



HELSE  SØR-ØST

Å R S R A P P O R T 2 0 1 0

INNHOOLD

INTRODUKSJON

Helse Sør-Øst i 2010	3
Dette er Helse Sør-Øst RHF	4

ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP

Årsberetning 2010	7
Resultatregnskap	25
Balanse	26
Kontantstrømoppstilling	28
Regnskapsprinsipper	29
Noter	32
Revisors beretning	48



Helse Sør-Østs hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding 2010" og "Plan for strategisk utvikling 2009-2020" ligger på www.helse-sorost.no

HELSE SØR-ØST I 2010

Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har i 2010 vært ivaretatt i tråd med eiers føringer. "Sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket er samlet sett oppfylt.

Helse Sør-Øst behandlet i 2010 flere pasienter enn noe år tidligere.

Kvalitet og pasientsikkerhet har vært prioriterte områder.

Av all medisinsk og helsefaglig forskning i Norge produseres cirka 60 prosent i Helse Sør-Øst. Til tross for en krevende økonomisk situasjon

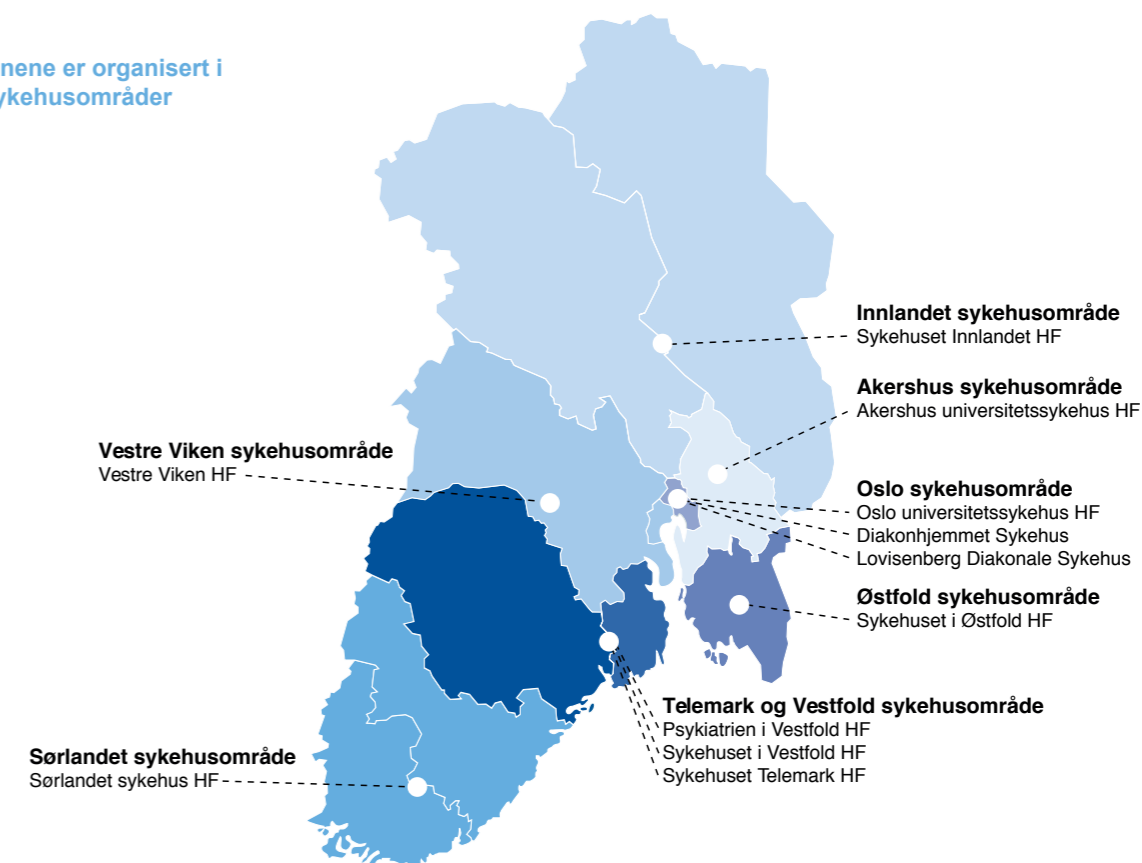
oppretholder Helse Sør-Øst en sterk satsing på forskning. Foretaksgruppen bruker tre prosent av budsjettet til dette formålet. Det tilsvarer om lag 1,5 milliarder kroner årlig.

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

H. M. Kong Harald V foretok den offisielle åpningen av Radiumhospitalet sykehotell og Vardesenteret ved Oslo universitetssykehus 12. januar 2010. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i desember 2010 forprosjekt for nytt østfoldsykehus. Planen forutsetter byggestart høsten 2011 og at utbyggingen avsluttes i løpet av 2014.

Foretaksgruppen har lagt mye arbeid i økonomistyring og resultatoppfølging, og for første gang leverer det regionale helseforetaket et positivt økonomisk resultat. Årsresultatet ble 2 772 millioner kroner. Korrigert for endringer i pensjonskostnad og basisramme ble årsresultatet 172 millioner kroner.

Regionene er organisert i syv sykehusområder



DETTE ER HELSE SØR-ØST RHF

Helse Sør-Øst RHF er et av fire regionale helseforetak som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge.

Formålet med Helse Sør-Østs virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

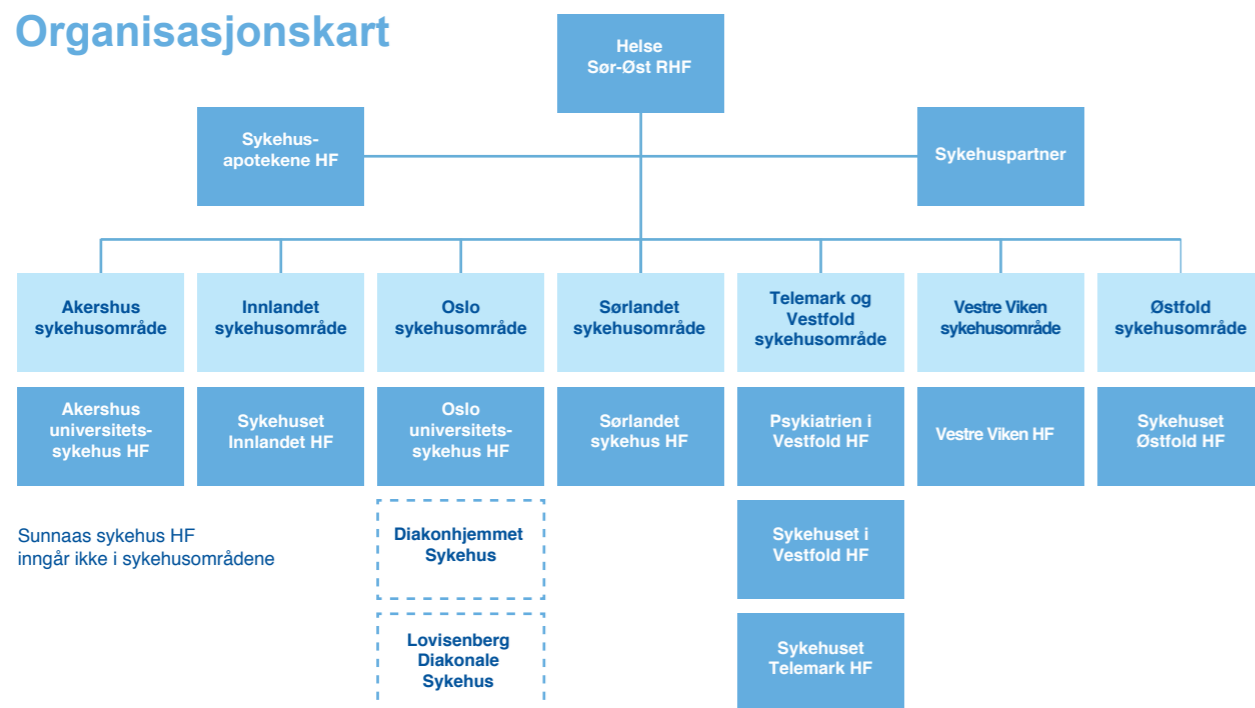
Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med 2,7 millioner innbyggere. Dette utgjør cirka 56 prosent av landets befolkning.

Foretaksgruppen har cirka 70 000 medarbeidere og en omsetning i 2010 på vel 55 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak. Regionen er organisert i syv sykehusområder. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst har avtale med cirka 1 020 avtalespesialister, samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst har sitt hovedkontor på Hamar.

Organisasjonskart



Ledelse



Bente Mikkelsen
Administrerende direktør



Steinar Marthinsen
Viseadministrerende
direktør



Atle Brynstad
Konserndirektør



Alice B. Andersgaard
Fagdirektør



Tore Robertsen
Direktør styre- og
eieroppfølging



Gunn Kristin Sande
Kommunikasjonsdirektør



Stein-Are Agledal
Styreleder



Peder Olsen
Styreleder

Styret



Frode Alhaug
Styreleder



Anne Carine Tanum
Nestleder



Kirsten Brubakk



Anne Hagen Grimsrud



Terje Bjørn Keyn



Andreas Kjær



Irene Kronkvist



Knut Even Lindsjörn



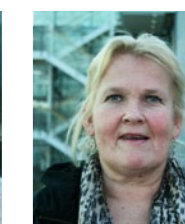
Berit Eivi Nilsen



Dag Stenersen



Randi Talseth



Lizzie I. Thorkildsen



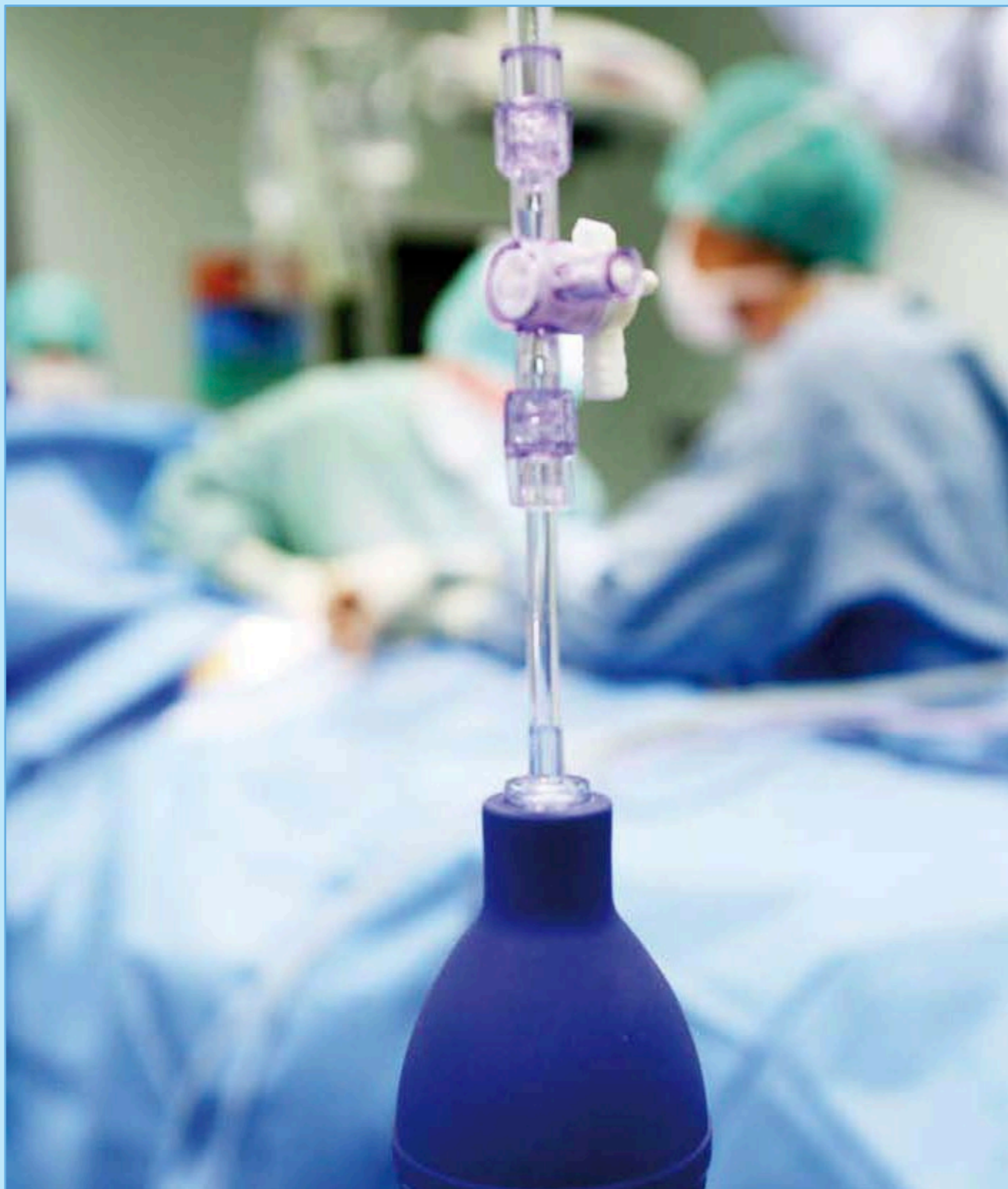
Linda Verdal



Finn Wisløff



Svein Øverland



Årsberetning

Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har i 2010 vært ivarettatt i tråd med eiers føringer. "Sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket er samlet sett oppfylt. Helse Sør-Øst behandlet i 2010 flere pasienter enn noe år tidligere. Kvalitet og pasientsikkerhet har vært prioriterte områder. Foretaksgruppen har lagt mye arbeid i økonomistyring og resultatoppfølging, og for første gang leverer det regionale helseforetaket et positivt økonomisk resultat. Årsresultatet ble 2 772 millioner kroner. Korrigert for endringer i pensjonskostnad og basisramme ble årsresultatet 172 millioner kroner. Styret uttrykker tilfredshet med denne resultatforbedringen.

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med til sammen 2,7 millioner innbyggere. Regionen har 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har 73 000 medarbeidere og et brutto budsjett i 2011 på omlag 60 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven "sørge for" at befolkningen i regionen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Det regionale helseforetaket er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester. Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Virksomheten omfatter somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, ambulansetjeneste, pasienttransport, habilitering og rehabilitering, nød-meldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2011 elleve helseforetak. Foretaksgruppen er organisert i syv sykehusområder og har langsiktige avtaler med fem private ideelle,

ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med 1 024 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, kirurgi, laboratorie- og røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar.

Formålet med Helse Sør-Øst sin virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Omstillingsarbeid og strategitvilling

Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft, grunnlagt på Nasjonal helseplan, Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling, årlige målformuleringer og de økonomiske rammer som stilles til disposisjon. De nasjonale verdier - kvalitet, trygghet og respekt - legges til grunn. Helse Sør-Øst vil sentralisere det vi må for å sikre fagutvikling og forskning og desentralisere det vi kan for å sikre nærhet. Styret vil

fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen må skje i tett samarbeid på tvers av sektorer og god dialog med andre regionale aktører.

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

Et viktig mål for endringene i hovedstadsområdet og regionen for øvrig, er å styrke lokalsykehusfunksjonen ved å ivareta bredde, nærhet og forutsigbarhet i forhold til "vanlige" sykdommer. Det er en stor utfordring å reorganisere regionen i sykehusområder og gjennomføre grunnleggende endringer i mange støttefunksjoner, samtidig som det er helt avgjørende å levere et pasienttilbud av høy kvalitet innenfor de rammer som er gitt.

Pasientbehandling

Helse Sør-Øst sin hovedrapportering om pasientrettet virksomhet

skjer i ”Årlig melding” til Helse- og omsorgsdepartementet. ”Årlig melding for 2010” er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Aktivitet

Antall nye pasienter som henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten har vist en markant økning de siste årene. Innen somatikk økte antallet nyhenvisninger i 2010 med 4,0 prosent, mens antall nyhenviste til psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) er uendret eller lavere enn i 2009. Helse Sør-Øst behandlet i 2010 flere pasienter enn noe år tidligere.

Aktiviteten målt i antall DRG-poeng knyttet til ”sørge for”-ansvaret (DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus er ikke regnet med) gikk opp fra 719 852 DRG-poeng i 2009 med 0,5 prosent til 723 802 DRG-poeng i 2010.

Den polikliniske aktiviteten innen somatikk øker, og antall konsultasjoner gikk opp fra 2 383 000 konsultasjoner i 2009 med 1,8 prosent til 2 426 000 konsultasjoner 2010.

Innenfor psykisk helsevern for voksne økte antall polikliniske konsultasjoner med 4,0 prosent, mens tilsvarende økning for barn og ungdom var 5,6 prosent. Tilsvarende endringer for antall utskrivinger fra døgnehåndling innen psykisk helsevern var henholdsvis for voksne en reduksjon på 1,0 prosent og en økning på 3,5 prosent for barn og unge. Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige økte antall polikliniske konsultasjoner med 6,7 prosent i forhold til 2009, mens antallet utskrevne døgnpasienter økte med 4,6 prosent.

På de fleste tjenesteområder er økning av poliklinisk virksomhet en ønsket utvikling, i tråd med modernisering og ”poliklinisering” av spesialisthelsetjenesten fra døgnehåndling til dag-/poliklinisk behandling, poliklinisk gruppebehandling og ambu-

lant virksomhet. Helse Sør-Øst RHF vil gjennomgå bruken av poliklinisk kapasitet på alle tjenesteområder. På de fleste områder kan antall oppfølgende polikliniske konsultasjoner reduseres blant annet ved tidligere tilbakeføring til avtalespesialister og primærhelsetjenesten. Dette vil kunne føre til behandling av flere nyhenvisninger.

Ventetider

Helse Sør-Øst har i perioden 2006-2010 hatt kortere ventetider på alle tjenesteområder enn de andre regionale helseforetakene, dog med unntak av psykisk helsevern for voksne. Ventetidsutviklingen fra 2009 til 2010 er ikke like positiv, til tross for at foretaksgruppen i 2010 har intensivert arbeidet med å få ned ventetidene. Det er særlig henviste pasienter som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp som får lengre ventetid. Dette er trolig uttrykk for en riktigere prioritering.

For rettighetspasienter har det vært en reduksjon i ventetidene innen somatikk, mens det innen de andre tjenesteområdene har vært en økning. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er ventetiden uendret, mens det har vært en økning på henholdsvis tre og åtte dager innen psykisk helsevern for voksne og TSB. Innen TSB er det ventetider på innleggelse som drar opp. Enkelte private rusinstitusjoner har spesielt lange ventetider.

Nær 90 prosent av de som fremdeles står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/ behandling.

Fristbrudd

Helse Sør-Øst prioriterer arbeidet med å sikre at pasienter med rett til helsehjelp får behandling innen fristen sykehuset har gitt dem. Andel fristbrudd for rettighetspasienter var 8,2 prosent i 2010. Det har vært en nedgang i fristbrudd på alle virksomhetsområder.

Epikrisetid

Helse Sør-Øst RHF har hatt som mål at 80 prosent av epikrisene skal sendes ut senest syv dager etter at

pasienten skrives ut fra sykehuset. I tredje tertial 2010 var andel epikriser som er sendt ut innen syv dager 77 prosent. Helse Sør-Øst prioriterer dette arbeidet, blant annet gjennom utbredelse og opplæring i arbeidsmetodene fra prosjektet ”Epikrise til pasienten” (at pasienten får epikrise ved utskriving), effektivisering av prosedyrer, innføring av talegjenkjenning ved utarbeidelse av epikrise og innføring av elektronisk pasientjournal.

Korridorpasienter

Helse Sør-Øst har redusert andelen av pasienter som ligger på korridor innen psykisk helsevern til 0,1 prosent i 3. tertial 2010. Problemet med pasienter på korridor innen psykisk helsevern er nå i praksis kun knyttet til Akershus universitetssykehus HF. Men også her er antallet etter hvert minimalisert. Innen somatikk er det en økning av andelen pasienter på korridor fra 1,0 prosent i 3. tertial 2009 til 1,6 prosent i 3. tertial 2010.

Målet er at pasienter som er lagt inn på våre sykehus ikke skal ligge på korridor.

Individuell plan

Helse Sør-Øst prioriterer arbeidet med å styrke tilbud om individuell plan, slik at alle som ønsker og har krav på det skal få utarbeidet slik plan. Det er innført egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem prioriterte tjenesteområder. I 2010 fikk totalt 1 926 pasienter individuell plan.

Pasientsikkerhet

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. De fleste hendelsene skyldes systemsvikt som medisineringsfeil og sykehusinfeksjoner. Det er viktig å stimulere til større åpenhet og meldekultur hvor ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som viktige bidragsytere i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” er et viktig grep for å redusere antall pasientskader. Kampanjen skal legge





til rette for varige forbedringer av pasientsikkerheten og pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter behandlingssvikt innen helsevesenet. Utbetalingene til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst økte fra 356 millioner kroner i 2009 med 11,2 prosent til 396 millioner kroner i 2010.

