner for å kunne lukke avvik i henhold til myndighetspålegg.

- *Tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter til avtalt time.*

Helseforetakene arbeider systematisk med ulike tiltak for å få ned andelen pasienter som ikke møter til avtalt time. Konkrete tiltak for å bedre tilgjengeligheten for pasienter som har spørsmål til oppsatt time eller ønsker å endre timeavtalen, er beskrevet under oppfølging av kravet i foretaksmøtet om å iverksette bedre rutiner for innkalling og påminnelse.

For å øke tilgjengeligheten benytter nå flesteparten av helseforetakene ”Min journal”, som er en elektronisk løsning som gir pasienten mulighet til å avlyse, endre, bekrefte og bestille time på nettet. De private, ideelle sykehusene benytter ikke løsningen, men tilbyr flere steder pasientmail i tillegg til ordinær telefonkontakt. SMS-varsling til pasientene i forkant av timeavtale benyttes i økende grad, og er i ferd med å tas i bruk i alle helseforetakene.

Undersøkelser som er gjort ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold viser at årsakene til manglende oppmøte ligger både hos pasientene og helseforetaket. Selv der det sendes ut påminnelse om time via SMS-varsling, er det et stort antall pasienter som ikke møter til avtale uten å melde fra. Sykehuset Østfold fant i sin undersøkelse at kun en av 60 pasienter som ikke møtte til avtale i den perioden man undersøkte, oppga at manglende oppmøte skyldtes vansker

med å få kontakt med sykehuset. Akershus universitetssykehus fant at hovedårsaken til manglende oppmøte var at pasienten hadde ventet over ett år og at timen ikke lenger var aktuell.

Innsatsen fremover bør rettes mot bedre rutiner for langtidsplanlegging i avdelingene for å gi time sammen med bekreftelse på at henvisning er mottatt. Her viser tallene fra helseforetakene at dette ikke skjer i tilstrekkelig grad. Det er utarbeidet nye brevmaler i Helse Sør-Øst som skal legges til rette for enklere informasjonstilgang til pasienter og pårørende og som samtidig gjør det enklere for de ansatte å ha oversikt over gjeldende regelverk.

- *Bedre oppgavedeling mellom yrkesgruppene.*

De fleste større foretak har gjennom en årrekke sett på omfordeling av funksjoner og oppgaver som ledd i sin kontinuerlige gjennomgang av organisering, forbedring og effektivisering av driften. Dette gjelder spesielt bruk av sykepleiekonsultasjoner i poliklinikk, men også utvidede funksjoner for fysioterapeuter og blant annet helsesekretærer. Det har imidlertid blitt flere konkrete prosjekter de senere år. Gjennom slike tiltak kan nye yrkesroller og samarbeidsformer mellom ulike profesjoner prøves ut systematisk med tanke på kvalitet, effektivitet og flyt i pasientbehandlingen.

Flere helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst er i gang med konkrete oppgavedelingsprosjekter. Vi nevner spesielt Oslo universitetssykehus, som har prosjekter blant annet innen radiologi og patologi. Også Lovisenberg Diakonale Sykehus har vært spesielt aktiv, særlig knyttet til tiltak for å løfte grupper med lav formalkompetanse (portører, helsefagarbeidere, kontoransatte).

Helse Sør-Øst RHF ser videre satsning på dette feltet inn i sitt arbeid med strategisk kompetanseutvikling, som vil ha høy prioritet i årene fremover.

- *Arbeidet med pilotprosjektet om felles nødnummer og felles nødmeldesentral i Drammen.*

Regjeringen besluttet at det skulle gjennomføres et prosjekt for utprøving av ett felles nødnummer og felles nødsentral i Drammen, ved SAMLOK Drammen. Prosjekteier er Justis- og beredskapsdepartementet.

Vestre Viken har gjennom sin AMK-sentral i SAMLOK tatt aktivt del i pilotprosjektet og Helse Sør-Øst RHF har vært representert i prosjektets referansegruppe.

- *Prostataentre.*

Helse Sør-Øst RHF har besluttet at bevilgningen på 4 mill. kroner for 2013 til dette formålet skal overføres i sin helhet til Oslo universitetssykehus som regionsykehus, for å få en konsentrert satsning på fagutviklingen på dette området. Det er forventet at drift av senteret ved Oslo universitetssykehus kommer i gang fra januar 2014. Det er gitt som føring til Oslo universitetssykehus at helseforetaket skal ivareta et faglig regionansvar.

Helse Sør-Øst RHF forutsetter at etablering av et prostataentre kan bygge på overordnede føringer og vurderinger som er kommet ut av kreftrådets arbeid. Oslo universitetssykehus får anledning til å virkeliggjøre målsettingene i praksis. Samtidig må de øvrige helseforetakene/sykehusene bli involvert ved kompetanseoverføring og med mulighet til å påvirke utformingen av prostataentre underveis.

Helse Sør-Øst RHF har lagt som premiss at nytt/nye prostataentre bør ha som hovedformål å utvikle modell for område/lokalsenter med vekt på rask utredning, god logistikk og oppfylging av frister, tydelige behandlingslinjer i forhold til regionsenter og til førstelinjetjenesten. Sentralt i

dette er utvikling av gode rutiner for oppfølging (når det ikke tilrådes kirurgisk inngrep) og forebygging av overbehandling, samt opplegg for etterbehandling og kontroll etter kirurgisk inngrep.

- *Assistert befruktning av smittevern hensyn til personer med alvorlig og kronisk seksuelt overførbare sykdommer.*

Det vil være u hensiktsmessig å etablere tilbudet om assistert befruktning ved potensiell blodsmitte i alle regionale helseforetak, da det er få pasienter som vil benytte seg av dette tilbudet, sannsynligvis 40-50 par og 150 behandlingsforsøk per år.

Etablering av separat laboratorium til en kostnad av inntil 2,5 mill. kroner i hver helseregion er u hensiktsmessig. Helse Sør-Øst RHF har søkt om en nasjonal behandlingstjeneste for assistert befruktning ved potensiell blodsmitte. Fagdirektørene i de regionale helseforetakene støtter søknaden.

- *Rapportering i ØBAK*

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

- *Pasientsikkerhetskampanjen*

Helse Sør-Øst RHF har i 2013 overført 2 mill. kroner til kampanjesekretariatet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å sikre at pasientsikkerhetskampanjen gjennomføres etter planen.

- *Etablering av egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet*

Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF gav 30. september 2011 Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å gjennomføre en prosess med sikte på å etablere en egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet.

Helse Sør-Øst RHF har etter dette i tett dialog med de ansattes organisasjoner jobbet med å etablere pensjonskassen innenfor de rammer foretaksmøtet fastsatte. Pensjonskassen har fått navnet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) og er i drift fra 1. januar 2014.

PKH er etablert ved en fusjonsfusjon (deling) av Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, fusjon (sammenslåing) med Vestre Viken pensjonskasse og flytting av ordninger fra DnB Liv og KLP. Fra KLP er både fellesordning og legeordning for Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Vestre Viken og Helse Sør-Øst RHF (inkludert Sykehuspartner) flyttet til PKH. Det er etablert en egen legeordning i PKH i tråd med legeordningen i KLP. Samtlige leger i de berørte helseforetakene er overført denne ordningen, mens øvrige ansatte er overført fellesordningen i PKH. Overføringen er skjedd på en slik måte at ytelsesplanene for det enkelte medlem ikke er endret. Pensjonsordningene i PKH er ordinær offentlig tjenestepensjon, og PKH har inngått overføringsavtale med Statens pensjonskasse.

Samtlige sykepleiere er i tråd med oppdraget fra foretaksmøtet overført den lovfastsatte sykepleierordningen i KLP.

Arbeidsdepartementet har ved brev av 5. desember 2013 til Statens pensjonskasse godkjent at Statens pensjonskasse lukkes for nye medlemmer fra helseforetakene i hovedstadsområdet med virkning fra 31. desember 2013. Samtlige nyansatte i helseforetakene Akershus

universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus Vestre Viken og Helse Sør-Øst RHF (inkludert Sykehuspartner), med unntak av sykepleiere og apotekansatte) er således meldt inn i PKH fra og med 1. januar 2014.

PKH er etablert med egen administrasjon bestående av administrerende direktør og fem ansatte. Medlemsservice forestås av PKHs egne ansatte, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver er utkontrahert etter forutgående konkurranser i henhold til reglene om offentlige anskaffelser.

4. Styrets plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

Det er et stadig økende behov for helse- og omsorgstjenester. Dette har bakgrunn i en aldrende befolkning med økt sykdomsbyrde og at flere lever lengre med kreft, kroniske og sammensatte sykdommer. Den medisinske faglige og teknologiske utvikling og høyere forventninger blant befolkningen påvirker også tilbudet og behovet for tjenester.

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

Samhandlingsreformen har fokus på forebygging og kompetanse- og oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten. Ansvar for behandling og oppfølging av pasienter med kjente og avklarte lidelser, skal i økende grad ivaretas i kommunen og av fastlegen.

Effekten av samhandlingsreformen for spesialisthelsetjenesten er fortsatt usikker. Det gjelder både i forhold til økonomi og betydning for kapasitetsbehovet på de områder der de kommunale ø-hjelpsplasser skal komme i stedet for et akuttilbud i spesialisthelsetjenesten.

Gradvis oppbygging av et døgntilbud i kommunene og usikker effekt for spesialisthelsetjenesten gjør det vanskelig å planlegge for eventuelt reduksjon av egne akuttfunksjoner. Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene i tilsvarende omfang.

Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunene med veiledning og kompetansebygging. Det er viktig at helseforetakene bidrar til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Samarbeid om fordeling av pasienter enten til sykehus eller døgntilbud i kommunene vil ha stor betydning for kvaliteten i pasientforløpet, særlig for eldre. Helsepersonell må ha kompetanse innen pasient- og pårørendeopplæring blant annet for å kunne støtte individuell brukermedvirkning. Dette krever god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene. Det krever også til innovative medisinske-faglige løsninger, organisatoriske løsninger og IKT-løsninger.

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

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

4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

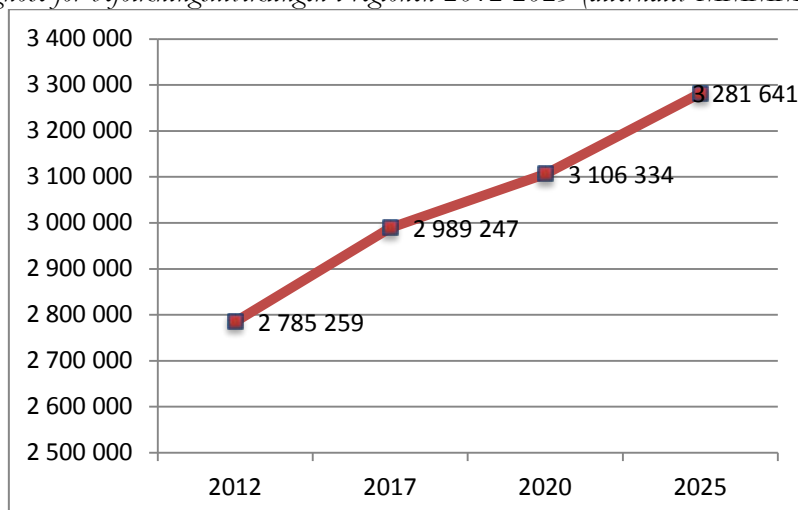
Behovet for helsetjenester vokser innenfor helseregionen delvis pga. demografiske endringer, økt sykdomsbyrde i befolkningen, medisinsk teknologisk utvikling og høyere forventninger blant innbyggerne i regionen.

Befolkningsutvikling

Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som omfatter ca. 2,8 av landets 5 millioner innbyggere. Ut fra SSBs prognose¹ forventes at befolkningen i regionen øker til om lag 3,0 millioner i 2020 og 3,3 millioner i 2025, dvs. en økning fra 2012 på henholdsvis 11,5 % og 17,8 %. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

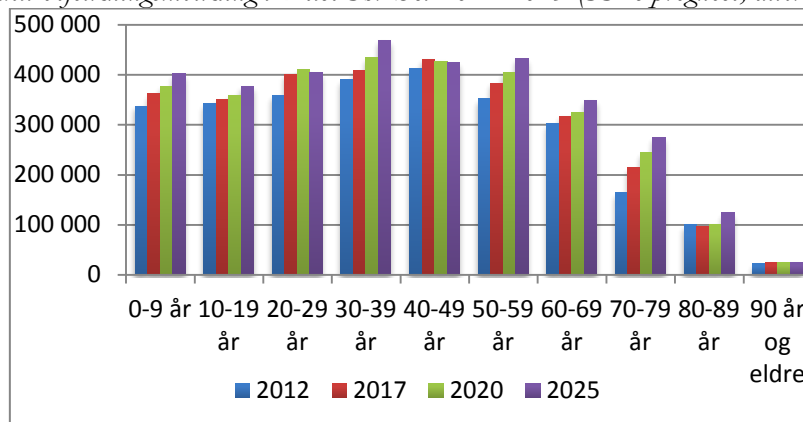
For regionen samlet er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Særlig bør merkes at aldersgruppen over 50 år øker med om lag 263 000 (27 %) i perioden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

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



Aldring i befolkning Helse Sør-Øst

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



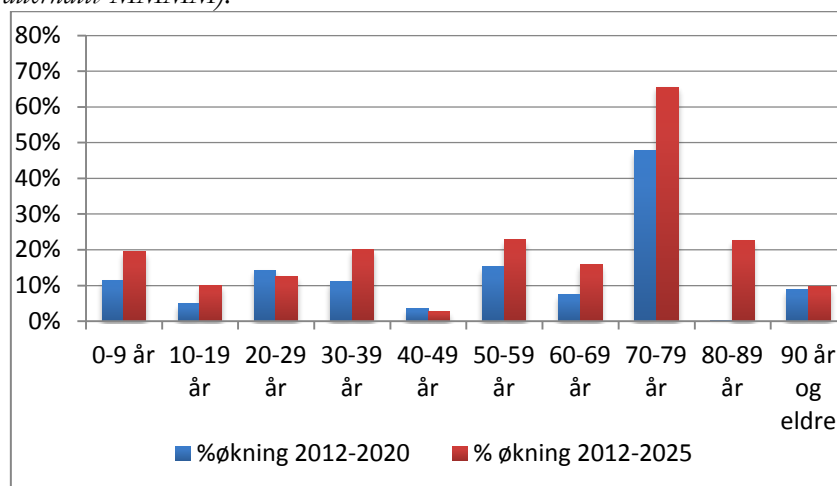
¹ Fremskrivningstall fra SSB. Mellomalternativ. For Bydeler i Oslo legges tall fra Oslostatistikken til grunn.

