



Å R S R A P P O R T 2 0 1 2

INNHold

INTRODUKSJON

Helse Sør-Øst 2012	3
Dette er Helse Sør-Øst RHF	4

ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP

Årsberetning 2012	7
Resultatregnskap	33
Balanse	34
Kontantstrømpoppstilling	36
Regnskapsprinsipper	37
Noter	41
Revisors beretning	62



Helse Sør-Østs hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding 2012" og "Plan for strategisk utvikling 2013-2020" ligger på www.helse-sorost.no

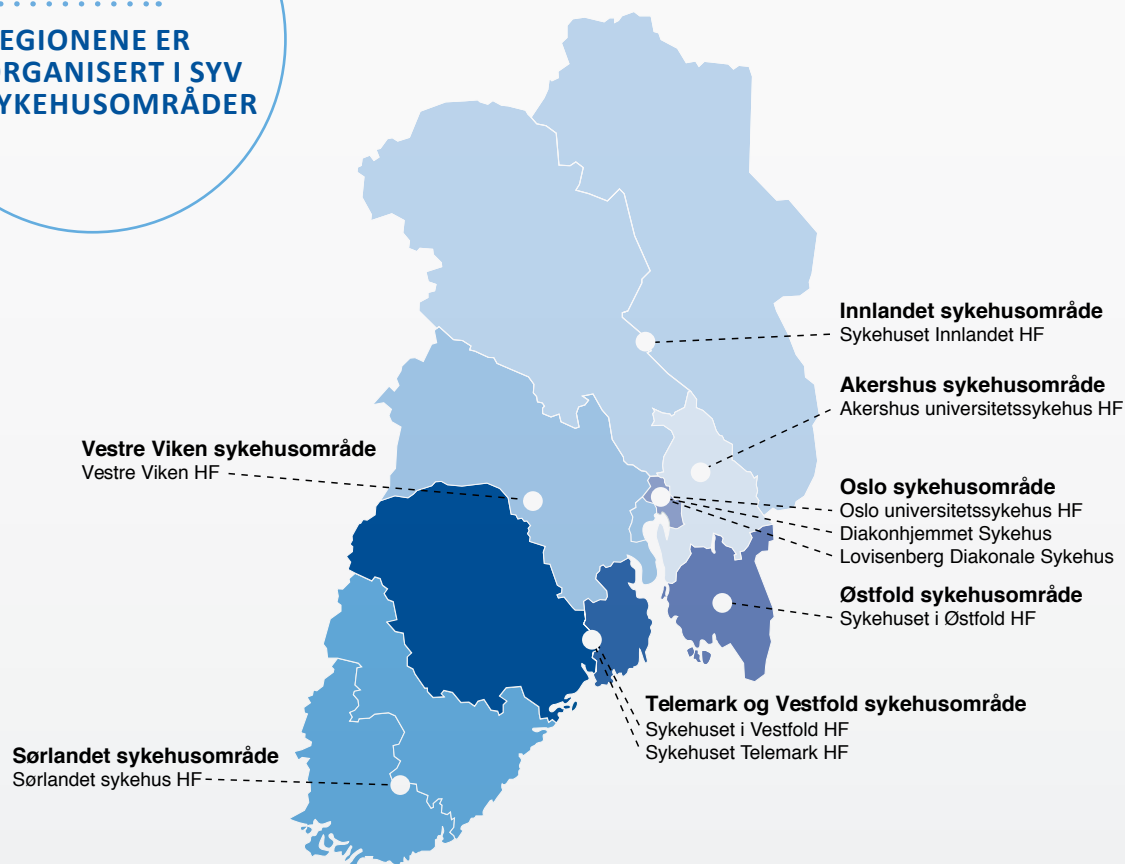
Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller for 2012. Styret mener at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2012.

Helse Sør-Øst behandlet i 2012 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.

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.

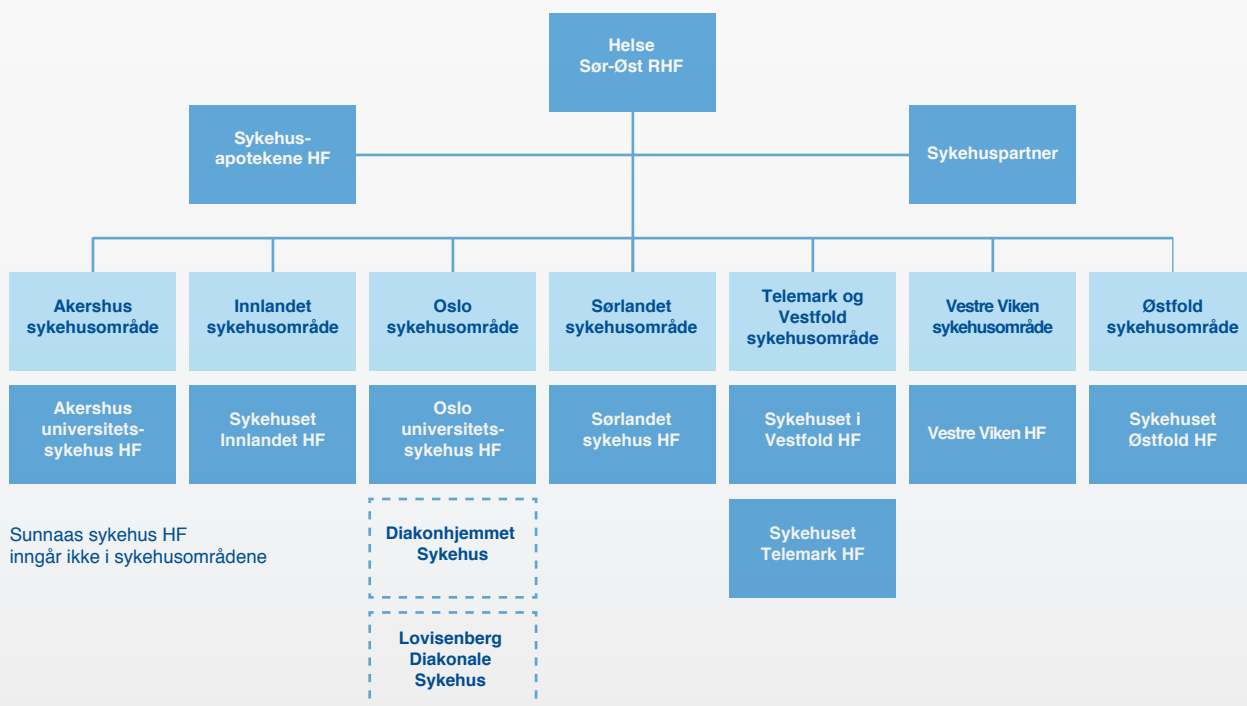
Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med 2,8 millioner innbyggere. Dette utgjør cirka 56 prosent av landets befolkning.

Foretaksgruppen har cirka 75 000 medarbeidere og en omsetning i 2012 på vel 65 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF eier ti 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 vel tusen 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



Peder Olsen
Styreleder



Steinar Marthinsen
*Viseadministrerende
direktør*



Atle Brynestad
Konserndirektør



Alice B. Andersgaard
*Fagdirektør medisin og
helsefag*



Knut Even Lindsjørn
Direktør samhandling



Tore Robertsen
*Direktør styre- og
eieroppfølging*



Gunn Kristin Sande
Kommunikasjonsdirektør

STYRET



Per Anders Oksum
Styreleder



Ansgar Gabrielsen
Nestleder



Turid Birkeland



Kirsten Brubakk



Trine Dønhaug



Terje Bjørn Keyn



Andreas Kjær



Irene Kronkvist



Bernadette Kumar



Anita Ihle Steen



Dag Stenersen



Svein Øverland



Signe Øye



Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller for 2012. Styret mener at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2012.

Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2012, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp. Helse Sør-Øst står fortsatt overfor uløste oppgaver blant annet innen kvalitet og pasientsikkerhet og mer standardisering og teknologiske løsninger. Det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag.

HELSE SØR-ØST

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med til sammen 2,8 millioner innbyggere. Regionen har 56 prosent av landets befolkning. Gjennom 2012 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 75 000 ansatte. Omsetningen i 2012 var 65 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 (TSB), ambulansetjeneste, pasienttransport, habilitering og rehabilitering, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2013 ti 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 vel tusen 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.

STRATEGIUTVIKLING

Fremtidig utvikling av tjenestetilbudet baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft – og bygges på nasjonal helseplan, foretaksgruppens 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 til tjenestetilbudet. Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helse-tjeneste til beste for befolkningen i regionen må skje i tett samarbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.

Plan for strategisk utvikling har i 2011-2012 gjennomgått en omfattende rulleringsprosess med bred deltagelse fra hele foretaksgruppen, inkludert tillitsvalgte og brukerrepresentanter. En ajourført plan for strategisk utvikling 2013-2020 ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF i november 2012.

Mens fokus for 2002-2007 var etablering av det regionale foretaket og foretaksgruppen, og fokus for 2007-2012 har vært "rett behandling på rett sted", har 2013-2020 to hovedfokus: Kvalitet og pasientsikkerhet og standardisering og fornying av IKT.

Planen fastsetter seks innsatsområder:

1) Pasientbehandling

- Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov
- Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør
- Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester

- Rett behandling på rett sted
- Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester

2) *Forskning og innovasjon*

- Forskning skal føre til forbedret helse i befolkningen, tilstrebe høy kvalitet og være basert på samarbeid
- Innovasjon skal bidra til at resultater fra forskning og erfaringer fra praksis kommer til nytte i pasientbehandlingen

3) *Kunnskapsbasert praksis*

- Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling

4) *Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere*

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

5) *Organisering og utvikling av fellestjenester*

- Samordnet utvikling og styring skal frigjøre ressurser til pasientbehandling, ved at stordriftsfordeler oppnås og profesjonaliteten styrkes

6) *Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom*

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

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

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre 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

PASIENTBEHANDLING

Hovedrapporteringen om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding for 2012" er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Aktivitet

Antall nyhenvisninger innen somatikk økte fra 2011 til 2012 med 3,5 prosent. Innen psykisk helsevern var økningen på 1,7 prosent (psykisk helsevern for voksne 1,4 prosent og psykisk helsevern for barn og ungdom 2,7 prosent).

Det har vært en tilsynelatende reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB på 15,2 prosent i 2012. Årsaken til nedgangen er uklar, men antas å ha sammenheng med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

Helse Sør-Øst behandlet i 2012 flere pasienter enn noe år tidligere.

Innen somatikken økte antall polikliniske konsultasjoner fra 2011 til 2012 med 1,0 prosent, mens antall døgnopphold økte med 1,2 prosent. Antall dagbehandling ble redusert med 1,9 prosent. Aktiviteten målt i antall DRG-poeng i henhold til "sørge for"-ansvaret for somatisk pasientbehandling ligger 1,1 prosent høyere enn i 2011. Antall DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus har hatt en kraftig vekst på 15,6 prosent, slik at samlet vekst i antall DRG-poeng innen "sørge for"-ansvaret har økt med 1,5 prosent.

Aktiviteten innen psykisk helsevern (både til voksne og barn/ungdom) er i tråd med budsjettmålene. Det har vært en vekst i døgnopphold innen psykisk helsevern for barn og ungdom med 7,4 prosent fra 2011. Den polikliniske aktiviteten har økt med 3,9 prosent innen psykisk helsevern for voksne og 3,5 prosent innen psykisk helsevern for barn og ungdom, men dette er likevel litt under de ambisiøse måltallene som var satt for 2012.

Aktiviteten innen TSB viser en nedgang i antall liggedøgn på 3,1 prosent og en nedgang i antall utskrevne pasienter med syv prosent, men en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 6,3 prosent sammenlignet med 2011. Samlet sett lå aktiviteten for 2012 på samme nivå som i 2011. Gjennomsnittlig ventetid innen TSB er redusert fra 63 til 59 døgn for alle pasienter, mens antall fristbrudd har økt fra fem til seks prosent.

Aktivitetstallene for 2012 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt på tjenesteområdene psykisk helsevern og TSB. Innen somatikk har veksten innen poliklinisk aktivitet også vært betydelig på de fleste helseforetak og private ideelle sykehus.





ALPES

MARE



Ventetider

Cirka 60 prosent av innleggelsene ved sykehusene er definert som "øyeblikkelig hjelp". Disse pasientene legges inn uten ventetid. Helse Sør-Øst har i perioden 2006-2012 hatt ventetider for planlagt hjelp på alle tjenesteområder som er på landsgjennomsnitt eller kortere enn de andre regionene, dog med unntak av psykisk helsevern for voksne hvor en av de andre regionene har lavere ventetid.

For alle tjenesteområder sett under ett gikk ventetiden for alle pasienter (med og uten rett) ned fra 74 dager i 2011 til 73 dager i 2012. For somatikk er ventetiden uendret fra 2011, mens ventetiden økte med en dag innen psykisk helsevern for voksne og ble redusert med tre dager for psykisk helsevern for barn og ungdom. For TSB gikk ventetiden ned med fire dager fra 2011 til 2012.

Ventetiden for rettighetspasienter innen somatikk gikk ned fra 63 dager i 2011 til 60 dager i 2012.

Innen psykisk helsevern er ventetidene for rettighetspasienter i hele foretaksgruppen gått ned fra 47 dager til 46 dager. For TSB er ventetiden for rettighetspasienter gått ned fra 67 til 59 dager. Innen TSB er det ventetider på innleggelse til døgnbehandling som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

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 går nedover, fra 12,6 prosent i 2009, via 8,3 prosent i 2010 og 8,0 prosent i 2011 til 7,6 prosent i 2012. Flere av helseforetakene ligger nært målet om at ingen av pasientene skal oppleve fristbrudd.

Epikrisetid

Helse Sør-Øst har som mål at epikrisene skal sendes ut senest syv dager etter at pasienten skrives ut fra sykehuset. Andelen epikriser som sendes ut innenfor denne fristen øker stadig. Andel epikriser som er sendt ut innen syv dager økte fra 79,2 prosent i 2011 til 82,1 prosent i 2012.

Korridorpasienter

Korridorpasienter innen psykisk helsevern er betydelig redusert fra 2008. Det er praktisk talt ikke korridorpasienter innen denne delen av virksomheten. Innen somatikk er gjennomsnittlig andel korridorpasienter gått ned fra 1,7 prosent i 2011 til 1,6 prosent i 2012. Problemet med korridorpasienter er i hovedsak konsentrert til tre-fire helseforetak. Flertallet av foretakene har en lav andel eller ingen

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

PASIENTSIKKERHET

God kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for pasientsikkerhet og god pasientbehandling av høy kvalitet. For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. En vesentlig premisse for å skape en helsetjeneste med god kvalitet er å sikre trygg pasientbehandling. Dette er også et av de definerte kvalitetsmål som ligger til grunn for omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst. De fleste pasientskadene skyldes sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" (2011-2013) er et viktig grep for å synliggjøre og iverksette tiltak for å redusere antall pasientskader. Kampanjen legger til rette for å bygge varige systemer og strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhets-kulturen i helsetjenesten. Kampanjen har elleve spesielle innsatsområder: Trygg kirurgi, samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem, trykksår, urinveisinfeksjoner, forebygging av overdosedødsfall, behandling av hjerneslag, infeksjon ved sentral venekateter, riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, fall og forebygging av selvmord. Brukerinvolvering for å bedre oppfølging og kommunikasjon med pasienter og pårørende, er et fokusområde i kampanjen.

Gjennom prosjektet "Glemt av sykehuset" følger Helse Sør-Øst RHF opp de alvorlige funnene fra den interne revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene. Prosjektet støtter helseforetakenes arbeid med opprydding og forbedringer. Målet er å sikre at kvaliteten på det pasientadministrative arbeidet på sykehusene forbedres og at pasientene får korrekt og god oppfølging.

Systematisk oppfølging av tilsynsrapporter gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF, alle underliggende helseforetak og ved de private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF. For helseforetak og private ideelle sykehus blir rapporter fra tilsynsmyndigheter som inneholder avvik og/eller merknader på tilsynsområdene fulgt opp med tiltaksplaner og rapportering på status mht. gjennomføring av tiltakene. Det rapporteres, internt, til styret (terti-alvis) og til aktuell tilsynsmyndighet. I tillegg tas resultat av eksterne tilsyn med i det systematiske forbedringsarbeidet internt. Ved alle helseforetak og private ideelle sykehus er det opprettet kvalitetsutvalg overordnet for virksomhetene, samt at de fleste også har kvalitetsutvalg på klinikknivå og enkelte også på avdelingsnivå. Det tilstrebes videre at

forbedringsarbeid skal skje på laveste nivå og at ansvaret ligger i linjen

Oppsummering og oversikt over landsomfattende tilsyn og tilsynsrapporter i hele foretaksgruppen legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF med status for lukking av avvik, samt hvilke forbedringstiltak som er igangsatt.

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. Antall saker som kom inn fra Helse Sør-Øst var 1 635 i 2011 og økte til 2 805 i 2012. NPE ga i 2012 medhold i 631 saker og avslag i 1 696 saker. En vesentlig årsak til at antall saker som meldes inn til NPE øker er at ordningen er blitt bedre kjent hos helsepersonell og i befolkningen. Utbetalingene til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst gikk ned fra 377 millioner kroner i 2011 til 318 millioner kroner i 2012.

Resultatene fra den nasjonale pasientundersøkelsen PasOpp, som ble gjennomført av Kunnskapssenteret i 2011 og offentliggjort i mars 2012, viser at pasientene i all hovedsak har gode erfaringer etter å ha vært på sykehus i Norge. Pasientene ble bedt om å svare på spørsmål om blant annet forventninger til sykehusoppholdet og ventetid, selve oppholdet på sykehuset og samarbeidet etter endt behandling. Det er liten variasjon i resultater mellom helseregionene i Norge, og generelt kommer Helse Sør-Øst bra ut. Kommunikasjon med pasientene og deres pårørende og samhandling med primærhelsetjenesten og kommunene er gjennomgående forbedringsområder.

STYRKET SAMHANDLING

Samhandlingsreformen skal bidra til en mer samordnet og likeverdig helsetjeneste. Bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus skal føre til bedre og raskere behandling for pasienter nærmere der de bor. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak legger til rette for at pasienten behandles i kommunene når de får et like godt eller bedre tilbud som på sykehus. Samhandling krever gjensidig tillit, prioritering, innsats og ressurser fra begge tjenestenivåer.

Ved å fremme helse, forebygge sykdom og behandle sykdom så tidlig som mulig kan behovet for sykehusinnleggelse reduseres. Pasienter med kroniske tilstander og avklarte behandlingsopplegg skal i størst mulig grad behandles utenfor sykehus. Samhandlingsreformen gir kommunene større ansvar for disse pasientgruppene.

Erfaringene etter ett år med samhandlingsreformen viser mange positive utviklingstrekk. Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Tilbakemeldinger tyder på at det i hovedsak er gjennomført gode prosesser og etablert hensiktsmessige strukturer for samarbeid. Kommuner og bydeler har i 2012 gjennomgående vist god evne til å ta imot utskrivingsklare pasienter. Foreløpige analyser tyder ikke på at sykehusenes utskrivingspraksis har endret seg eller at antall reinnleggelse har økt. Dette er forhold som følges nøye også i 2013.

Det er i alle sykehusområder etablert eller pågående prosess for å opprette lokalmedisinske sentre i samarbeid med kommunene.

Etablering av kommunale døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp har kommet ulikt langt i helseforetakenes opptaksområder. Helseforetakene har fokus på sikring av kvalitet for at tilbudene skal oppfylle intensjonen om overføring av oppgaver og at pasienter slipper unødvendig innleggelse i sykehus.

Reduksjonene i antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid for inneliggende pasienter er for 2012 beregnet til om lag 90 000 liggedøgn. Det tilsvarer at regionen i gjennomsnitt har brukt cirka 250 færre senger (gitt 100 prosent belegg) hver dag i 2012 enn i 2011. Et foreløpig anslag tilsier at om lag halvparten av reduksjonen av liggetid kan tilskrives samhandlingsreformen. Utviklingen etter samhandlingsreformens første år tilsier at helseforetakene bør tilpasse sengekapasiteten og overføre ressurser til poliklinisk virksomhet og/eller til kommunene.

Samhandlingsarena Aker er et prosjekt for å etablere viktige samhandlingstiltak og nye helsetjenester i de frigjorte lokalene ved Aker sykehus i perioden 2011-2014. Oslo kommune og Helse Sør-Øst er enige om at Oslo skal være et pilotområde for samhandling og Samhandlingsarena Aker er sentralt virkemiddel for å oppnå dette.

LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

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 og behandlingstilbud. Helse Sør-Øst vil arbeide for mer likeverdige helsetjenester og for å redusere sosiale helseforskjeller. Arbeidet med å implementere prioriteringsveilederne er viktig for å sikre mer likeverdighet i tilgang til behandling.

Helse Sør-Øst har et særlig fokus på minoritetshelse og likeverdige helsetjenester til en flerkulturell





befolkning. Personer som enten har innvandret selv eller er født i Norge med to innvanderforeldre utgjør til sammen 13 prosent av befolkningen i Norge. Innvandrertettheten varierer sterkt, men det er en betydelig konsentrasjon i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken. Arbeidet innen dette området vil være avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet utvikles videre gjennom samhandlingsreformen.

Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF legger særlig vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Oslo universitetssykehus HF er 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 i dette prosjektet er utdanning av kulturveiledere, som er ansatte i sykehusene i hovedstadsområdet og i bydelene.

Det må sikres at arbeidet med likeverdige helse-tjenester inngår i vanlig drift og etterleves i praksis. Viktige elementer i dette arbeidet er holdnings-skapende tiltak og gode tolketjenester.

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskning

Helseforetakene i Helse Sør-Øst står for nær 60 prosent av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen er om lag 1,8 milliarder kroner, hvorav en tredel finansieres gjennom regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene besto i 2012 av et forskningstilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet på 239 millioner kroner og et tilsvarende beløp fra det regionale helseforetakets eget budsjett. Cirka 520 forskningsprosjekter- og tiltak fikk i 2012 regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

Antall doktorgrader per år i regionen har økt betydelig de siste årene, og var i 2012 på over 160. Dette er forenlig med økt ressurstillgang til forskning. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for forskning ved alle helseforetak og har med basis i regionale forskningsmidler finansiert regionale forskningsstøttefunksjoner, forskningsnettverk og forskningsgrupper, i tillegg til regionale teknologiske kjernefasiliteter.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning arbeidet aktivt for etablering av nasjonale satsingsområder for forskning og finansierer kjernemiljøet for satsingsområdet alvorlige psykiske lidelser. Også i 2012 er det bevilget midler til regionalt

kompetansesenter for helsetjenesteforskning ved Akershus universitetssykehus HF, som også skal være et faglig kompetansemiljø for samhandlingsforskning.

Det er et mål å sikre god bredde og tverrfaglighet i forskningen. Kompetansebyggende tiltak rettet inn mot helsefaglige profesjoner er finansiert, samt forskerskole for TSB og psykisk helsevern.

Innovasjon

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2012. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i Inven2, som er en felles kommersialiseringsenhet etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Antall innleverte patentsøknader er også på et høyt nivå. Også antall kommersialiseringer er høyere enn i 2011.

I 2012 er det igangsatt en rekke spennende forsknings- og utviklingsprosjekter finansiert gjennom Innovasjon Norge. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og kreft. Samarbeidet med de øvrige regionale helseforetak, InnoMed, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd er videreutviklet. Samarbeidet med Universitetet i Oslo innen innovasjon knyttet til sentrale kliniske områder har vært tett i 2012.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Helse Sør-Øst RHF prioriterer det nasjonale arbeidet med helseregistre og pasientregistre og deltar i styringsgruppen for Nasjonalt helseregisterprosjekt.

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

ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER

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.

Digital fornying

Spesialisthelsetjenesten og sykehusene er høyteknologiske organisasjoner hvor informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er viktige verktøy i pasientbehandlingen.

I den vedtatte planen for strategisk utvikling i regionen frem mot 2020 er gjennomføring av et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger ett av to prioriterte hovedoppgaver. Den andre hovedoppgaven er å gjennomføre et løft for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er en nær sammenheng mellom disse to prioriterte oppgavene.

Kjernevirksomhetens behov ligger til grunn for standardisering og utvikling av IKT-løsningene. Et mål med fornyingsprogrammet er at alle helseforetak og medarbeidere skal ha tilgang til informasjon til riktig tid og sted. Satsingen skal gi bedre informasjonsflyt mellom pasient og sykehus, mellom avdelingene og mellom sykehusene.

Som et ledd i fornyingsprogrammet er det i 2012 inngått kontrakt om en felles radiologiløsning for hele regionen. Dette er en løsning for lagring og deling av for eksempel røntgenbilder, og erstatter 15 installasjoner som i dag er i bruk i regionen. Som et ledd i fornyingsprogrammet skal denne løsningen etter tur innføres i alle helseforetakene.

Den teknologiske innføringen er bare en del av arbeidet. Like viktig er det å etablere felles standardiserte arbeidsprosesser og felles videreutvikling av løsningene. Standardisering i bruk og utvikling av de ulike teknologiske løsningene reduserer faren for feil og styrker pasientsikkerheten. I tillegg legger det til rette for bedre støtte og service til de som bruker systemene i det daglige.

Arbeidet i den digitale fornyingen av Helse Sør-Øst er organisert i seks programmer: Klinisk dokumentasjon, laboratoriedatasystem, radiologiløsninger, digital samhandling, virksomhetsstyring og økonomi.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et internt fornyingsstyre som skal sikre best mulig prioritering og gjennomføring innenfor rammene som er satt. I fornyingsstyret deltar administrerende direktører i alle helseforetakene, Sykehuspartner, konserntilitsvalgte og representanter for Helse Sør-Øst RHF.

Innkjøp og logistikk

Sykehuspartner og Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) leverer tjenester av høy kvalitet innen innkjøp og logistikk. Gjennom Helse Sør-Øst Forsyningssenter er det tilrettelagt for sentralisering av varelogistikkfunksjonen i helseforetaksgruppen.

Det er et mål å øke forsyningstjenestens volum, kvalitet og service overfor helseforetakene.

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.

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 for å motvirke omstillingstretthet og slitasje.

Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet i styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling. Nasjonal ledelsesutvikling er et sett av tiltak som drives av de regionale helseforetakene i fellesskap og er en plattform for arbeid med ledelsesutvikling i helseforetakene. Hensikten med tiltakene er ikke å gjøre all ledelse i sykehus lik, men å sikre at alle ledere jobber mot de samme mål. Det legges vekt på verdiforankring og utvikling av et felles sett av kunnskap, holdninger og ferdigheter hos ledere i helseforetakene.

Helse Sør-Øst har arbeidet for å få ned deltidsbruken i helseforetakene med særlig vekt på å sikre tilstrekkelig og godt kvalifisert bemanning. Dette vil også bidra til god utnyttelse av samlet kompetanse og økt pasientsikkerhet. Målet er at alle foretak på sikt skal kunne tilby alle ansatte heltidsstilling. Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse.

Ved utgangen av 2012 har 13 000 av nær 52 000 fast ansatte i helseforetakene i Helse Sør-Øst deltidsstilling. Det er 2 300 færre enn tolv måneder tidligere. Korrigert andel deltidsansatte har i løpet av 2012 gått ned fra 30 til 25 prosent. Korrigeringen innebærer at de deltidsansatte som jobber redusert på grunn av rettighetspermisjoner, uførhet, bierverv ved høyskoler og universiteter og annet er tatt ut av gruppen. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant alle fast ansatte er i løpet av 2012 økt fra 91 til 94 prosent. Blant deltidsansatte er gjennomsnittlig stillingsstørrelse 69 prosent.