Styrket samhandling

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

Likeverdige helsetjenester

Hele 70 prosent av alle innvandrere i Norge bor i Helse Sør-Østs område. Innvandrerprosenten er størst i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken. Styret har besluttet at tilbudet til minoritetsgrupper skal styrkes. Samhandlingsprosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet” gjennomføres i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Vestre Viken HF, samt helseinstitusjoner i Oslo kommune/bydelene i Oslo.

Prosjektets hovedmål er å styrke sykehusenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig

helsetilbud. Både pasienter, pårørende og ansatte i de involverte institusjonene omfattes av prosjektet. Målet er at kompetanse på minoritetshelse og flerkulturell forståelse blir en integrert del av vår virksomhet.

Tolketjenesten for pasienter i foretaksgruppen er styrket i 2009 og 2010. Foretaksgruppen brukte 23 millioner kroner på tolketjenester i 2010.

Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF samarbeider om etablering av et prosjekt som skal styrke tross- og livssynsbehandling for pasienter og pårørende på sykehus.

Forskning og innovasjon

Av all medisinsk og helsefaglig forskning i Norge produseres cirka 60 prosent i Helse Sør-Øst. Til tross for en krevende økonomisk situasjon opprettholder Helse Sør-Øst en sterk satsing på forskning. Foretaksgruppen bruker tre prosent av budsjettet til dette formålet. Det tilsvarer om lag 1,5 milliarder kroner årlig.

I 2010 fordelte Helse Sør-Øst 424 millioner kroner til løpende og nye forskningsprosjekter, til regionale forskningsnettverk og til nye regionale forskningsgrupper og kjernefasiliteter. I tillegg bruker det enkelte helseforetak midler til forskning, i tråd med forskningsstrategien. Samlet ressursinnsats skal innen ti år trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet. Dette forutsetter aktiv prioritering og omstilling av regionens ressursbruk både på regional- og helseforetaksnivå.

Satsingen på forskning er viktig av flere grunner. Tjenesten styrkes gjennom ny kunnskap, samarbeidet mellom fagmiljøene utvikles og foretaksgruppen blir en attraktiv arbeidsplass for dyktige medarbeidere. Alt bidrar til at pasienter og brukere kan få et bedre tilbud. Det er en utfordring å sikre god bredde i forskningen og det kreves en særlig satsing for å løfte frem tverrfaglig forskning der flere helsefaglige profesjoner er involvert.

Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2008 en handlingsplan for innovasjon. Aktiviteten på innovasjonsområdet har vært høy i 2010. De aller fleste punktene i handlingsplanen for innovasjon er gjennomført. For første gang er det satt av egne midler til innovasjonstiltak i budsjettet. I alt 10 millioner kroner ble i 2010 fordelt til 21 prosjekter. Det er stor spredning i prosjektene.

Medinnova AS, som var eid av Oslo universitetssykehus HF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, og Birkeland AS, som var eid av Universitetet i Oslo, ble i 2010 slått sammen til ett selskap: Inven2 AS. Denne kommersialiseringsenheten har den største porteføljen av innovasjonsprosjekter i Norge. Hele 70 oppfinnelser fra helseforetakene ble behandlet i Inven2 i 2010.

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

Kunnskapsutvikling og god praksis

Det er viktig å sikre god praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen ved å gjøre kunnskap om beste praksis lett tilgjengelig og tilrettelegge for erfaringsoverføring. Hele pasientforløpet må betraktes som en sammenhengende prosess, der alle ledd i kjeden er avgjørende for pasientens opplevelse av et godt helsetilbud. Dette utgjør både en mulighet til å oppnå god og likeverdig behandling, sikre kvalitet i behandling og gjøre tjenesten mer forutsigbar.

Det er utdannet cirka 100 prosessveiledere som skal sikre videreføring av satsningen på kunnskapsutvikling og god praksis i de enkelte helseforetakene.



Organisering og utvikling av fellestjenester

Helse Sør-Øst RHF har som mål at støttefunksjoner og fellestjenester skal understøtte og forbedre kjernevirksomhet og arbeidsprosesser. Det skal derfor etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stabs- og støttefunksjoner. Et viktig mål er å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess.

Utfordringer innen IKT-området

Helseforetakene blir stadig mer avhengige av teknologi og det forventes at helseforetakenes IKT-kostnader vil stige i tiden fremover. Gjennom etablering av en omforent prioriterings- og medvirkningsprosess, og etablering av Sykehuspartner IKT som felles tjenesteleverandør i foretaksgruppen, skal det både fokuseres på å bruke ressursene riktig og å utvikle gode fagmiljøer. Forventninger til leveranser innen IKT-området styres gjennom forankring og kommunikasjon av felles målbilde og rammebetingelser. Styringsmodellen videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering.

Prioriteringene innenfor IKT-området og øvrige investeringsbehov, gjøres samlet for foretaksgruppen i henhold til vedtatt "Langtidsplan IKT med strategiske føringer 2011-2014."

Omstruktureringer og omstillinger i foretaksgruppen har vist seg mer IKT-krevende enn forutsatt. Endringstakten i foretaksgruppen overgår Sykehuspartners evne til leveranser og har blitt en flaskehals. Utfordringsbildet er forsterket gjennom Sykehuspartners egen omstillingsprosess. Det er iverksatt tiltak for å sikre akseptable leveranser til foretaksgruppen.

Nasjonal styring innen IKT i helsesektoren er i økende grad blitt

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

Innkjøps- og logistikkprogrammet

Helse Sør-Øst har et ambisiøst program for samordning og gevinstrealisering for innkjøps- og logistikkvirksomheten i foretaksgruppen. I 2010 er innsatsen for å realisere gevinster økt, blant annet ved å sikre bred involvering fra fagmiljøene i utvelgelsen av produkter samt holdningsskapende arbeid for å øke forståelsen for avtalelojalitet for å frigjøre midler til prioriterte områder.

Det er etablert egne styringsindikatorer for innkjøp og logistikk som rapporteres innad i foretaksgruppen. Oppnåelse av målsetning vedrørende besparelser er som planlagt. Det er imidlertid lav utnyttelse av det elektroniske innkjøpssystemet som skal understøtte avtalelojalitet.

Se ellers avsnittet "arbeidet med etikk, verdier og holdninger" for en presentasjon av det omfattende arbeidet som er lagt ned i foretaksgruppen på området etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.

Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2009 en regional HR-strategi med overordnede mål for områdene leder og medarbeideroppfølging, kompetanseutvikling, ressursstyring og arbeidsmiljø/HMS. Et viktig tiltak er felles HMS-policy for foretaksgruppen. Policyen klargjør ansvarsfordelingen i HMS-arbeidet og peker på felles innsatsområder. Alle enhetene i foretaksgruppen har i 2010 arbeidet med å innføre ny HMS-policy, blant annet ved å etablere resultatindikatorer og videreutvikle verktøy for bedre ressursstyring.

Sykefravær og HMS-avvik

Sykefraværet er en prioritert oppgave i alle foretak. For foretaksgruppen samlet gikk sykefraværet ned fra 8,4 prosent i 2009 med 1,1 prosentpoeng til 7,3 prosent i 2010. Fraværet er redusert i samtlige helseforetak, men alle foretak har ikke nådd måltallet for Helse Sør-Øst (reduksjon med 1,0 prosentpoeng).

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

Det ble for 2010 innført en ny nasjonal standard for rapportering av fravær. Denne skal sikre likhet i rapportering mellom helseregionene. Indikatoren beskriver bedre det reelle fraværet i helseforetakene og kan i noen grad forklare reduksjonen i fraværsprosenten.

Arbeidsmiljø og bemanningsutvikling

Godt arbeidsmiljø er avgjørende for god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Styret legger vekt på at organisasjonen er opptatt av medarbeidernes kompetanseutvikling, nødvendig samsvar mellom ressurser og oppgaver og at den enkelte ansatte blir sett i det daglige arbeid. Det er i den forbindelse viktig at lederrollen og ikke bare administrative ferdigheter utvikles. Behovet for god lederopplæring og ledelse i praksis understrekes også av at omstillingsprogrammet berører et stort antall ansatte. Det må arbeides hardt for å motvirke omstillingstretthet og slitasje.

Helseforetakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte. Foretaksprotokollen for 2011 skjerper kravene til helseforetakene når det gjelder hovedregelen om å bruke faste stillinger og begrense bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et minimum. Det er også stilt krav

om at andelen deltid skal reduseres med minst 20 prosent i løpet av 2011. Det skal arbeides med å videreutvikle HR-indikatorer spesielt når det gjelder deltid.

Arbeidet med å redusere uønsket deltid i 2010 er beskrevet i "Årlig melding". Den planlagte innsatsen i 2011 skal skje i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene. Helse Sør-Øst vil samtidig koordinere sin innsats med de øvrige regionale helseforetak gjennom et tett samarbeid i regi av arbeidsgiverorganisasjonen Spekter.

Foretaksgruppen har i 2010 spesielt arbeidet med innføring av et felles system for arbeidsplanlegging, for blant annet å gi bedre oversikt over, og sikre jevnere belastning for, de tilgjengelige helsepersonellressursene.

Det ble også i 2010 gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse i regionen. Denne synliggjør styrker og forbedringsbehov innen arbeidsmiljøet på alle nivåer i foretakene. Medarbeiderne svarte også på spørsmål om sitt syn på pasientsikkerhet, systematisk forbedringsarbeid og forbedringskultur. Andelen medarbeidere som deltok i undersøkelsen gikk opp fra 64 prosent i 2008 til 70 prosent i 2010. I 2010-undersøkelsen svarte 14 prosent av medarbeiderne at fravær har jobbrelaterte årsaker, mot 20 prosent i 2008.

Det er et mål at bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. Det har i 2010 vært en økning i bemanningen med 0,6 prosent tilsvarende 354 årsverk. Bemanningøkningen er lavere enn aktivitetsveksten i perioden. Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte inn vikartjenester for 340 millioner i 2010. Det tilsvarer 1 prosent av et samlet lønnsbudsjett på 34 milliarder. De innleide vikarene utfører anslagsvis noe i overkant av 80 000 vakter i løpet av året. Dette utgjør 0,6 prosent av de cirka 15 millioner vakter/dagsverk som utføres i løpet

av året av den samlede bemanningen.

Innenfor enkelte områder er det utfordrende å skaffe tilstrekkelig kvalifisert personell. Det er viktig å kunne tilby hele stillinger for å sikre nødvendig kontinuitet og kompetanse. Dette gjelder blant annet innen psykisk helsevern og TSB, der det forventes økt kvalitetssikring og et større innslag av spesialister i alle ledd i behandlingen. Samtidig er det viktig at produktiviteten økes og bidrar til nødvendig aktivitetsvekst. Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellens førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

Likestilling og diskriminering

Styret i Helse Sør-Øst RHF har en god balanse mellom kvinner og menn. Av de elleve eieroppnevnte medlemmer er seks kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordeler seg med tre kvinner og to menn. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av tre kvinner og åtte menn. Blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom antall kvinner og menn.

Kontorlokalene for Helse Sør-Øst RHF's hovedkontor i Hamar er på grunn av begrenset fremkommelighet dårlig egnet som arbeidsplass for medarbeidere med nedsatt funksjonsevne. Hovedkontoret vil i månedsskiftet april/mai 2011 bli flyttet til andre lokaler i Hamar, hvor disse forholdene er godt tilrettelagt.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. Ved årsskiftet var en av seks styreledere for helseforetakene kvinner. To av elleve administrerende direktører i helseforetakene er kvinner. Helse Sør-Øst RHF ønsker å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne.

Helse Sør-Øst RHF samarbeider med de øvrige regionale helseforetakene om "Nasjonal ledelsesutvikling", som er en plattform for arbeid med

ledelsesutvikling. Målgruppen for topplederprogrammet er ledere i helseforetakene som har ambisjoner om å forfølge en karrierevei innen sykehusledelse og som har vist talent for ledelse. Hittil har 265 ledere (56 prosent kvinner og 44 prosent menn) gått gjennom dette programmet.

Helse Sør-Øst har i samarbeid med Den norske legeforening i seks år arrangert lederprogrammet "Frist meg inn i ledelse" for å rekruttere kvinnelige leger til ledelse. Programmet skal også bidra til å støtte opp om likestilling i ledelse av helseforetakene. 131 kvinner har gått gjennom dette programmet. I tillegg har nåværende Oslo universitetssykehus HF i flere år arrangert ledelsesprogrammer med multietniske ledere som målgruppe.

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst er IA-bedrifter, som skal arbeide for "et inkluderende arbeidsliv". I 2010 er det utarbeidet handlingsplaner for IA-arbeidet, som blant annet omfatter at:

- Helse Sør-Øst skal aktivt rekruttere og legge til rette for medarbeidere med ulik kulturell bakgrunn
- Helse Sør-Øst skal ved å tilby muligheter og fleksibilitet i en aktiv livsfasepolitikk søke å være en attraktiv arbeidsgiver i alle faser i livet, og gjennom dette å beholde verdifull kompetanse og erfaring som ellers kunne gått tapt
- Helse Sør-Øst skal legge forholdene til rette for å inkludere funksjonshemmede i arbeidslivet.

For omtale av arbeidet med å redusere andelen uønsket deltid, se "arbeidsmiljø og bemanningsutvikling" ovenfor.

Helseforetakene redegjør for likestilling mellom kjønnene og arbeidet med likestilling i sine årsberetninger. Også tiltak i arbeidet med fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion og livssyn skal rapporteres i årsberetningene.



Arbeidet med etikk, verdier og holdninger

Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt” er omsatt til følgende normer for vår virksomhet:

- åpenhet og involvering i måten vi arbeider på, i våre prosesser
- respekt og forutsigbarhet i måten vi møter hverandre på
- kvalitet og kunnskap er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Samtlige helseforetak har etablert kliniske etikkomiteer som behandler etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Styret vedtok i juni 2010 nye felles prinsipper for behandling av saker om ansattes bierverv samt standardtekst for arbeidsavtaler og felles krav til prosedyredokumenter for behandling av saker om ansattes bierverv i Helse Sør-Øst. Disse avløser tidligere bestemmelser for Helse Sør og Helse Øst. Prinsippene er bekreftet i foretaksmøter og implementert i alle underliggende helseforetak og andre virksomheter eid av helseforetak i Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Østs forskningsstrategi omfatter også etikk i forskningen. Helse Sør-Øst deltar i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). NSG bidrar til samordning av etisk standard og praksis innen forskning.

Helse Sør-Øst RHF har etablert egne etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt for foretaksgruppen. Sykehusene i Helse Sør-Øst handler for 15 milliarder kroner i året. Vi ønsker å møte nye krav fra Staten og fra samfunnet for øvrig, ved å være i forkant og kreve at leverandører til sykehusene er opptatt av miljø, klima og etikk.

Helse Sør-Øst ble valgt til vinner av etikkprisen ”Ikke for enhver pris” for 2010. Prisen tildeles en person eller organisasjon innen offentlig sektor for sitt arbeid med å fremme etiske aspekter ved innkjøp.

Det regionale helseforetaket er medlem av organisasjonen Initiativ for etisk handel. Vi har forpliktet oss til å følge denne organisasjonens ”Code of Conduct” og arbeide for en forbedring av arbeids- og menneskerettigheter og miljø i produksjonen av varer og tjenester som benyttes hos oss. I løpet av 2010 og 2011 blir flere av anskaffelsene i Helse Sør-Øst fulgt opp blant annet med kontroller og oppfølging helt ute i produksjonsstedene.

Helse Sør-Øst krever at leverandører sikrer miljøriktig innsamling og gjenvinning av brukt emballasje. Leverandører som vil ha oppdrag hos oss, må være medlem i Grønt Punkt Norge eller tilsvarende ordning.

Helse Sør-Øst og de andre regionale helseforetakene har i 2010 inngått en avtale Legemiddelindustrien og Leverandører for helse-Norge for å sikre at samhandling skjer på en faglig og etisk korrekt måte. Avtalen bygger på tilsvarende avtale inngått mellom de regionale helseforetakene og Legemiddelindustrien i 2006. Avtalene omfatter alt samarbeid mellom helseforetakene i de fire regionene og leverandører av medisinsk utstyr og legemiddelindustrien.

Arsregnskapet

Helse Sør-Øst RHF avlegger sitt regnskap etter regnskapsloven. I henhold til krav i regnskapsloven bekrefter styret og administrerende direktør at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningene om fortsatt drift.

Arsregnskap for foretaksgruppen Helse Sør-Øst

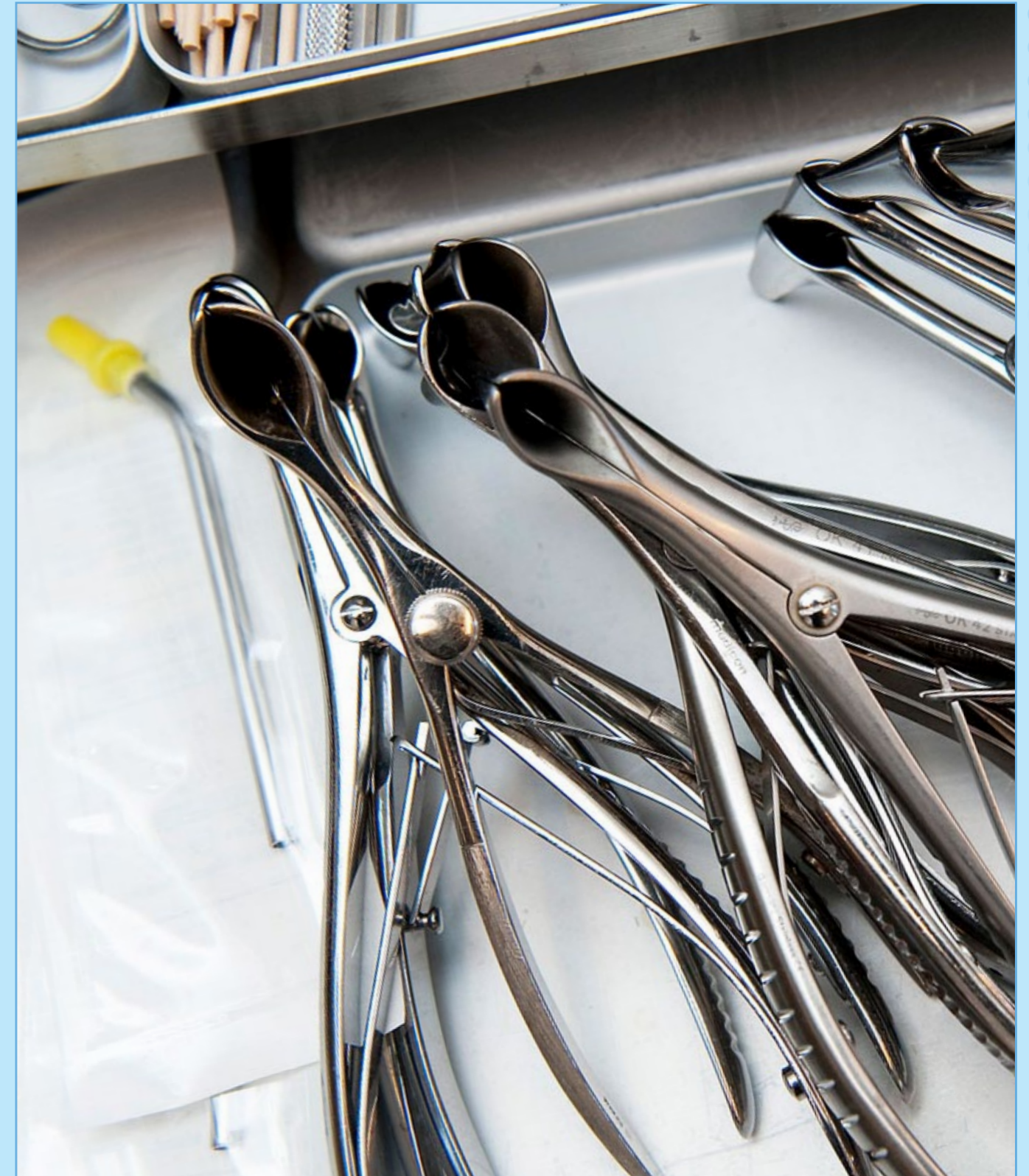
Foretaksgruppen har hatt som mål å levere et resultat i balanse for 2010. Helseforetakene har arbeidet godt med økonomistyring og resultatoppfølging.

Som følge av pensjonsreformen, vedtatt av Stortinget i juni 2010, ble det mot slutten av 2010 klart at pensjonskostnadene i 2010 ville bli betydelig lavere enn forutsatt (-5 316 millioner kroner), og Helse- og omsorgsdepartementet foreslo og fikk vedtatt en inndragning av 2 400 millioner kroner av Helse Sør-Øst sin basisramme for 2010. Samtidig ble resultatkravet endret til et overskudd på 2 600 millioner kroner.