Antall eldre øker stadig i Helse Sør-Øst. Figurene 2 og 3 viser at den største økning skjer i gruppen 70-79 år (48 %). Forekomsten av aldersrelaterte sykdommer øker som konsekvens av at folk lever lengre. Eldre over 70 har fem ganger så stort forbruk av sykehustjenester som den øvrige befolkningen og de over 80 (5 % av den norske befolkningen) bruker 45 % av alle somatiske sykehussenger. (Hdir 2012: *Behov for spesialist kompetanse i helsetjenesten*).

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

Samhandling mellom spesialist-, primær- og kommunale pleie- og omsorgstjenester er avgjørende for å holde folk friske og for at behandlingen, der det er hensiktsmessig kan håndteres uten for sykehus. Det skal skje ved forebygging, tidlig intervensjon og ved at behandling og oppfølging i størst mulig grad utføres av primærhelsetjenesten. Det stiller krav om innovative løsninger, kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom tjenestenivå for å sikre kvalitet i hele pasientforløpet, både det som skjer innenfor og utenfor sykehus.

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



Innvandring

I 2013 var det godt 710 000 personer bosatt i Norge som enten hadde innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrereforeldre (117 000). Til sammen utgjør denne gruppen 14,1 % av befolkningen. Halvparten har bakgrunn fra Europa og over en tredjedel har bakgrunn fra Asia.

Innvandrergruppen er en heterogen gruppe fra et sosioøkonomisk- og helseperspektiv. Sosioøkonomiske problemfaktorer som lav utdanning, lav inntekt og høy arbeidsledighet forekommer hyppigere blant enkelte grupper innvandrere enn blant etnisk nordmenn. Andel av befolkningen i Oslo per 1. januar 2013 som har innvandrerbakgrunn er 30,4 %, 9,2 % fra EU/EØS etc. og 21,2 % fra Asia, Afrika etc. Siden 2000 har innvandrerbefolkningen i Oslo økt med 99 %. I Bydel Søndre Nordstrand har halvparten av befolkningen innvandrerbakgrunn. I bydelene Stovner og Alna er innvandrerandelen på litt under 50 %. Mellom 85 og 90 % av disse har bakgrunn fra Asia, Afrika etc. Personer med bakgrunn fra EU/EØS er langt jevnere fordelt mellom bydelene, men med en liten overvekt på sentrumsbydelene.

Utfordringsbilde

Sykdomsutvikling

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

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

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

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

Sosial ulikhet i helse

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

Ventetider og fristbrudd

Ventetid for alle (med og uten rett) er stabil fra 73,3 dager i 2012 til 73,4 dager i 2013. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) er stabil fra 75,0 til 75,1 dager fra 2012 til 2013, og det er en svak økning fra 59,9 til 60,9 dager for rettighetspasienter. Vel 90 % av de som står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for et betydelig redusert antall langtidsventende, hovedsakelig de uten rett til helsehjelp, som særlig venter innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer.

For psykisk helsevern er ventetiden for alle (med og uten rett) redusert fra 51,7 til 50,2 dager for psykisk helsevern for voksne og økt fra 48,1 til 50,3 dager for psykisk helsevern for barn og ungdom, fra 2012 til 2013. For rettighetspasienter er det en ventetidsøkning på 1,5 dager for psykisk helsevern samlet fra 46,0 til 47,5 dager.

For TSB er gjennomsnittlige ventetider for alle (med og uten rett) redusert fra 59,0 dager i 2012 til 57,6 dager i 2013. For rettighetspasienter er det en reduksjon fra 59,4 dager i 2012 til 58,5 dager i 2013. Innen TSB er det ventetider på innleggelse til døgntilbud som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

Antall nyhenviste

Antall nyhenvisninger innen somatikk ble redusert fra 2012 til 2013 med 0,1 %. Innen psykisk helsevern er det en økning på 3,1 % for psykisk helsevern for voksne og på 0,3 % for psykisk helsevern for barn og ungdom.

Det har vært en reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB på 5,3 % i 2013. Årsaken til nedgangen er uklar, men den antas å ha sammenheng med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

Det er viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

Samhandling/ samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som formål å begrense og forebygge sykdom og bidra til at pasienter og pårørende skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud på rett nivå.

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

Fra 2016 er kommunene lovpålagt å ha et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til sin befolkning som kommer i tillegg til spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er hensikten at flest mulig med kjent og avklart sykdom og behandling ved forverring kan få et like godt eller bedre tilbud i kommunen framfor å bli innlagt på sykehus.

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

Det har vært en betydelig reduksjon i antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012. Antall liggedøgn er redusert med mellom 90 000 og 100 000 fra 2011 til 2012 og ytterligere ca. 40 000 liggedøgn fra 2012 til 2013².

Analysene viser at liggedøgnreduksjonen til dels kan forklares av den langvarige trenden med reduserte liggetider i sykehus, men ca. halvparten av liggetids- og liggedøgnreduksjonen kan tilskrives samhandlingsreformen. De fleste kommunene og bydelene har arbeidet svært godt med å ta ut sine utskrivningsklare pasienter. Fra 2012 til 2013 har antallet utviklingen stagnert og det har ikke vært den forutsatte nedgang.

Det er en forutsetning at unødvendige reinnleggelser skal forebygges og reduseres. Reinnleggelsesratene har økt de siste fem årene (*Samdata 2011*) og virker tilsynelatende lite endret

² Basert på tall fra november den ene år til november følgende år

etter samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre en mer definitiv analyse av dette og medvirker også i et prosjekt for å forebygge reinnleggelser ved Vestre Viken, Bærum.

DRG innen døgnbehandling har vært stabil fra 2012 til 2013 (0,6 % opp). DRG innen dagbehandling har gått ned med 11,2 % og DRG innen poliklinikk har økt med 8,2 % fra 2012 til 2013³.

En nedgang i antall innleggelser for pasienter med kroniske sykdommer som en konsekvens av samhandlingsreformen krever en omstilling innenfor spesialisthelsetjenesten. For å oppnå reduksjon i ventelister og fristbrudd (for nyhenviste) bør ledig kapasitet brukes til å øke poliklinisk aktivitet - særlig innenfor fagområder med mange langtidsventende, fristbrudd og lange ventetider. Behov for raskere poliklinisk utredning av pasienter med kreftsymptomer, krever økt aktivitet innen radiologi og andre medisinske støttefunksjoner. Når kommunene overtar flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, skal sykehusene drive mer spesialisert virksomhet, men samtidig veilede og støtte kommunene i forhold til både behandling og forebyggende arbeid.

Plikten til veiledning og kompetanseheving er et av områdene ved implementering av samhandlingsreformen som gir utfordringer. Plikten omfatter også mer systematisk veiledning. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevende tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtales festes.

Spesialisthelsetjenesten bør yte god støtte til kommunene for at mest mulig av den behandling som kan skje uten for sykehus blir gjort i kommunalt regi. Spesialisthelsetjenesten bør også bidra til det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene for å bremse veksten i behovet for helsetjenester. I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer å bistå samarbeid, kompetansebygging og brukermedvirkning.

Kreftutredning og diagnose - Normative kreftforløpstider skal innfris.

Det skal sikres gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter, i tråd med Nasjonal kreftstrategi (2013-2017). I henhold til oppdragsdokumentet for 2013 skal de regionale helseforetakene redusere flaskehalsen innen kreftbehandlingen. På oppdrag fra det regionale helseforetaket leverte det regionale fagrådet for kreft i mai 2013 et omfattende arbeid som inneholdt kartlegging av flaskehalsen og tiltak. Gjennomgangen hadde fokus på to kreftformer (prostatakreft og lungekreft). Dette fordi pasientene med disse kreftdiagnosene i stor grad venter for lenge i utredning og på behandling. Helse Sør-Øst RHF sluttet seg til anbefalingene fra kreftrådet og sendte samlet materiale over til helseforetakene for oppfølging i brev av 2. juli 2013.

Følgende sentrale føringer ble gitt til helseforetakene:

- For pasienter med mulig lungekreft er det viktig å få redusert perioden fra mistanke oppstår til behandling igangsettes. Innføring av normerte forløpstider for disse pasientene vil kreve en endret prioritering i helseforetakene, flaskehalsen må fjernes og den interne logistikk og koordinering må bedres.
- I første omgang er det viktig å få økt poliklinisk kapasitet og etablert et raskere og mer hensiktsmessig utredningsforløp.
- En reduksjon i utrednings- og behandlingstid for kreftpasienter vil kreve at disse pasientene prioriteres nest etter øyeblikkelig hjelp.

³ Som oven

- Det må stilles robusthetskrav til utredning og lungemedisinske enheter. Det er viktig at helseforetakene sikrer tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i de lungemedisinske enhetene.
- Det må stilles krav til henvisninger, fra fastlege til spesialisthelsetjeneste, men også internt i sykehusene.
- Det er viktig å få redusert tiden fra pasienten første gang oppsøker lege til pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten med mistanke om lungekreft. Ved mistanke om malign sykdom bør pasientene henvises direkte til helseforetak.
- Spesialisthelsetjenesten må ha ansvar for at pasienter med diffuse symptomer, men der en har mistanke om kreftsykdom, ikke sendes tilbake til fastlegen før alle relevante undersøkelser er gjennomført.
- Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at viderehenvisninger effektueres for å nå fram til en sikker diagnose så raskt som mulig. Dette vil de fleste steder kreve en endret logistikk innad i helseforetakene.
- Radiologiske avdelinger som undersøker henviste pasienter må ta ansvar for å vurdere eventuelt behov for en videre utredning i spesialisthelsetjenesten og besørge at så skjer. Avdelingene må også på eget grunnlag vurdere bruk av annen modalitet enn den som er rekvirert fra fastlegens side, hvis det anses mer hensiktsmessig. Beslutning om behandling skal tas i tverrfaglige team.
- Det er viktig at pasienten sikres samme logistikk i systemet uavhengig av hvor utredningen starter.

Kreftrådets utredninger for lungekreft og prostatakreft inneholdt også en rekke vurderinger og forslag som grenser opp til kliniske retningslinjer. Dette innarbeides i det regionale arbeidet med behandlingslinjer som i 2013 har fokus på forløpstider for kreft. Helse Sør-Øst RHF anser at tilrådingene som fremkommer også må forstås som innspill til det nasjonale arbeidet med revidering av retningslinjer.

Helsefaglig utvikling

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

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

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

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

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

Forventninger til helsetjenesten

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til høyspesialiserte behandlingstilbud, fritt sykehusvalg, mer effektiv organisering, åpenhet, kvalitet og pasientsikkerhet. Lettere tilgang til helseinformasjon gjennom media og internettet bidrar til mer informerte pasienter og brukere. I takt med utviklingen skal helsetjenesten legge til rette for at pasienter, brukere og pårørende skal få en enda mer sentral og aktiv rolle i egen behandling og hvordan helsetjenester utformes, planlegges og struktureres.

Behovet for aktivitetsvekst

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2015 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige (TSB). Dette som et innspill til arbeidet med statsbudsjett for 2015.

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovene for tjenester. Det vil også være viktig å øke innsatsen innen forskning og utvikling og å øke investeringer i bygg og utstyr. Dette setter også krav til mer effektiv bruk av ressursene.

Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av nye behov, nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder og et ønske om kortere ventetid.

I tråd med dette legger Helse Sør-Øst RHF for 2015 som planforutsetning opp til en høyere vekst innen alle tjenesteområdene enn i 2014. Det er ikke tatt endelig stilling til differensiering av aktivitetsveksten mellom tjenesteområdene, men behovet for et sterkt fokus på utfordringene innen TSB og psykisk helsevern må balanseres opp mot at utfordringsbildet mht tilgjengelighet til tjenestene fremstår som større innen somatikk enn de øvrige tjenesteområdene.

Kapasitetsvurderinger og sykehistilørighet

Regionalkapasitetsanalyse

Helse Sør-Øst RHF vurderer jevnlig hvordan ”sørge for”-ansvaret best skal ivaretas også i et langsiktig perspektiv. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Som del av dette har SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse, fått i oppdrag å gjennomføre et prosjekt *Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst*. Målet er å fremskaffe grunnlag for å klargjøre langsiktige planforutsetninger for oppfyllelse av ”sørge for”-ansvaret for Helse Sør-Øst RHF frem mot 2030.