Et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap er den regionale medarbeiderundersøkelsen. I 2012 deltok mer enn 41 000 medarbeidere med sine synspunkter på sentrale områder knyttet til organisasjon og arbeidsmiljø i egen enhet. Svarprosenten var på 75. Resultatene viser at de aller fleste sykehusansatte trives på jobb. Spørsmålet "Hvor fornøyd er du samlet sett med jobben du har nå?" oppnådde 79 av 100 mulige poeng. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også forbedret.

Både eier og eksternt tilsyn har fokusert på helseforetakenes arbeidstidsordninger. Det er avdekket mange brudd på arbeidsmiljøloven. Helse Sør-Øst samarbeider tett med tillitsvalgte og vernetjeneste for at disse lukkes.

Det er et mål at bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. Det har i 2012 vært en økning i bemanningen med 0,3 prosent tilsvarende 196 årsverk. Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte vikartjenester, det vil si innleie av helsepersonell, for 375 millioner i 2012. Det tilsvarer 0,9 prosent av samlede lønnskostnader på 39,7 milliarder kroner.

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 kvalitet 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.

SYKEFRAVÆR

Å redusere sykefraværet er en prioritert oppgave i alle foretak. For foretaksgruppen samlet gikk imidlertid sykefraværet opp fra 7,4 prosent i 2011 med 0,3 prosentpoeng til 7,7 prosent i 2012.

Det er noe variasjon i sykefraværet mellom foretakene (rundt 1,4 prosentpoeng mellom høyeste og laveste). Variasjon i foretakenes fraværprofil gjenspeiler i stor grad fraværet i den øvrige befolkningen i det aktuelle fylke.

Ved den årlige medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen registreres andelen medarbeidere som opplever å ha et arbeidsrelatert fravær. Denne andelen har sunket siden målingene startet i 2007 og ligger i helseforetakene i 2012 som for 2011 mellom 9 og 15 prosent.

De mest utbredte HMS-avvikene i sykehusvirksomheten er mindre stikkskader og avvik i forbindelse med psykiatrisk behandling. Definisjonene av HMS-avvik varierer en del mellom helseforetakene. Nærmere informasjon er gitt i de enkelte helseforetaks årsberetninger.

LIKESTILLING OG DISKRIMINERING

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

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF består av ni kvinner og seks menn – og inkluderer et medlem med multikulturell bakgrunn.

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

Av samtlige ledere i foretaksgruppen er 65 prosent kvinner og 35 prosent menn.

Kjønnsfordelingen blant legene i Helse Sør-Øst er 54 prosent menn og 46 prosent kvinner.

Helse Sør-Øst RHF samarbeider med de øvrige regionale helseforetakene om et nasjonalt topplederprogram. Målgruppen er ledere i helseforetakene som har ambisjoner om å forfølge en karrierevei innen sykehusledelse og som har vist talent for ledelse. Av de som har gått igjennom dette programmet er majoriteten kvinner.

Samarbeidet med Legeforeningen og Psykologforeningen om henholdsvis motivasjons-seminaret "Frist meg inn i ledelse" for kvinnelige leger og "Psyk meg opp i ledelse" for ledere med psykologbakgrunn innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, er på bakgrunn av svært gode tilbakemeldinger, omgjort til et nasjonalt tilbud i regi av Nasjonal ledelsesutvikling. "Frist meg inn i ledelse" har som mål å rekruttere kvinnelige leger til ledelse. Programmet skal også bidra til å støtte opp om likestilling i ledelse av helseforetakene.

Oslo universitetssykehus HF i flere år arrangert ledelsesprogrammer med multi-etniske ledere som målgruppe.

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst er IA-bedrifter, som skal arbeide for et inkluderende arbeidsliv. Det er 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.

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 etnisk bakgrunn, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion og livssyn skal rapporteres i årsberetningene.

ARBEIDET MED ETIKK, VERDIER OG HOLDNINGER

Virksomheten i Helse Sør-Øst skal være 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

I 2011 ble det utarbeidet felles etiske retningslinjer for helseforetaksgruppen. Arbeidet ble gjennomført med bred deltagelse fra helseforetakene, hvor både tillitsvalgte og brukerutvalgene var representert. Retningslinjer med implementeringsplan ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i februar 2012. Helseforetakene skal i 2013 utarbeide en plan for oppfølging og implementering av disse etiske retningslinjene.

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

Helse Sør-Østs forskningsstrategi omfatter også etikk i forskningen. Helse Sør-Øst deltar i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Dette organet 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. Foretaksgruppen handler for 18 milliarder kroner i året. Helse Sør-Øst 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.

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 2012 ble 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 i Helse Sør-Øst, må være medlem i Grønt Punkt Norge eller tilsvarende ordning.

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

ÅRSREGNSKAPET

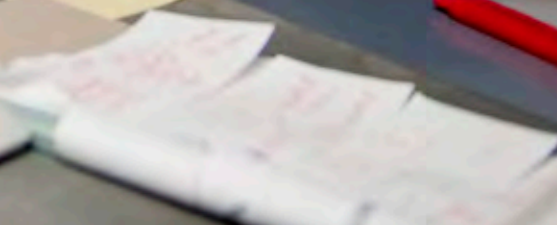
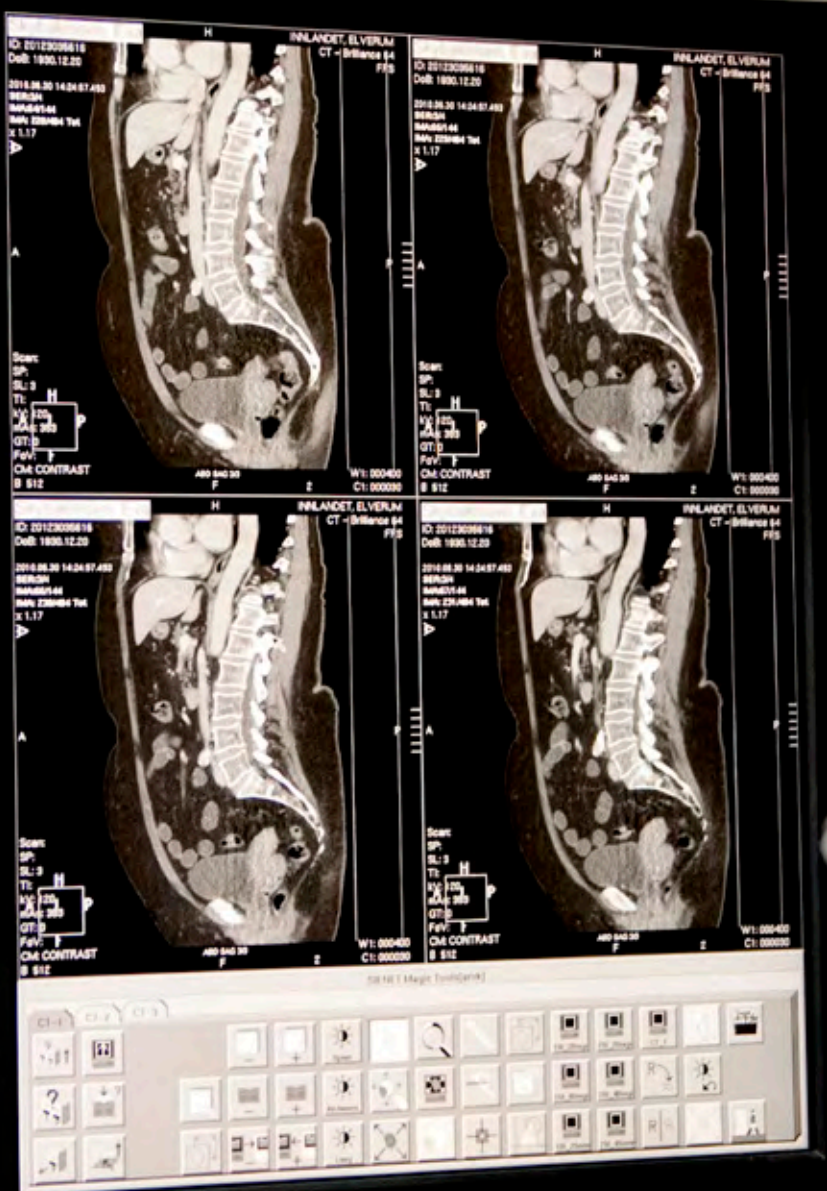
Helse Sør-Øst RHF avlegger sitt regnskap etter regnskapsloven. I henhold til krav i regnskapsloven bekrefter styret og administrerende direktør at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningene om fortsatt drift.

ÅRSREGNSKAP FOR FORETAKSGRUPPEN HELSE SØR-ØST

Foretaksgruppen har hatt som mål å levere et resultat i balanse for 2012.

Årsregnskapet er avlagt under forutsetningen om at fortsatt drift er til stedet. Det er styrets oppfatning at det er grunnlag for dette. Det vises i denne sammenheng til Helseforetakslova § 5.

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 61,3 milliarder kroner i 2011 med 6,1 prosent til 65,0 milliarder kroner i 2012. De samlede driftsinntektene i 2012 fordeler seg med 45,5 milliarder kroner i basisramme, 15,4 milliarder kroner i aktivitetsbaserte inntekter og 4,1 milliarder kroner som andre driftsinntekter. Refusjonssatsen for aktivitetsbasert finansiering (ISF-satsen) var 40 prosent for begge år.





Lønns- og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 61,3 prosent av totale driftskostnader for 2012. Disse kostnadene økte fra 37,3 milliarder kroner i 2011 med 6,4 prosent til 39,7 milliarder kroner i 2012. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell er redusert fra 384 millioner kroner i 2011 med 2,4 prosent til 375 millioner kroner i 2012.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen var 3,1 milliarder kroner i 2012, en reduksjon fra 2011 på 0,1 milliarder kroner tilsvarende 3,8 prosent. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 140 millioner kroner på varige driftsmidler i 2012.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen er redusert fra 221 millioner kroner i 2011 til 97 millioner kroner i 2012. Årsakene til reduksjonen er i hovedsak knyttet til høyere bankbeholdning gjennom året.

Årsresultatet for 2012 viser et positivt resultat på 211 millioner kroner. Tilsvarende resultat for 2011 var et negativt resultat på 478 millioner kroner. De fleste helseforetakene hadde i 2012 positive resultater. Resultatet for 2012 er imidlertid i likhet med 2011 påvirket av utfordringene ved Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Foretaksgruppen hadde i 2012 en positiv kontantstrøm på 1 584 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12. 2012 var 5 447 millioner kroner, hvorav bundne midler utgjør 1 680 millioner kroner.

Investeringsnivået i foretaksgruppen økte fra 2 389 millioner kroner i 2011 til 3 458 millioner kroner i 2012. Investeringene representerer i hovedsak opprettholdelse av etablert kapasitet, men både innenfor teknologi og e-helse, og medisinsk-eknisk utstyr er det en viss grad av nyinvesteringer.

Helse Sør Øst finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksgruppens egenfinansieringsevne i form av kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter utgjør 4 149 millioner kroner i 2012, en nedgang med 39 millioner kroner fra 2011, og muliggjør sammen med ekstern finansiering et investeringsnivå på 4 930 millioner kroner.

Foretaksgruppen har en driftskredittramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 3 628 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per 31.12. 2012 er det trukket 3 609 millioner kroner på denne rammen. Trukket driftskreditt er redusert med

153 millioner kroner i 2012, mens driftskreditrammen er redusert med 310 millioner kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12. 2012 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 87,1 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 19,1 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31. 12. 2012 24,1 milliarder kroner i negative 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 positivt resultat på 1 622 millioner kroner mot et negativt resultat på 99 millioner kroner i 2011. Det positive resultatet knyttet til ordinær drift er 341 millioner kroner. Ut over dette er 1 281 millioner kroner knyttet til reversering av tidligere års nedskrivninger av eierandeler i døtre som følge av positive resultater de senere år. Reverseringen har ingen konsekvens for regnskapet til foretaksgruppen da dette blir eliminert.

FINANSIELLE OG ANDRE RISIKOER FORBUNDET MED ØKONOMI

Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen har fremdeles en betydelig egenkapital. Egenkapitalen i foretaksgruppen utgjorde 45,7 prosent av totalkapitalen ved utgangen av 2012. Det bør likevel nevnes at det i pensjonsforpliktelsen ligger et ikke resultatført estimatavvik som utgjør 99 prosent av egenkapitalen.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31. desember 2012 som tilfredsstillende.

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Netto økning i rentebærende gjeld i 2012 er 889 millioner kroner. Ved utgangen av året utgjør langsiktig lån fra Helse- og omsorgsdepartementet 7,6 milliarder millioner kroner. Av dette er 1,5 milliarder byggelån, mens 6,1 milliarder kroner er konvertert til langsiktig lån. Alle lån har en nedbetalingstid på 20 år fra konverteringstidspunktet.

Av de langsiktige lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet har 99 prosent fast rente. Gjennomsnittelig rente på låneporteføljen er 3,4 prosent. Rentebindingen har en durasjon på 1,62. 70 prosent av porteføljens rentebinding forfaller fra 1 til 5 år. Byggelån har flytende rente. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale er basert på flytende rente. Det samme er renten på driftskreditt. På grunn av redusert driftskreditt og gunstige rentevilkår på innskudd og langsiktige lån er netto finansposter

bedret med 264 millioner kroner sammenliknet med 2011.

Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel.

Inntekter er i all hovedsak overføringer fra Staten. Kredittrisikoen anses derfor som lav.

Foretaksgruppen er også til en viss grad eksponert for endringer i valutakurser og råvarepriser gjennom innkjøp. Det er etablert en finansstrategi og en forvaltningsstrategi for kjøp av kraft som regulerer sikring av berørte kontantstrømmer ved hjelp av terminkontrakter.

AVLEGGELSE AV REGNSKAPET

Fra årsskiftet 2012/2013 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

Frem til foretaksmøtet 31. januar 2012 hadde Helse Sør-Øst RHF følgende eieroppnevnte styremedlemmer: Frode Alhaug (leder), Anne Carine Tanum (nestleder), Anne Hagen Grimsrud, Andreas Kjær, Berit Eivi Nilsen, Dag Stenersen, Randi Talseth, Linda Verdal og Finn Wisløff.

I foretaksmøte 31. januar 2012 ble følgende eieroppnevnte styremedlemmer valgt for en periode frem til avholdelse av foretaksmøte i januar 2014: Per Anders Oksum (styreleder), Ansgar Gabrielsen (nestleder), Turid Birkeland, Trine Dønhaug, Andreas Kjær, Bernadette Kumar, Anita Ihle Steen, Dag Stenersen og Signe Øye.

Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn, Irene Kronkvist, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland var ansattvalgte styremedlemmer gjennom hele 2012. Med virkning fra 15. mars 2013 har styret følgende ansattvalgte styremedlemmer: Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn, Irene Kronkvist og Svein Øverland.

Det regionale helseforetakets styre har ansvaret for internrevisjonen i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en egen konsernrevisjonshet. Revisjonskomité (fra 1.1.2013 revisjonsutvalget) for perioden 2012-2014 består av Andreas Kjær (leder),

Kirsten Brubakk, Bernadette Kumar og Dag Stenersen. Revisjonskomiteen skal bidra til å ivareta styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Se forøvrig avsnittet om "Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll" nedenfor.

Bente Mikkelsen fratradte 1. november 2012 som administrerende direktør. Peder Olsen ble samme dato konstituert som administrerende direktør. Stillingen ble deretter lyst ut – og Peder Olsen ble i styremøte 14. mars 2013 ansatt som administrerende direktør.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en ordning med konserntillitsvalgte. Denne ordningen har som mål å tilrettelegge for de tillitsvalgtes medvirkning og medbestemmelse. De konserntillitsvalgte skal gjennom sin erfaring og innsikt bidra til virksomhetsutvikling og styrking 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.

Helse Sør-Øst RHF har også en ordning med et konsernverneombud som deltar aktivt i foretakets organer og prosesser, i tillegg til å inneha en koordinerende rolle for vernetjenesten og HMS-arbeidet i foretaksgruppen.

VIKRSOMHETSSTYRING, INTERN STYRING OG KONTROLL

Helse Sør-Øst RHF arbeider aktivt for å sikre en omforent forståelse for hvordan en gjennom prinsipper og metoder for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, systematisk kan forbedre og styrke virksomheten og bidra til en bedre måloppnåelse. Det regionale helseforetaket 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 skal være en støtte til alle som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer i Helse Sør-Øst. De etablerte prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er gjort gjeldende for helseforetakene i oppdrags- og bestillerdokumentene.

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

Brukernavn: CR900



Navigation and control icons for the X-ray viewer, including a checkmark, a 'V' in a circle, a 'H' in a circle, a red arrow, and various anatomical view icons.

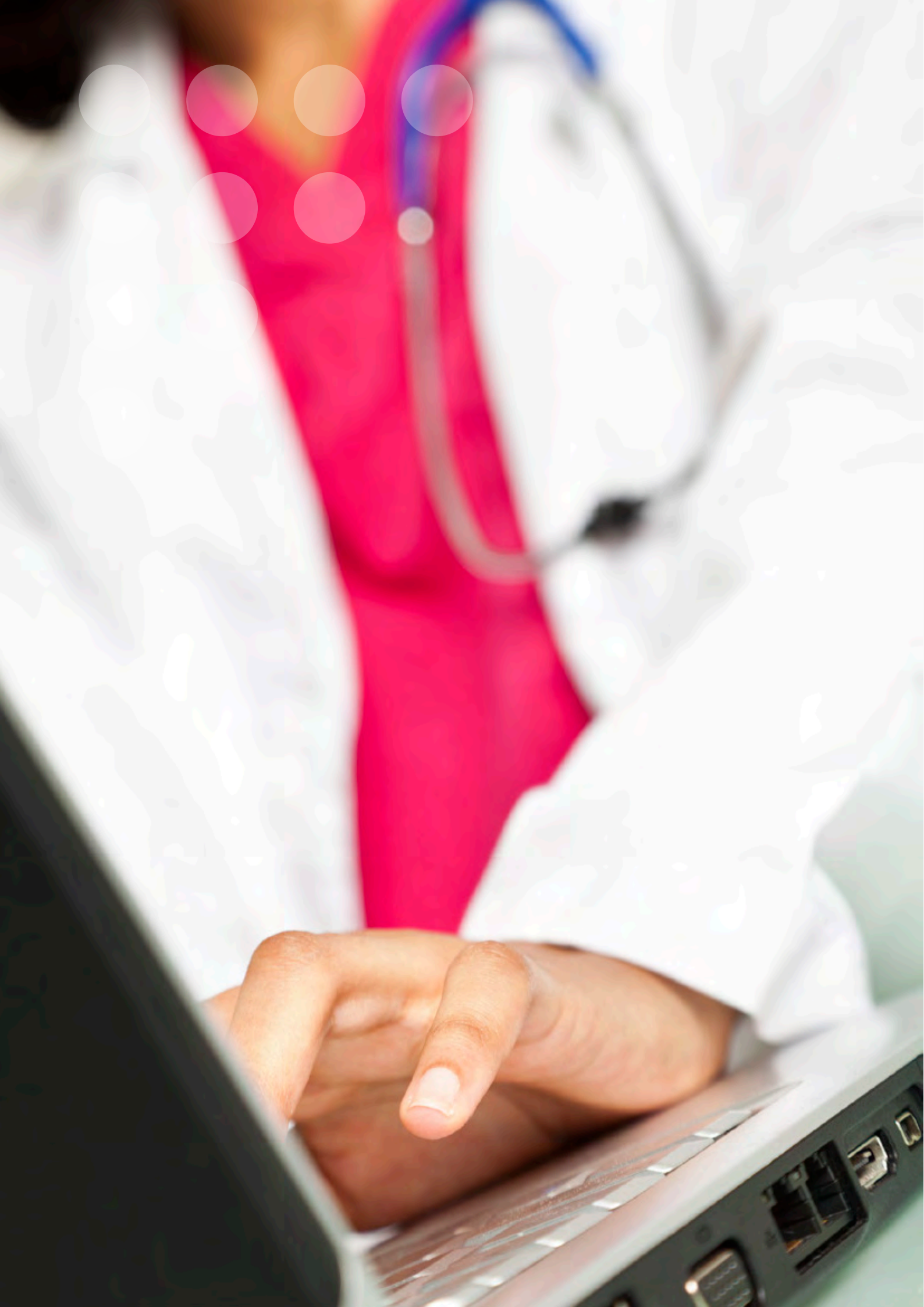
<input checked="" type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	H
<input type="checkbox"/>	↑	<input type="checkbox"/>	AP
<input type="checkbox"/>	PA	<input type="checkbox"/>	LATER
<input type="checkbox"/>	RYGGELE	<input type="checkbox"/>	MAGE
<input type="checkbox"/>	BAERBAR	<input type="checkbox"/>	KON
<input type="checkbox"/>	KRYSS-BENK	<input type="checkbox"/>	T

Horizontal navigation bar with icons for back, forward, and other controls.

← → ↺ ↻

K4318-7729

DirectView Remote Oper



tilfredsstillende. I 2012 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte deler av foretaksgruppen. Konsernrevisjonens årsrapport for 2012 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 og innspill fra brukerutvalget og konserntillitsvalgte gir en aggregert risikovurdering.

Ved styrets risikogjennomgang per 2. tertial 2012 ble følgende områder ansett å ha stor risiko:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Fellestjenester
- Pasientsikkerhet og pasientadministrative systemer

Det er etablert tiltak for å redusere disse risikoene.

SYKEHUSOMRÅDER OG HELSEFORETAK

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok 20. oktober 2011 å slå Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset i Vestfold HF sammen til ett helseforetak. Sammenslåing skjedde fra 1. januar 2012 ved at Psykiatrien i Vestfold HF ble avviklet og virksomhetsoverdratt til Sykehuset i Vestfold HF. Helse Sør-Øst RHF eier etter dette ti helseforetak som er organisert i syv sykehusområder.

Helseforetakene har styrer der flertallet av de eieroppnevnte medlemmene har politisk bakgrunn, foreslått fra kommuner og fylkeskommuner i regionen. Styret utnevnte 15. mars 2012 nye eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Disse har funksjonstid fra 1. april 2012 til april 2014. Styret oppnevnte i sitt møte den 22. november 2012 nye styreledere i flere av helseforetakene. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har nå eksterne styreledere. Det ble samtidig gjort noen endringer i styresammensetningen i enkelte av helseforetakene.

HELSETJENESTER FRA AVTALESPESIALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER MED KJØPSAVTALE

Private leverandører med kjøpsavtale og avtale-spesialister er viktige bidragsyttere i ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2012 eksterne helsetjenester for om lag 3,8 milliarder

kroner. Dette utgjør 5,9 prosent av brutto drifts-kostnader for foretaksgruppen.

Det har vært en uttalt forutsetning at de ideelle organisasjonene skal sikres forutsigbare rammevilkår gjennom langsiktige avtaler med det regionale helseforetaket. Som en følge av dette ble det ved inngåelse av nye avtaler innenfor området tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 1. juli 2012 inngått langsiktige avtaler.

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 ivaretar den flyoperative delen av den offentlige luftambulansen (fly og helikopter) for hele landet.

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

Helseforetakenes Innkjøpsservice 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 disse foretakenes resultater i 2012 henvises til årsregnskapets note åtte.

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. Brukerutvalget er sammensatt etter visse kriterier, blant annet at medlemmene selv har erfaring som pasient og/eller pårørende og at nasjonalt prioriterte pasientgrupper innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kreftomsorgen, pårørende, samt eldre og etniske minoriteter er representert. Nåværende regionale brukerutvalg er oppnevnt for perioden 1. oktober 2011 til 30. september 2013.

Alle helseforetakene har egne brukerutvalg – og samarbeidet mellom brukerrepresentantene og ledelsen i foretaksgruppen er godt. Det regionale brukerutvalget er organisert slik at hvert enkelt helseforetaks brukerutvalg har sin egen kontaktperson på regionalt nivå.

Brukerutvalget har sammen med Helse Sør-Øst RHF utarbeidet 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå. Prinsippene er kjent 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 i 2012 arrangert en konferanse med brukerorganisasjonene og en konferanse med brukerutvalgene i helseforetakene. Utvalget har deltatt i flere møter med Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalgets fire prioriterte innsatsområder er pasientsikkerhet og kvalitet, et koordinert helsetilbud, ventetider og pasientrettigheter og brukermedvirkning. 2012 ble året hvor brukerutvalget i større grad rettet søkelyset mot innhold i tjenestene, kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er endringer som samsvarer med Helse Sør-Øst RHF sin plan for strategisk utvikling 2013-2020.

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

STØRRE BYGGEPROSJEKTER

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i desember 2010 forprosjekt for nytt østfoldsykehus. Arbeidet med etablering av nytt østfoldsykehus pågår i henhold til gjeldende planer og forutsetninger. Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre la 2. oktober 2012 ned grunnsteinen Prosjektet hadde ved utgangen av 2012 nådd en ferdiggrad på 34,9 prosent, som er som planlagt. 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 fremskrivning av befolkningsgrunnlaget i Østfold fra 2007 til 2020. Prosjektet skal realiseres innenfor et

styringsmål på 5 090 millioner kroner (prisnivå februar 2010).

Bygging av nytt akuttbygg ved Oslo universitetssykehus Ullevål startet ved juletider i 2011. Akuttbygget skal stå klart i januar 2014. Ombygging og tilpasning i dagens akuttmottak vil skje etter at nybygget er klart og vil bli ferdig i løpet av juni samme år. Nybygget har en grunnflate på cirka 800 kvm. (totalt cirka 2 600 kvadratmeter bta) – og skal inneholde akuttmottak, operasjonsstuer og intensivenhet.

I "Årlig melding" blir det foretatt en årlig, samlet gjennomgang og prioritering av større byggeprosjekter i foretaksgruppen.

YTRE MILJØ

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

Samlet vannforbruk gikk ned fra 2 471 000 kubikkmeter i 2011 med 5,0 prosent til 2 347 000 kubikkmeter i 2012.

Helseforetaksgruppens samlede energiforbruk (eksklusive transport) gikk opp fra 774 GWh i 2011 med 2,5 prosent til 793 GWh i 2012. 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 gikk opp fra 16 494 tonn i 2011 med 4,8 prosent til 17 289 tonn i 2012.

Helse Sør-Øst var den første foretaksgruppen i spesialisthelsetjenesten som gir ut egen, årlig miljørapport. Miljørapporten skal rette oppmerksomheten mot vårt ansvar for miljøet. Den skal dokumentere miljøarbeidet i foretaksgruppen, og gi en oversikt over regionens påvirkninger på natur og klima. Miljørapporten er tilgjengelig på www.helse-sorost.no. Helseforetakene gir informasjon om sin påvirkning av det ytre miljø i sine egne årsberetninger.