Driftsinntektene for foretaksgruppen ble redusert fra 56,4 milliarder kroner i 2009 med 1,7 prosent til 55,5 milliarder kroner i 2010. Korrigert for endring i basisramme økte driftsinntektene for foretaksgruppen med 2,6 prosent til 57,9 millioner kroner. De samlede driftsinntektene i 2010 fordeler seg med 38,0 milliarder kroner i basisrammefinansierte inntekter, 13,8 milliarder kroner som aktivitetsfinansierte inntekter og 3,7 milliarder kroner som andre driftsinntekter. Den generelle inntektsoverføringen (basisramme) fra staten ble som en følge av endringen i pensjonsforutsetningene redusert fra 40,4 milliarder kroner i 2009 med 1,5 prosent til 38,0 milliarder kroner i 2010. Refusjonssatsen for aktivitetsbasert finansiering (ISF-satsen) var 40 prosent for begge år.

Lønn og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 55,5 prosent av totale driftskostnader for 2010. Disse kostnadene ble redusert fra 33,2 milliarder kroner i 2009 med 12,1 prosent til 29,2 milliarder kroner i 2010 grunnet lavere pensjonskostnader. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell gikk ned fra 448 millioner kroner i 2009 med 21,4 prosent til 352 millioner kroner i 2010.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen var 3,1 milliarder kroner i 2010 - på samme nivå som forrige år. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 209 millioner kroner på varige driftsmidler i 2010.





Netto finanskostnader for foretaksgruppen ble redusert fra 300 millioner kroner i 2009 til 161 millioner kroner i 2010. Årsakene til reduksjonen er mer innstående enn forutsatt, samt bedre rentebetingelser.

Årsresultatet for 2010 viser et regnskapsmessig overskudd på 2 772 millioner kroner. Korrigeret for planendring pensjon er resultatet 172 millioner kroner. Tilsvarende resultat for 2009 var et underskudd på 158 millioner kroner. Resultatet for 2010 er i all hovedsak påvirket av endringer i pensjonskostnader i tillegg til omstillingsutfordringene ved Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. De øvrige helseforetakene hadde i 2010 alle positive resultater.

Foretaksgruppen hadde i 2010 en positiv kontantstrøm på 1 028 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2010 var 2 782 millioner kroner, herav bundne midler 1 589 millioner kroner. Foretaksgruppen har en driftskredittramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 4 578 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Denne rammen er per 31.12.2010 trukket 4 575 millioner kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2010 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 73,9 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 17,6 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31. 12. 2010 23,8 millioner kroner i positive estimat- og planendringer som ikke er resultatført. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Årsregnskap for Helse Sør-Øst RHF

Resultatregnskapet for Helse Sør-Øst RHF viser et overskudd på 107 millioner kroner mot et underskudd på 348 millioner kroner i 2009. Det

er ikke foretatt noen nedskrivning av finansielle anleggsmidler i 2010. Tilsvarende nedskrivning av anleggsmidler i 2009 var 383 millioner kroner på grunn av underskudd i datterforetakene.

Kostnader knyttet til drift av administrasjonen i det regionale foretaket gikk ned fra 230,6 millioner kroner i 2009 med 3,0 prosent til 223,6 millioner kroner i 2010.

Finansielle og andre risikoer forbundet med økonomi

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Foretaksgruppen er også til en viss grad eksponert for endringer i valutakurser gjennom innkjøp.

Avleggelse av regnskapet

Fra årsskiftet 2010/2011 og frem til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet. Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling utover det som fremgår av årsberetning og årsregnskap.

Eierforhold og organisasjon

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier 100 prosent av Helse Sør-Øst RHF.

Styre, revisjonskomite, administrasjon og tillitsvalgte

Styret i Helse Sør-Øst RHF hadde frem til 26. januar 2010 følgende eieroppnevnte styremedlemmer: Hanne Harlem (leder), Harry Konterud (nestleder), Anne Marie B. Jøranli, Andreas Kjær, Kirsten Huser Leschbrandt, Knut Even Lindsjørn, Berit Eivi Nilsen, Dag Stenersen, Randi Talseth, Anne Carine Tanum og Finn Wisløff.

I foretaksmøtet 26. januar 2010 ble følgende eieroppnevnte styremedlemmer valgt for en periode på to år: Hanne Harlem (leder), Frode Alhaug (nestleder), Anne Hagen

Grimsrud, Andreas Kjær, Knut Even Lindsjørn, Berit Eivi Nilsen, Dag Stenersen, Randi Talseth, Anne Carine Tanum, Linda Verdahl og Finn Wisløff. Seks av styrets medlemmer er oppnevnt etter forslag fra fylkeskommunene i regionen og Sametinget.

Kirsten Brubakk, Morten Falkenberg, Terje Bjørn Keyn, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland var ansattvalgte medlemmer i styret frem til 15. mars 2011. Morten Falkenberg sluttet i foretaksgruppen i juli måned og gikk følgelig ut av styret. Helga Rismyhr Grinden overtok hans plass. I mars 2011 ble det gjennomført valg av ansattvalgte medlemmer i styret for Helse Sør-Øst RHF for perioden 16. mars 2011 til 15. mars 2013. Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn, Irene Kronkvist, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland ble valgt.

Det regionale helseforetakets styre har ansvaret for internrevisjonen i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en egen konsernrevisjonsenhet. I 2010 har styremedlemmene Andreas Kjær (leder), Kirsten Brubakk, Dag Stenersen og Linda Verdahl vært styrets revisjonskomite. Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Se forøvrig avsnittet om "Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll" nedenfor.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en ordning med konserntillitsvalgte. Ordningen med konserntillitsvalgte har som mål å tilrettelegge for de tillitsvalgtes medinnflytelse og medvirkning. De konserntillitsvalgte skal gjennom sin erfaring og innsikt bidra til merverdi av Helse Sør-Øst RHF's strategier og verdigrunnlag på områder av betydning for de ansatte gjennom samarbeid, informasjon og erfaringsoverføring. Tillitsvalgte deltar aktivt i foretaksgruppens organer og prosesser. Et godt samarbeid på alle nivå i organisasjonen vil fremme initiativ, motivasjon og samholdighet.



Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

Helse Sør-Østs omdømme har blitt utfordret flere ganger i 2010. Arbeidet med å styrke foretaksgruppens eksterne kommunikasjon og kontakt er blitt styrket. Men flere av disse sakene har vist svakheter i intern styring og kontroll, enten ved at tiltak i forhold til måloppnåelse ikke har vært god nok, eller ved at regelverk og rutiner ikke har blitt etterlevd.

Helse Sør-Øst RHF har i 2010 arbeidet aktivt for å sikre en omforent forståelse av hvordan vår organisasjon gjennom prinsipper og metoder for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, kan forbedre og styrke virksomheten og bidra til en bedre måloppnåelse. Som en del av dette arbeidet er det utarbeidet et rammeverk for god virksomhetsstyring, hvor innhold og krav til intern styring og kontroll beskrives. Dette dokumentet er en støtte til de som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer innenfor helseforetaksgruppen. De etablerte prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er gjort gjeldende for helseforetakene i oppdrag og bestilling for 2011.

Konsernrevisjonen bistår styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Denne revisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer. Konsernrevisjonen utfører bekreftelsesoppdrag for å se etter om intern styring og kontroll er tilfredsstillende. I 2010 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte deler av foretaksgruppen. Konsernrevisjonens årsrapport for 2010 er behandlet i styret og finnes på www.helse-sorost.no

Risikovurdering

Arbeidet med risikovurdering og risikostyring er en del av god virksomhetsstyring i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst har utviklet

et eget system for risikovurdering og risikostyring. Helseforetakene styrebehandler sine risikovurderinger, som sammen med risikovurderinger gjennomført i det regionale helseforetaket, i brukerutvalget og blant konserntillitsvalgte gir en aggregert risikovurdering. Det regionale helseforetakets styre behandler tre ganger per år sak om risikovurdering i foretaksgruppen.

Styrets gikk i mars 2011, i forbindelse med behandlingen av årlig melding 2010, igjennom risikovurderingen i foretaksgruppen per årsskiftet 2010/2011. Det ble da pekt på følgende områder med stor risiko:

- Økonomisk balanse inkludert bemanningsutvikling og drift ved Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF
- Integrasjonsprosess Oslo universitetssykehus HF
- Integrasjonsprosess Vestre Viken HF
- Manglende økonomisk handlingsrom for å oppnå et ønsket investeringsnivå
- Kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet:
 - Fristbrudd, ventetid, korridor-pasienter
 - Manglende måloppnåelse time ved henvisninger og infeksjoner lavere enn tre prosent
- Kundetilfredshet og leveranse (inkludert informasjonssikkerhet) fra Sykehuspartner
- Leveringskvalitet og bruk av forsyningscenteret
- Avtalelojalitet og realisering av gevinst innkjøp/logistikk
- Redusert uønsket deltid

Sykehusområder og helseforetak

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak som er organisert i syv sykehusområder. Det har ikke vært noen endringer i organiseringen av helseforetakene og sykehusområdene i 2010.

Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset i Vestfold HF har utredet en

sammenslåing av de to helseforetakene til ett helseforetak. Styrene i de to helseforetakene går inn for en slik sammenslåing. En slik sammenslåing må besluttes i styret for Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene har styrer der flertallet av de eieroppnevnte medlemmene har politisk bakgrunn, foreslått fra kommuner og fylkeskommuner i regionen. Nye styrer for alle helseforetakene ble oppnevnt i april 2010. Styrene har en valgperiode på to år. Senere er det gjennomført nødvendige suppleringsvalg i noen styrer. I september 2010 ble det oppnevnt nytt styre for Vestre Viken HF.

Helsetjenester fra private leverandører med kjøpsavtale og avtalespesialister

Private leverandører med kjøpsavtale og avtalespesialister leverandører er viktige bidragsytere i ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2010 eksterne helsetjenester for om lag 3,5 milliarder kroner. Dette utgjør mer enn seks prosent av bruttobudsjettet. Det overordnede mål er at den samlede ressursinnsats fra helseforetak, private leverandører og avtalespesialister skal gi optimal effekt i forhold til "sørge for"-ansvaret.

Ansvarlige selskaper og felleseide aksjeselskap

Helse Sør-Øst RHF eier 40 prosent av helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) og 40 prosent av Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS. Dessuten eier Helse Sør-Øst RHF 40 prosent av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS. Hvert av de tre andre regionale helseforetakene eier 20 prosent av selskapene.

Luftambulansetjenesten tar seg av den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet.

Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS skal levere profesjonelle transaksjonstjenester, brukervennlig informasjon og juridisk bistand i forbindelse med pasientreiser.

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS skal bidra til at helsesektoren i Norge i størst mulig grad utnytter de fordeler som finnes ved å samordne sine anskaffelser. For nærmere informasjon om resultater i 2009 henvises til årsregnskapets note seks.

Brukermedvirkning

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

Utvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF på grunnlag av forslag fra brukerorganisasjoner og Norsk Pensjonistforbund. Det er sammensatt etter visse kriterier, blant annet at medlemmene selv har erfaring som pasient- og/eller pårørende, at nasjonalt prioriterte pasientgrupper innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling kreftomsorgen, pårørende, samt eldre og etniske minoriteter er representert. Nåværende brukerutvalg ble oppnevnt i 2009 for perioden frem til utgangen av september 2011. Utvalget har i 2010 hatt 14 medlemmer.

Alle helseforetakene har egne brukerutvalg - og samarbeidet mellom brukerrepresentantene i foretaksgruppen er godt.

Brukerutvalget har sammen med Helse Sør-Øst RHF utarbeidet 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå. Prinsippene er kjent for og innarbeides i helseforetakenes arbeid.

Det er med få unntak praksis at minimum to representanter fra brukerne møter i de prosesser og prosjekter der utvalget velger å være med. Leder og nestleder, eller den utvalget bestemmer, møter i styret som observatører. Brukerutvalget gir uttrykk for at holdninger og innspill fra brukerutvalg og brukerrepresentanter ofte kan kjennes igjen i styresaker og vedtak, samt i Helse Sør-Øst

RHF sine høringsuttalelser.

Brukerutvalget har arrangert en konferanse med brukerorganisasjonene og en konferanse med brukerutvalgene i helseforetakene, samt seminar for brukerrepresentanter i fagråd. Utvalget har deltatt i flere møter med Helse- og omsorgsdepartementet.

De viktigste sakene i brukerutvalget i 2010 har vært uønskede hendelser, brukerundersøkelser, ventetider, pasientrettet IKT, barn som pårørende, rus- og avhengighet, helsetjenesten for eldre, pasient- og pårørendeopplæring, avtaler private leverandører av helsetjenester, nytt østfoldsykehus, problemstillinger rundt pasientreiser og overføring av opptaksansvar fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF og prosesser i Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Brukerutvalget utarbeider en egen årsrapport som er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Større byggeprosjekter

H. M. Kong Harald V foretok den offisielle åpningen av Radiumhospitalet sykehotell og Vardesenteret ved Oslo universitetssykehus 12. januar 2010. Sykehotellet har 77 overnattingsrom og er bygd som tre nye etasjer på det eksisterende stråleterapibygg ved Radiumhospitalet. Vardesenteret ligger i sykehotellens lokaler og er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og Kreftforeningen. Senteret er et tilbud til kreftpasienter fra hele landet og er det første av sitt slag i Norge. Her kan kreftrammede få informasjon, støtte og veiledning, møte likesinnede og ta del i aktiviteter.

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i desember 2010 forprosjekt for nytt østfoldsykehus. Planen forutsetter byggestart høsten 2011 og at utbyggingen avsluttes i løpet av 2014. Deretter startes testing, klargjøring og prøvedrift av anlegget. Det er planlagt at driften

kan fases gradvis inn med start ultimo 2015. Nytt østfoldsykehus er dimensjonert for å dekke behovet for spesialisthelsetjenester til en befolkning på cirka 300 000 innbyggere, basert på en fremskriving av befolkningsgrunnlaget i Østfold fra 2007 til 2020. Prosjektet skal realiseres innen et styringsmål på 5 090 millioner kroner (prisnivå februar 2010).

Ytre miljø

Helse Sør-Østs viktigste påvirkning av det ytre miljø er gjennom forbruk av vann og energi – og gjennom behandling av avfall fra vår virksomhet. Dessuten fører Helse Sør-Østs virksomhet til betydelig transport av egne ansatte, pasienter, pårørende og leverandører.

Samlet vannforbruk gikk opp fra 1 987 000 kubikkmeter i 2009 med 14 prosent til 2 166 000 kubikkmeter i 2010.

Helseforetaksgruppens samlede energiforbruk (ex transport) økte fra 718 GWh i 2009 med 5,2 prosent til 755 GWh i 2010. Helseforetakene er i gang med prosjekter innen energiledelse, hvor overordnet målsetting er å drifte foretakenes bygningsmasse med en varig, sikker og lønnsom energibruk, samtidig som kostnader og miljøbelastning reduseres.

Alle foretakene samler og sorterer betydelige deler av sitt avfall til gjenvinning. En liten del av avfallsvolumet er spesialavfall, som behandles etter fastsatte regler. Samlet avfallsvolum for foretaksgruppen var 16 694 tonn i 2010.

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst vil utarbeide årlig miljørapport, første slik rapport gjelder for 2010. Miljørapporten er tilgjengelig på www.helse-sorost.no Foretakene gir informasjon om sin påvirkning av det ytre miljø i sine årsberetninger, inkludert eget vannforbruk, energiforbruk og avfallsvolum. Enkelte helseforetak er underlagt spesielle utslippstillatelser.



Resultatregnskap

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010	Note	2010	2009
DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER				
38 578 081	38 005 637	1	38 005 634	38 578 081
12 196 560	12 424 956	1	13 754 279	13 446 930
2 518 353	3 441 027	1	3 723 910	4 391 031
53 292 995	53 871 620		55 483 823	56 416 042
DRIFTSKOSTNADER				
51 365 681	50 642 137	2	7 548 992	7 984 610
195 015	624 295	2	6 125 786	5 988 781
390 710	600 323	3	29 158 030	33 163 561
248 904	543 572	4,5	3 148 897	3 114 804
9 260	6 572	4,5	208 818	25 622
1 087 366	1 492 773	7	6 359 191	5 994 923
53 296 936	53 909 672		52 549 713	56 272 302
-3 941	-38 053		2 934 110	143 741
FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER				
438 984	486 538	7,10	200 886	139 630
382 952	0	6	0	-10
400 111	341 264	7,10	361 624	439 273
-344 079	145 274		-160 738	-299 633
-348 020	107 221		2 773 372	-155 892
0	0	8	1 601	1 577
-348 020	107 221		2 771 770	-157 469
ÅRSRESULTAT				
0	0		1 018	3 337
OVERFØRINGER				
6 646	5 173	12	3 723	6 646
-354 666	102 048	12	2 767 029	-167 452
0	0	12	1 018	3 337
-348 020	107 221		2 771 770	-157 469

Helse Sør-Øst RHF deltar i et nasjonalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Styret har vedtatt at alle helseforetakene i foretaksgruppen skal implementerer standardiserte miljøstyringssystem. Det er et mål at helseforetakene blir miljøsertifisert innen utgangen av 2014.

Takk for innsats og samarbeid

Styret berømmer medarbeidere og ledere for stor innsats og engasjement i en periode med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. Styret berømmer også brukernes og ansattes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2010.

Fremtidsutsikter og utfordringer

Styret har i "Årlig melding for 2010" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål – og hvilke strategiske valg som Helse Sør-Øst planlegger for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på www.helse-sorost.no

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene. Styret peker på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver

blant annet innen kvalitet og pasientsikkerhet og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag.

For perioden 2011-2014 er det vedtatt fem mål for virksomheten i foretaksgruppen. Disse målene representerer en økt ambisjon innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som de understreker betydning av arbeidsmiljø og god økonomistyring. De fem målene kommer i tillegg til det kontinuerlige arbeidet for å øke pasientsikkerheten. Målene tydeliggjør de hovedprioriteringene som skal legges til grunn for virksomheten for å sikre gode og likeverdige helsetjenester:

- Pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- 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

Samhandlingsreformen som trer i kraft 1. januar 2012 vil få konsekvenser for

både innhold og omfang av kommune- og spesialisthelsetjenesten, for å møte behov for fremtidige helsetjenester. Helse Sør-Øst er i god gang med å tilpasse seg til utfordringene ved samhandlingsreformen.

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

Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF ble et overskudd på 107,2 millioner kroner. Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2010.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:


Overført fond for vurderingsforskjeller 5 173 000

Overført til annen egenkapital 102 048 000


Sum disponert 107 221 000

Hamar, 14. april 2011


Hanne Harlem
Styreleder


Frode Alhaug
Nestleder



Kirsten Brubakk


Anne Hagen Grimsrud


Terje Bjørn Keyn


Andreas Kjær


Irene Kronkvist

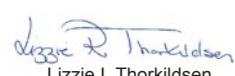

Knut Even Lindsjorn


Berit Eivi Nilsen


Dag Stenersen


Randi Talseth


Anne Carine Tanum


Lizzie I. Thorkildsen


Linda Verdal


Finn Wisløff


Svein Øverland


Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

Balanse

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010	Note	2010	2009
EIENDELER				
Anleggsmidler				
Immatrielle eiendeler				
994 830	1 274 142	4	1 288 857	1 030 179
0	0	8	0	49
994 830	1 274 142		1 288 857	1 030 229
Varige driftsmidler				
93 690	91 331	5	32 744 860	33 461 040
876 407	881 061	5	4 645 158	4 845 297
503 342	1 300 063	5	2 230 433	2 120 760
1 473 439	2 272 454		39 620 450	40 427 097
Finansielle anleggsmidler				
21 113 468	21 100 900	6	0	0
8 158 259	8 130 669	6,10	1 084 947	812 100
4 355	7 107	9	4 689 748	1 664 760
29 276 082	29 238 676		5 774 695	2 476 860
31 744 352	32 785 272		46 684 003	43 934 186
Omløpsmidler				
61 678	41 995	2	411 052	444 806
Fordringer				
6 482 898	7 776 997	7	1 728 723	2 511 390
6 482 898	7 776 997		1 728 723	2 511 390
57 860	1 347 920	11	2 781 728	1 753 778
6 602 436	9 166 912		4 921 503	4 709 974
38 346 787	41 952 184		51 605 506	48 644 160

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010	Note	2010	2009
EGENKAPITAL OG GJELD				
Egenkapital				
Innskutt egenkapital				
200	200		200	200
33 678 018	33 689 986		33 689 986	32 467 167
33 678 218	33 690 186	12	33 690 186	32 467 367
Opptjent egenkapital				
14 577	19 750		18 300	14 577
0	0		10 574	9 556
-12 226 862	-12 136 781		-9 264 116	-10 809 497
-12 212 285	-12 117 031	12	-9 235 242	-10 785 364
21 465 933	21 573 155		24 454 944	21 682 003
Gjeld				
Avsetning for forpliktelser				
73 395	76 434	9	926 392	2 801 999
0	0	8	1 708	1 061
4 908 831	6 119 976	15	4 288 396	4 126 342
4 982 226	6 196 409		5 216 495	6 929 402
Annen langsiktig gjeld				
7 303 117	6 876 426	10	6 876 426	7 303 117
0	0	10	346 917	484 775
7 303 117	6 876 426		7 223 342	7 787 892
Kortsiktig gjeld				
2 485 000	4 575 062	11	4 575 062	2 485 000
0	0	8	905	1 127
60 120	55 797		2 448 108	2 236 333
2 050 391	2 675 335	7	7 686 649	7 522 404
4 595 511	7 306 194		14 710 724	12 244 863
16 880 854	20 379 029		27 150 562	26 962 157
38 346 787	41 952 184		51 605 506	48 644 160

Hamar, 14. april 2011

 Hanne Harlem Styreleder	 Frode Alhaug Nestleder	 Kirsten Brubakk	 Anne Hagen Grimsrud
 Terje Bjørn Keyn	 Andreas Kjær	 Irene Kronkvist	 Knut Even Lindsjorn
 Berit Eivi Nilsen	 Dag Stenersen	 Randi Talseth	 Anne Carine Tanum
 Lizzie I. Thorkildsen	 Linda Verdøl	 Finn Wisløff	 Svein Øverland
 Bente Mikkelsen Administrerende direktør			

Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2009	2010	2010	2009
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:			
-348 020	107 221	2 771 770	-157 469
248 904	543 572	3 148 897	3 114 804
392 212	6 572	208 818	25 622
36 392	3 220	-4 864 115	146 233
-34	0	-48 068	-149 401
142 921	183 749	-87 291	107 537
-544 720	-656 175	1 011 289	230 402
-72 345	188 160	2 141 300	3 317 729
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:			
17 226	0	283 132	160 978
-862 913	-1 616 456	-2 902 215	-3 131 101
-1 250 203	-11 658	0	0
1 312 302	11 658	0	108 546
-642 422	-146 628	0	0
-311 912	-9 532	-181 834	-188 971
-1 737 923	-1 772 615	-2 800 916	-3 050 548
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:			
80 338	0	12 300	111 994
-395 000	-426 691	-451 109	-407 553
1 688 772	1 211 145	36 314	-403 144
574 516	2 090 062	2 090 062	574 516
-108 546	0	0	-59 590
1 840 080	2 874 516	1 687 566	-183 777
29 812	1 290 060	1 027 950	83 404
28 048	57 860	1 753 778	1 670 374
57 860	1 347 920	2 781 728	1 753 778

* Virksomhetsoverdragelse IKT

** Virksomhetsoverdragelse IKT og nedskrivning av investeringer ført mot EK

*** Kapitalforhøyelse Akershus universitetssykehus HF og kapitalinnskudd Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i 2009.