Fremskrivingsmodellen som benyttes er utviklet i regi av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, som eies av Helsedirektoratet. Arbeidet i Helse Sør-Øst innebærer også en videreutvikling av modellen blant annet når det gjelder:

- Bedre systematikk for kartlegging av dagens sykehus
- Systematisk kunnskapsinnsamling og bruk av trender og referanser
- Etablering av eierstrategier

Sluttrapport fra dette arbeidet leveres innen 1. juni 2014. Rapporten skal dokumentere resultater, beskrive dagens aktivitet og kapasitet og fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov frem mot 2030, også basert på dagens aktivitet hos private tjenesteleverandører. Arbeidet omfatter tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling (TSB). En viktig del av dette arbeidet er pasientforløpsanalyser.

I tillegg til en ny, langsiktig og samlet regional kapasitetsanalyse, ble det høsten 2013 gjennomført et eget utredningsarbeid for hovedstadsområdet, med særlig bakgrunn i følgende aktuelle utfordringer:

- Kapasitetsutfordringer Akershus universitetssykehus
- Utviklingsplan Vestre Viken, investeringsbehov
- Idéfase-prosess Oslo universitetssykehus
- Samhandlingsreformen

Arbeidet ble ledet av en rådgivende styringsgruppe bestående av ledende personer i de angjeldende helseforetak og private sykehus, Oslo kommune, KS, brukere, konserntillitsvalgte og konsernverneombud.

Styringsgruppens hovedoppgave var å gi administrerende direktør råd om forbedringer i tjenestetilbudet til pasienter og befolkning, ved å utrede/avklare premisser/føringer på sentrale aktivitets- og kapasitetsprosjekt i hovedstadsområdet, i et kort- og langsiktig perspektiv. Arbeidet ble sammenfattet i rapporten *Premissavklaringer for hovedstadsområdet* som ble behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 19. desember 2013.

Følgende hovedpunkter fra dette arbeidet er vesentlige i denne sammenheng:

- Det forventes en betydelig befolkningsvekst i perioden 2012-2020. Prognosen er at innbyggertallet i de tre fylkene i hovedstadsområdet vil øke med om lag 210 000. I denne perioden vil aldersgruppen 80+ holde seg nærmest uendret, mens gruppen 60-79 år vil vokse med over 51 000 personer. Både de siste årenes befolkningsvekst og den forventede økningen i dette området er vesentlig større enn i resten av regionen/landet.
- Når det gjelder utviklingen i hovedstadsområdet er det også viktig å nevne følgende:
 - Oslo har i mange år hatt store forskjeller mellom bydelene i sykkelighet og dødelighet for innbyggerne.
 - Press på kapasiteten og manglende positiv utvikling i tilgjengelighetsparametere ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, jf. blant annet fristbrudd og ventetider, gir behov for ytterligere dreining mot dag- og poliklinisk behandling.
- Det er identifisert særlige kapasitetsutfordringer ved Akershus universitetssykehus, dette er også tidligere belyst i en egen SINTEF-rapport og styresaker i Akershus universitetssykehus.
- Det er betydelig medisinsk og helsefaglig kompetanse i området, men samtidig en del utfordringer, blant annet i forhold til kompetanseutvikling, rekruttering, utdanning mv. innenfor enkelte faggrupper og -områder (eksempel operasjons- og intensivsykepleiere).
- Samhandlingsreformen vil ha særlige effekter i hovedstadsområdet. Dette kan innebære både utfordringer og vesentlige muligheter. Tilsvarende vil videreutvikling av storbylegevakten ha betydning for sykehusene og tjenestene på kommunalt nivå.
- Det er et betydelig investeringsbehov. Dette utredes i utviklingsplan og idéfase for Oslo universitetssykehus og Vestre Viken. Videre prosess for disse arbeidene må avstemmes mot de pågående regionale prosjektene.

- Realisering og standardisering av dataløsningene med felles IKT-systemer vil gi større muligheter for raskere utveksling av pasientdata og mer effektiv pasientbehandling.
- I rapporten gjøres også vurderinger i et mer langsiktig perspektiv og en drøfter enkelte prinsipielle spørsmål med betydning for behandlingsskapasiteten i hovedstadsområdet og i helseregionen forøvrig. Det fremgår at befolkningsveksten og den demografiske utviklingen fortsetter frem mot 2030 og videre i det neste tiåret. Aldersgruppen 80+ vil vokse betydelig.

I forhold til utfordringene i hovedstadsområdet er det etablert tiltak både på kort og mellomlang sikt:

- Iverksatte tiltak ved Akershus universitetssykehus begynner å gi positive resultater og driftsmessige forbedringer. I tillegg vil Akershus universitetssykehus realisere egne planer om ytterligere tiltak de nærmeste måneder. Dette arbeidet videreføres og videreutvikles. Helse Sør-Øst følger utviklingen med tettere oppfølging enn vanlig, og vil blant annet bidra med innsatsteam, spille inn gode erfaringer fra andre sykehus mv.
- Det er i dialogen med helseforetakene og de private sykehusene klarlagt ledig kapasitet av forskjellig art og muligheter for kapasitetsutvidelser på kort og mellomlang sikt. På de private sykehusene omfatter dette blant annet følgende:
 - Diakonhjemmet Sykehus har etablert nytt akuttmottak og kan ta i mot to til fem ekstra ø-hjelpspasienter per døgn fra primo desember 2013, med en opptrapping på inntil 10 pasienter per døgn fra 1. februar 2014.
 - Diakonhjemmet Sykehus kan behandle en større andel av alle eldre Oslo-pasienter med brudd.
 - Lovisenberg Diakonale Sykehus kan ta i mot to ø-hjelpspasienter per døgn fra desember 2013.
 - Lovisenberg kan videre dekke opp for en sengepost i løpet av fire måneder, noe som er aktuelt fra høsten 2014.

Helse Sør-Øst RHF vil inngå avtale med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om kapasitetsutvidelser. Disse avtalene har et langsiktig perspektiv, noe som kan gi disse sykehusene et større befolkningsgrunnlag, som også kan styrke den faglige virksomheten.

Helse Sør-Øst RHF vil bidra til at det inngås konkrete avtaler mellom Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, og Helse Sør-Øst RHF om rutiner og kriterier for hvilke pasienter som kan henvises og følges opp på denne måten, samt avklaringer knyttet til premisset for økonomisk oppgjør. En vil i denne sammenheng særlig sikre pasientenes behov for kontinuitet og oppfølging gjennom forutsigbar triagering og gode samhandlingsrelasjoner med kommune/bydelene, og at unødvendig ventetid og transport mellom sykehusene må unngås.

Helse Sør-Øst vil etablere et samarbeidsutvalg for samordnet oppfølging og evaluering av kortsiktige tiltak, samt kriterier for styring/koordinering av pasientstrømmer og ledig kapasitet i hovedstadsområdet. Utvalget skal primært arbeide i en overgangsperiode, eventuelt med sikte på å etablere en mer permanent samordning.

Endring av sykehistilbørighet

I 2013 besluttet styret for Helse Sør-Øst RHF å endre sykehistilbørigheten innen psykisk helsevern og TSB for kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker (RHF-styresak 57-2013). Kommunene Sande og Svelvik ble overført fra Sykehuset i Vestfold til Vestre Viken fra 2014, mens Jevnaker kommune overføres fra Sykehuset Innlandet til Vestre Viken fra 2015. Etter disse

endringene vil kommunene ha samme sykehustilhørighet for alle tjenester. Dette gir positiv effekt blant annet i oppfølgingen av Samhandlingsreformen.

Videre har Vestby kommune uttrykt ønske om å bli tilknyttet nytt østfoldsykehus når dette er etablert. Tilsvarende gjelder Nes kommune i Akershus som ønsker tilhørighet for alle tjenesteområder til Akershus universitetssykehus.

Eventuelle endringer i sykehustilhørigheten vil bli vurdert i sammenheng med den regionale kapasitetsanalysen. Eventuelle endringer vil bli forelagt styret for Helse Sør-Øst RHF og forelagt foretaksmøte i henhold til vedtektenes § 9.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler årlig en økonomisk langtidsplan som går over de fire kommende årene, med vurderinger knyttet til investeringer og investeringsstrategi over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2014 -2017, og ble styrebehandlet i juni 2013. Økonomisk langtidsplan skal gi et grunnlag for en samlet vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utbyggingsprosjekter i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår, basert på forutsetninger om inntektsutvikling, aktivitetsutvikling og medisinskfaglige prioriteringer. Disse forutsetningene justeres for krav og føringer som gis i de årlige statsbudsjetter, samt oppdragsdokument og foretaksprotokoll for det enkelte år.

Vurderingene som er gjort i gjeldende økonomiplan tilsier at den økonomiske utviklingen for foretaksgruppen samlet i planperioden viser en forventet positiv utvikling. Imidlertid er en utfordring at resultatutviklingen og det økonomiske handlingsrommet utvikler seg ulikt mellom helseforetakene. Det er nødvendig å sikre at denne forskjellen i økonomisk handlefrihet ikke medfører at pasienttilbudet innenfor sykehusområdene utvikler seg ulikt over tid.

Realisering av en forventet positiv utvikling er imidlertid avhengig av at det skjer en faktisk bemanningstilpasning og produktivitetsvekst i tråd med det som er lagt til grunn i planen. Gjennomføringen av planlagte bemanningstilpasninger og andre planer vil kreve sterk og kontinuerlig ledelsesmessig fokus på endringsprosesser, herunder muligheter for å effektivisere arbeidsprosesser, løse opp flaskehalser i behandlingsforløpene, og ta ut effektiviseringsgevinster i alle deler av virksomheten. For å få dette til er det avgjørende at alle prosesser er forankret i organisasjonen, det vil si med de ansatte og deres organisasjoner, og de ansatte må trekkes inn i planene på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Gjeldende økonomiske langtidsplan tilsier at det legges opp til et ekspansivt investeringsopplegg i helseforetaksgruppen i perioden. Dette vil legge press på resultatutviklingen samlet sett, og en stadig større del av fri likviditet fra drift bindes opp i avdrag på tidligere investeringer fremfor å kunne finansiere nye investeringer. Det er imidlertid en forutsetning at nye investeringer som vedtas gjennomført, også er bærekraftige i økonomisk forstand. Det vil si at tilhørende kapitalkostnader over tid må finansieres gjennom effektivisering og gevinstrealisering i drift.

For å skape økonomisk handlingsrom og gjennomføre nødvendige investeringer, kreves det derfor en kostnadstilpasning innenfor gitte inntektsrammer. For å få realisert nødvendige resultatmål må det etableres gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT. Dette skal i sum bidra til å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stabs- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på administrative funksjoner. Det må videre realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

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

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

Det er utarbeidet en samlet gjennomgang og vurdering av kapasitet og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i Oslo-området, inklusive de private ideelle sykehusene. Dette arbeidet og de vurderinger som gjøres vil bli sett i forhold til en rapport under utarbeidelse fra SINTEF som skal vurdere kapasitetssituasjonen i hele regionen. Dette arbeidet vil videre bli sett i sammenheng med nasjonale myndigheters arbeid med å utarbeide en Nasjonal helse- og sykehusplan, som vil legge premisser for utvikling av sykehusstrukturen de kommende år.

4.1.3 Personell og kompetanse

En velfungerende spesialisthelsetjeneste fordrer god samhandling mellom fagområder, organisatoriske enheter og behandlingsnivåer, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Ledere og medarbeidere må ha vilje, evne og mulighet til å arbeide sammen om videreutvikling av både fag og arbeidsprosesser, slik at tilgjengelige ressurser brukes mest mulig optimalt og er hensiktsmessig koordinert med kommunehelsetjenestens tilbud. Ledelse i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst handler om å skape oppslutning om felles mål, samt å involvere medarbeidere aktivt i drift og utvikling av tjenesten.

Helse Sør-Øst bygger sin virksomhet på spesialistkompetanse. For å sikre en effektiv og trygg helsetjeneste nå og i fremtiden må det kontinuerlig arbeides med å utvikle rett kompetanse og riktig kapasitet i forhold til identifiserte behov. Prioritering og dimensjonering av de aktuelle utdanningskategorier i tråd med behovene forutsetter et nært samarbeid mellom våre virksomheter, universiteter og høyskoler samt øvrige utdanningsinstitusjoner.

Virksomhetsutvikling omfatter alle prosesser og aktiviteter som er rettet inn mot å forbedre virksomhetens resultater og måloppnåelse. Sentralt i dette står kontinuerlige læringssløyer der oppnådde resultater vurderes opp mot avtalte mål med tanke på forbedring og videreutvikling av virksomheten. God virksomhetsutvikling i Helse Sør-Øst innebærer at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid i tråd med våre prinsipper for medvirkning.

Som en resultatorientert eier er Helse Sør-Øst RHF opptatt av at alle underliggende virksomheter sørger for planlegging av drift og utvikling i henhold til fastsatte mål, at de opptrer samfunnsansvarlig og bidrar til helsefremmende arbeidsplasser.