Helse Sør-Øst RHF deltar i et nasjonalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å kartlegge



Arbeidet med etablering av nytt østfoldsykehus pågår i henhold til gjeldende planer og forutsetninger. Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre la 2. oktober 2012 ned grunnsteinen Prosjektet hadde ved utgangen av 2012 nådd en ferdiggrad på 34,9 prosent, som er som planlagt. Utbyggingen avsluttes i løpet av 2014.



etablerte miljøtiltak i sektoren og å utrede mulige nye klimatilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Styret har vedtatt at alle helseforetakene i foretaksgruppen skal implementere standardiserte miljøstyringssystem. Det er et mål at helseforetakene blir miljøsertifisert etter ISO 14001 innen utgangen av 2014. Sykehuset i Vestfold HF har vært pilotforetak i Helse Sør-Øst, og ble i mars 2013 Norges første miljøsertifiserte offentlige sykehus.

TAKK FOR INNSATS OG SAMARBEID

Styret berømmer medarbeidere og ledere for stor innsats og engasjement. Styret berømmer også brukernes og ansattes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2012.

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

Styret har i "Årlig melding for 2012" 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

Foretaksgruppen hadde i 2012 et positivt årsresultat på 211 millioner kroner, som tilsvarer 0,3 prosent av brutto driftsinntekter. De fleste foretakene i Helse Sør-Øst har positive resultater, mens Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har også i 2012 et negativt økonomisk resultat. Resultatsituasjonen i hovedstadsområdet er bekymringsfull fordi den innebærer vesentlig risiko for foretaksgruppens samlede økonomiske bærekraft. Det er grunn til å berømme de helseforetakene som fremviser positive resultater. Dette viser at det er arbeidet godt med styringen av driften i 2012.

Forbedring av pasienttilbudet krever kontinuerlig omstilling i sykehusene. Det er nødvendig at det etableres en felles forståelse av utfordringer, risikoer og muligheter. Det er videre viktig at kvaliteten på pasientbehandlingen prioriteres og at omstilling under trygghet sikres. Det legges til grunn at

helseforetakene har realistiske og konkrete planer som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og samarbeidspartener og som er i tråd med gjeldende økonomiske rammer. Styret legger til grunn god medvirkning fra ansatte og brukere både i daglig drift og i utviklingen av helseforetaket.

Hendelser i 2012 understreker behovet for at arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og avvikshåndtering videreføres og styrkes. Prinsippene for god virksomhetsstyring må følges opp på alle nivåer.

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

Fra 2016 er kommunene lovpålagt å ha et døgntilbud til sin befolkning som kommer i tillegg til spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er en oppfatning at mange pasienter med kroniske tilstander som har avklart sykehistorie og avklart behandling ved forverring kan få det bedre i kommunen fremfor å bli lagt inn på sykehus. Det er derfor gradvis trukket ut midler fra spesialisthelsetjenesten for å delfinansiere oppbygging av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud.

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

Det er betydelig variasjon mellom de forskjellige kommunenes kompetanse og evne til å organisere sitt tilbud i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Dette er en utfordring for hele helseforetaksgruppen.

DISPONERING AV ÅRSRESULTATET

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF ble et positivt resultat på 1 622,1 millioner kroner. Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2012.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Overført fond for vurderingsforskjeller	3,9 millioner kroner
Overført til annen egenkapital	1 618,2 millioner kroner
Sum disponert	1 622,1 millioner kroner

Hamar, 25. april 2013



Per Anders Oksum
Styreleder



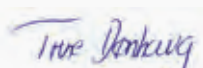
Ansgar Gabrielsen
Nestleder



Turid Birkeland



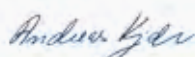
Kirsten Brubakk



Trine Dønhaug



Terje Bjørn Keyn



Andreas Kjær



Irene Kronkvist



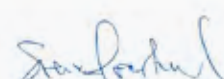
Bernadette Kumar



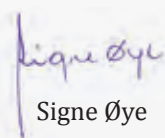
Anita Ihle Steen



Dag Stenersen



Svein Øverland



Signe Øye



Peder K Olsen
Administrerende direktør

Resultatregnskap

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2011	2012		Note	2012	2011
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER					
42 909 404	45 557 593	Basisramme	2	45 557 593	42 909 404
13 128 457	13 832 075	Aktivitetsbasert inntekt	2	15 369 754	14 478 565
3 308 469	3 557 543	Annen driftsinntekt	2	4 108 250	3 934 929
59 346 330	62 947 211	Sum driftsinntekter		65 035 596	61 322 898
56 044 764	59 443 683	Kjøp av helsetjenester	3	8 663 370	8 232 330
371 958	399 662	Varekostnad	4	6 775 908	6 166 671
646 554	719 598	Lønn og annen personalkostnad	5	39 668 766	37 282 758
587 428	612 776	Ordinære avskrivninger	10,11	3 070 794	3 191 684
100 594	20 956	Nedskrivning	10,11	140 605	126 813
1 654 490	1 575 110	Annen driftskostnad	6	6 407 332	6 578 205
59 405 788	62 771 785	Sum driftskostnader		64 726 774	61 578 461
-59 458	175 424	Driftsresultat		308 822	-255 563
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
534 084	539 131	Finansinntekt	9	248 538	179 028
-176 448	1 281 544	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	9,12	-8	-4
-397 589	-374 033	Annen finanskostnad	9	-345 131	-400 171
-39 953	1 446 642	Netto finansresultat		-96 601	-221 147
-99 410	1 622 066	Resultat før skattekostnad		212 221	-476 710
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	9	1 020	1 252
-99 410	1 622 066	ÅRSRESULTAT		211 200	-477 962
0	0	Minoriteters andel av årsresultatet		-1 182	-112
OVERFØRINGER					
2 259	3 904	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	16	3 984	3 709
-101 669	1 618 162	Overført til/fra annen egenkapital	16	208 398	-481 559
0	0	Overført minoritet	16	-1 182	-112
-99 410	1 622 066	Sum overføringer		211 200	-477 962

Balanse

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2011	2012		Note	2012	2011
EIENDELER					
Anleggsmidler					
Immaterielle eiendeler					
656 691	1 348 219	Immaterielle eiendeler	10	1 365 929	676 222
0	0	Utsatt skattefordel	9	0	162
656 691	1 348 219	Sum immaterielle eiendeler		1 365 929	676 384
VARIGE DRIFTSMIDLER					
88 971	86 611	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	31 637 814	32 923 157
815 304	860 464	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	11	4 390 364	4 490 688
1 085 179	1 629 272	Anlegg under utførelse	11	2 679 835	1 817 225
1 989 454	2 576 347	Sum varige driftsmidler		38 708 013	39 231 070
FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER					
20 888 707	22 170 151	Investering i datterselskap/- foretak	12	0	0
33 800	37 704	Investeringer i FKV og TS	12	57 804	53 900
4 503	5 541	Investeringer i andre aksjer og andeler	12	1 167 463	1 033 415
8 472 901	8 012 996	Andre finansielle anleggsmidler	13	60 119	69 438
0	0	Pensjonsmidler	17	3 818 136	3 999 382
29 399 911	30 226 392	Sum finansielle anleggsmidler		5 103 522	5 156 135
32 046 056	34 150 958	Sum anleggsmidler		45 177 464	45 063 589
OMLØPSMIDLER					
46 248	46 906	Varer	4	409 960	410 280
7 140 264	6 763 702	Fordringer	14	1 897 426	1 864 250
2 420 029	3 959 455	Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	5 446 802	3 862 910
9 606 540	10 770 063	Sum omløpsmidler		7 754 188	6 137 440
41 652 595	44 921 021	SUM EIENDELER		52 931 652	51 201 029

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2011	2012		Note	2012	2011
EGENKAPITAL OG GJELD					
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
200	200	Foretakskapital		200	200
32 470 631	32 470 631	Annen innskutt egenkapital		32 470 631	32 467 167
32 470 831	32 470 831	Sum innskutt egenkapital	16	32 470 831	32 467 367
OPPTJENT EGENKAPITAL					
22 009	25 913	Fond for vurderingsforskjeller		25 993	22 009
0	0	Minoritetsinteresser		9 280	10 462
-11 023 167	-9 405 003	Annen egenkapital		-8 333 190	-8 541 884
-11 001 159	-9 379 090	Sum opptjent egenkapital	16	-8 297 917	-8 509 413
21 469 673	23 091 741	Sum egenkapital		24 172 914	23 957 953
GJELD					
Avsetning for forpliktelser					
111 111	120 101	Pensjonsforpliktelser	17	1 522 845	1 362 842
0	0	Utsatt skatt	9	3 410	2 597
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	18	4 528 297	4 661 768
113 811	122 801	Sum avsetninger for forpliktelser		6 054 552	6 027 207
ANNEN LANGSIKTIG GJELD					
6 687 960	7 576 232	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	13	7 615 179	6 687 960
7 157 917	7 694 283	Øvrig langsiktig gjeld	13	284 664	322 303
13 845 878	15 270 516	Sum annen langsiktig gjeld		7 899 843	7 010 263
KORTSIKTIG GJELD					
3 762 486	3 609 400	Driftskreditt	15	3 609 400	3 762 486
0	0	Betalbar skatt	9	44	525
63 226	69 630	Skyldige offentlige avgifter		2 788 407	2 460 139
2 397 523	2 756 933	Annen kortsiktig gjeld	19	8 406 490	7 982 454
6 223 235	6 435 963	Sum kortsiktig gjeld		14 804 342	14 205 604
20 182 923	21 829 280	Sum gjeld		28 758 738	27 243 074
41 652 595	44 921 021	SUM EGENKAPITAL OG GJELD		52 931 652	51 201 029

Hamar, 25. april 2013

 Per Anders Oksum
Styreleder
  Ansgar Gabrielsen
Nestleder
  Turid Birkeland
  Kirsten Brubakk
  Trine Dønhaug

 Terje Bjørn Keyn
  Andreas Kjær
  Irene Kronkvist
  Bernadette Kumar
  Anita Ihle Steen

 Dag Stenersen
  Svein Øverland
  Signe Øye
  Peder K Olsen
Administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2011	2012		Note	2012	2011
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:					
-99 410	1 621 949	Årsresultat før skattekostnad	16	211 200	-477 962
0	-8 115	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-124 208	-35 908
587 428	612 776	Ordinære avskrivninger	10,11	3 070 794	3 191 684
277 042	20 956	Nedskrivning anleggsmidler	10,11	140 335	126 813
-6 515	-1 269 656	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		-353	-26 070
633 512	375 903	Endring i omløpsmidler	14	-32 856	134 755
366 350	368 427	Endring i kortsiktig gjeld	19	725 474	307 836
34 677	8 990	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	17	338 061	1 144 928
0	0	Inntektsført investeringstilskudd	2	-179 691	-177 884
1 793 083	1 731 229	Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter		4 148 755	4 188 192
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:					
0	0	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		162 235	143 068
-952 074	-1 920 957	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	10,11	-3 458 433	-2 388 617
1 207 360	0	Tilgang/avgang anleggsmidler uten kontanteffekt		0	0
0	55 101	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		55 101	0
0	0	Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)		0	-102 904
-843	-1 038	Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-104 701	-118 447
254 443	-1 866 894	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter		-3 345 797	-2 466 900
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:					
238 174	1 314 912	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	1 314 912	238 174
-426 640	-426 640	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	13	-426 640	-426 640
-822 697	-153 086	Endring driftskreditt	15	-153 086	-812 576
0	0	Innbetaling av investeringstilskudd		22 975	0
35 746	939 905	Endring øvrige langsiktige forpliktelser uten kontakteffekt		22 773	360 932
-975 417	1 675 091	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		780 934	-640 110
1 072 109	1 539 426	Netto endring i likviditetsbeholdning		1 583 892	1 081 182
1 347 920	2 420 029	Likviditetsbeholdning per 01.01.		3 862 910	2 781 728
2 420 029	3 959 455	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. per 31.12.	1,15	5 446 802	3 862 910
1 517 971	19 000	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank per 31.12.		19 000	175 576
3 938 000	3 978 455	Likviditetsreserve 31.12.		5 465 802	4 038 486
3 938 000	3 628 000	Innvilget kredittramme i Norges Bank per 31.12.		3 628 000	3 938 000

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 spesialisthelse-tjenesten 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-profitvirksomheter 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 KLASSIFISERINGSPRINSIPPER

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

Grunnfinansieringen består av basisramme drift.. 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 som 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. Gjestepasientoppgjør 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 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.

Tomter avskrives ikke da disse anses å ha ubegrenset økonomisk levetid.

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 regnskapsskikk. Nedskrivninger reverseres når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

Med felleskontrollert virksomhet (joint venture) menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felles kontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Helse Sør-Øst vurderer felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i morselskapets- og foretaksgruppens regnskap.

Tilknyttede selskap

Med tilknyttet selskap menes et selskap hvor investorer har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investorer har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskaper har en slik innflytelse over et annet selskap. Investering i tilknyttet selskap vurderes etter egenkapitalmetoden i morselskapets- og foretaksgruppens regnskap.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til anskaffelseskost.

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 opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid 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 fordringene. 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.

Skatt

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

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.

NOTE 1 - Virksomhetsrapportering

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
DRIFTSINTEKTER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE				
5 136 541	5 544 137	Somatiske tjenester	46 108 135	43 010 426
1 250 370	1 479 015	Psykisk helsevern VOP	9 715 008	9 578 115
165 892	185 232	Psykisk helsevern BUP	2 214 408	2 131 012
674 776	739 364	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 353 928	2 226 741
3 159 678	3 234 646	Annet	4 644 118	4 376 601
48 959 072	51 764 816	Det regionale foretakets overføringer til datterforetak	0	0
59 346 330	62 947 210	Driftsinntekter per virksomhetsområde	65 035 596	61 322 898
DRIFTSKOSTNADER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE				
5 054 987	5 298 797	Somatiske tjenester	45 984 702	43 494 427
1 414 216	1 474 930	Psykisk helsevern VOP	9 548 675	9 301 354
156 657	166 879	Psykisk helsevern BUP	2 119 817	2 037 777
662 253	762 856	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 357 237	2 216 145
3 158 605	3 303 507	Annet	4 716 344	4 528 758
48 959 072	51 764 816	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
59 405 789	62 771 785	Driftskostnader per virksomhetsområde	64 726 774	61 578 461
DRIFTSINTEKTER FORDELT PÅ GEOGRAFI				
59 212 264	62 800 573	Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	63 926 246	60 327 512
134 066	146 637	Pasienter hjemmehørende i resten av landet	1 023 239	911 914
0	0	Pasienter hjemmehørende i utlandet	86 111	83 472
59 346 330	62 947 210	Driftsinntekter fordelt på geografi	65 035 596	61 322 898

Driftsinntekter benevnt Overføring til datterforetak tilsvarende det regionale helseforetakets andel av inntekter fra eier / staten som benyttes til finansiering av datterforetakenes oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. RHF-ets overføring til datterforetakene kostnadsføres som kjøp av helsetjenester fra datterforetak. Andre ordinære kjøp fra datterforetakene inngår ikke i denne posten.

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse, pasienttransport, administrativ virksomhet ved Helse Sør-Øst RHF, samt kostnader vedrørende aktivitet som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis virksomheten i Sykehusapotekene HF.

NOTE 2 - Inntekter

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		DRIFTSINNTEKTER		
		Basisramme		
42 909 404	45 557 593	Basisramme	45 557 593	42 909 404
42 909 404	45 557 593	Basisramme	45 557 593	42 909 404
		AKTIVITETSBASERT INNTEKT		
11 012 944	11 509 441	Behandling av egne pasienter fra eget opptaksområde	11 509 441	11 012 944
107 329	121 778	Behandling av egne pasienter i andre regioner	121 778	107 329
134 066	146 637	Behandling av andre pasienter i egen region	900 363	822 228
1 853 474	1 999 098	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	2 565 619	2 369 072
0	0	Utskrivningsklare pasienter	52 963	945
20 644	55 122	Andre aktivitetsbaserte inntekter	219 592	166 047
13 128 457	13 832 075	Aktivitetsbasert inntekt	15 369 754	14 478 565
		ANNEN DRIFTSINNTEKT		
189 705	241 675	Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	241 675	189 705
847 845	861 953	Øremerkede tilskudd til andre formål	1 267 726	1 453 880
177 884	179 691	Inntektsføring av investeringstilskudd	179 691	177 884
0	0	Driftsinntekter fra Sykehusapotekene	708 082	667 918
2 093 035	2 274 224	Andre driftsinntekter	1 711 076	1 445 542
3 308 469	3 557 543	Annen driftsinntekt	4 108 250	3 934 929
59 346 330	62 947 211	Sum driftsinntekter	65 035 596	61 322 898

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon, av dette utgjør kommunal medfinansiering 2 847 971 tusen kroner.

		AKTIVITETSTALL		
		Aktivitetstall somatikk		
62 022	62 737	Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	758 186	746 931
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	705 837	693 143
147 027	152 289	Antall polikliniske konsultasjoner	2 479 887	2 454 281
		Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
29	30	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 079	1 005
28 945	30 185	Antall polikliniske konsultasjoner	450 037	434 825
		Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
4 188	4 212	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	26 708	26 445
89 399	94 919	Antall polikliniske konsultasjoner	744 774	716 540
		Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige		
1 861	1 820	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	8 036	8 639
51 404	53 176	Antall polikliniske konsultasjoner	210 859	198 381

I tillegg utgjør aktivitet knyttet til Raskere tilbake 2 072 DRG -poeng, i tillegg til 42 238 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 3 - Kjøp av helsetjenester

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		KJØP AV HELSETJENESTER		
327 156	422 483	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	413 442	300 603
3 848 140	4 132 368	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	4 288 296	4 000 527
959	3 295	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	44 629	65 387
1 313 346	1 382 181	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	1 457 797	1 388 927
6 333	4 202	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	3 967	15 070
653 442	756 667	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	768 726	680 019
921	241	Kjøp fra utlandet	98 856	82 157
6 150 297	6 701 437	Sum gjestepasientkostnader	7 075 714	6 532 690
0	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	375 188	384 246
179 420	191 888	Kjøp av andre ambulansetjenester og luftambulanse	405 748	412 872
755 975	785 542	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	806 720	902 522
7 085 693	7 678 867	Sum kjøp av helsetjenester	8 663 370	8 232 330
48 959 072	51 764 816	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
56 044 764	59 443 683	Sum kjøp av helsetjenester	8 663 370	8 232 330

NOTE 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		VAREBEHOLDNING		
0	0	Råvarer	4 389	4 490
0	0	Varer i arbeid	4 256	6 034
0	0	Ferdigvarer	1 386	8 288
0	0	Handelsvarer	160 689	149 680
0	0	Sum lager til videresalg	170 720	168 492
46 248	46 906	Sentrallager	107 829	119 371
0	0	Sterillager	25 187	31 320
0	0	Blodlager	33 115	26 754
0	0	Annet medisinsk forbruksmateriell	40 405	32 952
0	0	Andre varebeholdninger	32 704	31 393
46 248	46 906	Sum lager til eget bruk	239 240	241 789
46 248	46 906	Sum varebeholdning	409 960	410 280
50 430	50 468	Anskaffelseskost	415 168	415 014
-4 182	-3 562	Nedskrivning for verdifall	-5 208	-4 734
46 248	46 906	Bokført verdi 31.12.	409 960	410 280
		VAREKOSTNAD		
0	541	Legemidler	2 647 893	2 883 721
562	552	Medisinske forbruksvarer	3 256 616	2 728 347
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	810 403	498 392
371 396	398 569	Innkjøpte varer for videresalg	60 996	56 211
371 958	399 662	Sum varekostnad	6 775 908	6 166 671

NOTE 5 - Lønn og personalkostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		LØNSKOSTNADER		
462 704	499 731	Lønnskostnader	27 754 780	26 634 300
75 432	86 259	Arbeidsgiveravgift	3 965 543	3 810 874
100 148	110 766	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	7 250 689	6 147 000
8 270	22 842	Andre ytelser	699 026	692 359
0	0	- Balanseførte lønnskostnader egne ansatte	1 271	1 776
646 554	719 598	Sum lønn og andre personalkostnader	39 668 766	37 282 758
983	1 087	Gjennomsnittlig antall ansatte	75 599	75 328
826	927	- Herav Sykehuspartner		
955	1 059	Gjennomsnittlig antall årsverk	56 519	56 323
805	907	- Herav Sykehuspartner		

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012	Godtgjørelse til revisor	2012	2011
1 448 216	970 567	Lovpålagt revisjon	6 688 230	8 318 008
280 238	514 444	Utvidet revisjon	3 883 291	3 185 565
0	0	Andre attestasjonstjenester	1 219 064	1 566 697
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	131 500	220 525
256 485	84 637	Andre tjenester utenfor revisjon	846 602	799 794
1 984 939	1 569 648	Sum godtgjørelse	12 768 687	14 090 589

Alle tall er inkl. merverdiavgift.

Honorar for andre tjenester utenfor revisjonen er i all hovedsak knyttet til attestasjon for ulike prosjekt, tilskudd, refusjoner samt bistand knyttet til utredninger og avklaringer av regnskapsfaglige spørsmål.

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode 1)	Ansettelsesperiode
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende direktør	1 692 619	167 095	12 015	1 871 729	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
Atle Brynestad	Konserndirektør	1 682 302	230 937	6 629	1 919 868	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
Alice Beate Andersgaard	Fagdirektør medisin og helsefag	1 330 133	256 898	9 053	1 596 084	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
Tore Robertsen	Direktør for styre- og eieroppfølging	1 296 756	236 709	18 374	1 551 839	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 141 895	267 446	6 629	1 415 970	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
Stein-Are Agledal	Intern styreleder	1 358 037	275 903	7 039	1 640 979	01.01.2012-30.11.2012	01.01.2012-31.12.2012
Knut Even Lindsjørn	Direktør samhandling	1 020 666	255 437	2 203	1 278 306	01.01.2012-31.12.2012	01.01.2012-31.12.2012
		9 522 408	1 690 425	61 942	11 274 775		

- 1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært medlem av foretakets ledergruppe.
2) Ansettelseperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

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.

(Alle tall i NOK 1 000)

Lønn og andre ytelser til administrerende direktør (tall i hele kroner)	Peder K. Olsen *)	Bente Mikkelsen **)
	2012	2012
Lønn	1 565 410	2 166 969
Pensjonskostnader	216 800	268 881
Andre godtgjørelser	6 038	6 629

*) Peder Kristian Olsen konstituert administrerende direktør fra 01.11.2012, ansatt hele året.

***) Bente Mikkelsen, administrerende direktør til 31.10.2012, lønnet permisjon i 5 måneder fra 01.11.2012.

NOTE 5 forts. - Lønn og personalkostnader

Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Honorar	Periode
Per Anders Oksum	Styrets leder	296 083	31.01.2012-31.12.2012
Frode Alhaug	Styrets leder	26 167	01.01.2012-31.01.2012
Ansgar Gabrielsen	Nestleder	201 667	31.01.2012-31.12.2012
Svein Øverland	Ansattrepresentant	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Lizzie Ruud Thorkildsen	Ansattrepresentant	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Irene Kronkvist	Ansattrepresentant	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Terje Bjørn Keyn	Ansattrepresentant	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Andreas Kjær	Styremedlem	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Dag Stenersen	Styremedlem	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Kirsten Brubakk	Ansattrepresentant	120 750	01.01.2012-31.12.2012
Bernadette N Kumar	Styremedlem	110 917	31.01.2012-31.12.2012
Turid Birkeland	Styremedlem	110 917	31.01.2012-31.12.2012
Trine Dønhaug	Styremedlem	110 917	31.01.2012-31.12.2012
Anita Ihle Steen	Styremedlem	110 917	31.01.2012-31.12.2012
Signe Øye	Styremedlem	110 917	31.01.2012-31.12.2012
Anne Carine Tanum	Styremedlem	17 833	01.01.2012-31.01.2012
Berit Eivi Nilsen	Styremedlem	9 833	01.01.2012-31.01.2012
Finn Georg Brun Wisløff	Styremedlem	9 833	01.01.2012-31.01.2012
Linda Verdal	Styremedlem	9 833	01.01.2012-31.01.2012
Randi Talseth	Styremedlem	9 833	01.01.2012-31.01.2012
Anne Hagen Grimsrud	Styremedlem	9 833	01.01.2012-31.01.2012
		1 990 749	

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Sør-Øst RHF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, konserndirektør, kommunikasjonsdirektør, fagdirektør, samhandlingsdirektør, direktør for styre- og eieroppfølging samt iinterne styreledere for noen helseforetak deler av 2012 som ledende ansatte.

Helse Sør-Øst RHF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2012

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 078-2012. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2012 justert med 3,4 – 5,6 %.

Lønnsjusteringene for ledergruppa gjelder fra 1. juli med unntak av administrerende direktør som gjelder fra 1. januar. Direktør for samhandling ble ansatt 1. januar. Tidligere intern styreleder Peder K Olsen ble konstituert administrerende direktør fra og med 1. november 2012.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Sør-Øst generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Naturalytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Internett
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avisabonnement
- Forsikringsordninger

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinært løsnings i KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppbåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratruke sin stilling umiddelbart.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn
Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Styret i Helse Sør-Øst RHF mener at lønnspolitikken i 2012 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2013

Helse Sør-Øst RHF vil det kommende år ha som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det kommende regnskapsår vil bygge på allerede vedtatte retningslinjer og i tråd med prinsipper som beskrevet over.