Investering i Invento AS i 2010 sammen med EK innskudd pensjonskasser

Helse Sør-Øst RHF har en kredittramme i Norges Bank på 4 578 millioner kroner per 31.12.2010 knyttet til konsernkontoordningen. Av kredittrammen er 4 575 millioner kroner trukket opp per 31.12.2010.

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1.1.2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har

stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringssprinsipper

Virksomhetsoverdragelser

Virksomhetsoverdragelsen bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av bokførte verdier av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i avgivende helseforetak, og et tingsinnskudd mottakene helseforetak. Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansiering består av basisramme drift og, avskrivningstilskudd. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden midlene tildeles. Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i regnskapet og en fordring på Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført

Andre inntekter

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene salgsinntekter fra

kantine og leieinntekter fra personalboliger. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over kr. 100.000,-. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp

er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Datterselskap

Med datterselskap menes annet foretak der helseforetaket normalt har en eierandel på over 50 %, hvor investeringen er av langvarig og strategisk karakter og hvor helseforetaket har bestemmende innflytelse. Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det foretas nedskrivning til virkelig verdi når det oppstår verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må

anses nødvendig etter god regnskapspraksis. Nedskrivninger reverseres når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Tilknyttede selskap

Med tilknyttet selskap menes et selskap hvor investor har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investor har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskap har en slik innflytelse over et annet selskap.

Investering i tilknyttet selskap vurderes etter egenkapitalmetoden i foretakets regnskap og i foretaksgruppens regnskap.

Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Inve2 AS er klassifisert som tilknyttede selskaper.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden. Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom

ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid for den del av avvikene som overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader, og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende helseforetak. Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var én økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordrin-

gene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap **Varebeholdninger** Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg og tomter er ikke endelig avklart. Det gjenstår arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det aller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerende av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

Enkelte tall i note en, to og tre for 2008 er endret for gi sammenlignbare tallstørrelser for de to siste årene.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til skattepliktig virksomhet i datterselskapene.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/ skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/ skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt skattevirkninger av underskudd til fremføring. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i fremtiden.

Noter

NOTE 1 - INNTEKTER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2009	2010	2010	2009
DRIFTSINNTEKTER			
Basisramme			
38 578 081	38 005 637	38 005 637	38 578 081
38 578 081	38 005 637	38 005 637	38 578 081
Aktivitetsbasert inntekt			
10 496 722	10 544 216	10 544 216	10 496 722
77 777	93 439	93 439	77 777
115 596	115 903	741 098	734 552
1 506 111	1 659 708	2 194 777	2 033 511
354	11 690	180 748	104 367
12 196 560	12 424 956	13 754 278	13 446 930
Annen driftsinntekt			
10 006	0	0	10 006
341 113	211 678	211 679	341 113
1 160 534	1 065 987	1 304 563	1 212 696
0	0	158 017	170 646
0	0	933 953	965 263
1 006 700	2 163 362	1 115 696	1 691 307
2 518 353	3 441 027	3 723 908	4 391 031
53 292 995	53 871 620	55 483 823	56 416 043

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar inkluderer også ISF somatisk poliklinisk aktivitet.
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar inkluderer også ISF somatisk poliklinisk aktivitet.
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter) inkluderer også ISF somatisk poliklinisk aktivitet.
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd.
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotekene HF er 2 137 464 kroner i 2010 og 1 971 487 kroner i 2009.
- 6) Inkluderer også fysioterapiinntekter fra HELFO, ref artskontoplan 322 poliklinikkinntekter.

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2009	2010	2010	2009
FORDELING AV DRIFTSINNTEKTER			
Driftsinntekter per virksomhetsområde			
36 736 214	36 740 445	38 184 062	39 810 664
9 210 042	9 319 790	9 181 449	8 949 421
1 756 829	1 939 378	2 015 581	1 808 560
5 589 910	5 872 007	6 102 731	5 847 398
53 292 995	53 871 620	55 483 823	56 416 043
Driftsinntekter fordelt på geografi			
53 177 399	53 755 717	54 634 879	55 492 442
115 596	115 903	771 462	852 364
0	0	77 481	71 237
53 292 995	53 871 620	55 483 823	56 416 043
Aktivitetstall			
Aktivitetstall somatikk			
61 670	60 156	740 829	741 989
0	0	690 935	604 442
127 863	132 474	2 425 616	2 382 680
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge			
22	21	1 078	1 042
24 581	26 975	412 800	390 993
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne			
4 380	4 332	26 606	26 850
75 738	85 904	685 517	659 443
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige			
1 830	1 946	8 274	7 909
49 651	51 393	191 771	179 754

* I antall DRG-poeng iht. "sørge for"-ansvaret for 2009 er antall refusjonspoeng omregnet til DRG-poeng med en faktor på 0,031 for å få det sammenlignbart med 2010.

I tillegg utgjør aktivitet knyttet til Raskere tilbake 2 263 DRG -poeng, i tillegg til 34 695 polikliniske konsultasjoner.

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

NOTE 2 - VARER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
KJØP AV HELSETJENESTER				
38 163 216	37 068 665	Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner somatikk	3 543 289	4 164 112
0	0	Kjøp fra utlandet somatikk	24 414	25 930
8 290 260	8 536 269	Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner psykiatri	1 413 733	1 296 357
1 948 806	2 098 369	Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner rus	692 554	662 254
2 104 473	1 995 177	Konserninterne gjestepasientkostnader	0	0
50 506 755	49 698 479	Sum gjestepasientkostnader	5 673 990	6 148 653
8 094	9 432	Innleie av vikarer	352 357	448 499
161 142	174 034	Kjøp av ambulansetjenester og luftambulanse	352 106	325 165
689 690	760 192	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	1 170 539	1 062 293
51 365 681	50 642 137	Sum kjøp av helsetjenester	7 548 992	7 984 610
VAREBEHOLDNING *)				
61 678	41 995	Sentrallager	145 343	166 977
0	0	Sterillager	25 305	41 114
0	0	Blodlager	25 733	19 750
0	0	Råvarer	4 107	5 214
0	0	Varer i arbeid	4 069	3 773
0	0	Ferdigvarer	8 369	5 078
0	0	Øvrige beholdninger	198 130	202 900
61 678	41 995	Sum varebeholdning	411 057	444 806
61 678	45 570	Anskaffelseskost	415 217	445 933
0	-3 575	Nedskrivning for verdifall	-4 160	-1 127
61 678	41 995	Bokført verdi 31.12.	411 057	444 806
VAREKOSTNAD				
79 499	310 272	Legemidler	2 606 320	2 448 508
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	3 500 998	3 513 002
115 517	314 022	Innkjøpte varer for videresalg	18 468	27 271
195 016	624 294	Sum varekostnad	6 125 786	5 988 781

NOTE 3 - LØNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSE MM.

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
LØNSKOSTNADER				
315 268	439 378	Lønnskostnader	25 035 781	23 867 639
47 406	71 998	Arbeidsgiveravgift	3 555 513	3 443 726
51 685	60 835	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	-51 798	5 229 302
-23 649	28 111	Andre ytelser	618 534	622 895
390 710	600 322	Sum lønn og andre personalkostnader	29 158 030	33 163 561
638	993	Gjennomsnittlig antall ansatte	72 895	69 935
487	827	- herav Sykehuspartner		
625	982	Gjennomsnittlig antall årsverk	55 334	54 979
480	822	- herav Sykehuspartner		

Lønn til ledende personell

(Alle tall i NOK)

Navn	Tittel	Lønn	Andre godtgjørelser	Sum
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende direktør	1 547 941	7 112	1 555 053
Atle Brynstad	Konserndirektør	1 539 264	20 466	1 559 730
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 050 269	9 721	1 059 990
Tore Robertsen	Direktør for styre- og eieroppfølging	1 194 156	8 918	1 203 074
Tor E Berge	Styreleder Sunnaas sykehus HF	377 012	157 296	534 308
Peder Kristian Olsen	Styreleder Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF	1 392 385	14 584	1 406 969
Bente H Mejdell	Styreleder Sykehuset Innlandet HF	1 268 833	6 916	1 275 749
Stein-Are Agledal	Styreleder Psykiatrien i Vestfold HF, Sykehuset i Vestfold HF, og Sykehuset Telemark HF	730 256	74 014	804 270

Lønn og andre ytelser til administrerende direktør

(Alle tall i NOK)

Lønn	2 010 535
Pensjonsutgifter	149 241
Andre godtgjørelser	6 916
Sum	2 166 692
Styrehonorar	2 101 504
Herav styrehonorar til styrets leder	312 387
Annen godtgjørelse	0

Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon.

Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til adm.dir/styreleder eller andre nærstående parter.

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010	Godtgjørelse til revisor	2010	2009
		Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:		
375 000	375 000	Lovpålagt revisjon	4 550 000	4 550 000
2 867 604	404 713	Utvidet revisjon	7 026 842	5 409 579
0	0	Andre attestasjonstjenester	1 183 508	967 431
104 047	33 750	Skatte- og avgiftsrådgivning	102 837	214 303
417 708	121 059	Andre tjenester utenfor revisjon	728 048	931 985
3 187 907	934 522	Sum honorarer til revisor	13 591 235	11 723 327

Alle tall er inkl. merverdiavgift.

Tilleggsopplysninger revisor

Økningen på 1 617 263 kroner fra 2009 for lovpålagt og utvidet revisjon for foretaksgruppen samlet sett skyldes i hovedsak utvidet revisjon i forbindelse med de organisatoriske endringene som ble foretatt i 2009 og som følge av dette innføring av felles regnskapssystemer ved de fusjonerte foretakene i 2010. Det utvidede revisjonsarbeidet omfatter blant annet begrensede revisjoner, utvidede gjennomganger på blant annet inntektsområde ig it-området.

Honorar for andre tjenester utenfor revisjonen er i all hovedsak knyttet til teknisk støtte i forbindelse med budsjettering og rapportering.

NOTE 4 - IMMATERIELLE DRIFTSMIDLER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immatrielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.	1 129 997	100 166	1 230 163
Korrigeringer IB	-32 457	0	-32 457
Åpningsbalanse korrigert	1 097 540	100 166	1 197 706
Tilgang	409 590	146 795	556 385
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	11 968	11 968
Avgang	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.	1 507 130	258 929	1 766 059
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	-491 917	0	-491 917
	0	0	0
Balanseført verdi 31.12.	1 015 213	258 929	1 274 142
Årets ordinære avskrivninger	-288 793	0	-288 793

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum immatrielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.	1 856 767	107 543	1 964 311
Tilgang	412 875	147 357	560 232
Avgang	-5 575	0	-5 575
Fra anlegg under utførelse	6 913	-6 913	0
Anskaffelseskost 31.12.	2 270 980	247 990	2 518 970
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	-1 230 113	0	-1 230 070
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.	0	0	-43
Balanseført verdi 31.12.	1 040 867	247 990	1 288 857
Årets ordinære avskrivninger	-298 130	0	-298 130
Balanseførte lånekostnader	0	0	0

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

- * EDB-programvare 5 år
- * Anlegg under utførelse Avskrives ikke

NOTE 5 - VARIGE DRIFTSMIDLER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.	100 599	503 342	0	1 136 442	1 740 383
Korrigeringer IB	0	0	0	-9 202	-9 202
Åpningsbalanse korrigerert	100 599	503 342	0	1 127 239	1 731 180
Tilgang	0	796 721	0	263 350	1 060 071
Avgang	0	0	0	0	0
Fra anlegg under utførelse	0	0	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.	100 599	1 300 063	0	1 390 589	2 791 250
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	-9 268	0	0	-502 956	-512 225
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.	0	0	0	-6 572	-6 572
Balansført verdi 31.12.	91 331	1 300 063	0	881 061	2 272 454
Årets ordinære avskrivninger	-2 360	0	0	-252 420	-254 779
Årets nedskrivninger	0	0	0	-6 572	-6 572
Balansførte lånekostnader	0	23 715	0	0	23 715

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. IKT og annet	Sum Varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.	1 749 895	47 106 132	2 123 947	6 642 375	4 652 037	62 274 386
Utrangerte anleggsmidler	-19 406	-12 531	0	-84 187	-956	-117 080
Reklassifisering	-36 192	-56 145	0	-16 065	108 402	0
IB korr	3 299	1 846	0	0	10 067	15 212
Åpningsbalanse korrigerert	1 697 596	47 039 302	2 123 947	6 542 123	4 769 550	62 172 518
Tilgang	3 200	88 007	1 763 344	168 526	318 575	2 341 653
Avgang	-75 870	-16 064	-455	-51 021	-10 146	-153 555
Fra anlegg under utførelse	2 838	1 427 143	-1 647 644	160 199	57 464	0
Anskaffelseskost 31.12.	1 627 764	48 538 388	2 239 193	6 819 827	5 135 608	64 360 780
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	-64 476	-16 998 821	0	-4 244 298	-3 052 966	-24 360 561
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.	-7 376	-350 619	-8 760	-5 900	-7 114	-379 769
Balansført verdi 31.12.	1 555 912	31 188 949	2 230 433	2 569 629	2 075 528	39 620 451
Årets ordinære avskrivninger	0	-1 860 560	0	-543 439	-446 767	-2 850 766
Årets nedskrivninger	0	-196 402	-5 573	0	-6 844	-208 818
Balansførte lånekostnader	0	401 267	0	31 703	55 124	488 094

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Varige driftsmidler
Leiebeløp	52 497	129 985	48 209	61 585	292 276
Varighet (år)	1-15 år	1-20 år	1-9 år	1-7 år	

Helseforetaket benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

* Bygninger	Dekomponert 10-60 år
* Medisinteknisk utstyr	3 - 15 år
* Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc	3 - 15 år
* Personalboliger	Avskrives ikke
* Tomter	Avskrives ikke

NOTE 6 - EIERANDEL I DATTERFORETAK, FELLESKONTROLLERT VIRKSOMHET OG TILKNYTTETE SELSKAP

(Alle tall i NOK 1 000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	726 204	829 987	103 783	0
Sykehuset Innlandet HF	Brummundal	100 %	100 %	3 322 549	3 923 566	560 949	0
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	224 469	271 096	45 920	0
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 435 460	1 831 112	343 923	0
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	8 069 264	8 614 769	547 422	0
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 882 663	2 087 431	203 068	0
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	914 025	1 107 326	193 299	0
Psykiatrien i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	444 500	547 115	67 899	0
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 625 578	1 871 057	242 725	0
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 343 549	2 623 005	279 567	0
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	205 474	49 086	0
Sum datterforetak				21 100 900	23 911 938	2 637 641	0

Investering i datterforetak

Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	40 %	40 %	20 900	51 929	11 658	0
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	40 %	40 %	3 642	10 030	1 274	0
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	40 %	40 %	7 000	17 500	0	0
Inven2 AS	Oslo	50 %	50 %	20 100	37 300	-2 900	0
Sum tilknyttede selskap				51 642	79 459	12 932	0

Virksomheter eid av andre foretak i foretaksgruppen

Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100 %	100 %	12 000	46 505	13 238	271
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	80 %	80 %	1 400	21 045	3 769	0
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	Oslo	100 %	100 %	31 588	34 074	764	0
Barnehagebygg AS	Oslo	100 %	100 %	100	2 421	1 338	0
Sykehotell AS	Oslo	100 %	100 %	10 100	11 138	277	0
Sørlandet sykehus Parkering AS	Kristiansand	100 %	100 %	27 977	35 014	7 057	0
Tekstilvask Innlandet AS	Lillehammer	84 %	84 %	8 640	19 726	2 318	0
Sum datterforetak				55 188	115 183	19 387	271

NOTE 7 - POSTER SOM ER SLÅTT SAMMEN I REGNSKAPET

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2009	2010	2010	2009
Andre driftskostnader			
0	90	907 734	890 157
36 772	53 905	1 282 762	1 137 600
1 466	2 290	130 847	134 095
243 137	211 857	346 745	554 413
36 567	116 334	587 675	413 322
202 813	482 791	1 198 917	1 115 555
54 194	92 915	449 511	416 673
21 787	26 661	296 760	250 223
46	2 126	42 849	60 256
490 583	503 806	1 115 390	1 022 630
1 087 366	1 492 773	6 359 191	5 994 923
Av "Øvrige driftskostnader" på 1 115 millioner kroner i foretaksgruppen utgjøres 396 millioner kroner av pasientskadeerstatning og 438 millioner kroner av kostnadsførte anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr og diverse driftsmaterialer.			
Finansinntekter			
6 620	5 173	5 173	6 620
355 740	443 321	0	0
76 615	38 023	193 977	123 588
10	21	1 736	9 422
438 984	486 538	200 886	139 630
Finanskostnader			
0	0	0	0
14 891	15 329	0	0
384 243	325 928	358 796	422 866
978	7	2 828	16 406
400 111	341 264	361 624	439 273
Fordringer			
3 684 431	5 951 562	0	0
277 197	297 753	297 753	277 197
194 724	86 345	483 026	565 871
1 432 957	1 019 651	0	0
45 187	109 941	258 625	230 698
116 441	70 447	181 137	232 944
731 961	241 298	508 184	1 204 680
6 482 898	7 776 997	1 728 724	2 511 390
Annen kortsiktig gjeld			
291 440	274 654	1 629 267	1 746 185
625 199	1 320 909	0	0
47 001	52 793	2 840 418	2 754 237
8 148	11 169	692 336	462 320
0	0	3 784	33 311
1 078 602	1 015 810	2 520 844	2 526 351
2 050 391	2 675 335	7 686 649	7 522 404

NOTE 8 - SKATT

(Alle tall i NOK 1 000)

Beskrivelse	Foretaksgruppen	
	2010	2009
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	27 596	20 212
Omløpsmidler	68	-11
Netto midlertidige forskjeller	27 663	18 338
Underskudd til fremføring	-21 576	-15 292
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	6 087	3 047
28 % utsatt skatt (utsatt skattefordel)	1 704	853
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel	4	208
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	1 708	1 061
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	5 623	5 844
Permanente forskjeller	64	26
Grunnlag for årets skattekostnad	5 687	5 870
Endring i midlertidige forskjeller	-7 498	-10 018
Skattepliktig inntekt	-1 811	-4 148
Bruk av fremførbart underskudd	-522	-688
Grunnlag for betalbar skatt	-2 333	-4 836
28 % av grunnlag for betalbar skatt	889	1 127
Endring i utsatt skatt	207	388
For lite/for mye avsatt i fjor	505	62
Sum skattekostnad på ordinært resultat	1 601	1 577
Spesifikasjon av skattekostnad		
28 % skatt av resultat før skatt	1 574	1 636
Permanente forskjeller (28 %)	18	7
Korrigerings av skattekostnad	9	-67
Beregnet skattekostnad	1 601	1 577

Virksomheten i Helse Sør-Øst (sykehusdrift) er ikke skattepliktig virksomhet. Skattekostnaden er regnskapsført i datterselskap.