Gjeldende plan for strategisk utvikling (2013-2020) legger føringer for utvikling av den samlede virksomheten i Helse Sør-Øst, herunder HR-området. Vår handlingsplan på dette området knytter an til tre strategiske innsatsområder:

- styrket ledelse
- riktig kompetanse
- god ressursstyring

I 2014 vil Helse Sør-Østs HR-innsats særlig være rettet mot følgende mål og aktiviteter innen disse områdene:

Styrket ledelse

Det skal gjennomføres tiltak som setter foretakene i stand til å etablere et helhetlig system for styrket ledelse som også understøtter arbeidsgiverrollen i ledelseslinjen.

Videre skal det i forbindelse med overenskomstrevisjon og lønnsoppgjør 2014 gjennomføres tiltak for å understøtte linjeledelsen i utøvelsen av arbeidsgiverpolitikken.

Foretakene skal dessuten følges opp for å sikre at medarbeidere systematisk involveres i forpliktende samarbeid og dialog med ledere om mål, resultater og utvikling.

De viktigste aktivitetene er konsentrert om lederutvikling, arbeidsgiverpolitikk og medvirkning:

- Bistå utvalgte foretak i utvikling og gjennomføring av lederutviklingstiltak, utvikle og gjennomføre revidert program for lederutviklere samt støtte til Nasjonal Ledelsesutvikling ved gjennomføring av topplederprogrammet
- Videreutvikle nettverk og erfaringsarenaer for lederutviklere i regionen. Det skal arrangeres erfaringskonferanser og møteplasser for å sikre erfaringsdeling på tvers av foretaksgruppen og tverregionalt
- Følge opp medarbeiderundersøkelsen og koordinere gjennomføring samt videreutvikling og utbredelse av denne i tilknytning til pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

Riktig kompetanse

Det skal etableres analysegruppe som skal fremskaffe et regionalt faktagrunnlag med tanke på å styrke samarbeid med universitet og høyskoler og sikre riktig og fremtidsrettet kompetanse.

Videre skal det foretas en regional vurdering av strategiske kompetansebehov basert på den foreliggende dokumentasjon for status og langsiktige utviklingstrekk. Resultatet av denne gjennomgangen formidles til aktuelle myndigheter, utdanningsinstitusjoner og andre samarbeidspartnere.

Følgende aktiviteter gjennomføres med dette for øye:

- Helseforetakenes risiko- og sårbarhetsanalyser av kritisk kompetanse innhentes og systematiseres
- Vurderingene sammenstilles med annen foreliggende dokumentasjon for relevante utviklingstrekk, herunder data fra arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan, nasjonalt prosjekt for bedre oppgavedeling og arbeidet med utredning av ny spesialitetsstruktur for leger
- Samlede vurderinger av behovet for arbeidskraft og kompetanse frem mot 2030 utarbeides og fremlegges for regional HR-konferanse i oktober 2014

I tilknytning til arbeidet med kompetansebehov skal det også utarbeides en plan for arbeidsgiverpolitiske tiltak som støtter kompetanse. Bruken av Læringsportalen vil bli styrket gjennom nye regionale tiltak. Implementering av ny HMS-policy vil også bidra til å klargjøre rammer for det regionale kompetansearbeidet.

Helseregionen skal innhente og systematisere data om beregnede effekter av investering i ulike kompetansetiltak og videreutvikle nøkkeltall og data. Hensikten er å synliggjøre investeringer i ansattes kompetanse og bruke dette i prioriteringsdiskusjoner.

Dialog og samarbeid med høyskoler og universiteter skal styrkes med tanke på dimensjonering av utdanningskapasitet og kritisk kompetanse i et 5-10 års perspektiv.

God ressursstyring

Det skal gjennomføres tiltak for å sikre at alle foretak har dekkende og oppdaterte bemanningsplaner i samsvar med gjeldende føringer (herunder krav til hele faste stillinger), at det sikres at foretakene har gode rutiner for løpende dokumentasjon og oppfølging av arbeidstid, at det gjennomføres tiltak for å styrke ledere og medarbeideres kompetanse på styring av bemanning og arbeidstid samt at analyser, nøkkeltall og HR faktagrunnlag formidles til helseforetakene og andre interessenter.

De tre viktigste aktivitetsområdene er knyttet til Prosjekt bedre ressursstyring, premissgiveroppgaver for Sykehuspartner og utvikling/vedlikehold av HR faktagrunnlag:

- Prosjektet ferdigstilles og aktivitetene overføres til drift. Herunder gjennomføres opplæring av ledere i prosess og forbedring av ressursstyring og arbeidstidsplanlegging, metodeutvikling for å analysere aktivitet samt tiltak for å redusere ventetider og utvide åpningstider. Det gjennomføres en erfaringsamling vedrørende bedre ressursstyring i september 2014
- Det gjennomføres tiltak for å følge opp god systemstøtte innen HR, gjennomføre handlingsplan og avklare evt. ny selskapsform for felles tjenesteleverandør
- HR faktagrunnlag leveres og videreutvikles for å understøtte alle innsatsområder innen HR med analyser og nøkkeltall

Medvirkning, dialog og forankring

Brukermedvirkning

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

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

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

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som blant annet skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientene og

de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og framtidsrettet.

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

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

Brukerutvalgets årsrapport finnes på www.helse-sorost.no/brukerutvalg.

Det vises også til brukerutvalgets egen uttalelse til årlig melding 2013 (se vedlegg).

Medbestemmelse - Tillitsvalgte og verneombud

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

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

Det er viktig å ansvarliggjøre medarbeidere og gjøre kompetansen og endringskraften som finnes hos de ansatte tilgjengelig for organisasjonen i forbindelse med omstilling og endring. Spilleregler som gjelder for medvirkning i omstilling er nedfestet i lov- og avtaleverk gjennom Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven. I forbindelse med omstillingsprogrammet er det, på bakgrunn av foreliggende avtaleverk og innspill fra tillitsvalgte, verneombud, ledere og øvrige ansatte formulert ”12 prinsipper for medvirkning i omstilling i Helse Sør-Øst”. Disse prinsippene ble vedtatt i det regionale helseforetakets styre i sak 067-2008 nr. 6.

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

4.1.4 Bygningskapital - status og utfordringer

Forvaltning

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt strategi for eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen. Dokumentet er et ledd i arbeidet med å nå målsettingen om en kostnads- og arealeffektivisering på 10 % for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst. Det er også utarbeidet en statusrapport for

alle delprosjekter som er iverksatt gjennom *Forum for utvikling av bygg og eiendom*, som er etablert for å nå de overordnede målene på området.

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

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

I eiendomsstrategien er kostnadsføring og benchmarking omtalt slik:

- Arealenes betydning for de samlede driftskostnader synliggjøres gjennom en standardisert rapportering for eiendomsvirksomheten. Det skal defineres rapporteringsstandarder for eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen og det skal innrapporteres drifts- og kostnadsdata i henhold til definerte standarder.
- Det tilrettelegges for kostnads- og ytelsessammenligninger for eiendomsvirksomheten mellom helseforetakene i helseforetaksgruppen (”benchmarking”), og det gjøres også sammenligninger mot ekstern beste praksis. Basert på disse målingene og sammenligningene etableres normer for ytelse og beste praksis for regionen, og differensierte styringskrav (per helseforetak).
- Det arbeides systematisk for å innføre beste praksis og felles arbeidsprosesser på tvers av helseforetakene innen helseforetaksgruppen. Standardisering og gjenbruk av gode løsninger på tvers av helseforetakene legges til grunn. Felles og mer effektive IKT-løsninger innenfor eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen tilstrebes.
- Det tilrettelegges for beskrivelse av beste praksiser og felles arbeidsprosesser, og tiltak innen områder med stort effektiviseringspotensial prioriteres.

De fleste helseforetak har etablert kostnadsføring etter prinsippet i Norsk Standard f. o. m. januar 2012. I 2013 er det rapportert kostnader for årene 2010 t. o. m 2012 i en kombinasjon av direkte registrerte kostnader og konverterte tall fra regnskapsrapportering. I 2013 er det gjennomført flere nettverksmøter for å øke kvalitet på registrering, Det er også startet en benchmarking/best praksis prosess med bakgrunn i de kartlagte data, som videreføres i 2014.

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

Forum for bygg og eiendom har etablert regionalt samarbeid om gjennomføring av lovpålagt energimerking av bygg. Det er etter utlysning utarbeidet rammeavtale som kan benyttes av alle helseforetak. Arbeidet startet opp i begynnelsen av 2012 og ved utgangen av året 2013 var ca. 35 % totalt byggareal i Helse Sør-Øst energimerket, noe som betyr at arbeidet må følges videre opp i 2014.

I forskrift for energimerking beskrives detaljert hva energimerkerapporten skal inneholde, blant annet er det krav til liste over energiltak. Helse Sør-Øst RHF har forsterket dette med å kreve

utarbeidet liste over tiltak som til sammen kan redusere energiforbruket med inntil 25 %. Alle tiltak beregnes med kostnader og tilbakebetalingstid.

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

Det er i 2013 avsluttet to energiprojekter støttet av Enova og sluttrapportering er sendt. Det er regelmessig drøfting med Enova vedrørende støtte til aktuelle nye prosjekter. To helseforetak har i løpet av året søkt og fått støtte til sine energiprojekter, og det er opprettet kontakt med ENOVA for å se på muligheten for flere prosjekter fremover.

Helse Sør-Øst er partner i innovasjonsprosjektet ”*Lavenergis sykehus*” der visjonen er halvert energiforbruk i fremtidens sykehus. Prosjektet er planlagt avsluttet i 2014 og er nå inne i siste fase der det blant inngår utarbeiding av dokumenter for ”beste praksis” innen de enkelte byggfag. Prosjektet har målsetting om halvert energiforbruk i fremtidens nye sykehus, men mye av kunnskapen som fremkommer vil også kunne brukes i eksisterende bygningsmasse.

Arbeidet med forvaltningsplaner av vernede bygg og kompetansebygging innenfor kulturminnevern videreføres, og arbeidet koordineres interregionalt. Det er ferdigstilt flere forvaltningsplaner i løpet av året slik at noen helseforetak er i ferd med å avslutte denne delen av vernearbeidet. Andre helseforetak som har større omfang av vernede bygg har igjen mye arbeid med verneplaner. Det er startet arbeid med kompetansebygging i forvaltningen av vernede bygg og utearealer.

Nettverksarbeid.

Det er videreført og startet noen nye kompetansebyggende nettverk i foretaksgruppen innen eiendomskostnader og benchmarking, kvalitet, bygningsinformasjonsmodellering (BIM), drift og vedlikehold, energiledelse, energikjøp, kulturminnevern, klassifisering av areal, elektroforbruk og BIM benyttet i driftsfase. Videre er det arbeidet nasjonalt med nasjonal database for klassifiseringssystemet, web portal for tilstandsregistrering og ny avtale for oljeprodukter. Miljø og klima - delrapport 2 bygg og eiendom (nasjonal) er behandlet i alle regioner og med prinsipielt vedtak om innføring av målsettinger.

Det er i 2013 gjennomført revidert kartlegging av byggenes tilstand og sammenholdt med tidligere registrering samt beregnet vedlikeholdsetterlepet i eiendomsporteføljen for Helse Sør-Øst.

Ut i fra disse dataene har rådgivingsfirmaet Multiconsult beregnet samlet vektet tilstand med følgende resultat: Totalt for hele Helse Sør-Øst gruppen har 9 % av arealene svært kraftige symptomer i tilstandsgrad 3 (TG 3) og 38 % med middels kraftige symptomer i tilstandsgrad 2 (TG 2). Litt over halvparten av arealet er i meget god eller god tilstand (TG 0 eller 1).

Normtall for verdibevarende vedlikehold av helsebygg er fra rådgivingsmiljøer oppgitt til å være i størrelsesorden 162 kr/m² BTA til 333 kr/m² BTA, forutsatt at det ikke er akkumulert vedlikeholdsbehov (vedlikehold definert som i NS 3454).

Foreløpig er det bare noen få helseforetak som har utarbeidet tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner(basert på TG 2 og 3). For hele gruppen er det derfor ingen samlet oversikt over vedlikeholdsbehovet basert på faktiske planer.

Samlet sett har registrert tilstandsgrad blitt dårligere relatert til siste helhetlige kartlegging i 2008. Den vesentligste endring er at de ”nye” byggene har beveget seg over til tilstandsgrad 1. Tilstandsgrad 0 har gått ned fra 25 % til 11 % og tilstandsgrad 1 har gått opp fra 31 % til 42 %. Den største utfordringen på kort sikt er at tilstandsgrad 2 og 3 øker. Tilstandsgrad 2 har en svak økning fra 37 % til 38 %, mens tilstandsgrad 3 øker fra 7 % til 9 %.

Styret i Helse Sør-Øst tok i sak 062-2013 til orientering en redegjørelse for behandlet oppfølging av vedlikeholdsstrategi og tiltak. I redegjørelsen er det blant annet konkludert med at:

”Helseforetakene har ulik gjennomsnittelig tilstand for sine bygg og derigjennom en ulik tilnærming til utfordring med forbedring av tilstanden. Relatert til tidligere år, må det benyttes betydelig mer midler til vedlikehold for å kunne forbedre byggenes tilstand.

Den kortsiktige målsetting bør være minimum å utbedre alle registrerte tiltak i tilstandsgrad 3. Dette er også viktig fordi alle avvik i forhold til lover, forskrifter og myndighetskrav finnes innenfor denne tilstandsklassen. ”

Arbeidet med tilstandsforbedring av bygg må fortsette videre i planperioden.