NOTE 6 - Andre driftskostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
0	0	Transport av pasienter	923 773	866 200
66 890	71 114	Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	1 211 267	1 254 834
35 979	40 050	Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	549 450	541 464
243 186	260 421	Konsulenttjenester	563 444	484 342
195 719	180 804	Annen ekstern tjeneste	497 334	606 629
539 130	534 391	Reparasjon, vedlikehold og service	1 256 411	1 289 164
87 228	88 538	Kontor- og kommunikasjonskostnader	455 117	458 577
34	524	Kostnader forbundet med transportmidler	97 117	97 981
30 055	33 020	Reisekostnader	235 983	217 460
268	622	Forsikringskostnader	35 513	38 426
352 602	294 861	Pasientskadeerstatning	317 681	376 918
103 400	70 765	Øvrige driftskostnader	264 240	346 209
1 654 490	1 575 110	Andre driftskostnader	6 407 332	6 578 205

NOTE 7 - Finansinntekter- og kostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		FINANSINTEKTER		
2 258	3 904	Resultatandel felles kontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	3 904	2 258
514 961	514 556	Konserninterne renteinntekter	0	0
16 824	20 265	Andre renteinntekter	242 909	175 573
41	407	Andre finansinntekter (agio)	1 725	1 196
534 084	539 131	Finansinntekter	248 538	179 028
		FINANSKOSTNADER		
0	0	Konserninterne rentekostnader	0	0
-21 453	-50 637	Andre rentekostnader	-341 868	-397 381
-376 136	-322 070	Ned/oppskriving aksjer i datter (-/+)	0	0
-176 448	1 281 544	Andre finanskostnader (disagio)	-3 270	-2 794
-574 036	907 511	Finanskostnader	-345 139	-400 173
-39 953	1 446 642	Netto finansresultat	-96 601	-221 147

NOTE 8 - Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaksgruppen	
	2012	2011
Øremerket tilskudd fra eier til FoU	435 521	392 713
Andre inntekter til FoU	427 002	421 556
Sum inntekter til FoU	862 523	814 269
Antall avlagte doktorgrader	197	165
Antall publiserte artikler	2 469	2 282
Antall årsverk forskning	1 642	1 620
Antall årsverk utvikling	178	129

Beskrivelse	FoU-somatikk	FoU-psykisk helsevern	FoU-TSB	FoU-annet
Lønnskostnader til forskning	1 143 576	137 838	8 486	5 204
Andre driftskostnader til forskning	494 024	43 430	1 827	1 038
Balanseførte anskaffelser til forskning	1 821	102	13	0
Lønnskostnader til utvikling	126 966	19 076	238	1 500
Andre driftskostnader til utvikling	39 229	8 162	113	708
Balanseførte anskaffelser til utvikling	1 478	58	4	30

NOTE 9 - Skatt

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaksgruppen	
	2012	2011
MIDLERTIDIGE FORSKJELLER		
Anleggsmidler	42 772	33 441
Omløpsmidler	128	166
Gevinst- og tapskonto	0	0
Netto midlertidige forskjeller	42 900	33 608
Underskudd brukt til fremføring	-30 722	-25 137
Grunnlag for utsatt skatt i balanse	12 178	9 273
Grunnlag for utsatt skattefordel i balanse	8 743	803
28 % utsatt skatt	3 410	2 597
Ikke balanseført utsatt skattefordel	2 448	63
28 % utsatt skattefordel	0	162
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	363	1 650
Permanente forskjeller	2	57
Grunnlag for årets skattekostnad	365	1 707
Endring i midlertidige forskjeller	-207	168
Skattepliktig inntekt	158	1 875
Bruk av fremførbart underskudd	0	0
Grunnlag for betalbar skatt	158	1 875
28 % av grunnlag for betalbar skatt	44	525
Endring i utsatt skatt	273	203
For lite/for mye avsatt i fjor	702	523
Sum skattekostnad på ordinært resultat	1 020	1 252
Spesifikasjon av skattekostnad		
28 % skatt av resultat før skatt	1 020	1 236
Permanente forskjeller (28 %)	0	16
Beregnet skattekostnad	1 020	1 252
Beregnet skattekostnad	1 252	1 601

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

NOTE 10 - Immaterielle driftsmidler

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.12	1 418 247	0	1 418 247
Tilgang	0	561 827	561 827
Avgang	0	-8 115	-8 115
Utrangering ansk.kost	13 173	-8 785	4 388
Reklassifisering	0	495 005	495 005
Fra anlegg under utførelse	517 774	-517 774	0
Anskaffelseskost 31.12.12	1 949 194	522 158	2 471 351
Akkumulerte avskrivninger 31.12.12	-1 123 133	0	-1 123 133
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.12	0	0	0
Balansført verdi 31.12.12	826 061	522 158	1 348 219
Årets ordinære avskrivninger	-343 752	0	-343 752
Årets nedskrivninger	-4 652	-8 785	-13 437

Foretaksgruppen

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.12	2 119 758	984	2 120 743
Tilgang	2 351	565 406	567 757
Avgang	0	-8 115	-8 115
Utrangering ansk.kost	13 173	-8 785	4 388
Reklassifisering	0	495 005	495 005
Fra anlegg under utførelse	517 908	-517 908	0
Anskaffelseskost 31.12.12	2 653 190	526 587	3 179 777
Akkumulerte avskrivninger 31.12.12	-1 813 848	0	-1 813 848
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.12	0	0	0
Balansført verdi 31.12.12	839 342	526 587	1 365 929
Årets ordinære avskrivninger	-351 503	0	-351 503
Årets nedskrivninger	-4 652	-8 785	-13 437

Reklassifiseringen på 495.005 skyldes feilaktig klassifisering i Årsregnskapet for 2011. Dette er omklassifisert til immateriell eiendel.

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

* EDB-programvare 5 år

* Anlegg under utførelse avskrives ikke

NOTE 11 - Varige driftsmidler

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidl., IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.12	100 599	1 174 104	1 682 035	2 956 738
Tilgang	0	1 358 845	286	1 359 130
Avgang	0	-1 228	0	-1 228
Utrangering anskaffelseskost	0	-95 905	-293 456	-389 361
Reklassifisering	0	-494 555	-450	-495 005
Fra anlegg under utførelse	0	-311 989	311 989	0
Anskaffelseskost 31.12.12	100 599	1 629 272	1 700 404	3 430 275
Akkumulerte avskrivninger 31.12.12	-13 988	0	-839 171	-853 159
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.12	0	0	-769	-769
Balanseført verdi 31.12.12	86 611	1 629 272	860 464	2 576 347
Årets ordinære avskrivninger	-2 360	0	-266 665	-269 024
Årets nedskrivninger	0	-7 519	0	-7 519
Utrangering akkumulerte avskrivninger	0	0	275 987	275 987
Utrangering akkumulerte nedskrivninger	0	96 445	17 471	113 916

Foretaksgruppen

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl., IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.12	1 526 725	54 119 259	1 899 144	7 508 940	4 885 629	69 939 697
Korrigeringer IB	14 637	603 547	15 765	1 315	30 201	665 465
Åpningsbalanse korrigeret	1 541 362	54 722 806	1 914 910	7 510 255	4 915 831	70 605 163
Tilgang	70	92 180	2 390 150	299 472	108 803	2 890 675
Avgang	-50 879	-264 414	-4 423	-48 579	-27 740	-396 035
Utrangering anskaffelseskost	0	-9 865	-95 905	-5 928	-295 165	-406 862
Reklassifisering	0	0	-446 126	-48 429	-450	-495 005
Fra anlegg under utførelse	723	505 447	-1 070 012	211 734	352 107	0
Anskaffelseskost 31.12.12	1 491 276	55 046 154	2 688 595	7 918 525	5 053 386	72 197 937
Akkumulerte avskrivninger 31.12.12	-1 799	-24 478 519	0	-5 335 187	-3 219 764	-33 035 270
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.12	-15 696	-403 602	-8 760	-7 326	-19 271	-454 654
Balanseført verdi 31.12.12	1 473 781	30 164 033	2 679 835	2 576 012	1 814 352	38 708 013
Årets ordinære avskrivninger	0	-1 710 230	0	-548 304	-460 529	-2 719 063
Årets nedskrivninger	-6 345	-112 293	-7 519	-310	-667	-127 134
Utrangering akkumulerte avskrivninger	0	270 264	0	97 289	266 370	633 922
Utrangering akkumulerte nedskrivninger	0	0	-96 444	0	0	-96 444

Reklassifiseringen på -495.005 skyldes feilaktig klassifisering i Årsregnskapet for 2011. Dette er omklassifisert til immateriell eiendel.

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
- * Tomter Avskrives ikke

NOTE 11 - Varige driftsmidler forts.

Foretaksgruppen

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl., IKT og annet	Varige driftsmidler
Årlig leiebeløp	43 564	161 212	9 374	64 900	279 049
Varighet (år)	1-40 år	1-12 år	1-5 år	1-5 år	

Investeringsprosjekter	Påløpt per 31.12.2012	Påløpt per 31.12.2011	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt ferdigstillelse
Nytt Østfoldsykehus	1 513 765	433 434	5 270 209	5 270 209	2016
Samlokalisering Oslo universitetssykehus HF	549 694	218 110	1 500 000	1 500 000	2014
Samlokalisert Vestfoldklinik (Skjerve)	20 441	3 135	89 650	89 650	2013
Hovedstadsprosessen Vestre Viken HF	151 310	75 476	198 199	198 199	2013
Operasjonssaler Sørlandet sykehus HF	75 528	17 203	135 000	135 000	2013
Sum	2 310 738	747 358	7 193 058	7 193 058	

NOTE 12 - Eierandel i datterforetak, felleskontrollert virksomhet, tilknyttede selskap og andre

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning/reversering av nedskrivning (-/+)
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	906 533	906 533	-93 454	-93 454
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	7 074 265	7 074 265	-534 344	-534 344
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	230 701	230 701	-48 779	7 368
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	236 243	542	0
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	1 793 755	1 846 254	120 453	437 062
Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal	100 %	100 %	3 815 309	4 294 127	211 579	492 760
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 869 192	2 072 813	110 148	245 902
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 740 195	1 895 354	20 344	304 735
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 792 628	2 792 628	124 141	452 851
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 834 935	1 834 935	-40 097	-31 336
Sum datterforetak				22 170 151	23 183 851	-129 466	1 281 544

Bokført egenkapital i helseforetakene brukes som estimat på virkelig verdi av aksjeposten. Det foretas årlige vurderinger av aksjepostene og det nedskrives til bokført egenkapital dersom verdifallet blir vurdert til ikke å være forbigående. Tidligere nedskrivninger blir reversert dersom vilkår for nedskrivning ikke lenger er til stedet. Årets reversering av investering i datterforetak er basert på de respektive helseforetakenes positive resultater de senere år.

NOTE 12 - Eierandel i datterforetak, felleskontrollert virksomhet, tilknyttede selskap og andre forts.

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

Felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi 01.01.	Årets resultatandel	Justering tidligere års resultat	Balanseført verdi 31.12.	Bokført EK 31.12.)*
Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	40 %	40 %	21 795	3 447	0	25 243	63 106
Helseforetakenes Innkjøps-service ANS	Vadsø	40 %	40 %	5 004	411	61	5 461	13 653
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	40 %	40 %	7 000	0	0	7 000	17 500
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av HSØ RHF				33 799	3 858	61	37 704	
Inven2 AS	Oslo	50 %	50 %	20 100	0	0	20 100	40 269
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av Foretaksgruppen				53 900	3 858	61	57 804	

*) Bokført egenkapital i de respektive ANS per 31.12.2012.

Foretaksgruppen

Foretaksgruppens investeringer i aksjer og andeler	2012	2011
Andre aksjer og andeler	347	0
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	1 167 116	1 033 415
Sum investeringer i aksjer og andeler	1 167 463	1 033 415

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.

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskuddet finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

NOTE 13 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER		
8 404 201	7 999 397	Lån til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
68 700	13 599	Andre langsiktige lån og fordringer	60 119	69 438
8 472 901	8 012 996	Sum finansielle anleggsmidler	60 119	69 438
		LANGSIKTIG GJELD		
7 157 917	7 694 283	Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	0	0
6 687 960	7 576 232	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	7 615 179	6 687 960
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	284 664	322 303
13 845 878	15 270 516	Sum langsiktig gjeld	7 899 843	7 010 263
5 061 256	3 981 627	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	4 079 668	5 242 893

NOTE 14 - Kortsiktige fordringer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		FORDRINGER		
277 879	300 490	Kundefordringer	664 590	700 709
6 184 443	5 673 757	Konserninterne fordringer	0	0
373 154	425 682	Fordringer mot Helse- og omsorgsdepartementet	425 682	373 154
29 653	40 854	Opptjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandl.)	145 289	169 761
275 135	322 920	Øvrige kortsiktige fordringer	661 865	620 624
7 140 264	6 763 702	Fordringer	1 897 426	1 864 250

Helse Sør Øst RHF's fordring på Helse- og omsorgsdepartementet er knyttet til overheng/etterslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overtatt fra andre statlige virksomheter i de senere årene.

AVSETNING FOR TAP PÅ FORDRINGER 31.12.				
0	812	Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	43 023	32 678
1 812	0	Årets avsetning til tap på krav	28 188	31 573
0	-534	Reverserte tidligere avsetninger	-17 494	-20 233
1 812	278	Avsetning for tap på fordringer 31.12.	53 717	44 019
0	0	Årets konstanterte tap	30 404	30 952

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 41.908.000 i 2012. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

KUNDEFORDRINGER PÅLYDENE 31.12.				
273 731	295 599	Ikke forfalte fordringer	606 262	585 135
3 353	1 145	Forfalte fordringer 1-30 dager	42 901	62 080
683	2 206	Forfalte fordringer 30-60 dager	9 317	8 532
112	933	Forfalte fordringer 60-90 dager	15 606	13 869
0	0	Forfalte fordringer over 90 dager	36 225	31 094
277 879	299 883	Kundefordringer pålydende 31.12.	710 311	700 709

NOTE 15 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
40 564	47 992	Innestående skattetrekksmidler	1 340 146	1 254 490
250 553	249 031	Andre bundne konti	340 192	368 001
291 116	297 024	Sum bundne bankinnskudd	1 680 339	1 622 491
2 128 912	3 662 432	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	3 766 463	2 240 418
2 420 029	3 959 455	Sum bankinnskudd og kontanter	5 446 802	3 862 910

Helse Sør-Øst RHF har en kredittramme i Norges Bank på 3 628 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet 3 609 millioner kroner.

NOTE 16 - Egenkapital

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.12					
Inngående balanse 1.1.12	200	32 473 821	22 009	-11 026 356	21 469 673
Korrigerings av klassifiseringsfeil	0	-3 190	0	3 190	0
Åpningsbalanse korrigert	200	32 470 631	22 009	-11 023 166	21 469 674
Resultatandel felleskontrollert virksomhet	0	0	3 904	-3 904	0
Årets resultat	0	0	0	1 622 066	1 622 066
Egenkapital 31.12.12	200	32 470 631	25 913	-9 405 003	23 091 741

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.12						
Inngående balanse 1.1.12	200	32 467 167	22 009	10 462	-8 541 884	23 957 954
Reklassifiserer feil fra tidligere år	0	3 464	0	0	-3 464	0
Åpningsbalanse korrigert	200	32 470 631	22 009	10 462	-8 545 349	23 957 953
Andre egenkapitaltransaksjoner	0	0	0	0	42	42
Egenkapitalinnskudd BFKP overført VVP	0	0	0	0	8 718	8 718
Fordeling av forskningsmidler ved Sophies Minde	0	0	0	0	-5 000	-5 000
Årets resultat	0	0	3 984	-1 182	208 398	211 200
Egenkapital 31.12.12	200	32 470 631	25 993	9 280	-8 333 190	24 172 914

Vestre Viken HF har avsluttet avtalene med BFKP, Buskerud Fylkeskommunale Pensjonskasse egenkapitalinnskuddet er tilbakebetalt.

NOTE 17 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		PENSJONSFORPLIKTELSE		
610 472	712 395	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	87 057 589	83 087 716
-388 058	-501 701	Pensjonsmidler	-67 967 716	-60 402 331
222 414	210 694	Netto pensjonsforpliktelse	19 089 872	22 685 385
30 504	28 880	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	2 687 184	3 193 641
-141 806	-119 473	Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-24 072 348	-28 508 391
111 111	120 101	Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-2 295 281	-2 629 365
111 111	120 101	Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	1 522 845	1 362 842
0	0	Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	3 818 136	3 999 382
		SPESIFIKASJON AV PENSJONSKOSTNAD		
73 490	78 861	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	4 105 885	3 782 298
25 572	26 054	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	3 267 910	3 493 614
99 063	104 915	Årets brutto pensjonskostnad	7 373 795	7 275 912
-18 657	-17 582	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-2 562 555	-3 119 862
5 327	3 838	Administrasjonskostnad	268 881	234 555
2 994	5 882	Resultatført estimatendring/-avvik	1 389 602	1 085 405
318	0	Resultatført planavvik	1 571	3 017
11 103	13 713	Arbeidsgiveravgift	779 388	667 973
100 148	110 766	Årets netto pensjonskostnad*	7 250 681	6 147 000
		ØKONOMISKE FORUTSETNINGER		
4,05 %	3,80 %	Diskonteringsrente	4,05 %	3,80 %
4,00 %	4,10 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,00 %	4,10 %
3,50 %	3,50 %	Årlig lønnsregulering	3,50 %	3,50 %
3,25 %	3,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,25 %	3,25 %
2,48 %	2,48 %	Pensjonsregulering	2,48 %	2,48 %

For 2012 er det tatt i bruk en ny metode for å telle antall ansatte. Der det tidligere ble oppgitt antall pensjoner, blir det nå oppgitt antall pensjonister. Der det tidligere ble oppgitt oppsatte med mer enn tre års opptjening, blir nå samtlige oppsatte oppgitt med. Antall aktive telles på samme måte som før. Dette har ingen betydning for annet enn oppgitt antall i beregningene. Beregningen av kostnad og forpliktelse påvirkes ikke.

Foretaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP (SPK m.fl). Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket / foretaksgruppen har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder.

Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnepensjon.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketryden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G.

Pensjonskostnaden for 2012 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2012 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2012. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2012 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2012.

NOTE 17 - Pensjoner forts.

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
31.12.11	31.12.12		31.12.12	31.12.11
DEMOGRAFISKE FORUTSETNINGER				
K 2005	K 2005	Anvendt dødelighetstabell	K 2005	K 2005

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til tjenstepensjoner en avtalefestet ordning for førtidspensjon (AFP). Dette er en offentlig AFP-ordning. Foretaket er dermed ansvarlig for alle forpliktelser etter denne ordningen.

Foretakets ansvar er 100 prosent av pensjonen som utbetales mellom 62 og 64 år og 60 prosent av pensjonen som utbetales mellom 65 og 67 år. Kostnadene til AFP finansieres over drift og avhenger av hvor mange i hvert årskull som tar ut AFP. Disse uttaksandelene fremgår i tabellen nedenfor.

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
FORVENTET UTTAKSHYPPIGHET AFP FRA 62 ÅR				
		Sykepleiere	33 %	33 %
		Sykehusleger	15 %	15 %
33 %	33 %	Fellesordning 65 års aldersgrense	33 %	33 %
45 %	45 %	Fellesordning 70 års aldersgrense	45 %	45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	4	1	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	26-30	31-45	46-50	>50
Sykehusleger	20	20	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	7,5	5	2	0

NOTE 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
0	0	Legepermisjoner	521 578	478 764
0	0	Investeringsstilskudd	3 508 906	3 661 809
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	497 813	521 194
2 700	2 700	Sum avsetning for forpliktelser	4 528 297	4 661 768

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 3 988 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2012 satt fra 35 % til 77 % for overlegestillingene og 0 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2011 var for overlegestillingene 30 til 80 %, mens for psykologspesialister 0 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

varierte 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 2 for inntektsført beløp av investeringsstilskuddet.

NOTE 19 - Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2011	2012		2012	2011
		ANNEN KORTSIKTIG GJELD		
416 564	443 644	Leverandørgjeld	2 100 155	2 379 797
1 082 875	1 308 865	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
54 009	65 905	Påløpte feriepenger	3 185 045	3 050 181
13 696	14 046	Påløpte lønnskostnader	725 980	666 435
0	0	Forskudd fra kunder	3 174	36 069
830 379	924 473	Annen kortsiktig gjeld	2 392 135	1 849 972
2 397 523	2 756 933	Annen kortsiktig gjeld	8 406 490	7 982 454

NOTE 20 - Pantstillelser og garantiansvar

Som sikkerhet for lån fra DnB opprinnelig 35 millioner kroner, restlån 22 millioner kroner er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS på 35 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 løper.

Det langsiktige lånet Radiumhospitalet parkeringsselskap har i DNB er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 168 millioner kroner.

Barnehagebyggs langsiktige lån i DNB er sikret ved pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 32,7 millioner kroner.

NOTE 21 - Betingede utfall

Det ble tatt inn en approbasjonsbestemmelse i forbindelse med overtagelsen av nytt sykehus på Gaustad om at enkelte forhold skulle utbedres før ferdigstet ble gitt. Arbeidet var ikke utført per 31. desember, men det er gitt midlertidig brukstillatelse for sykehuset.

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

noydmetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysning i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske radiumhospital HF, som per 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i 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. Bokført verdi av berørte eiendeler er 53 millioner kroner.

NOTE 22 - Universiteter og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Sykehuset Østfold HF 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.

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 prosent av aksjene i Norsk medisinsk syklotronsenter AS, men har ikke bruksrett til lokaler og/eller utstyr utover det andre institusjoner har. Derimot har Oslo universitetssykehus HF finansiert en oppgradering av Universitetet i Oslos syklotron.

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

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

NOTE 23 - Nærstående parter

Helse Sør-Øst RHF er 100 prosent eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Sør-Øst og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Sør-Øst eller private sykehus andre helseregioner har avtale med.

Helse Sør-Øst sitt kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 366 millioner kroner i 2012 mot 629 millioner kroner i 2011, tilsvarende salg utgjorde 900 millioner kroner i 2012 mot 822 millioner kroner i 2011.

Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier. Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Sør-Øst er Helse Sør-Øst RHF sine overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Sør-Øst i 2012 utgjorde om lag 7 024 millioner kroner. Sykehusapotekene i Helse Sør-Øst sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 24 prosent av dette, mens den regionale IKT-enhet (Sykehuspartner) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 32 prosent. Konserninterne

kjøp/salg av helsetjenester utgjorde 35 prosent av total konsernintern omsetning.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf note 12 var å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS dekkes av helseregionene ut fra forbruk. Helse Sør Øst sitt kjøp fra Luftambulansetjenesten i 2012 utgjorde 192 millioner kroner i 2012. Kjøp fra HINAS utgjorde 0,9 millioner kroner i 2012.

I 2009 ble Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS etablert. Foretaket behandler og utbetaler godtgjørelse for dekning av reiser mv. til pasienter som har slike rettigheter. Kostnadene viderefaktureres den enkelte region og foretak ut fra pasientenes bostedskommune, dvs opptaksområde. Disse kostnadene betraktes ikke som kjøp fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Det er kjøpt andre tjenester fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i 2012 for 46 millioner kroner.

Alle helseforetakene har kartlagt og dokumentert hvorvidt ledende ansatte og styremedlemmer eller disses nærstående

har verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

Tidligere styremedlem i Helse Sør Øst RHF, Anne Carine Tanum (fratrådte 31.01.2012) var og er styreleder i DNB. DNB inngikk avtale om leveranse av banktjenester til Helse Sør Øst 01.04.2012. Valg av leverandør av banktjenester ble håndtert administrativt på ordinær måte og i tråd med reglene om

offentlige anskaffelser, og har ikke vært behandlet i styret i Helse Sør Øst RHF mens Anne Carine Tanum var styremedlem.

Styremedlem i Helse Sør Øst RHF, Signe Øye, er styremedlem i Lukasstiftelsen som har inngått avtale med Helse Sør Øst vedrørende Skjellfoss psykiatriske sykehjem. Avtalen mellom Helse Sør Øst og Skjellfoss psykiatriske sykehjem ble inngått i tråd med reglene om offentlig anskaffelse og før Signe Øye ble styremedlem i Helse Sør Øst RHF.

NOTE 24 - Eiers styringsmål

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2011	2012		2012	2011	2002-2012
-99 410	1 622 066	Årsresultat	211 200	-477 962	-10 642 921
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerings for endrede levetider	0	0	2 932 379
-99 410	1 622 066	Korrigert resultat	211 200	-477 962	-5 471 356
0	0	Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet *	0	0	153 774
-99 410	1 622 066	Resultat jf økonomiske krav fra HOD	211 200	-477 962	-5 317 582
0	0	Resultatkrav fra HOD	0	0	-880 000
-99 410	1 622 066	Avvik fra resultatkrav	211 200	-477 962	-4 437 582

I perioden 2002-2010 har det vært ulike korrigeringer mellom regnskapsmessig årsresultat og det årsresultatet Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav til. Forskjellen utgjør i all hovedsak justeringer for at bevilgningsnivået frem til og med 2007 ikke dekket fulle regnskapsmessige avskrivninger. I perioden 2002-2006 ble denne underfinansieringen håndtert gjennom å stille krav til et "korrigert resultat", mens det i 2007 ble stilt krav til et negativt regnskapsmessig årsresultat på et nivå tilsvarende korrigeringene.

I tillegg ble det i perioden 2006-2008 gjort unntak for økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner som ikke ble dekket av en tilsvarende bevilgningsøkning. Samlet sett for de fire regionene ble dette utliknet i 2010 gjennom at bevilgningsnivået bare ble delvis redusert som følge av de store regnskapsmessige effektene av Stortingets vedtak av "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)". Imidlertid ble tidligere års unntak fra resultatkravene fordelt etter faktisk kostnadsøkning per helseregion, mens bevilgningsreduksjonen og det nye resultatkravet for 2010 ble fordelt etter ordinær fordelingsnøkkel. For Helse X RHF innebærer dette at det ble en akkumulert differanse på y mill kroner mellom tidligere års udekkede pensjonskostnader og det positive resultatkravet i 2010.

De siste årene, inkludert 2011 og 2012, har eier stilt krav om at foretaksgruppen skal gå i økonomisk balanse. Dette innebærer at foretaksgruppens samlede ressursbruk til både drift og investeringer skal holdes innenfor de rammer som følger av Stortingets vedtak. Det er følgelig ikke anledning til hverken regnskapsmessig underskudd eller bruke driftskreditt utover de rammene som Stortinget har bevilget.



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 1 622 066 000, og konsernregnskap, som viser et overskudd på kr 211 200 000. Selskapsregnskapet og konsernregnskapet består av balanse per 31. desember 2012, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling 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 rettviseende 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 selskapets utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettviseende 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 rettviseende bilde av foretakets og foretaksgruppens finansielle stilling per 31. desember 2012 og av deres resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

PricewaterhouseCoopers AS, Postboks 748 Sentrum, NO-0106 Oslo
T: 02316, www.pwc.no
Org.no.: 987 009 713 MVA, Medlem av Den norske Revisorforening



Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon om årsberetningen

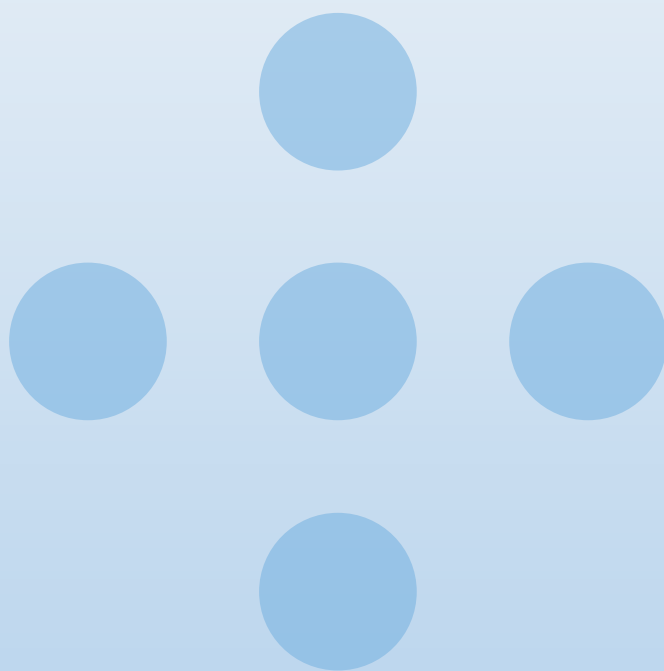
Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av tap er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag ISAE 3000 "Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon" mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av selskapets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Oslo, 25. april 2013
PricewaterhouseCoopers AS


Tom Henry Olsen
Statsautorisert revisor



KVALITET, TRYGGHET OG RESPEKT

**Årlig melding 2012
for
Helse Sør-Øst RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**

Hamar 15. mars 2013

Innhold

1.	Innledning.....	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012.....	4
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012.....	12
2.1	Særskilte satsningsområder.....	12
2.1.1	Kvalitetsforbedring.....	12
2.1.2	Pasientsikkerhet.....	14
2.1.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning.....	17
2.1.4	Samhandlingsreformen.....	18
2.1.5	Kreftbehandling.....	18
2.1.6	Behandling av hjerneslag.....	20
2.1.7	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	21
2.2	Andre områder.....	22
2.2.1	Psykisk helsevern.....	22
2.2.2	Habilitering og rehabilitering.....	23
2.2.3	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati.....	25
2.2.4	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling.....	26
2.2.5	Kjeveleddsdysfunksjon.....	26
2.2.6	Beredskap og smittevern.....	27
2.2.7	Forebygging.....	27
2.3	Utdanning av helsepersonell.....	29
2.4	Forskning.....	32
2.5	Innovasjon.....	33
3.	Rapportering på krav i foretaksprotokoll.....	35
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012.....	35
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012.....	39
3.3	Øvrige styringskrav for 2012.....	54
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2012.....	56
3.4.1	Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 7. juni 2012.....	57
3.4.2	Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 15. oktober 2012.....	62
3.4.3	Omtale av øvrige aktuelle saker.....	63
4.	Styrets plandokument.....	65
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser.....	65
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet.....	65
4.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger.....	71
4.1.3	Personell og kompetanse.....	72
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer.....	76
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	80
4.2.1	Innledning – om gjennomført strategirullering.....	80
4.2.2	Strategier for perioden 2013-2020.....	82
4.2.3	Regionale delstrategier og planer.....	85
4.2.4	Endring av sykehusstilørighet.....	86
Vedlegg 1:	Tabellrapportering.....	87
Vedlegg 2:	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2012 for Helse Sør-Øst RHF.....	100

1. Innledning

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

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

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

Overordnet organisering i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med ca. 2,8 millioner innbyggere (per 1. januar 2013), som utgjør om lag 56 % av landets befolkning.