NOTE 9 - PENSJONER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 1 097 personer, hvorav 957 er yrkesaktive, 97 er oppsatte og 43 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhengige av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i KLP, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte multiemployer plan.

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har pensjonsordninger som omfatter i alt 139 972 personer, hvorav 59 695 er yrkesaktive, 45 836 er oppsatte og 34 441 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, Oslo pensjonsforsikring AS og Vestre Viken Pensjonskasse. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte multiemployer plan.

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
		Pensjonsforpliktelse		
381 740	509 407	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	73 879 467	65 349 103
-254 379	-342 812	Pensjonsmidler	-56 319 947	-50 780 362
127 360	166 595	Netto pensjonsforpliktelse	17 559 520	14 568 741
18 034	23 490	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	2 472 627	1 985 068
-76 355	-120 758	Ikke resultatført tap/(gevinst) av estimat- og planavvik inkl aga	-23 795 607	-15 416 571
69 039	69 327	Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-3 763 460	1 137 239
73 395	76 434	Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	926 392	2 801 999
4 355	7 107	Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	4 689 748	1 664 760
		Spesifikasjon av pensjonskostnad		
34 086	68 256	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	3 486 572	3 053 121
18 625	23 942	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	3 490 640	3 320 255
52 711	92 198	Årets brutto pensjonskostnad	6 977 212	6 373 375
-12 385	-16 937	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-2 967 062	-2 687 048
1 909	2 950	Administrasjonskostnad	210 061	197 360
3 300	2 455	Resultatført estimatendring/-avvik	575 850	750 818
0	-31 249	Resultatført planavvik	-5 316 198	0
6 150	10 434	Arbeidsgiveravgift	467 356	594 797
51 685	59 852	Årets netto pensjonskostnad*	-52 781	5 229 302

* Pensjonskostnaden knyttet til prosjekt Nye AHUS er balanseført som en del av prosjektkostnadene, og klassifisert som anlegg under utførelse. Beløpmessig utgjør dette kr. 984 000.

(Alle tall i NOK 1 000)

	2010	2009
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	4,6 %	5,5 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,4 %	5,7 %
Uttakstilbøyelighet AFP	8-60 %	10-45 %
Årlig lønnsregulering	4,0 %	4,25 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,75 %	4,0 %
Pensjonsregulering	2,97 %	4,0 %

Pensjonskostnaden for 2010 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2010 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2010. Basert på avkastningen i KLP/SPK og Vestre Viken pensjonskasse for 2010 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2010. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Stortinget vedtok "Lov om endringer i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtale om tjenstepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Det er særlig to forhold i disse endringene som påvirker nivået på de beregnede pensjonskostnadene for 2010: 1) Lavere regulering av alderspensjon, fra dagens G-regulering til regulering tilsvarende «G-0,75 pst.», og 2) effekten av en levealderjustering for årskullene 1953 og tidligere som følge av økt levealder. Effektene for senere årskull av levealderjustering mv. vil bli vurdert senere. Norsk regnskapsstiftelse har i sin uttalelse lagt til grunn at den regnskapsmessige virkningen skal tas når hendelsen har inntruffet, dvs når endringene er vedtatt. De vedtatte planendringene er derfor hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene samlet sett for Helse Sør Øst RHF ble redusert med 31,2 millioner kroner fra 91,1 millioner kroner til 59,9 millioner kroner. For foretaksgruppen ble pensjonskostnaden redusert med 5,3 milliarder kroner fra 5,3 milliarder kroner til en inntekt på 52,8 millioner kroner.

NOTE 10

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
Finansielle anleggsmidler				
7 829 040	7 975 668	Lån til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
304 816	121 067	Langsiktige fordringer	129 177	41 707
22 369	31 542	Investering i tilknyttet selskap	51 642	23 348
2 034	2 393	Eierandel pensjonskasser	904 129	747 045
8 158 259	8 130 669	Sum finansielle anleggsmidler	1 084 948	812 100

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
Langsiktig gjeld				
7 303 117	6 876 426	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	6 876 426	7 303 117
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	346 917	484 775
7 303 117	6 876 426	Sum langsiktig gjeld	7 223 342	7 787 892
5 169 867	4 771 734	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	4 778 622	5 169 867
8 158 259	8 130 669	Sum finansielle anleggsmidler	1 084 948	812 100

NOTE 11 - KONTANTER OG BANKINNSKUDD

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
Bundne bankinnskudd				
38 755	43 545	Innestående skattetrekksmidler	1 238 717	1 128 563
0	243 079	Andre bundne bankinnskudd	350 654	89 612
38 755	286 624	Sum bundne bankinnskudd	1 589 370	1 218 175
19 105	1 061 296	Bankinnskudd som ikke er bundet	1 192 357	535 603
57 860	1 347 920	Sum kontanter og bankinnskudd	2 781 728	1 753 778

Helse Sør-Øst RHF har en kredittramme i Norges Bank på 4 578 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per 31.12. har Helse Sør Øst RHF trukket opp 4 575 millioner kroner. Av dette er 1 068 millioner kroner ubenyttet i foretaksgruppen.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

NOTE 12 - EGENKAPITAL

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
EGENKAPITAL					
Inngående balanse 1.1.	200	33 678 018	14 577	-12 226 862	21 465 933
Virksomhetsoverdragelse IKT	0	11 968	0	-11 968	0
Årets resultat	0	0	5 173	102 049	107 222
Egenkapital 31.12.	200	33 689 986	19 750	-12 136 781	21 573 155

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
EGENKAPITAL						
Inngående balanse 1.1.	200	32 467 167	14 577	9 556	-10 809 498	21 682 003
Reklassifisering IB	0	1 229 079	0	0	-1 229 079	0
Virksomhetsoverdragelse IKT	0	11 968	0	0	-11 968	0
Avgang Medinova	0	-18 228	0	0	22 400	4 172
Overføring til fond Sophies Minde	0	0	0	0	-3 000	-3 000
Årets resultat	0	0	3 723	1 018	2 767 029	2 771 770
Egenkapital 31.12.	200	33 689 987	18 300	10 574	-9 264 116	24 454 944

NOTE 13 - EIERS STYRINGSMÅL

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2009	2010		2010	2009	2002 - 2010
34 932	107 221	Årsresultat	2 771 770	-157 469	-10 376 159
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerende for endrede levetider	0	0	2 932 379
34 932	107 221	Korrigert resultat	2 771 770	-157 469	-5 204 594
0	465 539	Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet *	-2 600 000	0	153 774
34 932	-358 318	Resultat jf økonomiske krav fra HOD	171 770	-157 469	-5 050 820
0	0	Resultatkrav fra HOD	0	0	-880 000
34 932	-358 318	Avvik fra resultatkrav	171 770	-157 469	-4 170 820

I perioden 2002-2006 ble det stilt krav til et korrigert resultat der ordinært regnskapsmessig resultat ble korrigert for effektene av at bevilgningsværet ikke var ment å dekke fulle regnskapsmessige avskrivninger. For regnskapsåret 2007 ble det ordinære regnskapsmessige resultatet lagt til grunn for eiers styringskrav. Det ble følgelig stilt krav til at negativt regnskapsmessig resultat ikke skulle være større enn det som i tidligere år utgjorde korrigeringen. Som følge av bevilgningsøkningen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmøtene i januar 2008. *Forts...*

Som følge av endrede økonomiske parametere som legges til grunn for beregning av pensjonskostnad, økte pensjonskostnaden for de regionale helseforetakene i 2006 med om lag 1 milliarder kroner. Dette ble unntatt fra resultatkravet i 2006 og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2007. Imidlertid økte kostnadene med ytterligere 3,2 milliarder kroner i 2007, og dette beløpet ble følgelig unntatt fra resultatkravet og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2008. I 2008 økte kostnaden med ytterligere 600 millioner kroner og dette ble unntatt fra resultatkravet. Til sammen er dermed 4,8 milliarder kroner unntatt fra resultatkravene til de regionale helseforetakene. For Helse Sør-Øst innebærer dette at 2 753,8 millioner kroner er blitt unntatt fra resultatkravet i perioden 2006-2008.

Stortinget vedtok "Lov om endringer i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtale om tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Planendringene som dette vedtaket innebærer er hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene ble redusert fra 9,25 milliarder kroner til om lag null kroner. Gjennom vedtak av Prop. 32 S (2010-2011) ble bevilget basisramme satt ned med 4,45 milliarder kroner (og driftskredittrammene ble økt tilsvarende) mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble forutsatt å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 4,8 milliarder kroner. Resultatkravet for 2010 ble derfor endret fra et resultat i balanse til et positivt resultat på 4,8 milliarder kroner. Dette tilsvarer det akkumulerte underskuddet i foretakene som følge av merkostnader til pensjon i perioden 2006 til 2008.

* I foretaksmøte i januar 2011 ble det for Helse Sør-Øst RHF fastsatt et positivt resultatkrav på 2 600 millioner kroner for 2010. I tabellen over vises dette imidlertid ikke som et resultatkrav fra HOD, men på linjen for "Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet". Dette skyldes at det positive resultatkravet for 2010 er ment å dekke tidligere års underskudd som følge av underfinansiering av økte pensjonskostnader. Imidlertid er tidligere års unntak fra resultatkravene fordelt etter faktisk kostnadsøkning per helseregion, mens bevilgningsreduksjonen og det nye resultatkravet for 2010 er fordelt etter ordinær fordelingsnøkkel. For Helse Sør-Øst RHF innebærer dette at det blir en akkumulert differanse på 153,8 millioner kroner mellom tidligere års udekkede pensjonskostnader og det positive resultatkravet for 2010.

NOTE 14 - EIERINFORMASJON

Helse Sør-Øst RHF er 100 % eiet av Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet.

NOTE 15 - ANDRE AVSETNINGER FOR FORPLIKTELSER

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2009	2010		2010	2009
0	0	Legepermisjoner	455 593	440 602
0	0	Investeringsstilskudd	3 395 426	3 420 178
4 908 831	6 119 976	Andre avsetninger for forpliktelser	437 376	265 565
4 908 831	6 119 976	Sum avsetning for forpliktelser	4 288 396	4 126 342

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 3 900 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2010 satt fra 30 % til 80 % for overlegestillingene og 35 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2009 var for overlegestillingene 40 til 100 %, mens for psykologspesialister 50 til 100 %. Overordnede leger og spesialister i Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Investeringsstilskudd

Øremerket tilskudd gitt over statsbudsjettet til særskilte byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Tilskuddet inntektsføres i det enkelte helseforetak i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Se også note 1 for inntektsført beløp av investeringsstilskuddet.

NOTE 16 - PANTSTILLELSER OG GARANTIANSVAR

Som sikkerhet for lån fra DnB NOR, opprinnelig 35 millioner kroner, er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS på 40 millioner kroner.

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DnB NOR løper.

Det langsiktige lånet Radiumhospitalet parkeringselskap har i DnB NOR er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 174,1 millioner kroner.

Barnehavebygg AS sitt langsiktige lån i DnB NOR er sikret ved pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 37,9 millioner kroner.

NOTE 17 - NÆRSTÅENDE PARTER

Kjøp og salg skjer i hovedsak mellom offentlige helseinstitusjoner som alle er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

NOTE 18 - BETINGEDE UTFALL

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, som heleid datterforetak av Helse Sør-Øst RHF, over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske Radiumhospital HF, som per 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF til Rikshospitalet HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er per 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

NOTE 19 - UNIVERSITETER OG HØYSKOLERS RETTIGHETER TIL AREALER I HELSEFORETAK

Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet, Universitetet i Oslo og høyskolene skal reguleres i egne avtaler. I avtalen mellom Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet og Universitetet i Oslo skal bruksrett og disposisjonsrett til arealene og utstyr presiseres.

Universitetet i Oslo eier 20 % av aksjene i Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS, men har ikke bruksrett til lokaler og/eller utstyr utover det andre institusjoner har. Derimot har selskapet finansiert en oppgradering av syklotronen ved Universitetet i Oslo.

Universitetet i Oslo benytter netto ca 3.000 kvm kontor og undervisningslokaler på Oslo universitetssykehus HF Ullevål sitt område.

Oslo universitetssykehus HF, Aker har iht vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Universitetet i Oslo/Høgskolen i Oslo rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning.

Foretaket har i henhold til vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Høgskolen i Østfold rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning. Dette omfatter ca 100 kvadratmeter.

Foretakene kan ikke selge, pantsatte eller på annen måte dovert faste eiendommer hvor rettighetshaver har rettigheter, uten skriftlige samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller det departemente som gir slik myndighet.

Revisors beretning



PricewaterhouseCoopers AS
Postboks 748 Sentrum
NO-0106 Oslo
Telefon 02316

Til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF

Revisors beretning

Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Sør-Øst RHF som består av selskapsregnskap, som viser et overskudd på kr 107 221 000, og konsernregnskap, som viser et overskudd på kr 2 771 770 000. Selskapsregnskapet og konsernregnskapet består av balanse per 31. desember 2010, resultatregnskap og kontantstrømpstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

Styret og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettvisende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge, og for slik intern kontroll som styret og daglig leder finner nødvendig for å muliggjøre utarbeidelsen av et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om dette årsregnskapet på bakgrunn av vår revisjon. Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder International Standards on Auditing. Revisjonsstandardene krever at vi etterlever etiske krav og planlegger og gjennomfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon.

En revisjon innebærer utførelse av handlinger for å innhente revisjonsbevis for beløpene og opplysningene i årsregnskapet. De valgte handlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for at årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon, enten det skyldes misligheter eller feil. Ved en slik risikovurdering tar revisor hensyn til den interne kontrollen som er relevant for foretakets utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettvisende bilde. Formålet er å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets interne kontroll. En revisjon omfatter også en vurdering av om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene utarbeidet av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettvisende bilde av foretakets og foretaksgruppens finansielle stilling per 31. desember 2010 og av deres resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Alta Arendal Bergen Bodo Drammen Eggersund Florø Fredrikstad Forde Gardermoen Gol Hamar Hardanger Harstad Haugesund Kongsberg Kongsvinger Kristiansand
Kristiansund Larvik Lyngseidet Mandal Mo i Rana Molde Mossen Miløy Namsos Oslo Sandefjord Sogndal Stavanger Stryn Tromsø Trondheim Tonsberg Ulsteinvik Ålesund
PricewaterhouseCoopers navnet refererer til individuelle medlemsfirmaer tilknyttet den verdensomspennende PricewaterhouseCoopers organisasjonen
Medlemmer av Den norske Revisorforening • Foretaksregisteret: NO 987 009 713 • www.pwc.no

KVALITET, TRYGGHET OG RESPEKT

Årlig melding 2010

Helse Sør-Øst RHF

til Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2011

Om årlig melding

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

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

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

I samsvar med vedtektene skal årlig melding behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2011. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsregnskap og årsberetning 2010 for Helse Sør-Øst RHF.

Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i helseforetakenes vedtekter. Det legges også til grunn at aktiviteten ved de private sykehusene med avtale inngår i det totale "sørge for"-ansvaret. Disse utarbeider årlig melding i samme format som for helseforetakene. Frist for oversending av ferdig styrebehandlet årlig melding fra helseforetak/sykehus er satt til 15. mars 2011.

Helseforetakenes årlige melding utarbeides etter felles mal. Det er forutsatt at meldingen er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene og med medvirkning fra brukere og tillitsvalgte, samt at meldingen er behandlet i helseforetakenes styre. Årsregnskap, årsberetning og årlig melding for 2010 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2011.

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

Innhold:

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

1. INNLEDNING

1.1 Helse Sør-Øst – visjon og verdigrunnlag

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

Visjon og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

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

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

Virksomheten til Helse Sør-Øst er forankret i lovverket, bl.a. helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og arbeidsmiljøloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtektene. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan 2007-2010 – i 2011 avløst av ny nasjonal helse- og omsorgsplan, samt tilknyttede nasjonale helseplaner, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Overordnet organisering

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med cirka 2,7 millioner innbyggere, som utgjør om lag 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 70 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2011 på om lag 60 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et "sørge for"-ansvar i regionen. Helse Sør-Øst RHF er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester. Organisering og oppgavefordeling internt i det regionale helseforetaket innebærer at disse rollene så langt som mulig er adskilt. Videre utøves rollen som eier av helseforetakene gjennom vedtekter og beslutning i foretaksmøte.

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

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

Helseforetaksstruktur 2010 Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	<i>Akershus sykehusområde</i>
Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF	<i>Oslo sykehusområde</i>
Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	<i>Telemark og Vestfold sykehusområde</i>
Sykehuset Innlandet HF	<i>Innlandet sykehusområde</i>
Sykehuset Østfold HF	<i>Østfold sykehusområde</i>
Sørlandet sykehus HF	<i>Sørlandet sykehusområde</i>
Vestre Viken HF	<i>Vestre Viken sykehusområde</i>
Sykehusapotekene HF	<i>Har ansvar innen hele regionen.</i>

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

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

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

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

Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1 024 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratorie- og røntgen og institusjoner innen habilitering og rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av eksterne helsetjenester inngås av det regionale helseforetaket.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010

Gjennomføring av omstillingsprogrammet

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

Aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet

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

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

Pasientsikkerhet

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

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

Samhandling

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

For store ulikheter

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

Forskning og innovasjon

Til tross for en krevende økonomisk situasjon opprettholder Helse Sør-Øst en sterk satsing på forskning og foretaksgruppen bruker totalt tre prosent av budsjettet til dette formålet. Det er et mål at samlet ressursinnsats innen 10 år (2018) skal trappes opp til fem prosent av totalbudsjettet. Det er satt av i alt inntil 10 millioner kroner til innovasjon i 2010 og 21 prosjekter har fått støtte fra innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst RHF. Gjennom etableringen av Inven2 har en fått på plass en betydningsfull kommersialiseringsenhet. Hele 70 oppfinnelser fra helseforetakene ble behandlet i Inven2 i 2010.

Utdanning og rekruttering

Helseforetakene er pålagt et stort utdanningsansvar. Helse Sør-Øst vil følge med på utviklingen for å sikre riktig kompetanse for morgendagens utfordringer med god pasientbehandling og god rekruttering av kompetent fagpersonell. I dag velger omtrent hver fjerde ungdom helse- og sosialfaglig utdanning på ulike nivåer. I 2030 må mer enn hver tredje ungdom velge slike utdanninger. Dagens planer må reflektere det fremtidige behovet for arbeidskraft både med hensyn til utdanning, rekruttering og arbeidsmetodikk. Bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov både i antall og kompetanse. Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellens førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

Fellestjenester

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

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

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

Arbeidsmiljø og HR-innsats

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

Økonomi

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

Det er også betydelig utfordring innen investeringsområdet. For å kunne håndtere behov knyttet til pasientbehandlingen, og nasjonale myndigheters forutsetninger og ambisjonsnivå innen områder som IKT, medisinsk-teknisk utstyr og nødvendig vedlikehold av bygg og infrastruktur, er det nødvendig å frigjøre økonomiske ressurser for å skaffe handlingsrom. Det er videre behov for en felles nasjonal satsing på IKT for hele helse- og omsorgssektoren.

2. RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT 2010

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

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

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

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

”Sørge for”-ansvaret - overordnet vurdering av måloppnåelse

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

Gjennomføring av omstillingsprogrammet

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

Gjennom styrets vedtak er det fattet omfattende beslutninger om generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, herunder organisering i sykehusområder, ny foretaksstruktur, forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akutfunksjoner og prehospitale tjenester, spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner. Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi og virkemiddel til å styrke pasientsikkerhet og pasientbehandling.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Videre er brukermedvirkning et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester. Det er utarbeidet tretten prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst og det legges bl.a. til grunn at brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten. Brukermedvirkning er et kontinuerlig arbeid som skal bidra til god kvalitet på behandlingstilbudet og sikre at pasientenes behov skal være førende for utvikling av tjenestene.