Det er startet opp nettverksgrupper for vedlikeholdsplanlegging og for kvalitetsarbeid, med fokus på prosjektområdet. Piloter for avtalebasert betaling for arealer (husleie) er fortsatt under forberedelse og planlegges iverksatt i løpet av perioden.

Arealeffektiviseringen i det regionale helseforetaket skal måles som forholdet mellom endringer i virksomhetens omfang og endringer i bygningsmessig areal. Det foreligger ikke valide data knyttet til arealendringer, blant annet fordi arealene ikke vil være er klassifisert før i 2014. Dette arbeidet intensiveres i kommende periode.

Investeringsprosjekter innen bygg og eiendom

Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus har i 2012 gjennomført en idéfase for nybygg på Nordbyhagen. Disse skal benyttes til deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler eiet av Oslo universitetssykehus, siden dette foretaket vil kunne ha behov for disse lokalene i forbindelse med samlokaliseringen. Antatt prosjektkostnad er i overkant av 400 mill. kroner.

Oslo universitetssykehus

I fase 1 i investeringsprogrammet for omstilling av Oslo universitetssykehus, primært knyttet til flytting av funksjoner fra Aker og samlokalisering av lands- og regionfunksjoner, er det hittil bevilget 1 500 mill. kroner hvorav 765 mill. kroner er lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disse arbeidene forventes slutført i 2014. Det største enkeltprosjektet i denne fasen er utvidelse av akuttfunksjonene på Ullevål, hvor byggarbeidene ble igangsatt i november 2011, med ibruktakelse i januar 2014

I tillegg til ordinære løpende ordinære investeringer i foretaket er det etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innefor brann og arbeidsmiljø.

Foretaket har i 2013 igangsatt samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i foretaket - Campus Oslo. Denne forutsettes fullført medio 2014.

Sykehuset i Vestfold

Konseptet, for å slutføre sykehusutbyggingen i Tønsberg forventes å kunne legges fram for styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

Prosjektene (Granli og Linde) knyttet til fullføring av opptrappingsplanen for psykisk helse i Sykehuset i Vestfold HF, forventes slutført henholdsvis i 2014 og i 2014/2015.

Sykehuset Innlandet

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok i sak 066/2013 å samle dokumentene *Mål, premisser og utfordringer* av 2010, *Strategisk fokus 2025* av 2012 og delplanene av 2013 til et samlet og helhetlig dokument som skal utgjøre Sykehuset Innlandet sin utviklingsplan. Utviklingsplanen vil så danne grunnlaget for Sykehuset Innlandet sin søknad til Helse Sør-Øst RHF om overgang til idéfase.

Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark startet i 2013 en prosess med etablering av en utviklingsplan for foretaket, som en forlengelse av den felles utviklingsplanen for Vestfold og Telemark sykehusområde, som ble fullført i 2011. Foretaket har parallelt utarbeidet planer for utvidelse og oppgraderinger ved Sykehuset Telemark på idéfasenivå.

Sykehuset Østfold

Byggingen av nytt østfoldsykehus på Kalnes er per 31. desember 2013 ca. 63 % ferdigstilt, og framdrift og økonomi er i henhold til godkjente planer. Det er forutsatt gradvis ibruktakelse fra april til november 2015, med full drift fra mai 2016.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus har også igangsatt et arbeid med utviklingsplan, som er planlagt ferdigstilt i løpet av 1. tertial 2014. Foretaket arbeider parallelt med konseptfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette konseptet avstemmes med utviklingsplanen, og forventes å kunne bli behandlet av helseforetakets styre i september 2014 i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

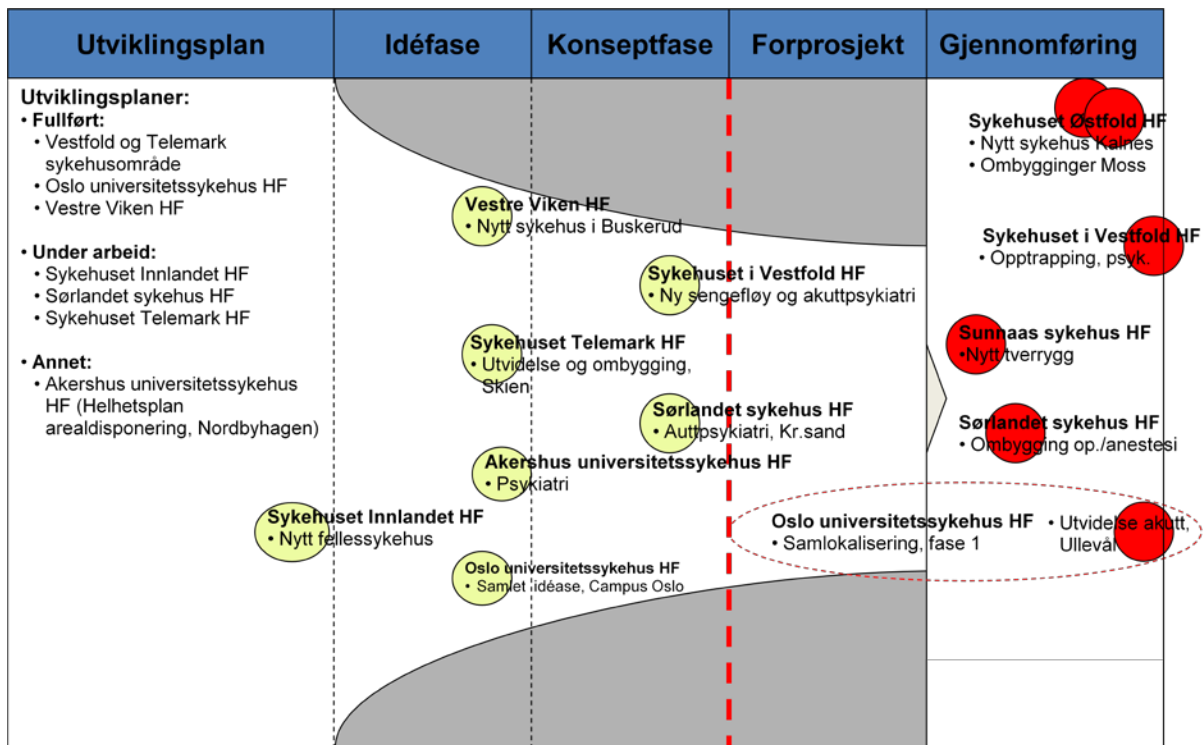
Sørlandet sykehus har hatt et pågående prosjekt med ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand, som ble startet opp i 2009. Prosjektets omfang har økt i forhold til innledende planer, og forventes ikke slutført før i 2016.

Vestre Viken.

Idéfase for nytt sykehus i Vestre Viken ble gjennomført i 2013, og vil, etter en ekstern høringsprosess, bli behandlet i foretaket og det regionale foretaket i løpet av første halvår 2014. I denne forbindelse vil også lokalisering og tomtevalg bli bestemt.

Samlet status

Samlet oversikt per desember 2013 framgår over utviklingsplaner og større investeringer er illustrert i nedenstående figur:



4.1.5 Miljø

For Helse Sør-Øst er det naturlig å koble arbeidet med det ytre miljø sammen med arbeidet med å få fornøyde og kompetente medarbeidere, å skape en balansert og langsiktig økonomi og å ivareta folkehelseperspektivet. Dette er nødvendige bærebjelker for å kunne utvikle Helse Sør-Øst som en bærekraftig organisasjon.

”Miljøfotsporet” til spesialisthelsetjenesten i Norge er tett forbundet med hvordan det ytre miljøet belastes, for eksempel gjennom valg av produkter og tjenester, valg av leverandører og leveransmåter, forbruk av vann og energi, innkjøp av legemidler, behandling av avfall, transport av medarbeidere, pasienter og pårørende, og gjennom hvordan nye sykehusbygg og rehabiliteringer av eksisterende bygg planlegges. God miljøledelse forutsetter at det først etableres kontroll over *hvor* i organisasjonen de negative miljømessige påvirkningene skapes, for deretter å prøve å redusere og etter hvert fjerne disse påvirkningene.

Helse Sør-Øst har siden 2008 deltatt i et nasjonalt miljø- og klimaprojekt og alle helseforetak har siden 2010 kunnet delta i nasjonale miljø- og klimaforum gjennom dette prosjektet. Helse Sør-Øst opprettet selv i 2011 en regional faggruppe for miljø for å sikre et møtepunkt for erfaringsdeling for miljøledere fra alle foretak.

Helse Sør-Øst RHF har siden 2010 publisert en årlig miljørapport fra foretaksgruppen hvor det er fokusert på de fire områdene energi, vann, avfall og innkjøp. Fra og med 2013 rapporterer helseforetakene i Helse Sør-Øst også sine klimaregnskap. Det vil i 2014 bli utviklet nasjonale miljøindikatorer for alle landets helseforetak innen de samme områdene. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal, i henhold til bestilling i oppdragsdokument 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet, ha innført miljøledelse etter ISO 14001-standard innen utgangen av 2014.

Det regionale helseforetaket er, sammen med tre av de underliggende helseforetakene, allerede sertifisert. Arbeidet i de øvrige syv helseforetakene følges opp i den regionale faggruppen for miljø.

Helse Sør-Øst RHF vil, gjennom å mobilisere ansatte, ledere og pasienter, arbeide for at miljøperspektivet blir en integrert del av alle sider ved virksomheten og at ”miljøfotsporet” for spesialisthelsetjenesten skal bli så lite som mulig.

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Plan for strategisk utvikling 2013 - 2020 er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret, herunder:

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

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

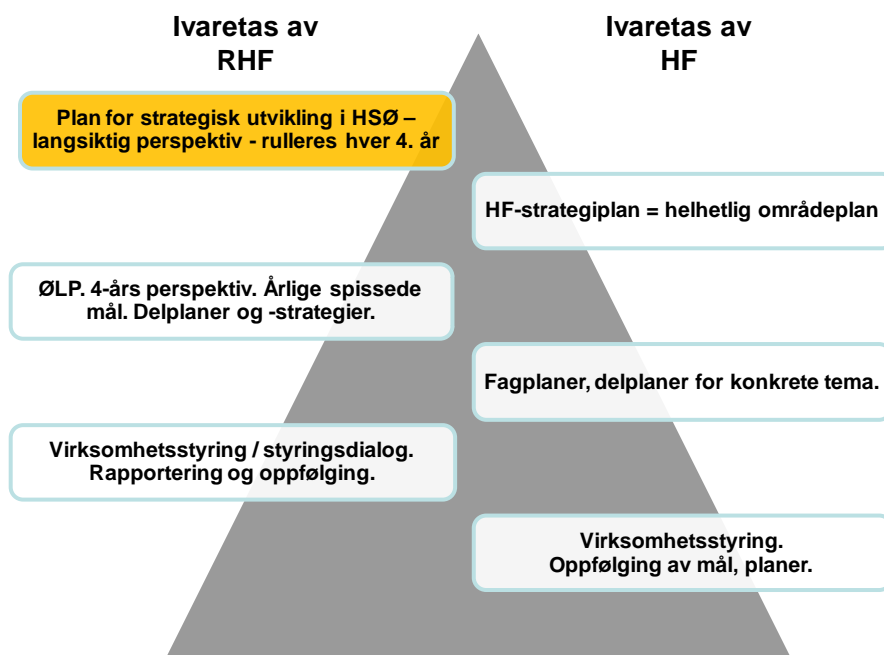
For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

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

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

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

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



4.2.1 Strategier for perioden 2013-2020

Nedenfor gjengis utdrag fra *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider www.helse-sorost.no.

Pasientbehandling

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.

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

Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.

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

Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.

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

Rett behandling på rett sted.

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

Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.