Helseforetaksgruppen har ca. 75 000 medarbeidere og et bruttobudsjett i 2013 på om lag 68 milliarder kroner.

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

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

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2013 ti helseforetak organisert innenfor syv sykehusområder:

Helseforetaksstruktur 2013	
Sykehusområde	Helseforetak
Akershus sykehusområde	Akershus universitetssykehus HF
Innlandet sykehusområde	Sykehuset Innlandet HF
Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF
Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF
Telemark og Vestfold sykehusområde	Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
Vestre Viken sykehusområde	Vestre Viken HF
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF
	Sykehusapotekene HF har ansvar innen hele regionen

Helse Sør-Øst RHF 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 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 1 027 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratoriefag, radiologi og habilitering/rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere inngås av det regionale helseforetaket.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å gi:

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

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

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

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

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012

Dette kapittelet er organisert med bakgrunn i Helse Sør-Østs *overordnede mål for 2012* og de seks innsatsområdene i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*.

Styrets overordnede mål for 2012

Helse Sør-Øst RHF har etablert fem hovedmål for perioden 2011-2014. Disse er en presisering av og kommer i tillegg til øvrige krav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet med å nå

disse målene forventes å gi en reduksjon i ventetider, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i pasientbehandlingen:

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

Ventetid og fristbrudd

- Det nasjonale målet om ventetid ned mot 65 dager er ikke oppnådd. Det er bare små forbedringer i situasjonen sammenliknet med 2011. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) summert for alle tjenesteområder er redusert fra 74 til 73 dager. Reduksjonen må imidlertid ses i sammenheng med at antall henvisninger økte med 2,8 % fra 2011 til 2012 og at antall avviklede pasienter samtidig økte med 7,3 %. Tiltakene som er iverksatt for å redusere ventetider videreføres. Det er også igangsatt mange tiltak for å rydde i ventelister slik at de blir korrekte.
- Arbeidet med å redusere andelen fristbrudd for rettighetspasienter viser nå resultater, selv om flere helseforetak og private ideelle sykehus ennå er langt unna målet om null fristbrudd. Nedgangen i andel fristbrudd for hele 2012 sett under ett, var liten (fra 7,8 % til 7,6 %). Andel fristbrudd ble likevel betydelig redusert i annet halvår, og var i desember måned alene på 4,8 %. Det er fortsatt Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus som trekker opp regionens gjennomsnitt med andeler på henholdsvis 16 % og 14 % på årsbasis. Akershus universitetssykehus har en god utvikling, med kraftig reduksjon på slutten av året.
- Helseforetakene har levert oppdaterte planer for å redusere ventetidene, for å redusere fristbruddene til null og i henhold til Helse Sør-Østs egen ambisjon om at ingen pasienter skal ha ventetid på over et år. Kjøpsavtalene med private tjenestetilbud er utvidet slik at eventuelle kapasitetsutfordringer kan imøtekommes. Det er etablert fagråd innen områdene plastikk kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og nevrologi for å vurdere kapasitet og hvordan regionens ”sørge for”-ansvar best kan ivaretas.

Sykehusinfeksjoner

- I 2012 er det gjennomført fire prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner. Prevalensmålingene viser en reduksjon fra 5,2 % i 2011 til 5,0 % i 2012. De overordnede målene fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2012 om redusert antall sykehusinfeksjoner (”Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold” og ”Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner”) kan ut fra dette sies å være oppfylt for 2012. Akershus universitetssykehus har over langt tid vist at det også er mulig å oppnå en reduksjon til under 3 %, slik ambisjonen er definert i Helse Sør-Øst.

Timeavtale sammen med bekreftelse

- Det arbeides med at pasientene skal få bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev. Måling viser at 60 % av pasientene får bekreftelsen og tidspunkt i samme brev. Det er stor usikkerhet knyttet til tallet. Arbeidet med å innarbeide dette som et pålitelig styringsparameter videreføres.

Involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen

- Den regionale medarbeiderundersøkelsen er et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap. Alle helseforetak/foretak oppnådde en langt høyere deltakelse i

undersøkelsen i 2012 enn i 2011. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også klart forbedret.

Økonomisk handlingsrom

- Samlet har helseforetaksgruppen et foreløpig positivt resultat i størrelsesorden 100-150 millioner kroner, mot et negativt resultat på 478 millioner i 2011. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Det er helseforetakene utenfor hovedstadsregionen som leverer overskudd.
- Helseforetaksgruppens evne til å fornye utstyr og bygningsmasse er lavere enn ønskelig. Prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst skal bidra til å sikre at helseforetakene styrer samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer. Helse Sør-Øst RHF legger til rette for et investeringsregime der helseforetakene gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer. Helseforetakene legger til rette for at investeringer gis nødvendig prioritet innenfor den samlede økonomiske rammen som stilles til disposisjon og at investeringer kan gjennomføres på et akseptabelt nivå. Flere helseforetak i regionen har gjennom 2012 akkumulert likviditet gjennom positive regnskapsmessige resultater. Deler av disse midlene kan brukes i 2013 i tråd med etablerte prinsipper for likviditetsstyring. Utviklingsplaner for sykehusområdene hvor aktuelle investeringsbehov klarlegges, er under utarbeidelse. I forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2013-2026 ble det også satt i gang arbeid i helseforetakene med planer for erstatning av medisinsk teknisk utstyr, for planmessig gjennomføring av oppgradering og utskifting av slikt utstyr.

Pasientbehandling

- Antall pasientopphold innen somatikk er litt under budsjettmål for året. Sammenlignet med 2011 har antall polikliniske konsultasjoner økt med 0,9 % og antall døgnopphold med 1,2 %, mens antall dagbehandlinger er redusert med 2,0 %. DRG-resultatet for somatisk pasientbehandling ligger 1,0 % høyere enn i 2011 og 0,6 % over budsjett. DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus har hatt en kraftig vekst, slik at sum DRG innen "sørge for"-ansvaret har økt med henholdsvis 1,3 og 0,8 %.
- Aktiviteten innen psykisk helsevern (både til voksne og barn) er i tråd med budsjettmålene, bortsett fra at det har vært en vekst i døgnopphold psykisk helsevern for barn og ungdom med rundt 7 % fra 2011. Den polikliniske aktiviteten har økt med 4,0 % (psykisk helsevern for voksne) og 3,5 % (psykisk helsevern for barn og ungdom), men dette er likevel litt under de ambisiøse måltallene som var satt for 2012.
- Aktiviteten innen TSB viser en nedgang i antall liggedøgn på 3,1 %, en nedgang i antall utskrevne pasienter med 7 % sammenlignet med 2011, men en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 6,3 %. Samlet sett lå aktiviteten for 2012 på samme nivå som i 2011. Gjennomsnittelig ventetid innen TSB er redusert fra 65 til 59 døgn for alle pasienter og antall fristbrudd fra 6 til 5 %. Dette indikerer at det samlede tilbudet er styrket.
- Aktivitetstallene for 2012 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt på tjenesteområdene psykisk helse og TSB. Innen somatikk har poliklinisk vekst også vært betydelig på de fleste helseforetak og private ideelle sykehus. Regionale samletall påvirkes her av at Oslo universitetssykehus måtte endre registreringspraksis etter vedtak i *Avregningsutvalget* og dermed har fått registrert nesten 47 000 færre konsultasjoner enn budsjettet i 2012. Deres årsresultat ble derfor 8,9 % lavere enn i 2011.
- For døgnaktivitet somatikk har samhandlingsreformen påvirket 2012-resultatet. Langt færre utskrivningsklare pasienter har blitt lenge i sykehus etter at kommunen har fått melding om at pasienten er klar for utskrivning ("UK-melding"). Dette har bidratt til å redusere samlet antall liggedøgn i helseforetaksgruppen med nesten 100 000 (4,5 %) i 2012. På årsbasis er

antall registrerte mer-liggedøgn for utskrivningsklare redusert fra 84 208 i 2011 til 19 942 i 2012. Det tilsvarer en reduksjon på 76,3 %. Dette har gitt lavere liggetider og muliggjort at flere pasienter har vært innlagt. Foreløpig foreligger det ikke tall for om dette har påvirket andelen reinnleggelser.

- Andel korridorpasienter somatikk viser en liten nedgang fra 1,7 % i 2011 til 1,6 % i 2012. Fire helseforetak trekker opp resultatet, Sykehuset Telemark mest med 3,9 %, men også Sykehuset Østfold (3,4 %), Akershus universitetssykehus (3,1 %) og Vestre Viken (2,1 %).

Samhandling

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

Uvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. I den forbindelse er arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst prioritert. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå ca. 80 praksiskonsulenter.

Likeverdighetsprosjektene

Det er ulikheter både på nasjonalt plan og innad i Helse Sør-Øst når det gjelder sykdomsbilde, risikofaktorer, opplevelse av sykdom, tilgjengelighet, fristbrudd, behandlingstilbud mv. Helse Sør-Øst har et særlig fokus på minoritetshelse og likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus er gitt i særskilt oppgave å legge vekt på håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Målet er å styrke helseforetakenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Det må sikres at arbeidet med likeverdige helsetjenester inngår i vanlig drift og etterlevs i praksis. Et viktig element i dette arbeidet er gode tolketjenester. Likeverdsprosjektet har i 2012 arrangert en nasjonal erfaringskonferanse med stor oppslutning. Konferansen presenterte konkrete resultater og viste gode eksempler fra tiltakene som er iverksatt.

Forskning og innovasjon

I 2011 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for over 63 % av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen utgjør ca. 1,7 mrd kroner i 2011. Tall for 2012 foreligger ikke når årlig melding skrives.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet - regionalt helseforetak - helseforetak) hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene utgjøres av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet (239 millioner kroner) i tillegg til midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett (238 millioner kroner for 2012). Ca. 520 forskningsprosjekter- og tiltak fikk i 2012 regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige. Antall doktorgrader per år i regionen har økt betydelig de siste årene til over 160. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak.

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2012. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i *Inven2*, som er en felles kommersialiseringsenhet etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Antall innleverte patentsøknader holder høyt nivå. Det er igangsatt en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter

finansiert gjennom Innovasjon Norge. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og kreft.

Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis

Pasientsikkerhet

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst har gjennomført journalundersøkelse med *Global Trigger Tool (GTT)* for 2010, 2011 og 2012. Tallene for undersøkelsen i 2012 foreligger ikke enda. Gjennomgangene i 2010 og 2011 viser at de fleste pasientskadene i hovedsak skyldes sykehusinfeksjoner, kirurgiske komplikasjoner og medisineringsfeil. Pasientsikkerhetskultur er målt ved en egen pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2012. Resultatene er fulgt opp med handlingsplaner og har bidratt til økt bevissthet og styrking av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen.

Det er bred enighet om at mange pasientskader kan forebygges ved målrettede tiltak. Innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen er gjennom enkle tiltakspakker et viktig bidrag for å oppnå dette. Lokal oppfølging på helseforetaksnivå, der både ledere og klinisk personell involveres i forbedringstiltak og refleksjon over resultater er det fundamentale i pasientsikkerhetskampanjen. Det arbeides med å stimulere til åpenhet og en meldekultur der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som bidragsytere i kvalitetsutvikling. Avvik, skader og tilsynsoppfølginger blir behandlet i ledelsens gjennomgang i helseforetakenes styrer.

Arbeidet med utvikling av behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp har pågått i flere år i Helse Sør-Øst. Behandlingslinjer er et verktøy for å sikre at pasienter blir møtt med like god behandling og informasjon, uavhengig av når og hvem de møter. Målet er at pasienten skal oppleve sammenhengende pasientforløp i kontakt med ulike deler av helsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF prioriterer det nasjonale arbeidet med helseregistre og pasientregistre og deltar ved administrerende direktør i styringsgruppen for *Nasjonalt helseregisterprosjekt*.

Ventelister og pasientrettigheter

Helse Sør-Øst RHF har siden 2010 videreført og intensivert arbeidet med oppfølging av helseforetakenes arbeid med ventelister og pasientrettigheter gjennom et regionalt prosjektarbeid og gjennom dialog i den løpende oppfølgingen av det enkelte helseforetak.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i perioden fra oktober 2010 til august 2012 interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Det overordnede formålet med revisjonen har vært å gi helseforetakets styre og Helse Sør-Øst RHF som eier kunnskap om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas gjennom det pasientadministrative arbeidet. Dette omfatter om pasientene kommer til riktig sted til rett tid og om pasienter og henvisende instanser mottar riktig og fullstendig informasjon. Som ledd i revisjonene har konsernrevisjonen gitt alle helseforetak en rekke anbefalinger til tiltak, både for å rette opp svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet, og for å styrke helheten i helseforetakenes opplegg for interne styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Anbefalingene omfatter tiltak både for å øke evnen til å oppnå målene for pasientadministrasjon, etterleve lov- og regelverk (herunder pasient- og brukerrettighetsloven) og oppnå pålitelige styringsdata. Oppfølgingsrevisjoner skal gjennomføres i 2013.

Helse Sør-Øst RHF iverksatte i 2011 prosjektet *Pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid ("Glemt av sykehuset")*. Det regionale prosjektet er forlenget ut 2013 og har deltakelse fra alle

helseforetak samt private ideelle sykehus. Arbeidet med å finne årsakene til svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet er prioritert. Prosjektet har definert og iverksatt risikoreduserende tiltak i helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

Gjennom involverende lederskap, aktive og ansvarliggjorte medarbeidere, økt kompetanse og god ressursstyring arbeides det aktivt for en virksomhetskultur som er resultatorientert og praktiserer verdiene. God virksomhetsutvikling innebærer at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid i tråd med prinsipper for medvirkning i Helse Sør-Øst.

Med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel er det den enkelte medarbeider som bidrar til gode resultater. I helseforetakene er virksomhetsutvikling og medarbeiderutvikling uløselig knyttet til hverandre. Dette avspeiles i de helseforetaksvis strategiene for utvikling av medarbeidernes kompetanse. Oppgaveglidning kan være et vesentlig bidrag til å motvirke ”flaskehalser” og motivere/beholde arbeidskraft. Kompetanseutvikling knyttet til dette er derfor en sentral strategisk utviklingsoppgave. Det er etablert et bredt sammensatt regionalt utdanningsutvalg som arbeider med utdanningsspørsmål på strategisk nivå. I 2012 er det arbeidet med å identifisere og synliggjøre kompetansebehov for å bidra til at utdanningstilbudet har riktig kvalitet og kapasitet. Tilbudet skal dessuten være fremtidsrettet og i samsvar med demografisk endringer, utvikling av behandlingstilbud og internasjonale og nasjonale føringer, herunder samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2010-2011 en utredning om regionens kompetansebehov frem mot 2020..

Prosjekt ”*Bedre ressursstyring*” i regi av Helse Sør-Øst RHF, involverer alle helseforetak og har medvirkning fra ansattes representanter. Hovedleveransene i 2012 har vært etablering av felles ressursstyrings og arbeidsplansystem (GAT) for Oslo universitetssykehus. Arbeidet videreføres til øvrige helseforetak.

Riktig bemanning er viktig for å sikre rett kvalitet i pasientbehandlingen og å holde de økonomiske rammene. Helseforetaksgruppen brukte i 2012 gjennomsnitt 56 378 brutto månedsværk, som er 830 månedsværk eller 1,5 % over budsjettet. Arbeidskraftforbruket har stort sett vært som forventet, men det er likevel et betydelig misforhold mellom de enkelte innsatsfaktorer. Det er samlet et merforbruk av overtid og mertid på 503,5 millioner kroner (31 % over budsjett), og et merforbruk av innleid personell på 167,3 millioner kroner (80 % over budsjett). Helse Sør-Øst vil i 2013 fortsatt legge vekt på styring og oppfølging av bemanningsutviklingen og se til at det utvikles tiltak tilpasset lokale utfordringer. Dette vil også omfatte oversikt over særlig kritiske personellgrupper og rekrutteringstiltak.

Det er gjennomført en ”deltidsdugnad” for å fremme målet om at ansatte som hovedprinsipp skal være ansatt i hele og faste stillinger. Dette har ført til betydelige forbedringer. Tall per desember 2012 viser at drøyt 13 000 av nær 52 000 fast ansatte i helseforetakene i Helse Sør-Øst har deltidsstilling. Det er 2 300 færre enn hva som var tilfelle 12 måneder tidligere. Det arbeides også med å redusere deltidsandelen ved å redusere bruken av midlertidige ansettelser. Per desember var antall midlertidig ansatte 32 196. Dette er en reduksjon på 2 324 siden januar. Dermed er antallet av midlertidig ansatte redusert med 7,2 % i 2012.

Helse Sør-Øst RHF har, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for *Nasjonal ledelsesutvikling*, tatt initiativ til og ledet arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for å konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Innenfor den regionale lederstøtten er konsept for lederutvikling videreutviklet og dokumentert.

Organisering og utvikling av fellestjenester

IKT

Helse Sør-Øst har vedtatt ny IKT-strategi for 2013-2020 og IKT-langtidsplan for 2013-2016. Strategien er basis for et stort IKT-løft med fokus på forbedringer innen seks prioriterte områder:

- Regional klinisk dokumentasjon
- Felles regional radiologi
- Felles regionalt laboratoriesystem
- Digital samhandling
- Virksomhetsstyring og økonomi
- IKT plattform og infrastrukturmodernisering

Sykehuspartner ble etablert som felles tjenesteleverandør i 2009 med ansvar for forvaltning av alle IKT-tjenester i regionens helseforetak. Sykehuspartner IKT har gjennom i 2012 hatt en positiv utvikling og nøkkeltallsindikatorer underbygger dette. IKT-driften har stort sett vært stabil for alle helseforetakene i 2012, med en total oppetid for de viktigste applikasjonsgruppene på over 99,9 %. Imidlertid har det vært for mange kritiske driftsavbrudd i 2012.

Innkjøps- og logistikkprogrammet

På området innkjøp og logistikk utnytter Helse Sør-Øst de fellestjenester som er etablert gjennom Sykehuspartner og Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS). Sykehuspartner følger opp driften av *Helse Sør-Øst Forsyningscenter*, og har sørget for at tjenesten leverer på de mål som er satt. Helse Sør-Øst RHF har vært pådriver for etiske leverandørkjeder med gode resultater. Det regionale helseforetaket leder an det nasjonale arbeidet med å tilrettelegge for innovasjon gjennom offentlige anskaffelser.

Eiendom

Helseforetaksgruppen forvalter ca. 2,7 millioner m² bygningsareal. De samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen er ca. 35 milliarder kroner. Årlig brukes det anslagsvis 2,0 milliarder kroner til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader. Årlige investeringsbudsjetter knyttet til utvikling av bygg og eiendommer er 2,5-3,0 milliarder kroner. Viktigste prosjekt i 2012 har vært utbyggingen av nytt østfoldsykehus. Prosjektet har ved utgangen av 2012 som planlagt nådd en ferdiggrad på 34,9 %. Det er ikke registrert avvik som forstyrrer forutsatte planer for fremdrift eller økonomi.

Miljø og klimatiltak

Sykehusdriften i Helse Sør-Øst har et stort potensial for å hente ut miljø- og klimagevinster. Helseforetakene påvirker det ytre miljøet gjennom forbruk av vann og energi, innkjøp av legemidler og produkter og gjennom behandling av avfall. Det ligger også belastninger i all transport ved nybygg og rehabilitering. Helse Sør-Øst RHF har vært deltager i det nasjonale miljø og klimaprojektet i spesialisthelsetjenesten siden oppstart i 2008 og alle helseforetak i regionen deltar i et nasjonalt miljø- og klimaforum som arrangeres fire ganger årlig. Dette har som mål å samordne miljøtiltak og øke kompetansen på miljøledelse i sykehussektoren.

Helse Sør-Øst RHF etablerte i 2011 en regional faggruppe for miljø hvor alle helseforetakene i regionen deltar. Her er det erfaringsdeling som er vektlagt og Sykehuset Vestfold, som er pilotsykehus for miljøsertifisering, har hatt en ledende rolle.

Ved utgangen av 2012 var alle helseforetak i gang med tiltaksplaner som sannsynliggjør å nå målet om sertifisering innen utgangen av 2014. Fire helseforetak har mål om sertifisering i 2013. Sykehuset Vestfold ble pre-sertifisert i november 2012 og vil bli det første helseforetaket i Norge

som er fullt sertifisert etter ISO 1400. Helse Sør-Øst publiserer i år for tredje gang en helhetlig miljørapport for hele regionen. Denne finnes på www.helse-sorost.no/miljo.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Samlet har helseforetaksgruppen et foreløpig positivt resultat i størrelsesorden 100-150 millioner kroner, mot et negativt resultat på 478 millioner i 2011. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Helseforetakene utenfor hovedstadsområdet synes nå å ha god økonomisk kontroll og leverer overskudd. For helseforetakene i hovedstadsområdet er samlet foreløpig resultat ved årets slutt negativ i størrelsesorden 700 millioner kroner, noe som er en forbedring på omlag 300 millioner kroner fra 2011. Av det negative resultatet utgjør tillatt underskudd ved Oslo universitetssykehus 400 millioner kroner.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012

2.1 Særskilte satsningsområder

2.1.1 Kvalitetsforbedring

Mål 2012:

- *Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning.*

Det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF har også i 2012 arbeidet med en felles infrastruktur for kvalitetsregistre i samarbeid med øvrige deler av det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre. Arbeidet er i tråd med *Nasjonalt helseregisterprosjekt*.

Helse Sør-Øst RHF har fulgt de føringer som er besluttet i interregional styringsgruppe for kvalitetsregistre når det gjelder valg av infrastruktur for de nasjonalt godkjente kvalitetsregistrene i regionen. For å oppnå og ivareta nasjonal dekning er det gitt mulighet for tre typer teknisk registerløsninger, i tillegg til løsningen *Medisinsk Registreringssystem (MRS)* som Helse Midt-Norge IKT (Hemit) har utviklet. For enkelte av registrene, blant annet Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister er det valgt å beholde etablerte tekniske løsninger som har fungert og hatt en nasjonal dekning fra opp til ti år tilbake.

Med unntak av ovennevnte registre, har Helse Sør-Øst RHF i utgangspunktet arbeidet for at alle de nasjonale kvalitetsregistrene skal få en elektronisk løsning basert på den foretrukne nasjonale fellesløsningen. Det har vært store utfordringer knyttet til å få utviklet løsninger i MRS-strukturen. For *Nasjonalt traumeregister* og *Nasjonalt register for HIV* er den nasjonale fellesløsningen valgt, mens *Norsk gynekologisk endoskopiregister* har utviklet en innregistreringsløsning basert på en av de alternative løsningene.

Når det gjelder *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes*, har eksisterende infrastrukturenløsning for *Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister* vært tillagt vekt, blant annet for å sikre en god mulighet for nasjonal dekning.

Kreftregisteret har etablert et elektronisk meldingssystem for de nasjonale kvalitetsregistrene innenfor kreftområdet (KREMT). Fra høsten 2012 var det mulig for helseforetakene å bruke denne meldingsformen blant annet for de nasjonale kvalitetsregistrene for tykk- og endetarmskreft og prostatakreft.

Per 31. desember 2012 er følgende 11 kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst RHF godkjent med nasjonal status:

- Cerebral pareseregisteret i Norge
- Gastronet
- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft
- Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt register for HIV
- Nasjonalt traumeregister
- Norsk gynekologisk endoskopiregister
- Norsk kvalitetsregister for døvblindhet
- Norsk nefrologiregister
- Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister

Ytterligere 11 kvalitetsregistre venter på formell godkjenning av Helse- og omsorgsdepartementet som nasjonale medisinske kvalitetsregistre:

- Nasjonalt hjertestansregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for demens
- Nasjonalt kvalitetsregister for hjertekirurgi
- Nasjonalt kvalitetsregister for pacemaker
- Nasjonalt register for barnekreft
- Nasjonalt register for brystkreft
- Nasjonalt register for føflekkreft
- Nasjonalt register for gynekologisk kreft
- Nasjonalt register for lungekreft
- Nasjonalt register for malignt lymfom og KLL
- Norsk kvinnelig inkontinensregister

- *Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringen synliggjør i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.*

Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre arbeider med en felles elektronisk mal for årlig rapportering fra de nasjonale kvalitetsregistrene. Det er valgt obligatoriske elementer som samsvarer med de tidligere definerte stadiene i utviklingen av et kvalitetsregister. Representanter fra de nasjonale kvalitetsregistrene skal delta i den videre utforming av malen. Ferdigstilling og distribusjon til helseforetakene/kvalitetsregistrene er planlagt til juni 2013. Årsrapportene skal sendes innen 15. oktober 2013 til de regionale helseforetakene der databehandlingsansvarlig helseforetak er lokalisert. Disse rapportene skal utarbeides etter ny felles elektronisk mal.

- *Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Tiltakene legges ut på www.nbrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2012.*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er gjort kjent med dette kravet i oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst RHF. Flere har allerede gitt tilbakemelding om at initiativene i *Nasjonalt helseregisterprosjekt* og tiltakene som er beskrevet i *Strategi- og handlingsplan 2012-2013* vil følges opp. Helseforetakene rapporterer at det arbeides med de seks prioriterte områdene i ulike sammenhenger. Som eksempel kan nevnes at forskningsstrategi og handlingsplaner for forskning ved Oslo universitetssykehus har som særskilt prioritert område en videreutvikling av kvalitetsregisterområdet, i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt.

- *Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 deltatt i utarbeidelse av metodikk for bruk av metodevurderingsverktøyet mini-HTA (*Health Technology Assessment*) i regi av Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet og i dette arbeidet bidratt til å tilpasse metodikken etter helseforetakenes behov. Arbeidet med å ta i bruk nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder lokalt og regionalt videreføres i 2013.