Pasientbehandling – overordnet bilde

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

Aktivitet

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

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

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

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

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

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

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

Tilgjengelighet

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

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

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

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

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

Kvalitetsmål og styringsvariabler

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

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

Pasientsikkerhet

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

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

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

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

Funksjons- og oppgavefordeling prioriteres og videreutvikles

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

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

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

Kjøp av eksterne helsetjenester

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

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

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

Samhandling

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

Samhandlingsaktivitetene vil bli intensivert frem mot gjennomføring av samhandlingsreformen i 2012. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp de premisser og forutsetninger som vedtas i forbindelse med ny nasjonal helse- og omsorgsplan. En vil i samarbeid med kommunene søke å avdekke felles utfordringer, styrke samarbeidet om enkeltpasienter og bruke gode erfaringer fra andre helseforetak/sykehus. Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal også videreutvikles etter felles mal og integreres i helhetlige behandlingsskjeder. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i alle ledd i primærhelsetjenesten er helt avgjørende for å sikre god samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten må i enda sterkere grad følges opp og utvikles gjensidig. Fortsatt fokus på tiltak for å utbre bruken av individuell plan og bruk av praksiskonsulenter samt riktig bruk av legevaktsfunksjoner vil ha fokus. Arbeidet med områdeplanene innenfor alle sykehusområdene vil være de viktigste virkemidlene for å sikre bedre og gjensidig forpliktet samhandling mellom helseforetakene og kommunene. I denne sammenheng vil utviklingen av samhandlingsarena Aker og storbylegevakt i Oslo få en særskilt betydning i et storbyperspektiv.

Folkehelse, forebygging og helsefremmende arbeid

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

www.helsefilm.no

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

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

For store ulikheter

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

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

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

Forskning og innovasjon

Fortsatt stor forskningsinnsats

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

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

Innovasjon

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

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

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

Kunnskapsutvikling og god praksis

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

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

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

Utdanning og rekruttering

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

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

Helseforetakene er pålagt et stort utdanningsansvar. Helse Sør-Øst vil følge med på utviklingen for å sikre riktig kompetanse for morgendagens utfordringer med god pasientbehandling og god rekruttering av kompetent fagpersonell. Som en del av dette vil det tydeliggjøres et ansvar for det enkelte helseforetak, klinikk og avdeling samt utvikles system for individuelle kompetanseutviklingsplaner for alle medarbeidere, knyttet til utviklingssamtaler og virksomhetens mål.

Organisering og utvikling av fellestjenester

Innkjøps- og logistikkprogrammet

Helse Sør-Øst har et ambisiøst program for samordning og gevinstrealisering for innkjøps- og logistikkvirksomheten i foretaksgruppen. En har i 2010 økt innsatsen for å realisere gevinster, bl.a. ved å sikre bred involvering fra fagmiljøene i utvelgelsen av produkter samt holdningsskapende arbeid for å øke forståelsen for avtalelojalitet for å frigjøre midler til prioriterte områder. Det er videre lagt opp til at helseforetakenes risikovurderinger av egne handlingsplaner følges opp og korrigeres i helseforetakenes styrer. Det er også etablert egne styringsindikatorer for innkjøp og logistikk som rapporteres innad i foretaksgruppen. Medarbeiderne i Helse Sør-Øst forholder seg til en rekke bestemmelser og retningslinjer innen området "etikk" og det er vedtatt felles etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst. De regionale helseforetakene har inngått samhandlingsavtaler med Legemiddelindustrien (LMI) og Leverandører for helse-Norge (LFH). Avtalene sikrer at samhandlingen skjer på en faglig og etisk korrekt måte.

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

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

Utfordringer innen IKT-området

Helseforetakene blir stadig mer avhengige av teknologi og det forventes at helseforetakenes IKT-kostnader vil stige i tiden fremover. Gjennom etablering av en omforent prioriterings og medvirkningsprosess, og etablering av Sykehuspartner IKT som felles tjenesteleverandør i foretaksgruppen skal det både fokuseres på å bruke ressursene riktig og å utvikle gode fagmiljøer. Utfordringene innen planlegging, utvikling, drift og sikkerhet ville vært vesentlig større om alle helseforetak skulle ivarett utviklingen hver for seg. I det videre arbeidet på dette området vil samordnet oppfølging og prioritering av knappe midler sikres gjennom aktiviteter i etablert styringsmodell og prioriteringskriterier der virksomhetskritiske konsekvenser av omstillingsprogrammet i regionen sammen med høyt prioriterte myndighetspålagte oppgaver i lys av samhandlingsreformen gis høy prioritet, både i forhold til ressursallokering og realisering gjennom Sykehuspartner IKT. Forventninger til leveranser innen IKT-området styres gjennom forankring og kommunikasjon av felles målbilde og rammebetingelser. Styringsmodellen videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering.

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

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

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

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

Samfunnsutviklingen generelt og organiseringen av helsesektoren spesielt krever økende grad av samhandling. Dette innebærer stor grad av åpne nettverk og økende fare for diskontinuitet i driftsløsninger, inntrengning og uønsket lekkasje av sensitiv informasjon. Dette har ført til en aktiv satsning på tidsmessig sikkerhetsarkitektur som åpner for samhandling på en trygg måte. Herunder er løsninger for å forebygge og sikre god kontroll med sensitiv informasjon etablert eller under etablering. Behovene for investeringer på IKT-området overgår de regionale helseforetakenes investeringsevne. Det viser til omtale nedenfor vedrørende utfordringer innen investeringsområdet.

Eiendomsområdet og nytt Østfoldsykehus

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

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

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

Mobilisering av medarbeidere og ledere

Arbeidsmiljø og HR-innsats

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

God pasientbehandling og organisering må sikres ved å ta i bruk nye arbeidsmetoder, samt forbedre logistikk, koordinering og samhandling. I tillegg er det viktig å sørge for riktig kompetanse og fokusere på å videreutvikle kvaliteten i alle ledd. Dette er også viktig for å sikre god ressursutnyttelse. Det er nødvendig at arbeidsoppgavene står i forhold til kompetanse slik at helseforetakene fremstår som attraktive arbeidsplasser som evner å rekruttere og ivareta kompetanse og kvalitet både innenfor medisin, sykepleie og andre faggrupper. Det er også avgjørende at det holdes et kontinuerlig fokus på å sikre reell medvirkning og åpenhet i helseforetakene.

Til tross for krevende omstillinger ved helseforetakene er sykefraværet noe lavere enn i 2009, men det er fortsatt på et for høyt nivå. Også dette indikerer utfordringer i arbeidsmiljø, oppgaver og organisering. Utviklingen i sykefravær må ha stort ledelsesmessig fokus også i 2011. Helse Sør-Øst vil arbeide for at virksomhetenes organisering, arbeidsmetoder og miljø ikke i seg selv fremkaller sykdom. Arbeidsmiljøfremmende tiltak vil bli iverksatt, bl.a. gjennom videreføring av IA-avtalene og oppfølging av tilsynskampanjen God vakt.

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

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

Bemanningsutvikling

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

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

Innenfor enkelte områder er det også utfordrende å skaffe tilstrekkelig kvalifisert personell. Det er viktig å kunne tilby hele stillinger for å sikre nødvendig kontinuitet og kompetanse. Dette gjelder bl.a. innen psykisk helsevern og TSB der det forventes økt kvalitetssikring og et større innslag av spesialister i alle ledd i behandlingen. Samtidig er det viktig at produktiviteten økes og bidrar til nødvendig aktivitetsvekst. Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellens førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver.

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

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

God økonomisk kontroll

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

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

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har levert et negativt økonomisk resultat hvert år siden sammenslåingen av de to tidligere helseregionene i 2007. Det negative resultatet er imidlertid blitt mindre år for år. Før regnskapsavslutningen 2010 er avsluttet, er vurderingen at foretaksgruppen samlet vil ha et positivt resultat på om lag 170 millioner kroner¹. Alle helseforetakene i hovedstadsområdet vil for 2010 fremvise et negativt økonomisk resultat i forhold til resultatkravene. De øvrige helseforetakene vil alle trolig kunne vise positive resultater i forhold til resultatkravene.

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

¹ Foreløpig tall.

Investeringsnivået

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

Det forutsettes at helseforetakene legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor den samlede rammen og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå. Det gjennomføres videre streng prioritering av midlene i henhold til etablerte prioriteringskriterier gjennom rådgivende arbeid i strategisk IKT-forum (SIKT), strategisk forum for innkjøp og logistikk (SIL) og forum for utvikling av bygg og eiendom (FUBE), slik at det sikres at vedtatte strategier m.v. gjennomføres som planlagt.

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

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

God virksomhetsstyring

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

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

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

Styrets konklusjon

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

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

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

2.1 Aktivitet

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

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

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

2.2 Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter

2.2.1 Kvalitetsforbedring

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

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

Administrerende direktør har deltatt i styringsgruppen.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Tilgjengelighet og brukermedvirkning

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

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

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

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

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

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

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

Det henvises for øvrig til kontorets årsrapport for 2010 som vil være tilgjengelig på www.frittsykehusvalg.no. Rapporten viser bl.a. utvikling telefonhenvendelser etter fylke, hvilke fagområder og diagnoser som har flest henvendelser og hva henvendelsene gjelder.

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Pasientbehandling

2.3.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

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

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

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

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

De nevnte utredningsarbeidene forventes gjennomført i løpet av 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2 Psykisk helsevern

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

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

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

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

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

2.3.4 Habilitering og rehabilitering

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

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

2.3.5 Områder med særskilt fokus

2.3.5.1 Kronisk smerte

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

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

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

2.3.5.2 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

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

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

2.3.5.3 Huntingtons sykdom

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

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

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

2.3.5.4 Organdonasjon/transplantasjon

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

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

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

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

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

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

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

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

Det vises for øvrig til kompetansesentrenes rapporter som er tilgjengelig på

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

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

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

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

2.3.5.5 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

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

Nasjonale mål for cochleaimplantatvirksomhet er oppfylt hva gjelder volum.

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

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

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

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

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

2.3.5.6 Prehospitale tjenester

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

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

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

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

2.3.5.7 Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

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

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

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

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

2.3.5.8 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

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

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

2.3.5.9 Smittevern

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

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

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

Det er etablert kontakt med Helsedirektoratet og møtetidspunkt avventes.

2.3.5.10 Beredskap

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

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

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

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

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

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

2.4 Utdanning av helsepersonell

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

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

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

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

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

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

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

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

I tillegg kommer lærlinger i andre fag.

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Forskning

2.5.1 Forskning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5.2 Innovasjon

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

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

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

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

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

2.6 Pasientopplæring

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

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

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

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

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

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

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2010

Resultatkrav for 2010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Styring og oppfølging i 2010

Rapporteringskrav – økonomi

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

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

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

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

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

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

Dette kravet er ivarettatt.

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

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

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

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

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

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

Dette kravet er nedfelt i oppdrags og bestillerdokumentet for 2010.

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

- Foretaksmøtet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksmøtet presiserte at Helse Sør-Øst RHF ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.

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

Investeringer og kapitalforvaltning

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

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

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

Investeringstilskudd

- Foretaksmøtet understreket betydningen av det arbeidet som gjøres i de regionale helseforetakene for å tilpasse dagens sykehusstruktur til fremtidens behov og utfordringer. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF baserer sine investeringsplaner på helhetlige utredninger av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionnivå.

Dette er ivaretatt i plan for strategisk utvikling 2009-2020 (omstillingsprogrammet) som er vedtatt for Helse Sør-Øst og i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2011-2014 (2025)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det vises til omtalen ovenfor.

Landingsplasser for helikoptre

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

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

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

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

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

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

3.3 Tiltak på personalområdet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak

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

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

Bruk av konsulenter

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

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

3.4 Oppfølging av juridisk rammeverk

Intern kontroll og risikostyring

- Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge,

forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Foretaksrådet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. Det skal redegjøres for dette i årlig melding.

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

Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre. Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporteringen er månedlig med omfattende krav til innhold og format. Tertialrapportering er utvidet med en rekke elementer i forhold til den månedlige rapporteringen. Rapporteringen på forhåndsdefinerte styringsmål gir Helse Sør-Øst RHF mulighet til å følge utviklingen og analysere hva som påvirker denne. God og komplett rapportering er også en nødvendighet for at det regionale helseforetaket skal kunne gjøre gode bestillinger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.

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

Gjennom protokoll fra foretaksmøte 24. januar 2008 fastla HOD styrets ansvar til minimum en gang per år å ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Oppfølgingen er

beskrevet i styresak 083-2008 Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse Sør-Øst - status og rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet pr 2.tertial.

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

For kollektiv læring av tilsynene og som ledd i aktivt forbedringsarbeid, har Helse Sør-Øst RHF valgt å samle helseforetakene til erfaringskonferanser. Det gjøres i den forbindelse kartlegginger av risikoområdene, suksesskriterier defineres og det lages regionale anbefalinger for god praksis som kan komme hele regionen til nytte.

Oppfølging av forholdet til stiftelser

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

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

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

Det vises til omtalen ovenfor.

Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessen

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

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

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

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

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

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

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

Etisk handel

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

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

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

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

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

3.5 Utvikling av IKT-området

Videreutvikling av Norsk Helsenett SF

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

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

Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

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

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

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

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

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

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

Elektroniske resepter

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

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

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

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

Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger

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

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

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

Dette er ivare tatt.

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

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

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

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

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

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

Nytt nødnett

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det vises til omtalen ovenfor.

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

Det vises til omtalen ovenfor.

3.6 Datakvalitet og rapportering

Nasjonalt helseregisterprosjekt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KPP-regnskap

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

Helse Sør-Øst har deltatt i pilotprosjektet som forutsatt.

3.7 Øvrige styringskrav for 2010

Landsvernplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer

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

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

Det er ansatt en prosessleder med spesialkompetanse innen feltet. Videre er det etablert et nasjonalt fagnettverk for kompetansebygging og veiledning i forvaltningsplaner. I denne forbindelse er det også avholdt en landssamling i 2010, og det er planlagt flere i 2011. Det vil bli etablert pilotprosjekter for utarbeidelse av forvaltningsplaner, dette arbeidet vil bli fulgt opp i 2011. Så snart det foreligger forskrift for vernede bygg i verneklasse 1 vil dette arbeidet intensiveres.

Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner

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

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

Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet

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

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

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

Samordnet kommunikasjon

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

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

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

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

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

3.8 Medvirkning, dialog og forankring

3.8.1 Brukermedvirkning

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

Brukermedvirkningens grunnlag

1. Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse.
2. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
3. Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer.
4. Medvirkningen skal sikres gjennom faste organer og for øvrig gjennom systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner og eldres organisasjoner. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser.

Brukermedvirkning i drift og omstilling

1. Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse.
2. Brukerrepresentanter skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon.
3. Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssentra.
4. Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse.

Kompetanse og metoder

1. Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerepresentasjon.
2. Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer.
3. Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten skal være forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse.
4. Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres.
5. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisin- og helsefagyrkene.

Brukermedvirkning er et kontinuerlig arbeid som skal bidra til god kvalitet på behandlingstilbudet og sikre at pasientenes behov skal være førende for utvikling av tjenestene. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF representerer pasientenes kritiske og konstruktive stemmer. Ved å lytte til

disse kan vi videreutvikle helsetjenestene våre på best mulig måte for alle pasienter i Helse Sør-Øst. Virkemidler i tillegg til de 13 prinsippene er bl.a.:

- Modulbasert opplæringsprogram i brukermedvirkning. Det bidrar til å gjøre brukerne dyktige og målbevisste slik at de kan påvirke utformingen av helsetjenestene på en god måte.
- Gode samarbeidsrutiner mellom profesjoner og brukere.
- Synliggjøring av at brukere har deltatt i ulike prosesser og råd.

Brukerutvalget

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

Brukerutvalget representerer pasientene og de pårørende på systemnivå. Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjonene Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), Landsforbundet mot stoffmisbruk, Kreftforeningen og Pensjonistforbundet.

I henhold til brukerutvalgets mandat skal årsrapport innarbeides i årlig melding. Det skal videre fremgå av oversendelsen av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet at brukerutvalget har fått seg forelagt meldingen før denne sendes departementet.

Formålet med brukerutvalget er iht. mandatet

- bidra til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester
- bidra til medvirkning
- bidra til god samhandling

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

3.8.1.1 Til årlig melding 2010 for Helse Sør-Øst RHF

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

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

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

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

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

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

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

3.8.2 Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

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

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

3.8.2.1 12 prinsipper for medvirkning i omstilling

Det er viktig å ansvarliggjøre medarbeidere og gjøre kompetansen og endringskraften som finnes hos de ansatte tilgjengelig for organisasjonen i forbindelse med omstilling og endring. Spilleregler som gjelder for medvirkning i omstilling er nedfestet i lov- og avtaleverk gjennom Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven. I forbindelse med omstillingsprogrammet er det, på bakgrunn av foreliggende avtaleverk og innspill fra tillitsvalgte, verneombud, ledere og øvrige ansatte formulert 12 prinsipper for medvirkning i omstilling i Helse Sør-Øst:

Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.
2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.
3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning.

Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker

1. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
2. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.
3. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

Informasjon

1. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.
2. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

Endringsmetodikk

1. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.
2. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
3. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.
4. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

God pasientbehandling nås best gjennom medvirkning. I 2010 vil en arbeide videre med å implementere prinsippene og bidra til at de omsettes i praksis innenfor helseforetaksgruppen. Det er viktig at medarbeidere som skal virkeliggjøre målene også deltar i endringsprosessene.

3.8.3 Dialog med andre instanser og organisasjoner

Helse Sør-Øst forholder seg til mange, og svært ulike eksterne målgrupper. Det legges vekt på toveis kommunikasjon og at det skal være åpenhet i prosesser og beslutninger. Helse Sør-Øst har følgende prinsipper for kommunikasjonsarbeidet:

- Bidra til å bygge tillit mellom helsetjenesten og allmennheten generelt og mellom tjenesteyter og pasient spesielt. Helse Sør-Øst har ansvar for å bygge, opprettholde og videreutvikle dette tillitsforholdet.
- Ansvar for å gi den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter.
- Organisere en aktiv informasjonsfunksjon overfor brukere, allmennheten og media.
- Skape åpenhetskultur gjennom aktiv informasjon.
- Underbygge og bære egne og nasjonale verdier.

Som et ledd i dette er en opptatt av å ivareta god forankring og dialog gjennom faste samarbeidsmøter, høringer og innspill. Det er etablert en fast møtearena med fylkeskommunene. Samarbeidet i forhold til kommunene videreutvikles både mellom det enkelte helseforetak og kommunene, og regionalt i samarbeid med KS. En har videre et godt samarbeid med pasientombudene i Helse Sør-Øst. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

4. STYRETS PLANDOKUMENT

Denne delen av meldingen viser utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur m.v. som vil kunne få betydning for helseforetaket og "sørge for" ansvaret. Kapittel 4.1 omhandler fremtidens behov, mens kapittel 4.2 beskriver styrets strategier og planer for å møte utfordringene.