1. Det etableres et strategisk samarbeid mellom helseforetakene og private tjenesteleverandører på egnede områder
2. Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse
3. Sikre nødvendig forutsigbarhet i rammevilkårene for private ideelle tjenestetilbud gjennom etablering av løpende avtaler innenfor psykisk helsevern og rehabilitering
4. Det etableres et tettere samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene

Forskning og innovasjon

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

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

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

1. Kultur for idéutvikling og innovasjon skal stimuleres. Det skal aktivt legges til rette for at forskning omsettes til konkrete innovasjoner for bedring av pasientbehandlingen og bedre drift av helseforetakene
2. Innovasjon skal ha en sentral forankring i forskning, men det skal også arbeides med den brukerdrevne innovasjon med særlig vekt på tjenesteinnovasjon. Regionale innovasjonsmidler skal fortsatt være et viktig virkemiddel for å utnytte gode ideer internt i helseforetakene, i

samarbeid med næringslivet. System for utnyttelse av ideer i krysningen mellom innovasjon og forbedringer skal etableres

3. Innovasjonsarbeidet samordnes med øvrige helseregioner og nasjonale aktører på innovasjonsområdet og med universitetene og høyskolene. Innovasjonssatsingen vurderes i nordisk og europeisk sammenheng

Kunnskapsbasert praksis

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

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

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

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

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

Organisering og utvikling av fellestjenester

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

Teknologi og eHelse

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

Innkjøp og logistikk

1. Innføring av kategoribasert innkjøpsmetodikk, som åpner for mer innovativ tilnærming til innkjøp og som krever større åpenhet og dialog med markedene og interne miljøer, samt utvikling av strategisk innkjøpskompetanse, spesielt for kategoriansvarlige innkjøpere.
2. Videreutvikle etisk rammeverk for innkjøp, herunder etiske og miljøbevisste leverandørkjeder

3. Videreutvikle vareforsyning i helseforetaksgruppen, med sentralisert vareforsyning gjennom Helse Sør-Øst Forsyningscenter

Eiendom

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

Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom

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

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

4.2.2 Regionale delstrategier og planer

- Spesialisthelsetjeneste for eldre - handlingsplan for 2010-2020 (ny plan er under utarbeidelse)
- Likeverdige helsetjenester - fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn
- Ivaretagelse av pasientrettigheter - sykehusenes rutiner og praksis.
- Veileder for samhandling
- Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Regionale utviklingsområder - habilitering
- Regionale utviklingsområder - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk
- Regionale utviklingsområder - psykisk helsevern
- Regional plan for fødselsomsorgen
- Funksjonsfordeling karkirurgi
- Funksjonsfordeling kreftbehandling m/handlingsplan
- Praktisk gjennomføring av organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter - traumesystemet i Helse Sør-Øst
- Tiltak for å forebygge infeksjoner - fokus på håndhygiene
- Kunnskapsutvikling og god praksis - sikring av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp
- Regional strategi for forskning og innovasjon, med tilhørende handlingsplaner
- Økonomisk langtidsplan - rulleres årlig

- Eiendomsstrategi for Helse Sør-Øst
- Finansstrategi
- IKT-strategi og handlingsplan - fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- Gjennomføringsplan 2014 ”*Digital fornying*” (prioriteringer og tildeling 2014, tidsplaner 2014-2018)
- HMS-policy
- Delstrategi innkjøp og logistikk
- Delstrategi for utvikling av tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

5. Vedlegg

5.1 Tabell: Rapportering av styringsparametre 2013

(vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2013	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	762 467	768 972
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	1 694 586	1 703 837

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	2013	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avvilede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Norske pasientregister	74,6	73,3	73,4	Under 65 dager	Månedlige tilbakemeldinger til helseforetaksdirektør og styreleder, og i oppfølgingsmøter.	Fremdeles et stykke unna målet, men utfordringen gjelder somatikk <u>uten</u> rett til nødvendig helsehjelp. Tilfredsstillende utvikling for BUP, VOP og TSB.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	2013	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	Norske pasientregister	-	7,6 %	7,2 %	0 %	Månedlige tilbakemeldinger til helseforetaksdirektør og styreleder, og i oppfølgingsmøter.	Fremdeles høy andel fristbrudd kan i stor grad tilskrives flere fristbrudd ved Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Sykehuset Telemark i 2013.

Styringsparametre	Datakilde	1. tert. 2012	2. tert. 2012	1. tert. 2013	2. tert. 2013	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker - somatikk	Norske pasientregister	87,0	92,3	88,7	72,3	100 %	Fokusert i oppdrag og bestilling til helseforetakene. Påpekt manglende oppdatering ved aktuelle foretak.	Manglende måloppnåelse skyldes i hovedsak mangelfulle rutiner for oppfølging. Det er spesielt tre helseforetak som trekker tallene ned i 2013 i forhold til 2012.
Andel epikeriser sendt ut innen en uke	Norske pasientregister	85,8	86,5	87,0	87,7	100 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Under mål for 2013, men bedring fra 2012 og over "gammelt" mål på 80 %
Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus	Norske pasientregister	1,6	1,7	2,0	1,5	0 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Fremdeles høy andel skyldes i hovedsak mange korridorpasienter ved Akershus universitetssykehus.

Styringsparametre	Datakilde	1. tert. 2012	2. tert. 2012	1. tert. 2013	2. tert. 2013	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pasienter under 80 år med akutt hjerteinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling</i>	<i>Norske pasientregister</i>	8,7	9,8	12,2	14,7	20 %	Følges opp i tertialvis rapportering.	Slag er et av innsatsområdene i Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje og følges opp gjennom disse kanalene. Det har vært lagt vekt på rett registrering og koding av denne behandlingsformen.
<i>Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	57,9	58,6	56,1	53,0	80 %	Helseforetakene er instruert om å bruke nasjonale veiledere innen kreftbehandling for å sikre raskere behandling og utjevne behandlingsforskjeller mellom foretakene.	53 % av tykktarmskreftpasientene får behandling innen 20 dager (tall per 2. tertial 2013). Median virkedager er på 19 dager.
<i>Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	32,9	31,4	32,7	33,2	80 %	Indikatorene inngår i 2014 i kvalitetsbasert finansiering som vil fremme viktigheten av god kvalitet i behandling av pasientgruppen. Vedtatt funksjonsplan for kreftbehandling skal sørge for at kun foretak som har godkjent kompetanse kan behandle kreft.	Målkravet om at 80 % av pasientene skal ha behandling innen 20 dager er ikke oppfylt. Median virkedager er per 2. tertial på 31 dager.
<i>Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	67,6	68,8	61,2	59,9	80 %		Helse Sør-Øst er blant de helseregionene der flest pasienter får behandling for brystkreft innen 20 virkedager (60 % per 2. tertial 2013). Median virkedager er per 2. tertial 2013 på 18 dager.

Styringsparametre	Datakilde	1. tert. 2012	2. tert. 2012	1. tert. 2013	2. tert. 2013	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt)</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	Totalt: 17,8 Ø. hj.: 11,3 Planl.: 6,6	Totalt: 16,8 Ø. hj.: 10,6 Planl.: 6,3	Totalt: 17,4 Ø. hj.: 10,5 Planl.: 6,9	Totalt: 17,0 Ø. hj.: 10,3 Planl.: 6,8		Det pågår en kontinuerlig faglig vurdering av hva som er rett nivå for andel kvinner som forløses med keisersnitt.	Keisersnittandelen varierer mellom sykehusene. Dette kan gjenspeile flere forhold. Større sykehus er gjerne henvisningssykehus som mottar mange fødende med økt risiko for komplikasjoner og dermed økt behov for keisersnitt. Men det er også ulik praksis. Helse Sør-Øst har hatt reduksjon i andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt fra 18,1 % i 1. tertial 2008 (januar til april) til i 17 % i 2. tertial 2013 (mai til august). Landsgjennomsnittet i andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt er på 15,9 % i andre tertial 2013. Andel keisersnitt utført som øyeblikkelig hjelp var i Helse Sør-Øst på 10 % mot et landsgjennomsnitt på 10,2 % i 1. tertial 2008, mens andel keisersnitt utført som øyeblikkelig hjelp var på 10,3 % mot et landsgjennomsnitt på 10,1 % i 2. tertial 2013. Andel planlagte keisersnitt utført i Helse Sør-Øst var på 8,1 % mot et landsgjennomsnitt på 6,6 % i 1. tertial 2008, mens andel planlagte keisersnitt var på 6,8 % i Helse Sør-Øst mot et landsgjennomsnitt på 5,9 % i 2. tertial 2013.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4	MFR	2,1	2,2	De fleste helseforetakene har hatt en reduksjon i andel fødselsrifter grad 3 og 4 hos fødende kvinner fra 2012 til 2013. Det er ved flere helseforetak satt i gang kvalitetsforbedringsprosjekter for å redusere andel fødselsrifter.
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	38,5 % i DPS 61,5 % i sykehus	40,8 % i DPS 59,2 % i sykehus	Omstilling av psykisk helsevern er basert på opptrappingsplanens mål. Nasjonale føringer er operasjonalisert gjennom styresak for regionale utviklingsområder psykisk helsevern og disse er fulgt i Helse Sør-Øst. Det er en viss variasjon blant helseforetak og private ideelle sykehus fra en fordeling på ca 50 % av årsverkene i sykehus og 50 % i DPS, til en betydelig større andel årsverk i DPS-strukturen.

Styringsparametre	Datakilde	mai. 13	nov. 13	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Prevalens av sykehusinfeksjoner	Folkehelseinstituttet	4,2 %	4,7 %	De fleste sykehus i Helse Sør-Øst gjennomfører prevalensmåling fire ganger per år. Insidensregistrering gjennom NOIS viser en positiv utvikling mht. infeksjonsnedgang, og enkelte sykehus gjennomfører flere insidensmålinger enn det som er pålagt gjennom NOIS. I tillegg bidrar tiltak fra pasientsikkerhetskampanjen med fokus på sjekkliste "Trygg Kirurg" og innsatsområder for sentrale venekateter og urinveisinfeksjoner med nedgang på området. I Helse Sør-Øst RHF er det i 2013 etablert et tuberkulosekontrollprogram og smittevernplan og pandemiplan er under revidering, noe som medfører fokus på tiltak og handling innenfor området infeksjonskontroll og smittevern.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	Norsk pasientregister	67,9	67,0	100 %	Det er initiert eget prosjekt i regi av Helsedirektoratet og NPR i forhold til datakvalitet innen psykisk helsevern. Helse Sør Øst RHF og utvalgte helseforetak deltar og dette styringsparameteret er en del av datagrunnlaget det arbeides med. Det er ellers iverksatt flere tiltak for å øke oppmerksomheten for dette arbeidet ute i helseforetakene/sykehusene. Tematikken behandles jevnlig i møter med divisjonsledelsen og regionalt fagråd.	Tidligere år har tallgrunnlaget for registreringen som er mottatt ikke vært komplett. Kvalitetsforbedring av pasientdata innen psykisk helsevern har gjennom flere år hatt stor oppmerksomhet i Helse Sør-Øst RHF og er nedfelt som eget vedtak i styresak om regionale utviklingsområder for psykisk helsevern, samt i regional plan for økt frivillighet.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd	Helsedirektoratet	90,7	90,8 (Inneholder også tall for private avtaleinstitusjoner)	Helseforetak med "30 dagers overlevelse" signifikant under landsgjennomsnittet har vært fulgt opp med supplerende analyser for å identifisere deler av pasientforløpet som egner seg for forbedringsprosjekter. Dette har blant annet medført normalisering av 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd ved ortopedisk avdeling Gjøvik i Sykehuset Innlandet.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	87,6	87,2 <i>(Inneholder også tall for private avtaleinstitusjoner)</i>	Helseforetak med ”30 dagers overlevelse” signifikant under landsgjennomsnittet har vært fulgt opp med tilbud om supplerende analyser for å identifisere de deler av pasientforløpet som egner seg for forbedringsprosjekter. Basert på slike data ble det gjennomført et pilotprosjekt ved Sykehuset Telemark gjennomført som har resultert i bedring av 30 dagers overlevelse slik at de nå er innen normalområdet. Dette arbeidet er presentert på Institute for Healthcare Improvement’s årlige kvalitetskongress.
<i>30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	86,3	85,9 <i>(Inneholder også tall for private avtaleinstitusjoner)</i>	Helseforetak med ”30 dagers overlevelse” signifikant under landsgjennomsnittet har vært fulgt opp med tilbud om supplerende analyser for å identifisere de deler av pasientforløpet som egner seg for forbedringsprosjekter. Basert på slike data ble det gjennomført et pilotprosjekt i samarbeid med nasjonal pasientsikkerhetskampanje ved Sykehuset Telemark som har resultert i bedring av 30 dagers overlevelse slik at de nå er innen normalområdet. Videre var de aktuelle data avgjørende da det ble besluttet å sentralisere slagbehandlingen i Østfold, noe som ledet til normalisering av 30 dagers overlevelse for denne pasientgruppen i løpet av kort tid. Dette arbeidet er presentert på Institute for Healthcare Improvement’s årlige kvalitetskongress.
<i>30 - dagers risikojustert totaloverlevelse</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	94,5	94,3 <i>(Inneholder også tall for private avtaleinstitusjoner)</i>	Helseforetak med ”30 dagers overlevelse” signifikant under landsgjennomsnittet har vært fulgt opp med tilbud om supplerende analyser for å identifisere de deler av pasientforløpet som egner seg for forbedringsprosjekter. Erfaringen så langt er årsaken til avvik i 30 dagers totaloverlevelse er mer komplisert enn det som er tilfellet ved diagnosespesifikk overlevelse, men det er gjennomført omfattende analysearbeid i samarbeid med Kunnskapsenteret for å avdekke svakheter i pasientforløp som kan være gjenstand for forbedringsarbeid.
<i>Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100 000 innbyggere > 18 år)</i>	<i>Helsedirektoratet; SAMDATA rapport</i>	2,1	2,1	Helse Sør-Øst har egen regional plan for økt frivillighet og gode lokale planer. Det arbeides systematisk for å kvalitetssikre og redusere all bruk av tvang. Brukerstyrte plasser er etablert i alle helseforetak og private ideelle sykehus for pasienter med alvorlig psykiske lidelse og mulig tilbakevendende sykdomsepisoder. De fleste helseforetak og private ideelle sykehus beskriver at man til tross iherdig innsats ikke har lykket tilstrekkelig med å redusere antall tvangsbehandlingstiltak. Enkelte har en reduksjon. Flere rapporterer om en liten økning, men det er flere gode eksempler og en variasjon av tiltak ut over det som er nedfelt i egne plandokument, eksempelvis dialogkonferanse mellom brukere og behandlere/miljøpersonell om tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler/tvangsmedisinering i institusjon. Helse Sør-Øst RHF avventer nasjonale tall på dette området.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelses innen 30 dager for pasienter med schizofreni</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	NPR opplyser at dette styringsparameteret ikke er definert og at data ikke er publisert hos dem.		Det er etablert behandlingslinjer for behandling av pasienter med schizofrenidiagnose ved flere av våre helseforetak og private ideelle sykehus og tidlig intervensjon ved psykose har også et ekstra klinisk fokus. Det er etablert brukerstyrte plasser i alle helseforetak og private ideelle sykehus for pasienter med alvorlig psykiske lidelser med fare for tilbakevendende sykdomsepisoder. Videre skal pasienter med sammensatte lidelser ha individuell plan og gode kriseplaner som sikrer riktig innsats og tilstrekkelig samarbeid for å hindre reinnleggelses som ikke er ønskelig. Akutte ambulante team er etablert i all DPS struktur og DPS skal sikre ekstra innsats med poliklinikk, ambulant og døgnbasert innsats for denne sårbare pasientgruppen.
<i>Andel tvangsinnleggelses (antall per 1 000 innbyggere i opptaksområdet)</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	2,1	2,1	Helse Sør-Øst RHF har egen regional plan for økt frivillighet innen psykisk helsevern jf. nasjonale krav og lokale planer for redusert bruk av tvang i alle helseforetak og private ideelle sykehus. Regional plan og alle lokale planer er gjennomgått i regionalt fagråd i 2013 for å sikre at det er samsvar mellom alle mål og lokale tiltak. Gjennomgangen gjort av fagrådet viser at alle regionale mål og tiltak er godt ivaretatt i de lokale handlingsplanene. Det er stor klinisk innsats for å redusere og kvalitetssikre alle bruk av tvang. Alle tall for bruk av tvang gjøres tilgjengelige på vår nettside og følges i ledelseslinjen og i regionalt fagråd for psykisk helsevern. Det er etablert brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og mulig tilbakevendende sykdomsepisoder. Dette for å sikre tidlig intervensjon og forebygging av bruk av tvang. Det er fortsatt store forskjeller i tallene for bruk av tvang i helseforetakene imellom. Samlet sett er de tallene som nå foreligger for bruk av tvang i Helse Sør-Øst relativt stabilt i 2012 og 2013. Mens det kan sies å være en svak nedgang fra 2010.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013	
		Pleiepersonalet	Informasjon
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best).</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	74 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med pleiepersonalet. Dette var en signifikant bedring fra 2011 til 2012. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.	69 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med informasjonen i 2012, dette er uendret fra 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013	
		Legene	Pårørende
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best.</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	73 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med legene i 2012, dette er uendret fra 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.	74 % av de pårørende i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd oppfølgingen i 2012, dette er uendret fra 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013	
		Organisering	Pasientsikkerhet
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best.</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	63 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med organisering i 2012, dette er en signifikant nedgang fra 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.	88 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med pasientsikkerheten i 2012, dette er ikke signifikant endret fra 2011, men signifikant lavere enn landsgjennomsnittet. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013	
		Standard	Ventetid
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best.</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	71 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden i 2012, dette er uendret i forhold til 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.	64 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med ventetiden i 2012, dette er signifikant bedring fra 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013	
		Samhandling	Utskrivning
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best.</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	61 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med pleiepersonalet, dette er uendret i forhold til 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.	55 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med utskrivningen, dette er uendret i forhold til 2011. Resultatet fra passopp undersøkelsene har vært presentert av Kunnskapssenteret med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid i styremøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
<i>Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel</i>	<i>Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)</i>	Helseforetakene i Helse Sør-Øst skårer 76,1 % på indeksen vedrørende hvor fornøyde foreldre er med føde- og barselopphold. Dette er bedre enn det nasjonale gjennomsnittet på 73,2 %. Resultatene mellom foretakene i Helse Sør-Øst varierer, og det er grunn til å tro at helseforetak med mindre gode resultater vil kunne dra nytte av erfaringer fra helseforetak hvor brukerne er mer fornøyde med sykehusoppholdet. Brukererfaringsundersøkelsen ble offentliggjort tidlig i januar 2014 tas nå i bruk for å drive forbedringsarbeid ved helseforetakene.