Prosjekt nytt østfoldsykehus skal foreta innkjøp av medisinsk teknisk utstyr for om lag 800 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF og prosjektet har sammen startet et pilotprosjekt der målet er å implementere mini-HTA som en del av beslutningsprosessen i denne innkjøpsrunden. På bakgrunn av denne erfaringen planlegges spredning av metoden gjennom etablering av læringsnettverk med de andre helseforetakene i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidsgruppen for planlegging og etablering av et RHF-bestillerforum som settes i gang i begynnelsen av 2013. Forumet skal vurdere og prioritere hvilke metodevurderinger som skal gjennomføres av Kunnskapssenteret og Statens legemiddelverk. Forumet består av de nasjonale fagdirektørene og Helsedirektoratet, med Kunnskapssenteret og Legemiddelverket som observatører.

De fire regionale helseforetakene har planlagt et felles fagseminar for ledelsen i helseforetakene om mini-HTA.

- *Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).*

Helseforetakenes kliniske etikkomiteer legger nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer til grunn i sitt arbeid.

- *God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norske pasientregister.*

Krav om god datakvalitet i psykisk helsevern er definert som et lederansvar i alle regionale føringer. Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 061-2010 *Regionale utviklingsområder i psykisk helsevern* fattet eget vedtak om rapportering og datakvalitet. I helseforetakene og de private ideelle sykehusene er det en kontinuerlig prosess for å sikre god kvalitet i registreringen. Flere helseforetak beskriver at rapporteringen fra psykisk helsevern til *Norske pasientregister* (NPR) holder god kvalitet og at data er validert. Andre beskriver at det arbeides løpende og kontinuerlig med datakvaliteten i egne datasystem som er grunnlaget for uttrekket til NPR. Det er definert rapporteringsansvarlig og ressurspersoner som har dette som hovedoppgave og som har jevnlig møter/opplæring med lokale brukere.

Målet er ikke fullt ut nådd, men det arbeides godt i helseforetakene for å bedre kvaliteten på rapporteringene ytterligere.

2.1.2 Pasientsikkerhet

Mål 2012:

- *Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.*

Alle helseforetak har gjennomført journalundersøkelse med har gjennomført journalundersøkelse med *Global Trigger Tool* (GTT), pasientsikkerhetskulturundersøkelse samt utarbeidet oppfølgings- og handlingsplaner. De fleste helseforetak og private ideelle sykehus deltar i læringsnettverk for å iverksette konkrete forbedringstiltak i klinisk hverdag og er i gang med spredningsplaner for å inkludere alle relevante enheter. Helse Sør-Øst RHF følger aktivt opp der det ikke er etablert handlingsplan eller tilstrekkelig tiltakspakke etter pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

- *Ledelsen i helseforetakene følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.*

Gjennomførings- og spredningsplaner rapporteres jevnlig til styringsgruppen for pasientsikkerhet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetaksdirektørene i forhold til spredning og oppfølging. Hvert helseforetak har en kampanjeleder som har en dedikert funksjon for å følge opp pasientsikkerhetskampanjens gjennomføring og spredning i eget helseforetak. Fagdirektørene blir jevnlig orientert om innsatsområdene og fremdrift.

- *Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen og sikret at denne informasjonen når ut til alle ansatte.*

Informasjonsmaterieell om meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, ble sendt til helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i juni 2012. Helse Sør-Øst RHF modifiserte og tilpasset materialet fra Kunnskapssenteret, og tilbakemelding fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene er at materialet var informativt og ble forankret i linjen.

- *Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.*

Konsernrevisjonens interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen har ført til at alle helseforetak har fått en rekke anbefalinger til tiltak, både for å rette opp svakheter og mangler i prosessfasene som det pasientadministrative arbeidet består av, og for å styrke helheten i helseforetakenes opplegg for interne styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Det arbeides kontinuerlig med forbedringstiltak for å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer. Indikatorene viser at det totalt sett i helseforetaksgruppen har skjedd forbedringer. Resultatene varierer fra område til område, og mellom helseforetakene. Mangelfull IKT-kunnskap anses å være bare en av årsakene til mangelfull kvalitet i det pasientadministrative arbeidet. Manglene som avdekkes er også knyttet til at flere av forbedringstiltakene forutsetter juridisk kompetanse, lik forståelse av definisjoner, begreper og veiledere. Fra helseforetakene rapporteres det også at det er en utfordring å sikre at opplæringen ivaretar juridiske forutsetninger og riktig tolkning samt tilstrekkelig IKT-kunnskap. Videre er det utfordringer knyttet til svakheter i den tekniske løsningen for det pasientadministrative systemet.

Denne type utfordringer fanges blant annet opp via de lokale kontaktpersonene i det regionale prosjektet ”*Glemt av sykehuse?*”, og følges opp i dialog med juridiske fagnettverk i Helse Sør-Øst og i dialog med systemleverandører. Det er stor bevissthet rundt behovet for tiltak for å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

Prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet ”*Glemt av sykehuse?*” ble 14. september 2011 vedtatt iverksatt av styret i Helse Sør-Øst RHF (sak 058-2011). Prosjektet er regionalt og har deltakelse fra alle helseforetak og private ideelle sykehus. Det fasiliterer læring, erfaringsutveksling og standardisering av arbeidsprosessene i det pasientadministrative arbeidet for å sikre korrekt og trygg oppfølging av pasientene.

En sentral del av arbeidet i det regionale prosjektet har vært å identifisere svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet og vurdere årsakene til at dette skjer. Det er gjort en gjennomgang av alle svake punkter, definert forbedringsområder og utarbeidet konkret beskrivelse av hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. Dette er grunnlagsmateriale for opplæring lokalt. Det avholdes opplæringsdager i helseforetakene hvor elementer fra denne risiko- og sårbarhetsanalysen med konkrete tiltak med mer, inngår.

Det regionale prosjektet er en viktig bidragsyter til Helse Sør-Østs program ”*Regional klinisk dokumentasjon*”. Under dette programmet arbeides det med standardisert opplæringsmaterieell for bruk av det pasientadministrative systemet. Problemstillinger, funn og løsninger som er kommet frem gjennom arbeidet med ”*Glemt av sykehuse?*” blir innarbeidet.

Helseforetakene rapporterer månedlig til Helse Sør-Øst RHF på tre indikatorer som er valgt ut for å gi en indikasjon på status i forbedringsarbeidet i pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ):

- gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til henvisningen er ferdig vurdert
- antall ikke-godkjente dokumenter i elektronisk pasientjournal (EPJ), som er mer enn 14 dager gamle
- antall pasienter som har hatt kontakt med sykehuset uten at videre oppfølging er tydeliggjort

Rapporteringen er et godt hjelpemiddel som gir hver enkelt enhet oversikt over pasienter som skal følges opp. I tillegg gir den ledere på alle nivåer et tydelig bilde av hvordan det pasientadministrative arbeidet følges opp i egen enhet. Samlet er det en markant forbedring gjennom året på indikator for *antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt* i sykehusenes datasystemer. Alle helseforetakene har gode tall når det gjelder indikator for *gjennomsnittstid fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert*. For de øvrige indikatorene går utviklingen sakte i riktig retning for helseforetaksgruppen samlet, inkludert de private ideelle sykehus. Ett helseforetak skiller seg ut med jevnt dårlige tall gjennom hele året på alle indikatorene, med unntak av *gjennomsnittstid fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert*. I sin årlige melding rapporterer dette helseforetaket at problemene erkjennes. Samtidig beskrives hvordan innsatsen vil bli styrket i 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette arbeidet særskilt.

For å kunne oppnå ønsket stabil og god utvikling på alle indikatorene er det behov for fortsatt ledelsesmessig fokus gjennom formelle styringskanaler og praktisk understøttelse gjennom det regionale prosjektet. God opplæring er avgjørende. Enkelte helseforetak har startet med obligatorisk opplæring. Sykehuset Telemark rapporterer at det *”har vært gjennomført opplæring/ undervisning av kontorpersonell og leger i pasientadministrativt arbeid i dagens system. Dette vil også få stort fokus ved overgang til DIPS i mai 2013. Ingen ansatte får tilgang til DIPS uten å ha deltatt på obligatorisk kurs.”*

De ovennevnte indikatorene viser variasjon i forbedringsarbeidet. Et av helseforetakene med gode tall i forhold til indikatorene, rapporterer i årlig melding at det *”er gjennomført et omfattende forbedringsarbeid etter konsernrevisjonens gjennomgang av styring og bruk av det pasientadministrative systemet. Ansvar og roller er beskrevet og nye kontrollrutiner er innført. Ledelsen på alle nivåer følger opp ukentlig og det arbeides med opplæring for alt personell.”* Et helseforetak som ikke har hatt samme positive utvikling rapporterer at de *”har styrket oppfølgingsarbeidet i divisjonene og har vedtatt å tilføre ekstra ressurser til fem deltidsstillinger som divisjonskoordinatorer for ”Glemt av sykehuset”. Koordinatorene startet arbeidet ved utgangen av 2012, for å støtte avdelingssjefene i arbeidet med oppfølging av egne ansatte.”* Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at denne styrkede innsatsen vil vise seg i form av bedre resultater for indikatorene i 2013. Arbeidet i regi av det regionale programmet for klinisk dokumentasjon med å utarbeide standardisert opplæringsmaterieill vil bidra til å styrke forbedringsarbeidet i hele helseforetaksgruppen.

Flere av helseforetakene har i 2012 etablert innsatsgrupper eller organisert gjennomføringsprosjekt for å følge opp anbefalte tiltak fra konsernrevisjonen og *”Glemt av sykehuset”*. I helseforetak som skal innføre DIPS i 2013 er dette satt i sammenheng med innføringsprosjekt.

Oslo universitetssykehus rapporterer ikke på de ovennevnte indikatorer. Helseforetaket har etter sammenslåingen hatt store utfordringer knyttet til forskjellige pasientadministrative systemer ved de enkelte lokalisasjoner. Arbeidet med å etablere ett felles system pågått kontinuerlig, og det er

etablert et eget prosjekt i forhold innføringen av DIPS ved alle lokasjoner. Kvalitetsforbedring i det pasientadministrative arbeidet, oppfølging av forbedringspunkter identifisert gjennom ”*Glemte av sykehuset*” og lukking av avvik fra konsernrevisjonens gjennomgang er integrert i dette prosjektet.

Styrene i helseforetakene har et selvstendig ansvar for å sikre at pasientenes rettigheter og behandlingsbehov ivaretas i henhold til lover og forskrifter. Forbedringstiltak utarbeidet i regional regi er et supplement til helseforetakets egne tiltak.

2.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermidvirkning

Mål 2012:

- *Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg.*

Det er gjennomført to informasjonskampanjer i 2012. En i regi av Helsedirektoratet og en hvor Helse Sør-Øst RHF samarbeider med Helse Vest RHF og Helsedirektoratet. Resultatene av informasjonskampanjene har vært gode. Blant annet har det vært en økning i antall telefonhenvendelser i regionen fra oktober og ut året. Fritt sykehusvalg har bidratt i helseforetaksgruppens utarbeidelse av brevmalen til bruk ved kapasitetsproblemer ved helseforetak i helseregion. Helse Sør-Øst RHF arbeider videre i 2013 med implementering av malene i helseforetakene.

- *Alle helseforetak har styrebehandlet mål og strategier for brukermidvirkning.*

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet allerede i 2009 sine *13 prinsipper for brukermidvirkning*. Disse er forankret i foretaksmøter og gjort gjeldende for hele helseforetaksgruppen.

Seks av 14 aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer at de har styrebehandlet mål og strategier for brukermidvirkning eller at dette vil bli gjort våren 2013. Oslo universitetssykehus har særlig utmerket seg med et tydelig, strategisk og godt forankret mål og strategidokument. Fire av helseforetakene og de private ideelle sykehusene redegjør for at mål og strategier for brukermidvirkning er innarbeidet i de generelle styrevedtatte plandokumentene. Helse Sør-Øst RHF vil i forbindelse med godkjenning av årlige meldinger for 2012 presisere kravet om at mål og strategier for brukermidvirkning skal behandles i styrene.

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 gjennomført rullering av sitt eget strategidokument. Det regionale brukerutvalget har medvirket aktivt i arbeidet og strategidokumentet har en tydelig brukerorientert profil med strategier som skal sikre delmål om at ”tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov”. Revidert strategi gir føringer som blir fulgt opp gjennom eget mål og strategidokument for brukermidvirkning som skal styrebehandles første halvår 2013. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet utkast til veileder for brukermidvirkning i brukerutvalg og for brukerutvalgenes deltagelse i arbeid med årlig melding. Disse dokumentene er sendt helseforetak og relevante brukerorganisasjoner for innspill. Siktemålet med disse dokumentene er å løfte og samordne brukermidvirkningen i helseforetakene.

- *Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.*

Helse Sør-Øst RHF vurderer at det er tilfredsstillende fremdrift i arbeidet med å offentliggjøre kvalitetsmålinger hos de fleste helseforetak og private ideelle sykehus. En egen oppfølging av de som ikke har rapportert tilfredsstillende fremdrift i forhold til styringskravet vil bli gjennomført i 2013.

Status per mars 2013 er at alle helseforetak og private ideelle sykehus publiserer pasienterfaringsundersøkelser helt eller delvis på nett. Syv helseforetak og private ideelle sykehus rapporterer også at de i anonymisert form publiserer de mest alvorlige avvikene (3-3-meldinger) eller arbeider med å få dette på plass i 2013.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har vært særlig opptatt av at kvalitetsmålinger skal offentliggjøre, og vil bli holdt orientert om status og oppfordret til å gi tilbakemeldinger til arbeidet i samarbeid med brukerutvalg/brukerorganisasjoner lokalt.

2.1.4 Samhandlingsreformen

Mål 2012:

- *Det er inngått samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.*

Helse Sør-Øst RHF ga oppdraget om inngåelse av lovpålagte avtaler med kommunene til sine helseforetak og private ideelle sykehus med lokalsykehusfunksjon. Alle aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus har inngått avtaler med sine kommuner innen fristene 31. januar 2012 og 1. juli 2012. Den politiske behandling i kommunene ble sluttført noe etter fristen i mange kommuner, men helseforetaksstyrene godkjente avtalene innen fristen. Oslo universitetssykehus og Oslo kommune har inngått overordnede samarbeidsavtaler, men har fortsatt pågående samarbeid og dialog vedrørende det detaljerte innhold i tjenesteplanene.

- *Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.*

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har inngått overordnede avtaler om etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud. Svært få tilbud i kommunene var etablert i 2012, og det er derfor for tidlig å si noe om effekten. Ingen helseforetak har planer om å redusere sine øyeblikkelig hjelp-tilbud før en ser effekten av tilbudene i kommunene. Alle helseforetak melder om god dialog med sine kommuner og en bevissthet knyttet til hvilke pasientgrupper tilbudene skal betjene og at tilbudet skal utvikles som en del av helhetlige pasientforløp.

- *Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.*

Alle aktuelle helseforetak har inngått avtaler om jordmortjenester med kommunene i sine opptaksområder, herunder følgetjeneste for gravide og beredskap der dette er aktuelt.

2.1.5 Kreftbehandling

Mål 2012:

- *Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter.*

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst fikk i 2010 i oppdrag å bidra til å formalisere behandlingsforløpene som også skulle inkludere plastikk-kirurgi etter kreftbehandling der det er nødvendig. Da de normerte forløpstidene for kreftbehandling ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i juli samme året, ble oppdraget til kreftrådet omdefinert til å arbeide med å implementere og identifisere flaskehalsene i forløpene. Arbeidet pågår fortsatt, og forventes sluttført i løpet av 1. halvår 2013. Utredningen skal blant annet ta opp i seg ny nasjonal kreftstrategi hvor regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst har medvirket i utarbeidelsen. Ny nasjonal kreftstrategi er for tiden under ferdigstilling i Helsedirektoratet. Selv om utredningen ikke er ferdigstilt, er det fortløpende iverksatt tiltak hvor flaskehalsene er åpenbare:

- I invitasjonen til helseforetakene om å søke legestillinger av regional kvote for 2012 la Helse Sør-Øst RHF inn en tilleggsføring om at stillinger til kreftrelaterte spesialiteter skulle prioriteres (i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementets prioritering av utdanningskapasiteten innen onkologi og patologi). Tiltaket resulterte i tildeling av 14 overlegestillinger og til sammen fem utdanningsstillinger for spesialitetene i patologi, onkologi og plastisk kirurgi. Det vil si at 40 % av de faste overlegestillingene og 20 % av utdanningsstillingene av legeknoten for 2012 gikk til kreftrelaterte spesialiteter.
- Helse Sør-Øst RHF anser at føringen om at stillinger til kreftrelaterte spesialiteter skal prioriteres bør videreføres i et par år til. Det er et mål å etablere spesialistutdanning innen alle sykehusområder slik at helseforetakene settes i stand til å utdanne og rekruttere sine egne spesialister. For tiden er det et særlig fokus på kreftområdet.
- I arbeidet med kjøp av private helsetjenester føres det dialog om hvordan enkelte pasientgrupper kan få utredning og oppfølging/etterkontroll ved private institutt og derved frigjøre kapasitet ved de offentlige sykehusene. En forutsetning for dette er at de private instituttene benytter felles protokoller med helseforetakene.
- Med basis i styrevedtak i sak 085-2010 er helseforetakene i Helse Sør-Øst med store avdelinger for kreftbehandling pålagt å organisere seg med egne kreftkoordinatorer som går inn i behandlingsforløpene, purrer opp prøvesvar og bistår med viderehenvisning, jf. rapportering om kreftkoordinatorer nedenfor.

Som ledd i arbeidet med forløpstider for pasienter med kreft har Helse Sør Øst nedsatt en regional prosjektgruppe innenfor området *Behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp* som koordineres av Akershus universitetssykehus. Kolorrektalcancer, brystkreft og lungekreft er valgt som satsningsområder for dette arbeidet i 2012 og 2013.

- *Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.*

I 2012 er det ikke etablert et gjennomgående system for Helse Sør-Øst som innebærer at pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Koordineringsbehovet er erkjent, og i budsjett for 2013 er det foreslått oppretting av forløpskoordinatorer ved alle de større avdelinger som har høyspesialisert kreftbehandling. Dette kom som en direkte oppfølging vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 85-2010 som omhandler funksjonsfordeling av kreftbehandling i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har mottatt et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 30. januar 2013, som avklarer en del spørsmål om hvordan pålegg om ”kontaktperson ved mistanke om kreft” skal forstås sammenholdt med de øvrige utviklingsprosessene på kreftområdet. Helse Sør-Øst RHF vil etter dette videreføre den planlagte fremdriften i oppnevning av kontaktperson som et understøttende tiltak for å oppfylle fristene som er satt for kreftbehandling. Tiltaket med kreftkoordinatorer settes i verk generelt fra 2013, samtidig med at det er avsatt prosjektmidler på to millioner kroner for etablering og drift av pilotutprøvinger med egne stillinger ved de større kreftavdelingene ved tre helseforetak. *Regionalt fagråd for kreft* i Helse Sør-Øst vil få i oppdrag å konkretisere rolleutformingene og også foreslå opplegg for evaluering.

Koordinatorerne er i Helse Sør-Øst forutsatt å følge opp og sikre kreftbehandlingens forløp for den enkelte pasient. Dette vil innebære kontakt med ulike nivåer/sykehus og førstelinjen. Koordinator kan ha helsefaglig bakgrunn. Det er forutsatt at *Regionalt fagråd for kreft* skal bidra til konkretisering og utdypende beskrivelse av funksjonen som også gir muligheter for lokale variasjoner. En tydeliggjort rolle skal først og fremst understøtte logistikken i behandlingsforløpet, hvor det er dokumentert flaskehals knyttet til prøvetaking, prøvesvar og

tidstap når det skjer overflytting mellom avdelinger/sykehus. Koordinator vil kunne holde pasienten oppdatert om selve forløpet og også avlaste behandlende lege og det tverrfaglige teamet med praktiske oppgaver. Det er behov for å prøve ut rollen for å se om den svarer til pasientens behov for å være oppdatert og kunne følge med i sitt eget behandlingsforløp.

Kunnskapsbasert og tilpasset informasjon om selve sykdommen, behandlingsmetoder og behandlingsutsikter bør fortsatt ligge til behandlingsansvarlig lege, evt. den i teamet som er utpekt som pasientens kontakt.

- *Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert. (Se også Kap 8 - Utdanning av helsepersonell).*

Det er avgitt egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i denne saken i henhold til oppdraget. Økt spesialistutdanning innen kreftrelaterte medisinske spesialiteter er viktig for å møte utfordringene inne høyspesialisert kreftbehandling. Helse Sør-Øst RHF anser at økt tilførsel av leger til kreftbehandling bør ha prioritet i et par år til.

- *Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.*

Helse Sør-Øst RHF har iverksatt tiltak og økt kapasitet for å redusere ventetider for pasienter med behov for brystrekonstruksjon. Ved Oslo universitetssykehus er det igangsatt et eget prosjekt for å redusere ventetid for pasienter som står på venteliste og det planlegges ytterligere økt kapasitet fra primo 2013. Tiltak er også iverksatt ved øvrige helseforetak. Helse Sør-Øst RHF følger opp fremdrift gjennom særskilt rapportering og vil iverksette korrigerende tiltak dersom nødvendig.

- *Det er lagt til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.*

Oppdraget er videreført til aktuelle helseforetak og tilbakemeldingene viser at gjennomføringen har skjedd i direkte kontakt mellom Helsedirektoratet og enhetene for lindrende behandling/palliative team i helseforetakene.

2.1.6 Behandling av hjerneslag

Mål 2012:

- *Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.*

En ny, internasjonal versjon av den elektroniske innregistreringsløsningen for *Norsk hjerneslagregister* ble klargjort for bruk i helseforetakene fra 1. januar 2013. Målsettingen er at alle aktuelle helseforetak skal ha startet rapportering til *Norsk hjerneslagregister* innen 1. april 2013. Sørlandet sykehus har vært pilotsykehus for arbeidet med ny versjon av innregistreringsløsningen og har startet rapporteringen.

- *Det er iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.*

Det er gjennomført lokale tiltak i forhold til helse- og omsorgstjenesten og befolkning i alle sykehusområder. To helseforetak og ett privat sykehus med driftsavtale har mottatt prosjektmidler fra Helsedirektoratet til finansiering av lokale kampanjer. Av lokale tiltak og kampanjer kan nevnes:

- Sykepleiere og leger har oppsøkt kjøpesentra og informert befolkningen/delt ut informasjon og materiell om symptomer på hjerneslag.
- Undervisning i pasientforeninger.
- Innslag i lokal nyhetspresse og NRK.

- Temadag om hjerneslag for publikum.
- Undervisning internt for ambulanspersonell og AMK.
- Kompetanseutveksling med kommunehelsetjenesten gjennom ambulante slagteam.

2.1.7 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Mål 2012:

- *Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.*

Helse Sør-Øst RHF la både i budsjettet for 2012 og i sitt oppdrag- og bestillerdokument til helseforetakene til grunn større vekst i behandlingsaktiviteten innen TSB enn innen somatikk. Tilbakemeldinger fra helseforetakene viser at driftskostnadene for TSB i 2012 er økt med 12,7 % i forhold til 2011, mens tilsvarende økning for somatikk har vært på 5,9 %.

Aktivitetstallene viser en nedgang i antall liggedøgn på 3,1 % og en nedgang i antall utskrevne pasienter med 7 % sammenlignet med 2011. Antall polikliniske konsultasjoner er økt med 6,3 %. Samlet sett er aktiviteten for 2012 om lag på samme nivå som i 2011. Den gjennomsnittelige ventetiden for avviklede pasienter, med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er gått ned fra 65 til 59 døgn samtidig som andel fristbrudd er redusert fra 6 til 5 %. Dette indikerer at det samlede tilbudet er styrket.

- *Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.*

Det er etablert et omfattende og varierende behandlingsforberedende samarbeid mellom helseforetakene og kommunene relatert til ventetid, pasientgruppe, behandlingsbehov og eventuelle endringer i pasientens livs- og rusmisbruk. Eksempler på slikt samarbeid vil være avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet og eventuelt behov for etablering av ansvarsgruppe.

- *Andel pasienter som fullfører TSB er økt.*

Andel pasienter som fullfører behandlingen er ikke et NPR-parameter, men de private avtalepartene rapporterer på dette til Helse Sør-Øst RHF. Tallene for 2012 viser en økning fra 69,7 % i 2011 til 74,3 % for døgnbehandling og en økning fra 79,3 % til 81,4 % for poliklinisk behandling. Bemanningsøkningene de senere årene har lagt forholdene til rette for økt gjennomføring av behandlingen. Det har også vært en bedring i oppmøte for poliklinisk behandling fra 39,8 % til 40,2 % samt for døgnbehandling fra 81,4 % til 85,4 %.

I kommunikasjonen med helseforetak og private ideelle sykehus har Helse Sør-Øst RHF lagt betydelig vekt på å få til en økt andel pasienter som fullfører TSB. Andelen gjennomførte behandlinger vektlegges både i årlige oppfølgingsmøter og ved inngåelse av nye avtaler. TSB-poliklinikkene er i stor grad organisert slik at det støtter samordning med lokalbaserte tilbud innen psykisk helsevern gjennom samlokalisering med DPS. Det er også etablert fast samarbeid med ruskonsulenter i bydeler og kommuner omkring oppfølging av pasienter og samordning av tilbud. Et tett samarbeid med rustjenesten i kommunene vektlegges under hele pasientforløpet enten i form av ansvarsgruppe eller samarbeidsmøter i enkeltsaker. Videre arbeides det med at pasientene får tilbud om hurtig re-inntak både på poliklinikk og eventuelt i døgnenhet før saken avsluttes.

- *Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.*

Kompetansen når det gjelder behandling av pasienter med skader og avhengighet av androgene steroider varierer betydelig i helseforetakene og mellom avtalepartene. Flere helseforetak har hevet kompetansen i det kliniske miljøet for å styrke tilbudet om behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider i 2012. Helse Sør-Øst RHF har med bakgrunn i bevilgningen på fire millioner kroner i statsbudsjettet for 2013 startet opp arbeidet med å styrke behandlingstilbudet ytterligere.

2.2 Andre områder

2.2.1 Psykisk helsevern

Mål 2012:

- *Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.*

Helse Sør Øst RHF mener dette målet er nådd i form av gode plandokumenter som er harmonisert med hverandre. Det gjenstår likevel en betydelig innsats med å gjennomføre tiltakene i planene. Arbeidet med tiltak er godt i gang, og vil videreføres i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om utarbeidelse av lokale planer i henhold til regional plan for ”Økt frivillighet”. Regional plan gjelder for fire år. Det er gjennomført oppfølgingsmøter med ledelsen i alle helseforetak og private ideelle sykehus innen psykisk helsevern med fokus på de samlede styringskravene. Alle helseforetak og private ideelle sykehus har lokale planer som svarer opp tiltak i regional plan og er harmonisert med denne. Tall for bruk av tvang legges på Helse Sør-Øst RHF's nettside for å sikre økt fokus på datakvalitet. Bruk av tvang i henhold til regionale og lokale planer, har i tillegg vært fulgt opp av Regionalt Fagråd for psykisk helsevern der alle helseforetak og private ideelle sykehus deltar sammen med brukere, universitet/høgskoler og kommuner. Nasjonal strategi er gjennomgått for å kvalitetssikre harmonisering av regionale og lokale planer.

- *Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.*

Helse Sør-Øst RHF mener det er iverksatt en mengde gode tiltak for å nå dette styringskravet og sier seg fornøyd med den samlede måloppnåelsen. Det presiseres likevel at det er utfordringer knyttet til denne typen samarbeid og at tilbudene ikke synliggjøres tilstrekkelig i offisiell statistikk.