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

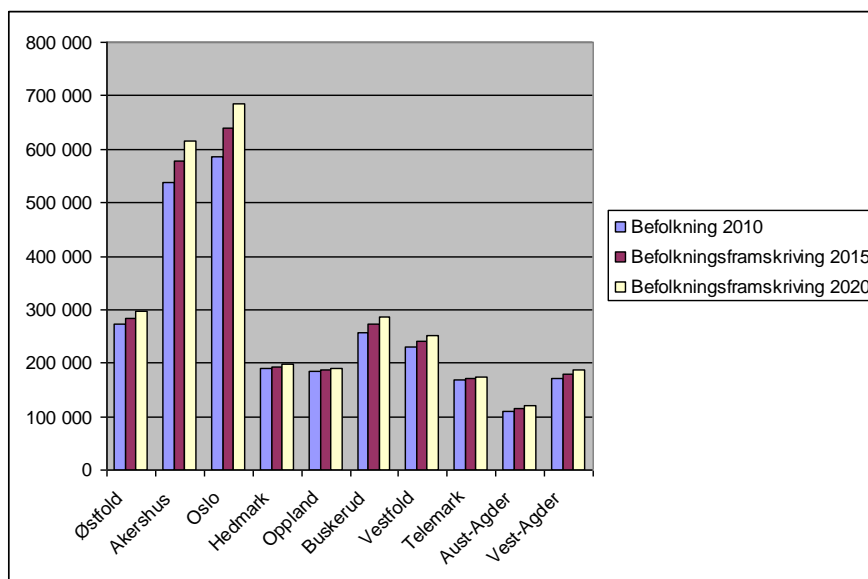
4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

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

Demografisk utvikling

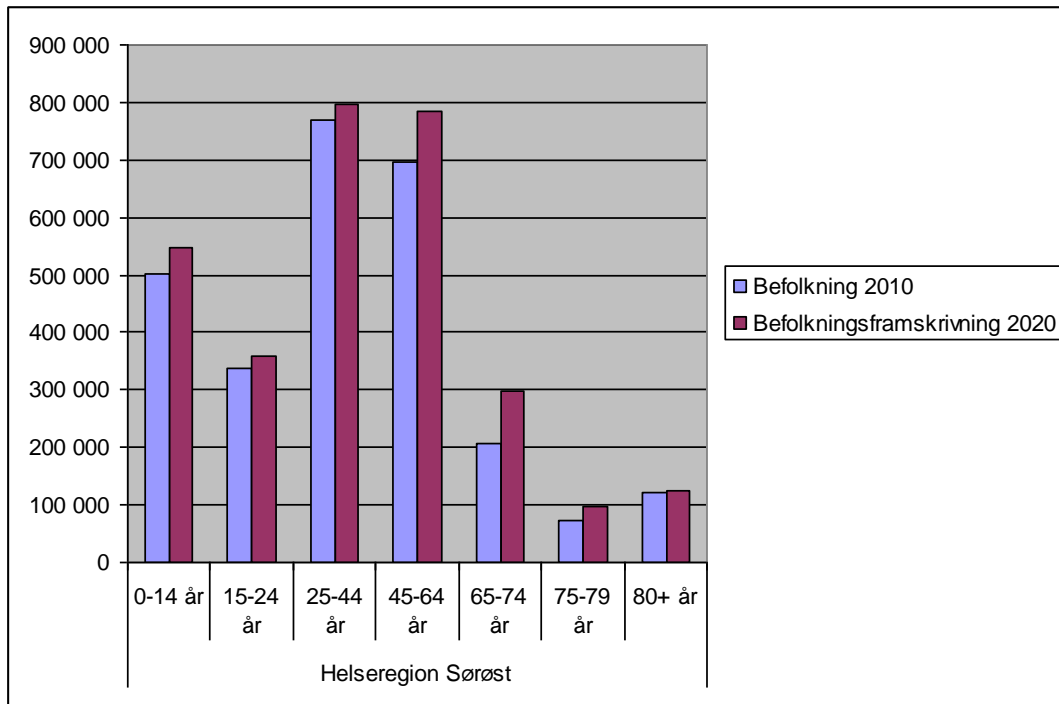
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, og er en sammensatt region med drøyt 2,7 av landets 4,9 mill. innbyggere. Beregnet befolkningsframskrivning viser at folketallet vil øke til 2.860 i 2015 og til over 3 millioner i 2020 (Folkehelseinstituttet). Hvis befolkningsutviklingen blir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

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



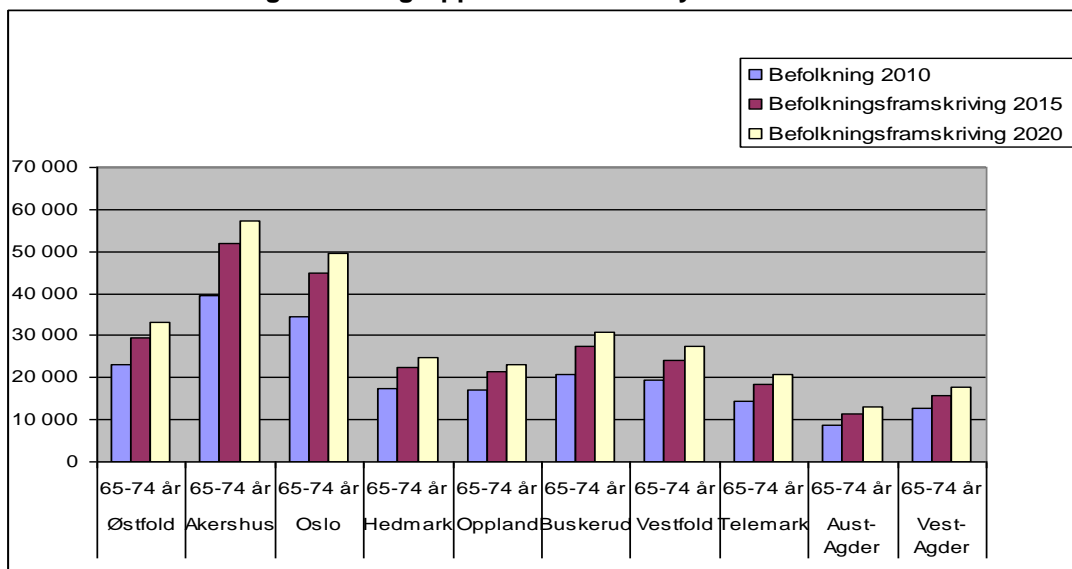
For helseregionen samlet vil befolkningen øke i alle aldersgrupper fra 2010 til 2020, men størst relativ økning forventes innen aldersgruppen 65-74 år, jf. tabell 2 under. Også i aldersgruppen 45-64 år vil det være en økning i perioden. Imidlertid forventes nesten ingen endring i antall personer over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

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



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

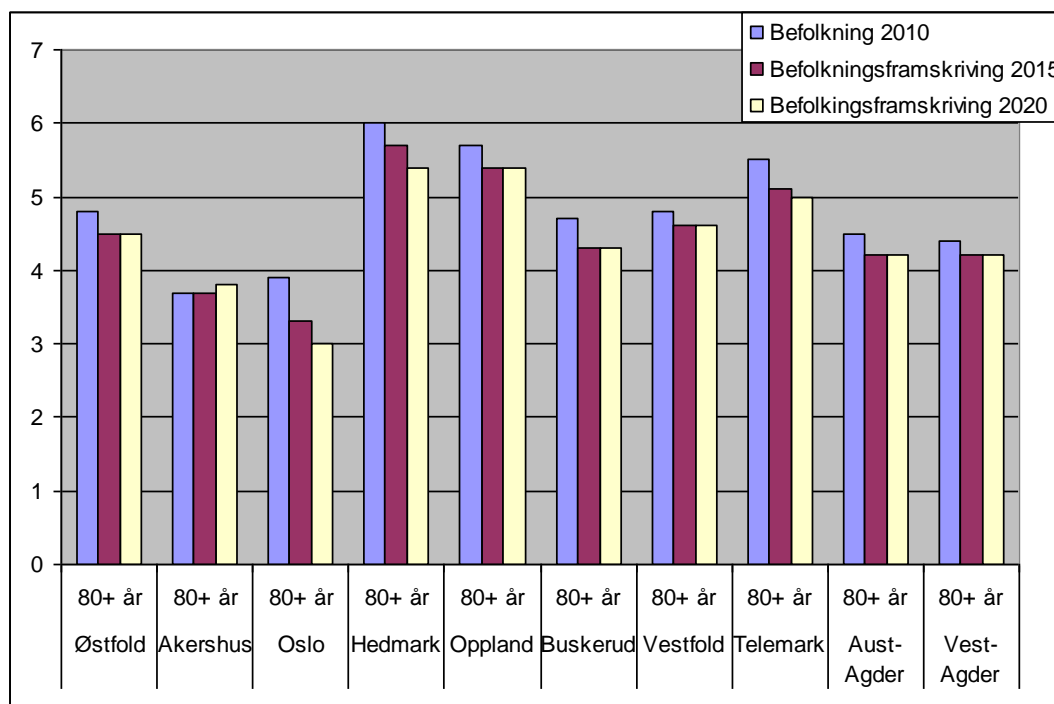
Tabell 3: Andel av befolkningen i aldersgruppe 65-74 år etter fylke i Helse Sør-Øst



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

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

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



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

Det generelle utfordringsbildet

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene i 2012 sannsynligvis kunne preges av:

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

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

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

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

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

- Skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
- Forbedre intern samhandling og samhandlingen mellom tjenestenivåene.
- Møte utfordringene som sosial ulikhet i helse gir, gjennom å arbeide for økt likeverd, bl.a. i forhold til innvandrere fra ikke-vestlige land.
- Innrette tjenestene og helsepersonellens kompetanse i forhold til medisinske problemstillinger knyttet til høy alder.
- Sikre nødvendig kompetanse på rett sted til rett tid, gjennom god planlegging og iverksetting.

4.1.1 Økonomiske rammebetingelser

Økonomisk langtidsplan 2011-2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Driftsmessige forhold – pasienttilbud og aktivitetsnivå

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

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

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

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

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

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

Investeringsnivå og bæreevne

Investeringsbehov

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

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

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

Forutsetninger for beregning av bæreevne

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

Følgende forutsetninger er lagt:

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

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

Spesielt om store byggeprosjekter

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

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

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

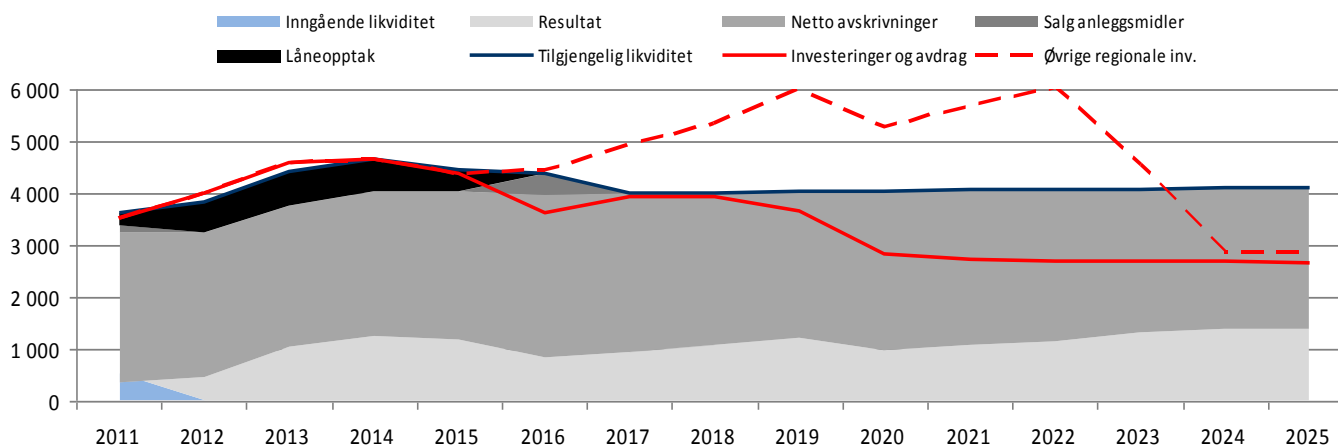
Samlokalisering Oslo omfatter både nødvendige bygningsinvesteringer for å flytte fra Aker innen 31.12.2012, et eventuelt nybygg ved tidligere Rikshospitalet og øvrige behov. Det vil bli iverksatt en prosess for å dokumentere lånebehov og bæreevne i disse investeringene.

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

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

Illustrasjon av bæreevne

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



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

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

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

4.1.2 Personell og kompetanse

Utdanning og rekruttering

Helse Sør-Øst ønsker å sikre tilgang på riktig kompetanse gjennom målrettet rekruttering av kompetent fagpersonell. Dette skal bidra til god pasientbehandling og at man løser morgendagens utfordringer. Som en av landets største arbeidsgivere er det også viktig å ivareta helseforetakenes utdanningsansvar. Det er sentralt å være i dialog med utdanningssystemene for å bidra til best mulig samsvar mellom utdanningstilbudet og kompetansebehovet i vår del av tjenesten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bemanningsmessige utfordringer

Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. Helse Sør-Øst vil i 2011 fortsatt ha fokus på styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles HF-spesifikke tiltak tilpasset lokale utfordringer. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

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

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

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

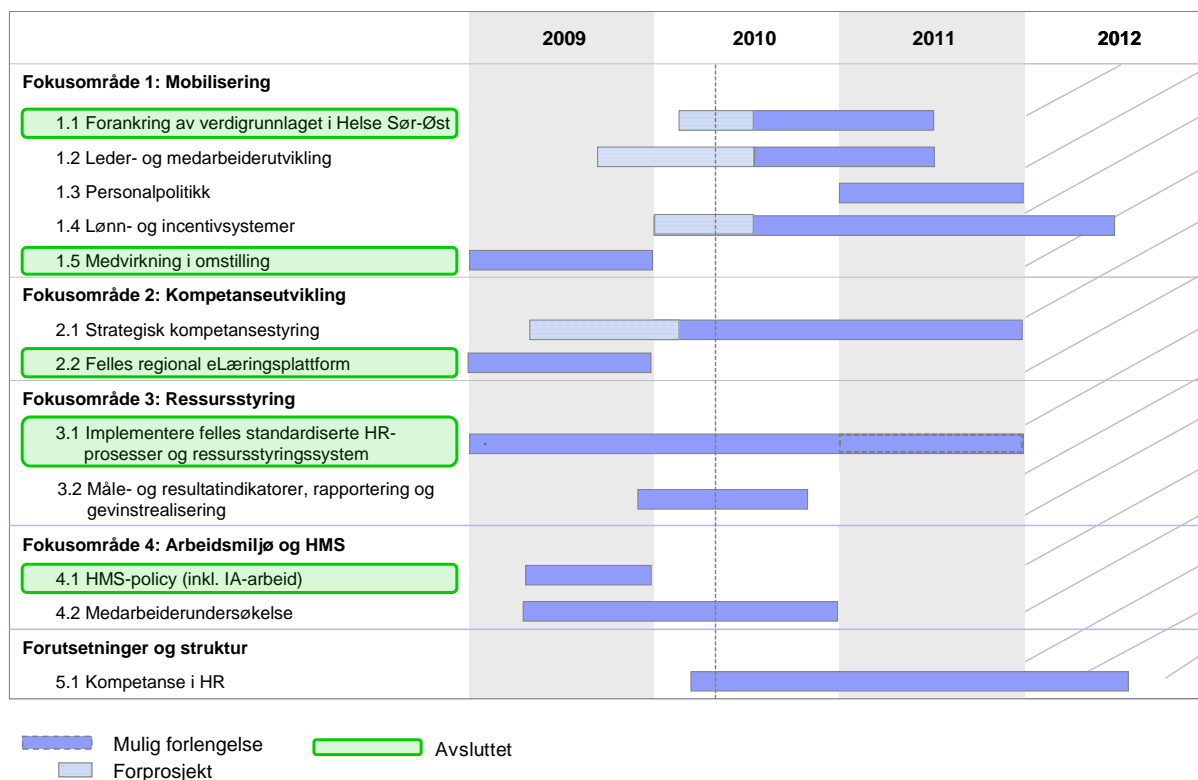
- Helseforetakene kjøper vikartjenester av helsepersonell for ca 340 millioner pr år. Dette er nødvendige supplement for å dekke opp påkommende personellbehov. For enkelte faggrupper er det underdekning i det nordiske markedet, særlig på sommertid, slik at innleie via bemanningsbyråene er et nødvendig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

Oppfølging av HR-strategi

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med nærmere 70.000 medarbeidere som hver og en representerer verdifull kunnskap og erfaring. Måten de menneskelige ressursene forvaltes, videreutvikles og anvendes på, er vesentlig for å realisere de langsiktige målene og utfordringene Helse Sør-Øst står overfor. Utvikling av gode arbeidsmiljøer er viktig for fremtidig rekruttering og trygge omstillingsprosesser.

HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011 ble vedtatt av styret 19. juni 2008. Det vises til plan for strategisk utvikling for Helse Sør Øst, spesielt kapittel 3.2, hvor en av de strategiske satsningsområdene er "Mobilisering av medarbeidere og ledere". Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil også i 2011 legge premisser for prioriteringer og tiltak innen HR-området.

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



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

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

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

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

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

4.1.3 Bygningskapital – status og utfordringer

Det vises til plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst med bl.a. strategier om arealeffektivisering og utnyttelse av eksisterende bygg. Styrets strategiske valg og andre beslutninger som følge av omstillingsprogrammet i Helse Sør Øst RHF vil være en viktig premisse for prioritering av investeringer.

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

Investeringer

Investeringsregimet for Helse Sør-Øst ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst i sak-93-2010 (se årlig melding 2009). Hovedbudskapet er at foretaksgruppens investeringsbehov er større enn de investeringsmuligheter som følger av et regnskapsmessig resultat i balanse, og at nødvendig handlingsrom for investeringer derfor forutsetter likviditet generert gjennom positive resultater i foretakene.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nytt Østfoldsykehus

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

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

4.1.4 Nasjonal helseplan – ny helse- og omsorgsplan

Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) ligger til grunn for strategier, prioriteringer og beslutninger i Helse Sør-Øst. For en sammenstilling av plandokumentet vises det til årlig melding 2007 fra Helse Sør-Øst RHF, kapittel 10.

Det vises også til St.prp. nr. 1 (2010-2011) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporteringen fra Helse og omsorgsdepartementet i forhold til planen er knyttet til helseplanens seks bærebjelker og de konkrete aktiviteter og initiativ som har ligget til grunn for arbeidet nasjonalt og regionalt

Helhet og samhandling

- Samhandlingsreform
- Grep for å styrke helheten i helsetjenestene

Demokrati og legitimitet

- Åpenhet om kvalitet og resultater
- Samarbeidsordning med ansattes organisasjoner
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Nærhet og trygghet

- Lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Utvikle robust beredskap og krisehåndteringsevne
- Sikre robuste forsyningssystemer
- Styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet

Faglighet og kvalitet

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering
- Nasjonal enhet for pasientsikkerhet
- Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
- Ny og kostnadskrevende behandling
- Private avtalespesialister
- Forskning – forskningssamarbeid, innovasjon, stamcelleforskning, ny helseforskningslov og styrking av regionale forskningsetiske komiteer, særskilt kompetanseoppbygging
- Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning
- Innholdet i utdanningene skal samsvare med behovene
- Etisk rekruttering av helsepersonell
- Folkehelsearbeid
- Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten
- Ernæringsarbeid
- Smittevern
- Rus

Sterkere brukerrolle

- Brukermedvirkning
- Individuell plan

Arbeid og helse

- Raskere tilbake

Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Innledning

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

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

HF-perspektiv

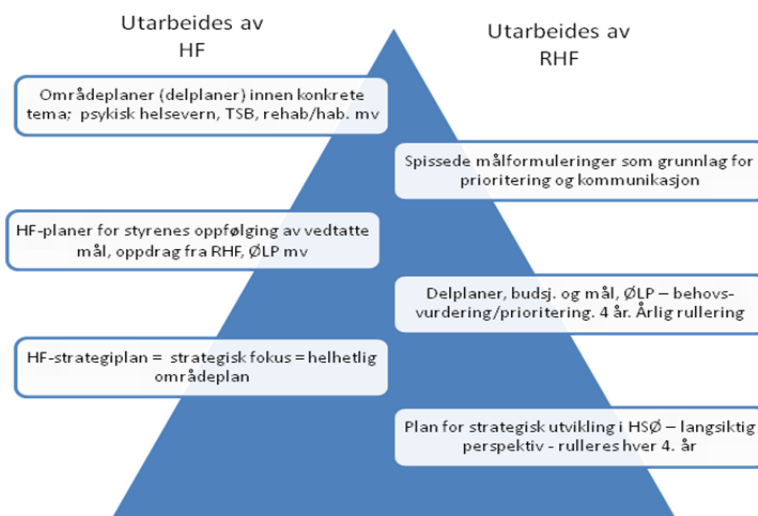
- Nivå 1: HF-strategiplan = strategisk fokus = helhetlig områdeplan – (perspektiv 4 år+). I protokoll fra foretaksmøter i helseforetakene i januar/februar 2009, sak 3, er plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst gjort bindende for helseforetakene. Dette innebærer at helseforetakene skal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

RHF-perspektiv

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

Plannivåene i HF og RHF kan illustreres på følgende måte:

Strategier og planer



4.2.1 Strategisk fokus 2011-2014

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder og hovedstrategiske valg som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Strategidokumentet, som er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020, er gjengitt i sin helhet i årlig melding for 2008.

Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Strategisk fokus angir strategisk perspektiver for en tidsperiode på 3-4 år. Det er lagt opp til at strategisk fokus rulleres hvert år mht. målformuleringer og for å fange opp styringssignal fra eier og endringer i behov.

Omstillingsprogram – kvalitetsstrategi - Innledning

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

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

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

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

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Hensikten med Strategisk fokus 2011-2014 er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og plan for strategisk utvikling. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver de strategiske valg regionen har besluttet innen 6 innsatsområdene:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Innsatsområde 1; Pasientbehandling

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte lidelser. Det vil bli et stadig større fokus på forebygging, palliasjon og mestring for å unngå alvorlig lidelse og sikre livskvaliteten. Dette gir et behov for nærhet til tjenestene, et oversiktlig tjenestetilbud og breddekompetanse i behandlingsapparatet samt annen bruk og utvikling av kompetanse og infrastruktur som bygninger og informasjonsflyt.

Det er nødvendig med et godt og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, både i planlegging av tjenestene, i gjennomføring av pasientforløp og ved evaluering av tjenestene. God samhandling er særlig viktig for pasientgrupper med sammensatte behov, som bl.a. kronikere, eldre og pasienter med psykiske eller rusrelaterte problemer.

Det er samtidig behov for en ytterligere spesialisering innen enkelte fagområder. Dette tilsier samling og spissing av kompetanse på disse områdene.

Stadig flere pasienter kan med fordel behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Denne utviklingen må videreføres i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen. Dette vil medføre at den gjennomsnittlige liggetiden i sykehus reduseres, til beste for pasientene som vil oppleve høyere kvalitet og helsebringende tid i sykehus. Økt bruk av polikliniske og dagbehandling vil kunne bidra til endret oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter god informasjon og samhandling.

Det forventes ingen vesentlig økning i ressurstilgangen. For å styrke tjenestene på prioriterte områder som TSB, psykisk helsevern, rehabilitering og samhandling, vil det derfor være behov for omprioriteringer.

Et likeverdig tjenestetilbud er et sentralt mål. Helse Sør-Øst vil søke å utjevne forskjeller i tjenestetilbud og helsetilstand.