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	100 %	100 %	Nasjonale og internasjonale initiativ som kan dokumentere gode effekter for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet legges til grunn for arbeidet i Helse Sør-Øst. Det legges blant annet stor vekt på oppfølging og implementering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. I oppfølging av pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen har de fleste helseforetak utarbeidet konkrete handlingsplaner.	Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst har siden 2010 gjennomført journalundersøkelse med <i>Global Trigger Tool</i> (GTT). Ved flere helseforetak presenteres resultatene fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, GTT, pasientsikkerhetskultur og resultater fra innsatsområdene i ledermøter, for kvalitetsutvalg og i styre.
<i>Andel helseforetak som rapporterer data om ulykker og skader til NPR</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	100 %	100 %	Helse Sør-Øst deltar i en arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet som skal identifisere og komme med tiltak for at man får rapportert data fra denne virksomheten. Arbeidsgruppens arbeid fortsetter videre i 2014 med å besøke helseforetakene og sørge for felles retningslinjer og praksis for registrering av skader og ulykker.	Flere helseforetak enn tidligere i Helse Sør-Øst rapporterer data om skader og ulykker. Foreløpige tall fra NPR viser økende antall rapporteringer, men det fortsatt utfordringer knyttet til registreringskvalitet og rapportering. Det er utfordringer i de pasientadministrative systemene som ikke er satt opp til kunne rapportere på en helhetlig og korrekt måte.
<i>Antall helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi</i>	<i>Regionale helseforetak</i>	Ingen vedtatt i 2012	100 %	Oppdraget med å utarbeide ernæringsstrategier er gitt til helseforetak og private ideelle sykehus i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF.	To av 14 aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus har vedtatt strategier i 2013. De øvrige arbeider med disse med sikte på vedtak i 2014.
<i>Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid</i>	<i>Regionale helseforetak</i>	Alle har i 2013 etablert god akuttberedskap tilpasset lokale behov	Alle	Det har vært arbeidet systematisk med utvikling av robuste akuttjenester ved DPS i alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst de senere år slik det er lagt opp til i nasjonale og regionale føringer. Det arbeides kontinuerlig med forbedring av akuttjenestene og flere helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer om gode modeller med redesign av hele akuttkjeden og lokaltilpassede løsninger, der ambulante akutteam ved DPS og samhandling mellom sykehusets akuttavdeling, DPS og kommunal legevakt er sentralt.	Alle DPS har nå god akuttberedskap og gode akuttjenester både i poliklinikk og døgn, blant annet i form av akuttambulante team eller akutteam. Disse akuttjenestene ved DPS er i hovedsak tilgjengelig på dag- og kveldstid. Fordi antall henvendelser om natten er lavt, har flere helseforetak/sykehus etablert løsninger med ett felles akutteam for denne tiden av døgnet. Det er under utprøving modeller der alle akuttinnleggelses går via DPS gjennom hele døgnet.
<i>Antall gjennomførte minimetodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	0			

5.2 Tabell: Rapportering på særskilte områder
(vedlegg 3 i oppdragsdokumentet)

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2013	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Forskning og innovasjon				
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2013 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 1. april 2013. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at Health Research Classification System (HRCS) benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	Tall fra NIFU/Cristin vil foreligge innen 1.april 2014 og ettersendes da.	Området er ikke målsatt, men de siste årene har Helse Sør-Øst hatt god framgang i forskningsproduksjon, både mht antall artikler og dr. grader.	Bred satsing gjennom mange tiltak for å oppnå styrket forskningsproduksjon i hele regionen.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, berunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU er 15. mars 2013.	NIFU	Tall fra NIFU vil foreligge innen 1.april 2014 og ettersendes da.	Ikke målsatt fra Helse- og omsorgsdepartementet, intern ambisjon på lang sikt om ressursbruk til forskning tilsvarende 5 % av totalkostnader, minst 1 % ressursbruk til forskning ved alle helseforetak.	Tiltak for å oppnå høyere grad av ekstern finansiering, spes. internasjonal, gjennom insentivordning og forskningsstøttekontor i samarbeid med UiO.
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskingsprosjekter.ibelse.net	Se egne tabeller tatt inn nedenfor (Klassifisering av forskningsprosjekter/-tiltak ved hjelp av Health Classification Research System (HRCS) og Samhandlingsforskning)	Ikke målsatt. Foreløpige tall tyder på >70 regionalt finansierte prosjekter innen samhandlingsforskning. Prosjekter relatert til 22.07.2011 som er regionalt finansiert, har god framdrift.	Legger til rette for forskning i spiss og bredde, med støtte av regionale infrastrukturordninger, blant annet opplegg for forskningsstøtte, kjernefasiliteter og forskningsnettverk.

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2013	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
<i>Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2013.</i>	Norges forskningsråd	Tall fra Forskningsrådet vil ettersendes innen 1.april 2014.	Må avvente tall fra Forskningsrådet.	Opplegg for støtte til EU-/internasjonalt rettede søknader er etablert innenfor regional forskningsstøtte og videreutvikles i samarbeid med UiO. Incentivordning som stimulerings tiltak er under utprøving.
<i>Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning).</i>	RHF	Helse Sør-Øst RHF har ansvar for fire av de nasjonale (NSG) satsingsområdene/ nettverkene: helsetjenesteforskning, muskelskjelettsykdommer, kreft og alvorlige psykiske lidelser. I tillegg finansieres, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Forskningsrådet tre interregionale forskningsprosjekter (NASATS). Framdriften i alle disse tiltakene er god.	God framdrift i disse prosjektene.	En videreføring av NASATS-piloten vurderes nå.
<i>Forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten (rapport).</i>	RHF	Arbeidet ble startet høsten 2013.	Arbeidet med rapporten følger planlagt fremdrift.	En bredt sammensatt arbeidsgruppe ble etablert høsten 2013 og vil avlevere rapport til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars 2014.
<i>Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013</i>	RHF	Samlet resultat Helse Sør-Øst: 104 DOFI: 14 lisenser, ingen bedriftsetableringer.	Det er det beste året så langt siden oppstart av rapportering, bedriftsetableringer mangler og dette vil bli fulgt opp med tiltak.	Flere proaktive tiltak er påbegynt eller gjennomført. Spesifikk kompetanse på bedriftsetablering er under utvikling, i samarbeid med Inven2.
<i>Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013</i>	http://forskingsprosjekter.ibelse.net	Egenvurdering blant 546 innkomne og vurderte søknader i 2013 (dvs. for 2014): 272 (50 %) hadde stort og 214 (39 %) mulig innovasjonspotensial. Blant de 115 prosjekter som fikk tildelt midler hadde 56 % stort og 33 % mulig innovasjonspotensial.	I utgangspunktet svært positive tall, men prosjektene må følges opp individuelt. Dette gjøres av Inven2.	Systematisk arbeid med å bevisstgjøre forskningsmiljøene om innovasjonsmuligheter.

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2013	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
<p>Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013</p>	<p>Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed</p>	<p>Syv prosjekter finansiert fra InnoMed.</p> <p>Tall fra Forskningsrådet og fra Innovasjon Norge mangler per i dag. Har tatt kontakt med disse og avventer svar.</p>	<p>Området er ikke målsatt. Våre helseforetak utnytter Forskningsrådet og Innovasjon Norge aktivt som finansieringskilder.</p>	<p>Mange tiltak er under gjennomføring.</p>
<p>Innovasjonsindikatorene fra helseforetakene i 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk • Antall nye patentsøknader • Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	<p>HF</p>	<p>Antall aktive innovasjonsprosjekter i tidlig fase: 290.</p> <p>Antall nye patenter 52.</p>	<p>Aktiviteten er meget høy i tidlig fase av innovasjonsprosjektene, og antallet nye patenter er også høyt.</p>	<p>Mange tiltak, blant annet i regi av Inven2 er under gjennomføring for å opprettholde høy aktivitet.</p>

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2013	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Nasjonal kompetansetjenester i spesialisthelsetjenester i spesialisthelsetjenesten				
<i>Andel nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon</i>	RHF	45 nasjonale tjenester av 63	Av 63 nasjonale tjenester er det 23 nasjonale kompetansetjenester. 20 av de nasjonale kompetansetjenestene har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon og tre har etablert en faglig referansegruppe, men mangler brukerrepresentasjon. Helse Sør-Øst har i tett samarbeid med Oslo universitetssykehus hatt et tydelig fokus på å etablere referansegrupper for alle de nasjonale tjenestene. Det pågår et informasjons- og holdningsmessig arbeid i å etablere faglige referansegrupper med brukerrepresentasjon. Sammenlignet med fjorårets resultater er det i 2013 en forbedring, men målet er ikke nådd. Det gjenstår 18 nasjonale tjenester (tre nasjonale kompetansetjenester) som mangler brukerrepresentasjon.	Tett samarbeid og kontakt med helseforetak som har godkjente nasjonale tjenester (nasjonale kompetansetjenester). Kontinuerlig skriftlig og muntlig informasjon til aktuelle helseforetak med forankring av info hos alle klinikkledere og ansvarlige for de nasjonale tjenestene (nasjonale kompetansetjenestene). Informasjon om mandat for referansegrupper. Møter med enkelte av de nasjonale tjenestene (nasjonale kompetansetjenestene). Helse Sør-Øst vil i 2014 opprettholde et tydelig fokus på å styrke brukerrepresentasjon i de nasjonale tjenestene som ikke har dette på plass.
System for innføring av nye metoder og ny teknologi				
<i>Antall søknader om metodevurderinger for alle metodeområder som er ferdigbehandlet</i>	RHF	0	Det er ferdigstelt to mini-HTA. 13 unike forslag er innkommet og 10 forslag er vurdert i Bestillerforum RHF.	Det arbeides med utbredelse av og opplysning om systemet.
<i>Antall bestillinger for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sendt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	RHF	1	Foreløpig er det bare sendt fem forslag til KS, hvorav ett fra Helse Sør-Øst.	
<i>Antall bestillinger for hurtig metodevurderinger for legemidler som er sendt til Statens Legemiddelverk</i>	RHF	3	13 forslag på landsnivå.	