Noen eksempler på tiltak som innrapporteres fra helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst:

- BUP har samkonsultasjoner med kommunale instanser, for eksempel i form av faste møter på helsestasjonen hvor man vurderer ”bekymringssaker” der det kommunale hjelpeapparatet er i tvil om det skal henvises til BUP eller ikke.
- TIPS- team (Tidlig Intervensjon ved Psykose) gjennomfører også konsultasjoner i samarbeid med BUP og DPS. TIPS- team kan være med på samtale hos fastlege, på skolen, med barnevernet eller med en familie for deretter å gi råd om videre tiltak.
- BUP har innført en samhandlingsmodell med kommuner som ivaretar drøfting med ulike instanser av pasienttilfeller som ikke er henvist etter samtykke.
- BUP og DPS har en åpen telefon med fast telefontid for 1.linjetjenesten og fastlegene. Et styrket akutteam har økt kapasiteten for samkonsultasjoner.

- Ved BUP skjer samkonsultasjoner med ikke-henviste pasienter på initiativ fra aktuelle instanser, og det er økende fokus på denne måten å arbeide på også i DPS.
- Dialoger og møter med henvisende instanser relatert til oppstart, evaluering og avslutning av behandling

Omstillingen i tråd med opptrappingsplanens mål og intensjoner er videreført i Helse Sør-Øst i tråd med styrevedtak i plan for regionale utviklingsområder i psykisk helsevern. Arenafleksibelt, tverrfaglig samarbeid er en del av denne omstillingen der DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Det pågår betydelig omstillingsarbeid.

○ *Det gis opplæring i og tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser.*

Oppdraget er ikke gjennomført i 2012, men det er lagt en framdriftsplan for arbeidet. Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold er i første pulje som starter med et slikt tilbud i 2013. Resterende helseforetak og private ideelle sykehus vil etablere tilbudet etter fastsatt plan i de to gjenværende år av prosjektperioden. Det er oppnevnt lokale koordinatorene i de enkelte helseforetakene for å sikre arbeidet. Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 71-2012 *Budsjett 2013*, bevilget midler til opplæringen.

Regional koordinator for arbeidet er utpekt. Det er avholdt møter med alle helseforetak og private ideelle sykehus med informasjon om dette nasjonale arbeidet. Ledelsesmessig forankring er sikret og det er lagt en plan for gjennomføringen i Helse Sør-Øst. Informasjonsmaterieill er distribuert og det samarbeides med nasjonal prosjektleder. Fagrådet for psykisk helsevern er involvert i prosessen.

○ *Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.*

Det er innhentet oversikt for dette området i aktuelle helseforetak og arbeidet. Arbeidet ses også i relasjon til regional plan og lokale planer for bruk av tvang. Ut fra dette konkluderes med at ambulansetjenesten i hele Helse Sør-Øst dekker både somatikk og psykisk helsevern og at det foregår kontinuerlig kompetanseutvikling på begge fagområder.

De aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus har arbeidet aktivt for å skape gode forhold for transportsituasjonen der mennesker med psykiske lidelser kan oppleve å være ekstra sårbare. Ambulansemedarbeidere blir skolert i aktuelle problemstillinger og kompetanse bygges blant annet ved direkte samarbeid innad i tjenesten, der ambulanser får med personell fra psykisk helsevern som bistand ved ekstra behov. Helseforetakene rapporterer om godt samarbeid innad i tjenesten (mellom ambulansetjeneste og psykisk helsevern) samt med politiet, selv om det fortsatt kan være enkeltepisoder som oppleves vanskelig for pasienter og/eller pårørende.

2.2.2 Habilitering og rehabilitering

Mål 2012:

○ *Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.*

Regionsenter for habiliteringstjeneste av barn og unge (RHABU) er etablert i 2012. RHABU er en regional kompetansetjeneste som skal utvikle langsiktige, systematiske kompetansehevede tiltak for ansatte i HABU/spesialisthelsetjenesten. Etablering av en tilsvarende kompetansetjeneste for voksenhabilitering planlegges etter at etableringen av RHABU er evaluert ultimo 2013.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst rapporterer at legedekningen er økt i habiliteringstjenesten, eller at de allerede har meget god kompetanse. Et av helseforetakene rapporterer at legedekningen i habiliteringstjenesten ikke har vært styrket i 2012. Helse Sør-Øst RHF vil i forbindelse med

godkjenning av årlig melding 2012 for dette helseforetaket presisere kravet om at medisinskfaglig kompetanse i habiliteringstjenesten skal styrkes.

- *Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.*

Arbeidet med å sikre tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, inkludert pasienter med sansetap, pågår kontinuerlig. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er beskrevet i egne områdeplaner i alle sykehusområder. Gjennom områdeplanene gis et bilde av hvilke tilbud som mangler til forskjellige pasientgrupper, og at det kan være tilbud som kommunene bør ivareta i en videre utvikling. Områdeplanene er en del av grunnlagsmaterialet både i pågående og kommende plan- og utviklingsprosesser, i anskaffelsesprosessene, i oppfølgingsmøtene med helseforetakene og som grunnlag for oppdrag til de ulike fagrådene.

Tilbud til pasienter med sansetap er et område som i liten grad er omtalt i områdeplanene. Kunnskapsgrunnet knyttet til habilitering og rehabilitering for denne gruppen er i dag for svakt. Fagråd rehabilitering har derfor i 2012 arbeidet med å beskrive behov hos barn, unge, voksne og eldre med synstap. Det beskrives et behov for økt fokus på koordinering og kunnskap om relevante eksisterende tilbud uavhengig av nivået disse gis på. Kompetanse må styrkes hos fagpersoner i spesialisthelsetjenesten, særlig med tanke på å utrede og vurdere behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2013 fortsette arbeidet med å etablere et tilstrekkelig tilbud til pasientene med behov for spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester, inkludert pasienter med sansetap.

- *Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.*

Helsedirektoratet har sammen med Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi utarbeidet retningslinjer for behandling av voksne med narkolepsi og veileder for behandling av barn med narkolepsi. Disse er på høring til 14. mars 2013.

Det regionale fagmiljøet for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme har i tråd med mandat hatt ansvar for narkolepsi som en av de fire diagnosene fagmiljøet skal arbeide i forhold til. Det regionale fagmiljøet har ikke pasientansvar, men er et kompetansemiljø med fokus på forskning og kompetanseutvikling.

Det regionale fagmiljøet har i 2012 hatt økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, ved å nedsette et team på tre personer som skal ha et utvidet ansvar for denne brukergruppen. Teamet har samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter og Foreningen for Søvn sykdommer for å planlegge tiltak for gruppen. Det blir utarbeidet et opphold ved lærings- og mestringscenter (LMS) for ungdommer og et nettsted for barn og unge. Det regionale fagmiljøet tilbyr i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter undervisning til helseforetakene og skoler i regionen som har elever med narkolepsi.

2.2.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Mål 2012:

- *Tilbudet til pasienter med CFS/ME er gjennomgått med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Gjennomgang av tilbudene til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) viser at denne pasientgruppen utredes ved medisinske poliklinikker i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er etablert behandlingstilbud i flere av helseforetakene, men tilbudet er fremdeles noe fragmentert og ivaretas av enkeltavdelinger. Det blir i flere helseforetak arbeidet for å sikre bedre pasientforløp for pasientgruppen:

- Sykehuset Innlandet har i 2012 arbeidet med utarbeidelsen av en behandlingslinje for pasienter med CFS/ME. Dette arbeidet har resultert i et informasjonshfte til fastleger og annet helsepersonell med tanke på felles retningslinjer rundt diagnostisering og viktige verktøy til fastlegene.
- Sykehuset i Vestfold har etablert prosjektet ”Behandlingslinje og vurderingsteam CFS/ME” i helseforetaket.
- Sørlandet sykehus opprettet i 2012 et poliklinisk tilbud til voksne pasienter med CFS/ME i medisinsk avdeling, Kristiansand.

- *Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.*

Behandlingstilbudet til pasienter med CFS/ME har hatt en positiv utvikling etter etablering av en regional poliklinikk for behandling av pasienter med CFS/ME ved Oslo universitetssykehus i 2008. CFS/ME-senteret ved Oslo universitetssykehus tilbyr denne pasientgruppen tverrfaglige polikliniske konsultasjoner, mestringskurs, pårørende kurs og ambulant tjeneste. I tillegg har Medisinsk klinikk to utredningssenger til de sykeste pasientene. Senteret har også kurs for helsepersonell og deltar på møter for blant annet å overføre sin kompetanse til andre deler av helsevesenet.

Ved Kvinne- og barneklirikken er det etablert et landsdekkende helsetilbud til barn og unge med CFS/ME. Det er utarbeidet et program for somatisk utredning og en tverrfaglig behandlingsveiledning. Tjenesten inkluderer klinisk-, fag- og metodeutviklings-, forsknings-, undervisnings- og veiledningserfaring der pasienter og pårørende er målgruppe sammen med lokalt og regionalt fagpersonell. Det arbeides både i forhold til diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av pasienter og pårørende samt faglig samarbeid mellom det lokale og regionale hjelpeapparatet.

Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME er etablert ved Oslo universitetssykehus i 2012.

- *Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.*

Det er i 2012 jevnlig tilbudt lærings- og mestringskurs til pasienter (både voksne og barn/ungdom) med CFS/ME ved flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst. Helsepersonell i noen av helseforetakene holder også foredrag i andre regioner.

Det er etablert ME-telefon ved Sykehuset Innlandet som et nasjonalt lavterskeltilbud. Tilbudet har som målgruppe pasienter, pårørende, helsepersonell og andre som ønsker informasjon og veiledning. Antall henvendelser har økt høsten 2012. Åpningstiden for telefonen er 8 timer per uke. Samtaletiden er gjennomsnittlig i underkant av 45 minutter per innringer. Lærings- og mestringscenteret har fått tilbakemeldinger om at dette oppleves som et viktig tilbud hvor pasienter og pårørende kan få kunnskapsbasert råd og veiledning om ulike temaer rundt sykdommen.

- *Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.*

Oslo universitetssykehus tilbyr kurs for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, deltar på seminar/møter og underviser. Det er etablert eget ambulant team og regional poliklinikk. Poliklinikken arbeider målrettet med kunnskapsoverføring til fastleger og andre som henviser pasientene.

Noen helseforetak har i samarbeid med kommunehelsetjenesten/fastlegene utarbeidet et informasjonshefte til bruk hos fastlegen, slik at det meste av utredning kan skje i allmennpraksis før pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

Flere helseforetak ivaretar dette gjennom delavtaler knyttet til samhandlingsreformen og konkret i behandlingslinjen.

2.2.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Mål 2012:

- *Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.*

Fagråd for nyfødtemedisin, fødsels- og svangerskapsomsorg i Helse Sør-Øst har vurdert tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling for å identifisere og gi råd om hva som er riktig behandlingsnivå med god kvalitet. Fagrådet ble gitt i oppdrag å belyse/drøfte om organiseringen av behandlingstilbudet til de minste premature (for tidlig fødte barn) er hensiktsmessig eller bør endres. Det ble også bedt om å gi råd om hypotermibehandling (nedkjøling) av nyfødte fortsatt kun skal gis ved Oslo universitetssykehus.

Basert på fagrådets rapport og forslag støtter Helse Sør-Øst RHF en utvikling der avdelingene kan behandle pasienter basert på konkrete kompetansekrav og at det ikke er nødvendig å ha krav om pasientvolum. Kompetansekravene som vil ligge til grunn for å kategorisere en nyfødtintensivavdeling vil i tillegg komme andre barn med behov for intensivmedisinske tiltak til gode.

Rapporten fra fagrådet er i februar 2013 behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 010-2013 *Kvalitet på behandlingstilbud til nyfødte på intensivavdeling*. Styret slo fast at rapporten skal legges til grunn for helseforetaksgruppens og helseforetakenes videre arbeid med å gi et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå til nyfødte som trenger intensivbehandling. Flere av tiltakene i rapporten er innarbeidet som styringsbudskap til helseforetakene i oppdrags- og bestillingsdokument for 2013.

2.2.5 Kjeveleddsdysfunksjon

Mål 2012:

- *Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon.*

Helsedirektoratet inviterte blant annet de regionale helseforetakene til et arbeid for å iverksette nødvendige tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD), herunder utarbeidelse av en veileder for behandlingsforløp for personer med TMD. Helse Sør-Øst har deltatt i dette arbeidet gjennom hele året. Et behandlingsopplegg for pasienter med invalidiserende TMD er foreslått etablert ved Helse Bergen. I Helse Sør-Øst er det Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus som i hovedsak ivaretar denne pasientgruppen.

2.2.6 Beredskap og smittevern

Mål 2012:

- *Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.*

Forutsetninger om erfaringsbaserte planrevisjoner av beredskapsplanene er videreført overfor helseforetakene i oppdrag- og bestilling for 2012 og i regional beredskapsplan. Alle helseforetak rapporterer om gjennomførte revisjoner i 2012. Til grunn for revisjonene ligger erfaringer fra alle beredskapshendelser, herunder også influensa A(H1N1), vulkanutbruddet på Island, hendelsene 22. juli 2011, en rekke hendelser internt i de enkelte helseforetakene samt lokale og nasjonale øvelser.

Flere av helseforetakene har på selvstendig grunnlag gjennomført interne evalueringer etter 22. juli. Dette har hatt stor verdi for helseforetakenes interne oppfølging og de nasjonale evalueringene. Helse Sør-Øst RHF samarbeider aktivt med Helsedirektoratet og de andre regionale helseforetakene om oppfølgingen av 22. juli-evalueringene, i tråd med oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 23. august 2012.

Beredskapsarbeidet i helseforetaksgruppen, herunder spørsmål knyttet til kompetanse, kapasitet, fordeling av pasienter, øvelser mv., samordnes gjennom regionalt beredskapsutvalg hvor alle helseforetakene deltar. Det arrangeres årlige beredskapsseminarer hvor blant annet erfaringer fra hendelser og øvelser oppsummeres og drøftes. Erfaringene fra de forskjellige hendelsene og konklusjonene fra de nasjonale evalueringene følges opp i planer og konkrete tiltak regionalt og i det enkelte helseforetak.

- *Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.*

Alle helseforetak og private ideelle sykehus har igangsatt kontinuerlig registrering av keisersnitt, hofteprotese, kolecystectomi og kolonkirurgi, dvs. alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS (*Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner*). For aortakoronar bypass er dette igangsatt ved Oslo universitetssykehus som er det eneste helseforetaket i regionen som utfører denne prosedyren. Registreringen ble igangsatt innen fristen 1. september 2012. Det arbeides med god kvalitet på registreringen ute i helseforetakene, samt med system for rapportering og synliggjøring internt som en del av forbedringsarbeidet.

2.2.7 Forebygging

Mål 2012:

- *Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingenheter.*

Oppdraget er gitt videre til helseforetakene i deres oppdrags- og bestillingsdokument. Tilbakerapporteringene viser at organisering og innretning varierer en del, men at alle helseforetak har hatt fokus på arbeidet. For de fleste innebærer dette at ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger pasienten ved overføring. To av helseforetakene rapporterer at de bare delvis har gjennomført dette i 2012, men har iverksatt tiltak og prosess for å oppfylle kravet i 2013.

Det er en løpende prosess med å forbedre rutiner og systemer for i tilstrekkelig grad å ivareta pasienter med oppfølgingsbehov i forhold til ernæringsstatus. Som eksempel nevnes at Akershus universitetssykehus, siden høsten 2011, har hatt en stipendiat tilsatt i treårig 100 % stilling (finansiert av Helse Sør-Øst RHF) i forskningsprosjektet "Nutritional status and care for elderly patients". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom seksjon klinisk ernæring, Forskningscenteret ved

Akershus universitetssykehus og Institutt for helse, ernæring og ledelse ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

○ *Helseforetakene rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 intensivert arbeidet med å få helseforetakene til å rapportere på skader og ulykker til NPR. Det er blitt innledet et samarbeid med en regional gruppe med ansatte med kompetanse på pasientsystemer. Hensikten er å identifisere hvilke helseforetak som ikke rapporterer og hva de kan lære av de helseforetakene som har dette på plass.

Kravet om rapportering er i tillegg kommunisert til fagledelsen ved alle helseforetak gjennom fagdirektørmøtet 12. desember 2012 og er gjentatt i Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestillingsdokumentet til helseforetakene for 2013. Målsettingen er at alle helseforetak senest innen 1. tertial 2013 skal ha rapportering på plass.

Tabellen nedenfor viser status hentet fra helseforetakene og sykehusenes årlige melding. De fleste helseforetak i Helse Sør-Øst er i gang eller vil starte opp med registrering av personskade- og ulykke til NPR i løpet av 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp helseforetakene i forbindelse med godkjenningen av helseforetakenes årlige meldinger for 2012 og i de faste oppfølgingsmøtene. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp kvaliteten på rapporteringen basert på tilbakemeldinger fra Norsk Pasientregister.

Helseforetak	Status
Akershus universitetssykehus	Rapporteres til NPR
Oslo universitetssykehus	Har egen skaderapporteringsmodul i PAS.
Sunnaas sykehus	Rapporteres til NPR
Sykehuset Telemark	Rapporteres til NPR
Sykehuset Østfold	Rapporteres, men ikke komplett. Dette blir gjort i 2013
Sørlandet sykehus	Registrering er i gang, avholdt møte om felles praksis og retningslinjer
Vestre Viken	Oppstart pilot i desember 2012 med målsetning om implementering fra sommer 2013
Diakonhjemmet Sykehus	Sykehuset har som målsetning å rapportere kvalitetssikrede data 1. tertial 2013
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Ingen rapportering innen personskade og ulykke, men deltar i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og har implementert system for avviksmeldinger

○ *Sykehusene har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.*

Helseforetakene melder at det er etablert røykavvenningskurs som del av tilbudet ved lærings- og mestringssenter (LMS) og som egne tilbud knyttet til spesielle pasientgrupper. Tiltakenes organisering og omfang varierer. Oslo universitetssykehus har i sykehusets enhet for Preventiv kardiologi i mange år hatt et tilbud om tobakksavvenning i individuelle konsultasjoner og dette videreføres. Seksjonen får henvist pasienter for hjelp til røykeslutt fra fastleger og fra andre avdelinger.

○ *Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for drift og videreutvikling av Senter for helsefremmende arbeid ved Akershus universitetssykehus.*

Akershus universitetssykehus, som organiserer og drifter Senter for helsefremmede arbeid, melder at senteret er omorganisert for å kunne møte utfordringer i samhandlingsformen og ny folkehelselov på en bedre måte. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar i det forebyggende arbeidet gjennom hele pasientforløpet. Dette fremmes spesielt ved å sørge for at forebyggingsaspektet vektlegges tidlig i behandlingsforløpet for spesialisthelsetjenestens pasienter og at fagkompetansen brukes i samhandling med kommunehelsetjenesten både når det gjelder primær- og sekundærforebygging.

2.3 Utdanning av helsepersonell

Mål 2012:

- *Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner er ivarettatt og utviklet.*

Omfanget av praksisstudier og opplæring i samarbeid med utdanningssektoren er videreført på samme nivå som tidligere år. Lokalt på helseforetaks-/sykehusnivå er det gjennomført en rekke utviklingstiltak i samarbeid mellom sykehus, helseforetak og høyskole finansiert ved samarbeidsmidler som ligger i høyskolenes budsjetter. På regionalt nivå er det i regi av samarbeidsorganet for høyskolene initiert et nærmere samarbeid med utviklingssentrene for hhv hjemmetjenestene og sykehjem i kommunene. Representanter fra utviklingssentrene er invitert til den årlige fagkonferansen og har fått sete som observatører i det regionale samarbeidsorganet.

Alle helseforetak i regionen samarbeider med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter. Akershus universitetssykehus har f.eks til enhver tid mange studenter fra ulike helsefaglige utdanninger i praksisstudier. I 2012 har 650 bachelorstudenter hatt veiledet praksis ved helseforetaket, i tillegg til ca. 80 studenter under videreutdanning i sykepleie. Helseforetakene i regionen oppfyller kravene til praksisopplæring for de høyskolene som Helse Sør-Øst RHF har et oppdrag i forhold til. Samhandling mellom høyskolene og kommunene innen praksisopplæring er i oppstartsfasen og vil utvikles videre i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har videreført tiltaket med tildeling av insentivmidler i helseforetakenes rammer (totalt ca. fem millioner kroner, første gang i 2010) øremerket til tiltak for økt volum og kvalitet på praksisplasser for høyskolestudenter. Midlene har stor betydning for opprettholdelse av engasjement i koordineringssamarbeidet for praksisstudier, som har et særlig stort omfang med mange aktører i Helse Sør-Øst.

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

Det gis opplæring på alle nivåer; foretaksovergrepene, foretaksvis, på divisjons-/avdelingsnivå og på den enkelte seksjon. Nyansatte og ledere får opplæring innen HMS og datasystemer (både administrative og pasientsystemer). En god del av opplæringen gjøres gjennom e-læringskurs, evt. kombinert med annen type opplæring. Til sammen 4 000 helsefaglige medarbeidere gjennomførte vel 6 000 kurs i E-læringsportalen i 2012. Helseforetaksgruppen er opptatt av å fremstå som en attraktiv læringsbedrift med tanke på fremtidig rekruttering av helsepersonell. Det er spesielt fokus på god organisering og kvalitet i praksisstudiene. Helse Sør-Øst RHF og utvalgte helseforetak deltar i regionalt utdanningsutvalg som er et samarbeid med universitet og høyskoler.

Det er nylig etablert et nasjonalt nettverk for utdanning og kompetanse mellom de regionale helseforetakene. Se nærmere beskrivelse under punktet med rapportering for planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv nedenunder.

- *Det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.*

Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver. I helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst arbeides systematisk med innhold og kvalitet i utdanningstilbudet for å sikre ansattes utvikling av nødvendig og riktig kompetanse, også med tanke på fremtidig behov for arbeidskraft og kompetanse. Det gis strategiske føringer for behov for spesialutdannet personell blant annet gjennom arbeidet med strategisk

kompetanseutviklingsplan. Arbeidet med risiko- og sårbarhetsvurderinger av fremtidig kompetansebehov fortsetter i 2013.

Helseforetakene har utarbeidet kompetanseutviklingsstrategier og legger planer for etter- og videreutdanning. Behovene er kartlagt ved bruk av ulike metoder. Kompetanseplanene følges opp i medarbeidersamtaler.

Planer og strategier utgjør eller vil utgjøre deler av HR-strategien og/eller utviklingsplaner for det enkelte helseforetak.

Noen helseforetak har rettet særlig oppmerksomhet på de grupper av helsepersonell der det er eller vil bli knapphet, vurdert ut fra rekruttering og også alderssammensetning. For å stimulere til økt tilgang, gir flere helseforetak stipender/støtte til videreutdanning/spesialisering av enkelte grupper der det er særlig behov.

Flere helseforetak rapporterer om aktivt samarbeid med høyskolene med utvikling av planer for utdanning av nye grupper personell. Dette gjelder blant annet servicemedarbeidere i Sykehuset Østfold og etter-/videreutdanninger ved Vestre Viken, som utreder behov for og innhold i en mastergrad i nevrologi.

Helse Sør-Øst RHF har utviklet et kompetanseprogram for informasjonssikkerhet, som er under gjennomføring i alle helseforetak. Dette bidrar til systematisk fokus og opplæring i håndtering av pasientopplysninger, spesielt knyttet til bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. Opplæringsmodul for nyansatte er også utarbeidet.

I samarbeid med Helsedirektoratet er det planlagt videreutvikling av det nasjonale e-læringskurset for medisinsk koding.

- *Helse Sør-Øst RHF har medvirket i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksettning av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning.*

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i omlegging og implementering av ny turnusordning for leger. Det regionale helseforetaket har en kontaktperson for samarbeid og informasjonsutveksling med Helsedirektoratet og ut mot helseforetakenes kontaktpersoner. Flere helseforetakene har deltatt i piloten for utprøving av Helsedirektoratets webportal. Dette sikrer ansettelse og god utnyttelse av alle tilgjengelige turnusplasser fra februar 2013.

- *Det er analysert og fremlagt planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggsdokument til oppdragsdokument 2011.*

Helse Sør-Øst satser målrettet på strategisk kompetanseutvikling der hovedmålsettingen er å sikre pasientene oppdatert medisinsk og helsefaglig behandling av høy kvalitet i et langsiktig perspektiv. For å oppnå dette, er det behov for oversikt og analyser av kompetansen i helseforetakene og en beskrivelse av utviklingen av spesialisthelsetjenesten fremover. Et regionalt arbeid som skal gi overblikk over den kompetanse som er til rådighet i regionen på fag- og spesialitetsnivå er satt i gang i 2012 og vil avsluttes i 2013. Det vil deretter bli utarbeidet strategier og tiltak for å dekke kompetanse- og ressursbehov fremover. Arbeidet vil bli ferdigstilt i 2014.

I tillegg til det regionale arbeid gjennomføres også en rekke tiltak i helseforetakene for sikre at fremtidige kompetansebehov oppfylles. Arbeidet er på ulike stadier i de forskjellige helseforetakene. Noen er i slutfasen og konkretiserer nå arbeidet i handlingsplaner. De som har kommet lengst er Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold:

- I 2010/2011 kartla Oslo universitetssykehus kompetanse hos i overkant av 10 000 ansatte. Dette er et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Kompetanseoversiktene må løpende oppdateres. Det arbeides med elektroniske systemer som kan understøtte dette, blant annet via samarbeid med Sykehuspartner og Dossier. I 2012 har strategisk kompetansestyring vært ett av flere felt det arbeides med som et samarbeid mellom HR-stab og stab Medisin, helsefag og utvikling. Oslo universitetssykehus deltar i arbeidet med felles verktøyutvikling for regionen i regi av Helse Sør-Øst RHF.
- Sykehuset Østfold er gjennom *Prosjekt effektiv kompetansestyring (PEK)* i gang med å utarbeide en oversikt over nødvendig kompetanse for å ivareta pasientbehandling innen ulike fagområder. Denne oversikten vil danne grunnlag for kompetanseregistrering. Gapet mellom nødvendig og faktisk kompetanse vil tydeliggjøre kompetansebehovet. Med utgangspunkt i dette skal det utarbeides planer for kompetanseutvikling. Kompetansemodulet i GAT er tatt i bruk med tanke på å sikre at medarbeidere i Sykehuset Østfold har rett kompetanse innen de oppgavene de utfører. I tillegg til denne kompetansemodulet skal en overordnet plan for strategisk kompetanseutvikling 2013-2018 bidra til å sikre tilstrekkelig antall helsepersonell med videreutdanning innen prioriterte fagområder (ferdigstilles 1. februar 2013).

Det er gjennomført en foranalyse av kompetansekartleggingssystemer. Helse Sør-Øst vil ikke investere i nye felles kompetansesystemer, men bygge videre på eksisterende systemportefølje. Sykehuset Østfolds kompetansemodul (GAT) kan etter hvert tas i bruk av øvrige helseforetak. Det vil være frivillig for det enkelte helseforetak å ta i bruk dette elektroniske systemstøtteverktøyet.

De regionale helseforetakenes nasjonale nettverk for utdanning og kompetanseutvikling ble etablert i desember 2012, med deltakelse fra alle de regionale helseforetakene. Nettverket vil gjøre det mulig å utveksle erfaringer og å arbeide sammen om hvordan fremtidige kompetansebehov kan ivaretas.