Pasientbehandling – strategisk fokus for 2011-2014

1. Arbeidet med gode pasientforløp forsterkes og videreutvikles.
2. Bedre helsetjenester utvikles på grunnlag av nasjonale føringer, strategisk plan og omstillingsprogrammet.
3. Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde organiseres slik at man legger til rette for helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Dette innebærer samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelige tilbud. Private leverandører og avtalespesialister inngår i oppgave- og funksjonsdelingen i sykehusområdene.
4. Informasjonsflyten mellom helseforetak og kommuner må bedres i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler. Konkrete og forpliktende samarbeidsavtaler videreutvikles.
5. Sykehusområdene utvikler lokalbaserte spesialisthelsetjenester i et forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten.
6. Det etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske pasientforløp innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle sykehusområder.
7. Fremtidig organisering av de prehospitaltjenester utredes. Kvalitative, effektive og trygge prehospitaltjenester med tilstrekkelig kapasitet sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud.
8. Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.
9. Psykisk helsevern (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreutvikles og styrkes som en del av lokalsykehusfunksjonen.
10. Sykehusområdenes rehabiliteringstjenester styrkes. Behandling og rehabilitering integreres og det etableres et lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunene.
11. Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid.
12. Utvikle samarbeidsavtaler som innebærer en tett dialog mellom helseforetak og de kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvikle gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene.
13. Utvikle tilbud for minoritetsgrupper.
14. Utvikle gode holdninger og en respektfull samarbeidskultur i forholdet til brukere, pasienter og pårørende.

Innsatsområde 2; Forskning

Det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for pasientrettet forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. Forskningen skjer i henhold til regional forskningsstrategi og tilhørende handlingsplaner for implementering.

Forskning – strategisk fokus for 2011-2014

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

Innsatsområde 3; Kunnskapsutvikling og god praksis

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god og likeverdig praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at hele pasientforløpet betraktes som en sammenhengende prosess der alle ledd i kjeden er avgjørende for pasientens opplevelse av et godt helsetilbud. Dette utgjør både en mulighet til å oppnå god og likeverdig behandling, sikre kvalitet i behandling og gjøre tjenesten mer forutsigbar – og står svært sentralt i samhandlingsreformen. Det er et stort potensial for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring og brukermedvirkning, forløpstankegang og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres. Det er også viktig at det brukes rett kompetanse på rett nivå og til rett tid,

I tråd med samhandlingsreformens ambisjoner skal kvaliteten være høy i hele pasientforløpet, fra forebygging gjennom aktiv behandling og rehabilitering til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Behandlingsforløpene skal være trygge, forutsigbare og bygge på kunnskapsbasert praksis. Det er i dag stor forskjell på liggetid for samme diagnose mellom helseforetak. Lengre liggetid i sykehus enn det som er nødvendig for å gjennomføre aktiv behandling medfører risiko for tap av funksjonsevne, infeksjoner og andre komplikasjoner.

Kunnskapsutvikling og god praksis – strategisk fokus for 2011-2014

1. Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og god praksis for å dekke pasientens behov. Dette kan nås gjennom å styrke og utvikle gode strukturer, prosesser, anvende riktig kompetanse og kapasitet i helseforetakene og i foretaksgruppen som helhet.

Innsatsområde 4; Organisering og utvikling av fellestjenester

Det må etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner. Behov for arealeffektivisering og fleksibel organisering og arealbruk stiller økte krav til profesjonalitet. Det må realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Organisering og utvikling av fellestjenester – strategisk fokus for 2011-2014

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

Innsatsområde 5; Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 70 000 medarbeidere som er virksomhetens viktigste ressurs. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor.

Mobilisering av medarbeidere og ledere – strategisk fokus for 2011-2014

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

Innsatsområde 6; Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

For å dekke pasientenes behov må virksomhetene styres slik at det skapes en økonomisk handlefrihet til å videreutvikle god kvalitet på tjenestene. Den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst, herunder omfang og type pasientbehandling, kompetansesammensetning og bruk av kompetanse, likviditetsstyring og prioritering av samlede investeringer, må innrettes slik at resultatkravet kan nås og at det tas høyde for de utfordringene som foreligger.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring – strategisk fokus for 2011-2014

1. Omstilling baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling.
2. Risikostyring på basis av mål, krav, ønsket kvalitet og økonomiske rammebetingelser med fokus på tiltak, er gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling på alle nivåer i foretaksgruppen
3. Beslutninger skal være pasientrettet og etterprøvbare.
4. Stordriftsfordeler realiseres.
5. Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse.
6. Planlegging og ressursallokering skal skje i forhold til regionens samlede "sørge for"-ansvar og nasjonalt helhetsperspektiv i tråd med krav fra eier.

4.3 Mål for 2011 og planperioden

Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. VEDLEGG

Vedlegg 1: Rapportering styringsparametre i henhold til mal

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

² Foreløpige tilgjengelige tall for 3. tertial 2010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg til tallene ovenfor:

Vedlegg 1

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

Vedlegg 2

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

Vedlegg 3

Antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.								
Basert på etimat for 2011 og innbyggertall i nytt opptaksområde								
	Antall pr. 10.000 innbyggere						Ambulant virksomhet for voksne	Har ikke tall for ambulant virksomhet for barn og unge, men vil innhente dette fra 2011
	Sykehus			DPS				
	Ant. utskrevne pasienter døgntilbud	Ant. oppholdsdager dagbehandling	Ant. polikliniske konsultasjoner	Ant. utskrevne pasienter døgntilbud	Ant. oppholdsdager dagbehandling	Ant. polikliniske konsultasjoner		
Ahus	69	47	114	51	0	3 441	32,6	
OUS HF	97	0	1 633	32	217	2 483	330,3	
LDS							925,8	
Dia							149,9	
SS HF	85	0	330	87	0	3 363	358,1	
VV HF	62	0	200	34	32	2 791	194,8	
ST HF	51	0	443	83	0	4 204	141,6	
PIV HF	80	0	696	40	404	2 591	463,3	
SØ HF	85	17	122	72	0	1 915	635,6	
SI HF	57	158	428	43	46	2 697	143,5	

Vedlegg 4

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

Vedlegg 5

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

Vedlegg 6

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

Vedlegg 7: Forskningsmidler 2010

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

Vedlegg 8 Forskningsmidler 2010

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

Vedlegg 2: Samlet risikovurdering 3. tertial 2010

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





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








"Nye" områder kursivert.






Endring fra risikovurdering 2. tertial 2010

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


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




Risikoområder med "rød" status	Innsats-område	Tiltak
Økonomisk balanse inkl bemanningsutviklingen: <ul style="list-style-type: none"> - drift av Ahus - drift av OUS - drift av VV 	  	<ul style="list-style-type: none"> • Eget oppfølgingsregime for hovedstadsområdet med differensiert oppfølging av helseforetakene basert på avvik og risikovurdering.
		<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av særskilt støtte fra RHFets analyseavdeling til foretakene videreføres
		<ul style="list-style-type: none"> • Særskilte fokusområder for oppfølging: <ul style="list-style-type: none"> - Omstillingsprogrammet; 6 målområder: oppfølging av avvik og tiltak - budsjettforutsetninger og kvalitet - dokumentert oppfølgingsregime i det enkelte foretak - månedlige risikovurdert prognose og avvikshåndtering - aktivitet i forhold til ventetider, fristbrudd, inntekt - bemanningstilpasning i forhold til aktivitet
		<ul style="list-style-type: none"> • Det foretas oppfølging av: <ul style="list-style-type: none"> - Etablering av Samhandlingsarena Aker - etablering av lokalsykehusfunksjoner for bydelene i Oslo - tilbud til flerkulturelle - plan for gevinstrealisering - pasientsikkerhet - tilgjengelighet, fristbrudd og ventetider - forskning og innovasjon - kommunikasjon til ansatte, brukere og samarbeidspartnere
		<ul style="list-style-type: none"> • Flerårig prosjekt samordnes i økonomisk langtidsplan og budsjett 2012
Kundetilfredshet og leveranse (inkludert informasjonssikkerhet) fra Sykehuspartner		<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp rapport fra konsemrevisjon og risiko/sårbarhetsanalyse organisering IKT og gjennomføre handlingsplan for å rette opp avvik og etablere klarere rolle/ansvarsdeling i lys av OU-prosessen.
		<ul style="list-style-type: none"> • Tydeliggjøre premissgiverrollen gjennom oppfølging av rammeavtale og oppdragsdokument 2011
		<ul style="list-style-type: none"> • Etablere tilstrekkelig robuste samhandlingsflater og forankring mot HF
		<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp det avtalemessige rammeverket som del av prosessen i forhold til å etablere helhetlig virksomhetsstyring av fellestjenesteområdet inkl. Sykehuspartner.
		<ul style="list-style-type: none"> • Gi støtte og tydelige føringer til det pågående omstillingsarbeidet i Sykehuspartner, og gi tydelige prioriteringer i forhold til leveranse og finansieringsmodell/tjenesteprising
		<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre systematisk måling av kundetilfredshet. Resultater fra målingene rapporteres til RHF-styret hvert tertial







Risikoområder med "rød" status	Innsats-område	Tiltak
Integrasjonsprosess OUS	  	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessen følges først og fremst opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet.
		<ul style="list-style-type: none"> • Eget oppfølgingsregime
		<ul style="list-style-type: none"> • Helse Sør-Øst bidrar med avklaring og forankringsarbeid i forhold til styrets vedtak i omstillingsprogrammet gjennom etablerte fora; samarbeidsorganet med universitet og høyskoler, kontaktmøter med Oslo kommune, møter med fylkeskommuner, de øvrige RHF og i møtefora med eier
		<ul style="list-style-type: none"> • Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter
Integrasjonsprosessen Vestre Viken	  	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessen følges først og fremst opp i eget styre og gjennom ordinære oppfølgingsmøter med RHFet
		<ul style="list-style-type: none"> • Eget oppfølgingsregime
		<ul style="list-style-type: none"> • Helse Sør-Øst bidrar med avklaring og forankringsarbeid i forhold til styrets vedtak i omstillingsprogrammet gjennom etablerte fora; samarbeidsorganet med universitet og høyskoler, møter med kommuner og fylkeskommuner, de øvrige RHF og i møtefora med eier
		<ul style="list-style-type: none"> • Det foretas en oppfølging av etablering og implementering av helhetlig plan for integrasjon iht. vedtak og bestillinger fra HSØ RHF i ordinære oppfølgingsmøter
Leveringskvalitet og bruk av Forsyningssenteret		<ul style="list-style-type: none"> • Styrket ledelsesressurser til logistikkområdet på RHF-nivå. • Månedlige KPIer følges opp av HF-styrene og styret HSØ RHF
		<ul style="list-style-type: none"> • Prosjekt logistikk har levert en rekke tiltaksforslag som vil tilrettelegge for kvalitet og effektivitet i forsyningskjeden. Tiltakene er under implementering.
		<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp felles forbedringsprosjekt med Bring ifht. tiltak for forbedring av tjenestekvalitet er iverksatt med forsterket ledelsesfokus fra Bring og HSØ, og med deltagelse fra HF.
		<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp dialog med Bring mht. presiseringer av gjensidige ytelser.
		<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølgingsorganisasjon på logistikkområdet skal etableres i Sykehuspartner.
		<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidet med kvalitet og bruk av Forsyningssenteret gis økt ledelsesmessig fokus og forankring hos direktører og styreledere i oppfølgingsmøter og direktørmøter.

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

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

		<ul style="list-style-type: none"> Regionale anbefalinger om korridorpasienter følges opp, herunder: <ul style="list-style-type: none"> omdisponering og mer fleksibel bruk av senger forbedring av organisering og ressursstyring videreutvikling av samhandlingstiltak med kommunale tjenester bidra til erfaringsoverføring <ul style="list-style-type: none"> ny erfaringskonferanse styrene og oppfølgingsmøter
		<ul style="list-style-type: none"> Foretaksvise handlingsplaner for ”time ved henvisning” vedtas av HF-styrene og implementeres
		<ul style="list-style-type: none"> Følge opp handlingsplanene for ”time ved henvisning” i oppfølgingsmøter
		<ul style="list-style-type: none"> Foretakspesifikke handlingsplaner for redusert antall infeksjoner vedtas av HF-styrene.
		<ul style="list-style-type: none"> Følge opp foretaksvise handlingsplaner for redusert antall infeksjoner gjennom oppfølgingsmøter
		<ul style="list-style-type: none"> Koordinere regionale fellesaktiviteter for redusert antall infeksjoner
Manglende økonomisk handlingsrom for å oppnå et ønsket investeringsnivå		<ul style="list-style-type: none"> Generelt nødvendig å videreføre arbeidet med å oppnå en økonomisk handlefrihet som sikrer et tilfredsstillende investeringsnivå Videreutvikle system for samlet likviditetsstyring i foretaksgruppen Særlig fokus på status for investeringer innen MTU-området i foretaksgruppen. Inkludere prioriteringer av ulike investeringsformål i ØLP.

Risikoområder med "gul" status	Innsats-område	Tiltak
Arbeidsmiljø		<ul style="list-style-type: none"> Videreutvikle og gjennomføre lederutvikling Implementere og følge opp Helse Sør-Østs HMS-policy med konkrete tiltak og etablering av regionalt HMS-forum Koordinere og følge opp HF-enes arbeid med påleggene etter tilsynskampanjen ”God vakt” Gjennomføre og følge opp medarbeiderundersøkelsen Implementering av nasjonale HMS-indikatorer (NPSS)
Kapasitet rus		<ul style="list-style-type: none"> Følge opp effektene av nyetablerte tiltak Aktivitetsøkning på akuttbehandling og avrusning i 2011, samt vurdering av: <ul style="list-style-type: none"> hvilke andre områder som har størst behov for kapasitetsøkning behovet for tettere tilknytning av private avtaleparter mot det enkelte sykehusområde behovene for effektivisering av tiltakskjeden behovene for ytterligere effektiviseringskrav i driftsavtalene
Sykefravær		<ul style="list-style-type: none"> Styrene følger opp foretakenes gjennomføring av iverksatte planer for målrettet HMS-arbeid Regional e-lærings modul i HMS for ledere ferdigstilles innen 1.6.2011 og implementeres deretter i foretaksgruppen.

Risikoområder med "gul" status	Innsats-område	Tiltak
		<ul style="list-style-type: none"> Justere administrative systemer i henhold til regelendringer ved ny IA-avtale. Sikre ledelsesmessig oppfølging av sykefraværarbeidet. Sikre involvering av medarbeidere i utvikling av arbeidsmiljøfremmende tiltak. Videreutvikle bruken av verktøy for bedre ressursstyring (RAPS)
Epikrisetid	 	<ul style="list-style-type: none"> Løpende forbedringsarbeid følges opp med høyt ledelsesmessig fokus i oppfølgingsmøter og direktørmøter, bl.a. med mål om at flere pasienter får kopi av epikrise ved utskrivningen
Andel utskrivingsklare pasienter	 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre tett oppfølging av samhandlingsreformen både på helseforetaksnivå og gjennom det regionale helseforetakets arbeid med samarbeid med kommuner og fylkeskommuner.
		<ul style="list-style-type: none"> Selektiv oppfølging av enkelte HF og sykehusområder med sine kommuner for å avdekke felles utfordringer, styrke samhandlingen om enkeltpasienter og bruke gode erfaringer fra andre HF/sykehus
Overføring av opptaks-områder og funksjoner i hovedstadsområdet		<ul style="list-style-type: none"> Overvåking av kvalitet, kapasitet, ventetider og pasientstrømmer i oppfølgingsregimet for hovedstaden
Forventninger og realisering omstilling IKT		<ul style="list-style-type: none"> Samordnet oppfølging og prioritering sikrer at virksomhetskritiske konsekvenser av omstillingsprogrammet i regionen gis høy prioritet, både i forhold til ressursallokering og realisering gjennom Sykehuspartner IKT
		<ul style="list-style-type: none"> Forventninger til leveranser innen IKT-området styres gjennom forankring og kommunikasjon av felles målbilde og rammebetingelser med HF
		<ul style="list-style-type: none"> Styringsmodellen i Sykehuspartner IKT, HF og RHF videreutvikles for å sikre samhandling, koordinering og gevinstrealisering og tydeliggjøring av remissiverollen.

Vedlegg 3: Avvik etter tilsyn 2010 – samlet oversikt

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

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

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

Det har vært en nedgang i antall gjennomførte tilsyn fra 195 i 2009 til 134 i 2010. I 2009 ble det etter tilsynene påvist 440 avvik, mens det i 2010 er påvist 292 avvik. Det ble i 2009 rapportert om i alt 234 ikke lukkede avvik, mens tilsvarende tatt for 2010 er 184. Av disse forholder 22 seg til avvik påvist i 2009 eller tidligere. Som tidligere år har kommunalt brannvern gitt flest avvik (69). 47 avvik etter disse tilsynene er ikke lukket. Det er likevel en bedring siden 2009, der 58 avvik ikke var lukket. En årsak til at avvik ikke er lukket kan være at helseforetakenes frister for å levere dokumentasjon på gjennomførte tiltak ikke har forfalt. En annen årsak er at lukking av avvik kan ta lang tid fordi det krever iverksetting og evaluering av tiltak for å unngå nye avvik.

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

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

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

	Utbetalingdata			Videre investeringsplaner					Gjenstående etter 2015	Totalt	Merknader	
	Utbetalt tom 2009	Utbetalt hitil pr/..... 2010		Gjenstående 2010	2011	2012	2013	2014				2015
Helse Sør RHF												
Prosjekter og bygningsmessige investeringer		Bygg	Utstyr								(status)	
<i>Oslo universitetssykehus HF</i>												
Forskningsbygg		2 745								2 745		
Sykehotell		2 972								2 972		
Pårørendeovematting		39 737								39 737	Avsluttes 2010	
Samlokaliseringstiltak, lands- og regionfunksjoner		25 000			135 000	315 000	627 000	640 000	590 000	2 968 000	Svært usikkert fom 2013; utredning pågår	
Omstillingsmidler 2010					125 000					125 000	Forskyves til 2011 - delfinansierer 285 MNOK	
<i>Psykiatrien i Vestfold HF</i>												
Samlokalisert Vestfoldklinik (TSB)					19 000	65 470				84 470		
<i>Sykehuset Innlandet HF</i>												
Sanderud	155 000	25 367								180 367		
<i>Sykehuset i Vestfold HF</i>												
Nytt parkeringshus&helikopter landingsplass					30 000	30 000				60 000		
<i>Sørlandet sykehus HF</i>												
Operasjonsstuer Kristiansand dagkirurgi	47 357	4 796			9 150					61 303	Dagkirurgi avsluttes i 2011	
Operasjonsstuer oppgradering					50 000	84 000				134 000	Framdrift tilpasses tilgjengelig likviditet	
<i>Helse Sør-Øst RHF</i>												
Tomtekjøp Vestre Viken						250 000				250 000	Usikkert tidspunkt	
AHUS Fase 2	386 900	572 637			113 000					1 072 537		
Sykehuset Østfold		125 000			470 000	1 060 000	1 453 000	1 162 000	533 000	287 000	5 090 000	Avsluttes 1.kvartal 2016
<i>Vestre Viken HF</i>												
Psykatribygg									700 000	700 000		
Somatikk bygg									4 300 000	4 300 000		
Omstillingsmidler 2010 og 2011		7 000			93 000					100 000	Bygningsmessige tilpasninger; noe MTU	
Øvrige større byggeprosjekter							100 000	200 000	300 000	600 000	Inkl.2.prioritet; usikkert anslag	
Prosjekter på psykiatriplanen, jf. HDs brev av 17.03.03	442 403	94 534	518		52 185	79 534				65 000	734 174	Prosjekt i Vestre Viken ikke tidfestet
Øvrige bygningsmessige investeringer		284 213	15 131		428 904	228 866	248 000	383 000	612 000		2 485 000	Vedlikehold og funksjonell oppgradering
Utstyr, mv												
Medisinsk teknisk utstyr		54 647	378 145		755 098	700 000	700 000	800 000	900 000			Re-, ny- og pukkelinvesteringer
IKT- utstyr		5 527	835 634		789 202	900 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000			IKT langtidspan 2011-2014
Annet		25 339	436 522		49 199	50 000	50 000	50 000	50 000			Innenholder tiltakspakke midler fra 2009
Sum totale investeringer		1 269 515	1 665 950	-	3 118 738	3 762 870	4 178 000	4 235 000	3 985 000	10 529 314	11 685 760	
Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger *					323 241	360 322	393 200	402 125	403 375			Bygg 40 år, MTU 10 år, IKT og annet 4 år
Investeingsnivå påvirkning på renter					11 750	46 875	52 000	45 050	28 075			Ikke akkumulerte renter
Samlet resultateffekt kapital					334 991	407 197	445 200	447 175	431 450			

*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+)/negative tall (-)

Alle prosjekter over 100 mill. kr skal rapporteres særskilt

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

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

Investeringsutbetalinger og -planer fordelt pr helseforetak

Alle tall i 1 000 kr.

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