Klassifisering av forskningsprosjekter/-tiltak ved hjelp av Health Classification Research System (HRCS)

Basert på eRapport 2013

Forskningsaktivitet	Antall rapporter	Andel rapporter (%)	Beløp	Andel av beløp (%)
1. Underpinning	102	18,5	96419975	23,7
2. Aetiology	84	15,2	52363079	12,9
3. Prevention	41	7,5	24134886	5,9
4. Detection and Diagnosis	106	19,3	83661934	20,6
5. Treatment Developement	74	13,5	59137357	14,5
6. Treatment Evaluation	69	12,5	39381130	9,7
7. Disease Management	39	7,1	32284808	7,9
8. Health Services	35	6,4	19235890	4,7
Totalt	550		406619059	
Helsekategori	Antall rapporter	Andel rapporter (%)	Beløp	Andel av beløp (%)
Blood	8	1,5	6 686 500	1,6
Cancer	140	25,5	113 711 113	28,0
Cardiovascular	61	11,1	41 210 015	10,1
Congenital Disorders	4	0,7	3 597 314	0,9
Ear	2	0,4	532 511	0,1
Eye	5	0,9	3 136 524	0,8
Generic Health Relevance	29	5,3	29 732 455	7,3
Infection	16	2,9	7 394 500	1,8
Inflammatory and Immune System	51	9,3	48 522 139	11,9
Injuries and Accidents	4	0,7	1 404 737	0,3
Mental Health	64	11,6	35 896 100	8,8
Metabolic and Endocrine	18	3,3	15 609 046	3,8
Musculoskeletal	40	7,3	25 218 288	6,2
Neurological	35	6,3	22 459 948	5,5
Oral and Gastrointestinal	14	2,5	11 409 034	2,8
Other, se veiledning	23	4,2	20 471 259	5,0
Renal and Urogenital	4	0,7	3 751 611	0,9
Reproductive Health and Childbi	21	3,8	12 764 965	3,1
Respiratory	4	0,7	417 000	0,1
Stroke	7	1,3	2 694 000	0,7
Totalt	550		406 619 059	

Samhandlingsforskning

Basert på eRapport 2013

Samhandling	Antall rapporter	Beløp
Ikke relevant	470	351 634 720
Samhandling, pasientforløp og behandlingkjeder	80	54 984 339
Totalt	550	406 619 059

5.3 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2013

Brukerutvalget har gitt leder og nestleder fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Dette har skjedd i de regelmessige samarbeids- og innspillmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og representanter fra brukerutvalget. En gruppe bestående av leder, nestleder og to medlemmer har hatt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2013. Samlet brukerutvalget er forelagt årlig melding i møte 11. og 12. mars 2014.

Meldingen tar for seg den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst i 2013 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2014 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Brukerutvalget har også i 2013 konsentrert innsatsen om fire hovedområder: Pasientsikkerhet og kvalitet, et koordinert helsetilbud, pasientrettigheter og ventetider og brukervedvirkning. Uttalelsen til årlig melding organiseres i samsvar med dette.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Brukerutvalget registrerer med glede at GGT-tallene indikerer at andel pasienter som skades er redusert, og håper dette er en utvikling som vil fortsette, gjennom videre innsats.

Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet

Brukerutvalget har bidratt aktivt til og ser positivt på strategien for kvalitet og pasientsikkerhet som ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i desember 2013 og ser fram til å medvirke i implementeringen. Det er positivt at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er vedtatt videreført som et nasjonalt program og at den er sentral i Helse Sør-Øst RHF sin strategi. Det er nødvendig å holde et kontinuerlig fokus på varige endringer i systemer og kulturer som sikrer at ledere og ansatte på alle nivåer engasjerer seg i forbedringsarbeidet og løpende følger opp pasientsikkerhet og kvalitet.

Kunnskapsbasert praksis

Brukerutvalget ser positivt på at det arbeides med utvikling av gode behandlingslinjer og pasientforløp basert på prinsippet om kunnskapsbasert praksis. Brukerutvalget er opptatt av at helseforetakene standardiserer tjenestene, men også at tjenestene tilpasses den enkelte pasientsituasjon og at behandling velges i samråd med den enkelte pasient. Brukerutvalget er tilfreds med at brukervedvirkning, informasjon og opplæring gis oppmerksomhet i arbeidet med behandlingslinjer. Det registreres imidlertid at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at "fra hjem til hjem"-perspektivet ikke alltid ivaretas. Det stilles også spørsmål om hvorvidt vedtatte behandlingslinjer implementeres i alle helseforetak.

Gode pasientforløp

Brukerutvalget har fra mange år tilbake etterspurt gjennomgang av de pasientadministrative systemene i helseforetakene. Det er en styrke at Helse Sør-Øst RHF holder fokus på helseforetakenes oppfølging gjennom prosjektet "Glemt av sykehuset". Det er videre nødvendig at konsernrevisjonen gjennomfører oppfølgende revisjoner. Det er viktig at det er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Helseforetakene må stille klare krav til innhold i henvisningene fra fastleger og følge opp når henvisningene ikke gir nødvendige opplysninger.

Brukerutvalget mener videre at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet og registrerer med tilfredshet

at det nå er rom for å sette av betydelige midler til innføring av nye løsninger Dette arbeidet må gis meget høy prioritet.

Brukerutvalget har lenge påpekt behovet for forbedring av prehospitale tjenester og en nyorganisering av akuttmottakene i de somatiske sykehusene. Det er gledelig at flere helseforetak nå prøver ut ulike modeller for organisering av sine akuttmottak. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide en veileder for organisering og nødvendige kvalitetskrav for akuttmottak av ulike størrelser. Helse Sør-Øst RHF har fagråd som vil legge frem forslag til organisering og nødvendig kompetanse i akuttmottakene. Brukerutvalget ser frem til en snarlig videreutvikling av akuttmottakene og tror dette vil påvirke hele sykehusstrukturen, samt gi pasientene en bedre helsetjeneste.

Informasjon og kommunikasjon

Brukererfaringsundersøkelser og tilbakemeldinger fra pasient- og brukerombud viser at det for ofte er svikt i informasjon og kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter/pårørende. Dette kan lede til feil i behandlingen. God kommunikasjon er løftet fram som høyt prioritert område for brukertutvalget og også i strategi for kvalitet og pasientsikkerhet. Det registreres at prosjekt for systematisk forbedring av kommunikasjon pågår i flere helseforetak. Brukerutvalget ønsker at slike tiltak iverksettes i alle deler av helsetjenesten.

Regionale strategier, handlingsplaner og veiledere

Brukerutvalget mener det fortsatt er behov for å holde oppmerksomheten på de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering. Det er bekymringsfullt at handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp i helseforetakene. Brukerutvalget har klare forventninger om at Helse Sør-Øst RHF i 2014 reviderer handlingsplanen og tilpasser denne til samhandlingsreformen. I 2013 ble forskningsstrategien og strategi for pasient- og pårørendeopplæring vedtatt. Det er viktig at Helse Sør-Øst RHF følger opp at disse strategiene blir implementert.

Brukerutvalget er tilfreds med at veilederen for håndtering av uønskede hendelser i Helse Sør-Øst RHF ble revidert i 2013. Brukerutvalget har aktivt bidratt i utforming av denne og det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF forsikrer seg om at veilederen innarbeides i kvalitetssystemene og reelt tas i bruk. Brukerutvalget påpeker at uønskede hendelser må følges opp overfor den enkelte pasient og pårørende, og i klinikken med sikte på læring og forbedring. Brukerutvalget ønsker at det i kvalitetsarbeidet også holdes sterkt fokus på å fase ut mindre effektiv og udokumentert behandling.

Fordeling av oppgaver og funksjoner

Det er de senere årene tatt beslutninger om funksjonsfordeling innen flere områder. Vedtak om fordeling av oppgaver og funksjoner må følges opp og kvalitet må måles. Brukerutvalget stiller seg positiv til ytterligere funksjonsfordeling i den grad dette kan lede til standardisering og bedre kvalitet.

Forskning og innovasjon

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges vekt på at resultatene overføres til praksis og resulterer i bedre behandling. Det bør i større grad forskes på hele pasientforløp. Brukerutvalget registrerer at brukervedvirkning har fått oppmerksomhet i regional strategi for forskning og innovasjon og at det interregionalt pågår arbeid for å utvikle felles retningslinjer for brukervedvirkning i forskning.

Utsending av epikeriser, korridorpasienter og sykehusinfeksjoner

Brukerutvalget beklager at det etter mange år med fokus på disse områdene kun er marginale forbedringer. Brukerutvalget er av den oppfatning at mangelfull måloppnåelse i stor grad handler om organisering av tjenester og utilstrekkelig etterlevelse av egne prosedyrer. Forbedringer innenfor disse områdene vil bidra til bedre kvalitet og redusere skader og plager for pasienter og unødig ressursbruk for helseforetaket, og må prioriteres høyt.

Pasientrettigheter og ventetider

Ventetider

Brukerutvalget merker seg at det fortsatt kun er marginale endringer i gjennomsnittlig ventetid. Dette er ikke tilfredsstillende. Arbeidet som gjøres for å redusere ventetider i forløpet for kreftpasienter, må videreføres for andre pasientgrupper. Forbedringsprosjekt som ”*Hvis pasienten fikk bestemme*” ved Oslo universitetssykehus viser at forbedring er mulig. Det registreres at en betydelig andel av pasienter på venteliste, venter på poliklinisk utredning og behandling. Brukerutvalget mener poliklinikkene må styrkes, og at logistikken må forbedres slik at pasientene kan få ulike typer undersøkelser og behandling på samme dag.

Tallene viser at kun 57 % pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse. Dette er ikke tilfredsstillende. Det forventes at helseforetakene kontinuerlig arbeider med legenes planleggingshorisont.

Brukerutvalget er kjent med at det i 2013 ble arbeidet med en plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen. Brukerutvalget ønsker at det opprettes flere hjemler, at det blir bedre geografisk spredning av spesialistene. Det er god tro på at dette vil redusere ventetider og bedre samhandlingen med kommunene. Brukerutvalget er også opptatt av at det treffes tiltak for å redusere antallet pasienter som ikke møter til avtalt tid.

Kapasitet

Brukerutvalget er positiv til at det i 2013 er igangsatt arbeid for å forbedre utnyttelsen av kapasitet i hovedstadsregionen og er opptatt av at Helse Sør-Øst RHF påser at avtaler mellom sykehusene med sikte på optimal kapasitetsutnyttelse blir etterlevd.

Pasientrettigheter

Brukerutvalget mener det fortsatt er behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, slik at pasientene gis rett informasjon. Dette gjelder også fastleger, som mer aktivt bør gi pasientene informasjon om valgmuligheter. Oppgaver knyttet til utvikling av gode og likeverdige helsetjenester som ivaretar utfordringene i et flerkulturelt samfunn må tillegges ytterligere vekt. Brukerutvalget følger ”*Samhandlingsarena Aker*” med særlig oppmerksomhet.

Et koordinert helsetilbud

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens mål støttes av brukertutvalget og det registreres at det er mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. Det er viktig at tilbud i spesialisthelsetjenesten opprettholdes inntil likeverdige kommunale tilbud er bygget opp. Meldinger om at enkeltpasienter fortsatt skrives ut for tidlig og overføres til utilstrekkelige tilbud i kommunen registreres med bekymring. Gjensidig faglig veiledning, samarbeid gjennom ambulante team/lokalbaserte tilbud og gjensidig hospitering er viktig. Det bør utvikles regionale eller nasjonale indikatorer for samhandling. Det må holdes fokus på god samhandling innad i spesialisthelsetjenesten.

Brukermedvirkning

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst. Parallelt med at arbeid med forbedring av brukerutvalgenes funksjon videreføres, rettes arbeidet i større grad mot medvirkning i forbedring av tjenester og forløp. Dette skal føre til at pasienter og pårørende får økt innflytelse på individuelle behandlingsforløp når det er ønsket.

Alle helseforetak bør legge til rette for at pasienter og pårørende enkelt skal kunne melde fra om feil og uheldige hendelser og at erfaringene brukes i forbedringsarbeid slik det nå gjøres ved noen helseforetak. Videre bør flere kvalitetsindikatorer utvikles og publiseres.

Medvirkning og egenomsorg for bedre livskvalitet og mindre behov for helsetjenester er viktig. Brukerne er opptatt av at pasient- og pårørendeopplæringen må styrkes, både gjennomgående i pasientforløpet og i egne lærings- og mestringssentre.

Avslutning

Brukerutvalget er tilfreds med at majoriteten av helseforetakene har økonomiske resultat som gir grunnlag for investeringer i bygninger og IKT, herunder medisinsk teknisk utstyr. Brukerutvalget ønsker at helsetjenesten styres slik at det gis handlefrihet til realisering av de gode intensjoner som følger av styrevedtak, plan for strategisk utvikling 2013-2020 og økonomisk langtidsplan.

Brukerutvalget er også tilfredse med at Helse Sør-Øst arbeider med strategisk kompetanseutvikling. Dette er helt sentralt for å sikre tilstrekkelig og kompetent helsepersonell på kort og lang sikt.