○ *Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert.*

Gjennomgangen av utdanningskapasitet for disse faggruppene viste at det ikke er mange ubesatte stillinger, men noen problemer med å rekruttere ferdige spesialister utenfor hovedstadsområdet. Rekrutteringen til utdanningsstillinger er mye bedre, og rekruttering av spesialister går best i helseforetak som selv har funksjon som utdanningsinstitusjon. Det er et mål å få etablert flere utdanningsinstitusjoner innen kreftrelaterte spesialiteter, og helseforetakene som har kapasitet til det, må også opprette flere utdanningsstillinger. Tilføring av stillinger til kreftrelaterte spesialiteter må prioriteres et par år til.

○ *Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.*

Denne utdanningen dekker et behov sett fra klinikkens side, og den bygger bro over det tradisjonelle gapet mellom akademisk- og klinikknær forskning. Psykologene som deltar i ordningen tilegner seg en unik kompetanse i å vurdere kliniske og forskningsmessige dilemmaer opp mot hverandre. Slik bidrar de til utviklingen av gode rammer og kvalitet på den planlagte og igangsatte forskningen.

Kort status fra noen helseforetak/sykehus:

Helseforetak	Status
Akershus universitetssykehus	Psykisk helseverns FoU-avdeling har en psykolog tilsatt i avdelingen, som i tillegg innehar en 20 % stipendiatstilling ved universitetet.
Oslo universitetssykehus	Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved sykehuset som planlagt. Flere slike stillinger er allerede opprettet i samarbeid med Universitetet i Oslo.
Sykehuset Innlandet	Det er inngått avtale med Universitetet i Oslo om akademiske stillinger.
Sørlandet sykehus	Dette er på plass ved Sørlandet sykehus der man samarbeider med universitetene i Oslo og Bergen.
Vestre Viken	Det har vært avholdt møte mellom helseforetaket og Universitetet i Oslo i desember 2012 - enighet/avtale om 2 stipendier for dobbeltkompetanseløp i psykologi. Klinikken skal ta stilling til hvilke forskningsområder vi skal prioritere.
Diakonhjemmet Sykehus	Diakonhjemmet Sykehus har tilbudt praksisplass for i alt tre kandidater. To av disse har sluttført sin praksisperiode, mens den tredje er midt i sin praksisperiode. Begge de to psykologene som har ferdigstilt sin dobbeltspesialitet er tilbudt deltidsstillinger videre. Sykehuset vurderer det som svært positivt at denne dobbeltkompetanseutdanningen fortsetter i regi av helseforetakene, og vil gjerne legge til rette for å ta imot kandidater. Det at det følger egne lønnsmidler med stillingene er avgjørende for at dette kan gjennomføres i tråd med studieplanen til kandidatene.
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Barne- og ungdomspsykiatri har hatt en dobbeltkompetansestilling, avsluttet i 2012 etter fullført doktorgrad og spesialisering.

De øvrige helseforetak og private ideelle sykehus som ikke spesifikt nevnes er alle positive til utdanningsløpet.

2.4 Forskning

Mål 2012:

- *Det er etablert en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.*

En arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og med medlemmer fra de andre regionale helseforetakene, Universitetet i Oslo, Regional etisk komité (SØ), NIFU og Norges forskningsråd leverte i februar 2011 en rapport som beskrev hvordan en slik database/rapporteringsystem for kliniske intervensjonsstudier kunne opprettes basert på datagrunnlag fra de regionale forskningsetiske komiteenes dataportal (SPREK-portalen) og i overensstemmelse med CRISTin. (*Current Research Information System In Norway*) Arbeidet med etableringen har vært avhengig av avklaring av ansvars plassering for teknisk videreutvikling og tilpasning av SPREK, eierskap til databasen og ansvar for vedlikehold, drift og funksjonelle innsyns- og rapporteringsmuligheter, samt kostnadsdekning. Helse Sør-Øst RHF har derfor anmodet om at Helse- og omsorgsdepartementer i samråd med Kommunaldepartementet avklarer prinsipielle spørsmål knyttet til dette før ferdigstilling og implementering av rapporteringssystemet kan skje, etter plan i løpet av første halvår og i nært samarbeid med SPREK og CRISTin.

- *Det er utviklet et forslag til felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter, jf. tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011.*

Arbeidet med å utvikle et felles forskningsadministrativt system er igangsatt og ivaretas av en arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og med medlemmer fra de andre regionale helseforetakene, Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, SPREK (REK Nord), CRISTin, NIFU og Forskningsrådet. Arbeidet har vært noe forsinket som følge av pågående utviklingsarbeid både innen CRISTin og SPREK. Arbeidsgruppens rapport vil foreligge før

sommeren 2013. Endelig utvikling av teknisk løsning og implementering vil blant annet avhenge av avklaring av overordnede spørsmål om eierskap og driftsansvar.

- *Helseforetakene har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.*

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i forhold til etableringen av NorCRIN. Helseforetakene i regionen er forberedt på å delta i NorCRIN-baserte multisenterstudier, når disse iverksettes.

- *Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.*

Helse Sør-Øst RHF er konsortiepartner i *Biobank Norge*. Som del av regional forskningsstøtte er det etablert en regional lagringsfasilitet for biobanker, lokalisert ved *Folkehelseinstituttet* (FHI). Det er videre igangsatt en prosess for å utvide denne til et regionalt biobanksenter gjennom et samarbeid mellom FHI, Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet er forankret i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo.

Prosjekt eBiobank ved Oslo universitetssykehus delfinansieres av regionale IKT-midler.

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med deltakelse fra NIFU, innen 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet i helseforetakene og foreslått eventuelle endringer.*

Arbeidet med gjennomgang og forslag til forbedringer av dagens forskningsindikatorer ble igangsatt høsten 2012 og ivaretas av en arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF med deltakelse fra de andre regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus og NIFU. Rapport vil foreligge innen mai 2013.

- *De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF utviklet et forslag til revidert instruks for samarbeid med universiteter og høyskoler. Departementet vil spesifisere oppdraget i eget brev. Arbeidet skal ha vært forankret i samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidsgruppe under ledelse av Helse Vest RHF, som vil levere sin rapport i mars 2013.

- *Helseforetakene har etablert mer effektive systemer for kvalitets sikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf. vedlegg 3.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i interregional arbeidsgruppe som skal foreslå forbedring av system for rapportering av ressursbruk til forskning. Rapport fra arbeidsgruppen er utarbeidet og det arbeides kontinuerlig med forbedring på helseforetaksnivå.

- *Helseforetakene har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.*

Tema er tatt opp med forskningsadministrativ ledelse ved helseforetakene, blant annet gjennom Administrativt forskningsledernetverk og gjennom regional forskningsstøtte som gir råd til helseforetakene om etablering av rutiner.

2.5 Innovasjon

Mål 2012:

- *De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som formidles i eget brev.*

Det er ikke definert konkrete mål for dette området, men aktiviteten er stor både på den forskningsbaserte og den brukerdrevne innovasjon. Antall innovasjonsideer (DOFI) har økt

betydelig og en rekke tiltak er gjennomført for å øke overgangen fra forskning til innovasjon, blant annet gjennom oppsøkende aktivitet i de mest lovende innovasjonsmiljøer.

- *De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med CRISStin, ha etablert en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.*

Forberedende møter med CRISStin-miljøet er gjennomført for å avklare forutsetningen for etableringen av databasen. Samarbeidet med CRISStin, Oslo universitetssykehus, Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge om innhenting av tallmateriale og etablering av piloter er i startfasen. Fremdriften i arbeidet er ikke formalisert, men et arbeidsmål er at den første pilotuttesting skal gjennomføres i løpet av første halvår 2013.

- *Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien*

Det er laget en felles rapport fra de regionale helseforetakene, Difi, HINAS og Innovasjon Norge med gjennomgang av regelverk og forslag til utarbeidelse av veiledning og piloter på området. Rapporten er styrebehandlet i alle regionale helseforetak og gjennomføring er under forberedelse

3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012

Rapportering - økonomi

Resultatkrav for 2012

- *foretaksgruppen i Helse Sør-Øst skal gå i økonomisk balanse i 2012 og gjennom god styring sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatte rammer og resultatkrav*

Samlet har helseforetaksgruppen et positivt resultat i 2012 på om lag 56 millioner kroner. Dette må ses i forhold til 2011 hvor helseforetaksgruppen hadde et negativt resultat på 478 millioner kroner. Det endelige resultatet vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Flere av helseforetakene kan vise til betydelige positive resultater i 2012. Helseforetakene i hovedstadsområdet har fortsatt økonomiske utfordringer med å få varig kontroll på sin driftsøkonomi, men viser en positiv utvikling i forhold til 2011.

Per 31. desember 2012 er den samlede driftskredittrammen på 3 628 millioner kroner trukket opp med 3 609 millioner kroner dvs. med nær 100 %.

Samlet sett er vurderingen at de økonomiske ressurser som er stilt til disposisjon fra eier i 2012 er benyttet i tråd med bestillingene gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoll.

Styring og oppfølging

- *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 budsjettingen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.*

Helse- og omsorgsdepartementets krav til det regionale helseforetaket om realistisk budsjettering på alle inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettet er videreført til alle helseforetakene i regionen i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2012.

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

Etter denne dialogen vurderes hovedrisikoen i budsjettet for 2013 å være knyttet til om helseforetakene når sine mål for reduksjon i månedsværk.

I tillegg kan det synes som det er en risiko for at budsjettet for 2013 innenfor innleie av helsepersonell, overtid og ekstrahjelp og offentlige tilskudd og refusjoner er for lavt sett opp mot erfaringstall fra tidligere år. Helseforetakene har imidlertid ambisjoner om i større grad å bruke egne ansatte enn å benytte innleie av helsepersonell, i tillegg til at det er en uttrykt målsetting å kunne redusere sykefraværet. Helseforetakene ønsker av denne grunn å budsjettere noe lavere på disse forholdene i 2013 enn faktiske resultater i 2012.

- *Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet iht. opplegget som er etablert i departementets oppfølgingsystem ØBAK (økonomi, bemanning, aktivitet, kvalitet).*

Helse Sør-Øst RHF har rapportert i henhold til opplegget i ØBAK, herunder rapportering på ventetider og fristbrudd.

- *Foretaksrådet ba om at den særskilte rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til utviklingen i hovedstadsområdet videreføres inntil videre i 2012*

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

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF bidrar til at rapporten fra arbeidet knyttet til indikatorsett og analyser av produktivitetforskjeller ferdigstilles og oversendes departementet innen første juli 2012*

Helse Sør-Øst RHF har bidratt i en felles arbeidsgruppe med øvrige regionale helseforetak for å utarbeide et konsept for felles indikatorsett knyttet til kostnadsnivå og produktivitet. En rapport er laget og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. juli 2012, etter forutgående behandling i det faste møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene. I tillegg er rapporten lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å sikre gode IKT-løsninger i de tre helseforetakene i hovedstadsområdet*

Blant annet ved å prioritere og fokusere ressurser og økonomiske midler inn mot hovedstadsprosessen og de berørte helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF prioritert videre standardisering av IKT-løsninger i hovedstadsområdet. Dette har vært en forutsetning for å kunne realisere enkelte potensielle gevinster. Samling av alle pasientjournaler fra de tidligere helseforetakene som nå utgjør Oslo universitetssykehus i samme database og å gjøre denne tilgjengelig for hele helseforetaket, har vært en viktig og vellykket milepæl.

Utvikling i hovedstadsområdet er i 2012 fulgt opp i alle oppfølgingsmøter med de aktuelle helseforetakene.

Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling vektlegger også i den videre utviklingen fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger som ett av to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering. Det andre hovedområdet er kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst og helseforetakene legger økt vekt på god kommunikasjon med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det videre omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet.*

Helse Sør-Øst RHF har tatt dette styringsbudskapet til etterretning og også formidlet det videre i oppdrags- og bestillingsdokumenter for 2012 til de aktuelle helseforetakene.

Det regionale helseforetaket og de tre aktuelle helseforetakene i hovedstadsområdet har samarbeidet nært om å styrke kommunikasjonen med og informasjon til befolkningen, pasienter og ansatte i forbindelse med det omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet. Det har skjedd i styringslinjen fra Helse Sør-Øst RHF til styrene og ledelsen i de tre helseforetakene. Samme budskap er formidlet i faglinjen mellom kommunikasjonsmedarbeiderne i Helse Sør-Øst RHF og de tre helseforetakene.

En viktig oppgave har vært å skape en intern enighet om hvem som har ansvaret for informasjon om de forskjellige temaene som er kommet opp i media. Oslo universitetssykehus har etter hvert tatt et godt grep om de saker som er deres ansvar.

I kommunikasjonsarbeidet er det lagt stor vekt på økt åpenhet. Rask reaksjon på saker som er kommet opp gjennom organisasjonen i helseforetakene og i media har også vært vektlagt.

Utfordringene i å gi tilstrekkelig informasjon er store, og samtidig viktige for å skape den trygghet både hos ansatte og befolkning. Arbeidet med økt åpenhet og kommunikasjon omkring omstillingene videreføres i 2013 både i helseforetak og på regionalt nivå.

Pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret

- *Foretaksrådet for Helse Sør-Øst RHF tar hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning*

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle helseregionene kom frem til en felles anbefaling om hvordan dette skulle beregnes. Den anbefalte løsningen er lagt til grunn i det økonomiske oppjøret mellom regionene i 2012.

Låneopptak (kap.732 post 82)

- *For 2012 tildeles Helse Sør-Øst RHF 1 300 mill. kroner i lån, med henholdsvis 1 000 mill. kroner til nytt sykehus i Østfold og 300 mill. kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus HF*
- *Foretaksrådet forutsatte at tildelt lånebevilgning i 2012 kun benyttes til nytt sykehus i Østfold og samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus HF*

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2012 tildelt og utbetalt 1 300 millioner kroner i lån, med henholdsvis 1 000 millioner kroner til nytt østfoldsykehus og 300 millioner kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Midlene er tilgjengeliggjort for disse prosjektene og utbetales i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

Likviditet og driftskreditter

- *Ved inngangen til 2012 er samlet driftskredittramme på 8 802 mill. kroner, jf. Prop 16S (2011-2012), berav utgjør driftskredittrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 938 mill. kroner. Det gjøres ingen endringer i Helse Sør-Øst RHF's driftskredittramme nå.*

De regionale helseforetak har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetak til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fastsett og fordele driftskredittrammene mellom de regionale helseforetak. De regionale helseforetak har som følge av flere år med underskudd, akkumulert et betydelig driftsunderskudd, og deler av dette underskuddet er finansiert med driftskreditter.

Helse Sør-Øst RHF har over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009) ble de regionale helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for de regionale helseforetakene. Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom endring av driftskredittrammer. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank innenfor rammer som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved inngangen til 2012 var samlet driftskredittramme for Helse Sør-Øst RHF på 3 938 millioner kroner. I Prop 111S (2011 - 2012) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012*, ble kravet til Helse Sør-Øst RHF's nedbetaling av driftskredittrammen som følge av endring i pensjonspremie satt til 200 millioner kroner, ned til totalt 3 738 millioner kroner for 2012, tilsvarende en nedbetaling av driftskredittrammen på 40 millioner kroner per måned fra og med august.

I omgrupperingsproposisjonen for 2012 i november 2012, Prop 22 S (2011-2012) viste nye beregninger at pensjonspremier for 2012 ville bli lavere enn det som var lagt til grunn i Prop. 111S (2011 - 2012) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012*. Dette medførte at Helse

Sør-Øst RHF fikk et økt nedbetalingskrav på driftskredittrammen med 110 millioner kroner, og driftskredittrammen ved utgangen av 2012 ble således satt til 3 628 millioner kroner.

Investeringer og kapitalforvaltning

- *Helse Sør RHF legger prinsipper og føringer i Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner*

Helse Sør-Øst RHF har hatt en sentral rolle i utvikling av nevnte veileder, og har implementert den, med senere revisjoner, i alle relevante planprosesser for utvikling av bygningsmassen i helseforetaksgruppen. Sørlandet sykehus startet i 2011 opp arbeidet med utviklingsplan for helseforetaket, og har lagt veilederens krav til prosess og innhold til grunn for arbeidet.

I de øvrige helseforetakene med pågående større pågående planprosesser, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken er disse tilpasset veilederens krav.

- *i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene etablerer en nasjonal database for registrering av sykehusbygg. Foretaksmøtet ba om at Helse Sør-Øst RHF leder dette arbeidet.*

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet i januar 2010 bedt om å registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet utviklet av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging med bakgrunn i målsettingene i *Nasjonal helseplan*, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007). En likeartet registrering vil gi muligheter for å sammenligne kapasitet og arealer og vil være nyttig i den strategiske planleggingen på alle nivåer.

Foretaksmøtet i januar 2012 ba Helse Sør-Øst RHF om å lede arbeidet med å etablere en nasjonal database for registrering av sykehusbygg i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene. Databasen skal være strukturert og tilrettelagt for kobling mot andre datakilder for informasjon om pasientbehandling, samt informasjon fra helseforetakenes FDV (forvaltning, drift, vedlikehold)-systemer.

Oppdraget med å registrere alle bygg etter klassifikasjonssystemet er koordinert interregionalt, med felles kontrahering og bruk av rådgiver som samordner registreringen. Arbeidet ligger etter planen fordi styringsgruppen for kompetansenettverket vedtok at klassifikasjonssystemet skulle revideres i 2011. Etter at revisjon ble gjennomført, har det vist seg at denne har medført en del feilkilder, som ytterligere har forsinket arbeidet i 2012. Arbeidet med etablering av databasen har pågått i siste halvår 2012 og vil etter planen ferdigstilles i 1. kvartal 2013. Helseforetakene vil deretter oppgradere/registrere data og importere til nasjonal database.

- *sørger for at hvert helseforetak, som en del av økonomisk langtidsplan inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for dette arbeidet.*

Helse Sør-Øst RHF har i eget brev i 2012 gitt underliggende helseforetak i oppdrag å:

- vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter
- utarbeide vedlikeholdsplaner, og sikre at budsjettet i tilstrekkelig grad er avstemt med disse og vedtatt eiendomsstrategi for helseforetaksgruppen. Planer og budsjett må ivareta nødvendig oppfølging av avvik i henhold til lover og forskrifter. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.
- følge opp de vesentligste avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport og sett i sammenheng med eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst.

- som en del av økonomisk langtidsplan, inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

Helseforetakene rapporterte status på oppdragene per 2.tertial.

Det er i 2012 etablert regionalt nettverk for drift og vedlikehold der alle helseforetak er representert. Nettverket har utviklet verktøy for tilstandsbasert vedlikeholdsplanlegging. Verktøyet ble klart for bruk i november 2012. Helseforetakene er i ferd med å kartlegge og beregne tiltak for dekomponert tilstandsgrad 2 og 3, basert på tidligere tilstandsregistreringer. Noen av helseforetakene er ferdig med planarbeidet, men ved utgangen av 2012 har ingen i tilstrekkelig grad implementert disse økonomisk i langtidsbudsjett 2013-2016.

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge vedtatte prinsipper og føringer for planlegging av investeringsprosjekter til grunn i det videre planarbeidet for utvikling av sykehusstilbudet i Vestre Viken HF.*
- *Arbeidet med utviklingsplanen for Vestre Viken HF skal inneholde faglige og økonomiske konsekvenser av en mulig sammenslåing av sykehusene som nå er plassert i henholdsvis Drammen og Kongsberg. Disse analysene skal vurderes i forhold til opprettholdelse av dagens sykehusstruktur.*

Føringene i veilederen innebærer blant annet at utviklingsplanen skal vise hvordan ulike virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak kan løse aktuelle og fremtidige behov. Gjennom den bygningsmessige utviklingsplanen er det identifisert investeringstiltak for å understøtte den virksomhetsmessige utviklingsplanen, med ulike alternative strukturer. Forslaget til utviklingsplan ble ferdigstilt i desember 2011, og er for tiden ute til en bred hørings- og forankringsrunde i perioden fra februar til mai 2013.

I forslaget til utviklingsplan er det beskrevet fire alternativer for ny sykehusstruktur i Vestre Viken, i tillegg til 0-alternativet, som innebærer uendret struktur og som i realiteten er et utsettelsesalternativ.

Faglige og økonomiske konsekvenser av en mulig sammenslåing av sykehusene som nå er plassert i henholdsvis Drammen og Kongsberg inngår som alt. 2 i forslaget til utviklingsplan.

Tomtevalg og lokalisering av et nytt sykehus har ikke vært en del av utviklingsplanen. Det anbefales at tomtevalg og lokalisering blir en del av idéfasen, og det legges til grunn at lokalisering og tomtevalg skjer i løpet av 2013.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012

Oppfølging av samhandlingsreformen

- *bidrar til at samhandlingsavtalene med kommunene dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling*

Helse Sør-Øst RHF bidrar til implementering av samhandlingsreformen gjennom en egen satsing for organisatoriske tiltak. De organisatoriske tiltakene gjenspeiler seg i intern organisering i det regionale helseforetaket, etablering av nettverk mellom helseforetakene, delegering av fullmakter til helseforetakene og samarbeidsavtaler mellom Helse Sør Øst RHF og KS i regionen og Oslo kommune. Styret i Helse Sør-Øst RHF har tidligere behandlet sak om fokusområder for samhandling i regionen. Disse fokusområder er i samsvar med samhandlingsreformenes intensjon og peker ut viktige områder for felles satsing.

Implementeringen av samhandlingsreformen er organisert som et programområde i Helse Sør-Øst RHF på tvers i organisasjonen med oppfølging i linjen. Det er blant annet opprettet et

samhandlingsteam med deltakelse fra alle avdelinger i det regionale helseforetaket. Medlemmer av teamet deltar i nasjonale nettverk og arbeidsgrupper i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, referansegruppe, arbeidsgruppe for kommunal medfinansiering og arbeidsgruppe for styringsdata.

- *sørger for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd til sin virksomhet fra Helse Sør-Øst RHF, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade ihht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven*

Det er etablert et samhandlingsnettverk hvor samhandlingsansvarlige i alle helseforetak deltar. Nettverket har avholdt syv møter. Her drøftes saker av felles interesse som blant annet ulike felles utfordringer og tolkninger og praktisering av lovverk. Sentrale temaer som er drøftet er; lovpålagte avtaler, sikring av gode pasientforløp, utskrivningsklare pasienter, elektroniske meldinger og kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud.

- *bidrar til å styrke samhandlingen og stimulere til etablering av tilbud i kommunene, berunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen*

På kontaktmøter mellom partene har sentrale temaer vært gjennomgang av status for samhandlingsreformen, IKT-utfordringer, likeverdige helsetjenester, rett til nødvendige helsetjenester for utenlandske pasienter, kompetanseutveksling og forskning. I tillegg har kontaktmøtene med Oslo kommune blant annet tatt opp storbylegevakt, oppfølging av avtale om observasjonsposten ved legevakten, oppfølging av *Samhandlingsarena Aker* samt utveksling av informasjon om aktuelle saker.

I 2012 ble det stilt ca. 20 millioner kroner i stimuleringsmidler til prosjekter som kan bidra til realisering av samhandlingsreformens mål og intensjoner. Siden 2007 er det tildelt ca. 60 millioner kroner til over 170 samhandlingsprosjekter. Det har vært krav om formelt samarbeid mellom helseforetak, kommuner og brukere. Nasjonalt kunnskapssenteret har evaluert 156 prosjekter som har fått tildelt midler i perioden 2007 til 2011. Kunnskapssenteret arrangerte en dialogkonferanse med inviterte deltakere fra de ulike prosjektene. En sluttrapport foreligger og viser at sentrale momenter for å lykkes blant annet er god ledelsesforankring, brukermedvirkning, forbedringskompetanse og kunnskap om metode og verktøy.

Helse Sør-Øst RHF har hatt dialog og deltatt på møter om samhandlingsreformen med blant annet pasientombudene i regionen, arbeidslivets organisasjoner på sentralt nivå, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Kompetansesenteret for legevaktsmedisin og pasientorganisasjonene SAFO og FFO samt en rekke medlemsorganisasjoner av disse.

- *tilpasser tilbudet i helseforetakene i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene*

Helseforetakene har fokus på å tilpasse sine tilbud i forhold til etablering av nye tilbud i kommunene. I 2012 har fokus stort sett vært planlegging og oppstart av nye tilbud, slik at en ennå ikke kan se endringer i tilbudet i spesialisthelsetjenesten i regionen. Det vil i løpet av 2013 komme endringer som følge av at kommunene skal ta over oppgaver.

- *bidrar til samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene, slik at disse områdene ikke nedprioriteres*

Dette oppdraget også gitt videre til de aktuelle helseforetak i oppdrag og bestilling. Alle helseforetakene melder tilbake at de har god dialog med sine kommuner. Flere har pågående tiltak/prosjekt for å bedre tilbudet til disse pasientgrupper. Et helseforetak melder likevel en

bekymring knyttet til at kommunene i området har redusert ressurstilgangen til disse områdene for å møte oppgave med å ta imot utskrivingsklare pasienter innen somatikk.

Det regionale nettverket for samhandling har i sine møter hatt oppe temaet om å bidra til at psykisk helsevern og TSB ikke nedprioriteres, og arbeidet innenfor området vil bli videreført i 2013. I anskaffelsen innen TSB som ble sluttført i 2012, la Helse Sør-Øst RHF stor vekt på samarbeidet mellom helseforetakene, kommunene og de private avtalepartene før, under og etter døgnbehandlingen for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende behandlingstilbud.

- *styrker forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger, jf. Helse- og omsorgsdepartementets Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling*

Helse Sør-Øst RHF mener det er nødvendig å sette fokus på forskning om samhandling. I oktober 2012 arrangerte Helse Sør-Øst RHF konferansen *Samhandlingsforskning i praksis*. På konferansen ble det presentert en blanding av forbedringsprosjekter og pågående og planlagte forskningsprosjekter. 140 personer fra brukerorganisasjoner, helseforetak, kommuner og ressurs- og kompetansesenter deltok på konferansen.

- *rapporterer på status samhandlingsreformen i oppfølgingsmøtene, med særskilt rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette.*

Helse Sør-Øst RHF har rapportert status og samhandlingsreformen har vært tema i oppfølgingsmøtene med Helse- og omsorgsdepartementet.

Internkontroll og risikostyring

- *styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen minimum én gang per år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik*

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

I sitt oppdrags- og bestillingsdokument til de underliggende helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Det er videre lagt til grunn at omstilling av virksomheten krever risikovurdering av konsekvenser for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring har vært en del av helseforetakenes tertialrapportering i 2012. Det redegjøres for dette arbeidet i helseforetakenes årlig melding. Helseforetakene rapporterer til egen ledelse og eget styre, men har også krav om månedlig rapportering til Helse Sør-Øst RHF på samme måte som Helse Sør-Øst RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 gjennomført minimum fire oppfølgingsmøter med de ti underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetaket og vedtatt strategi.

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

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

Intern revisjon

I tillegg til det fokus styret i Helse Sør-Øst RHF har på utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i linjestyrte aktiviteter, ivaretas styrets tilsyns- og kontrollrolle gjennom oppgaver lagt til revisjonskomiteen (fra 1. januar 2013 benevnt styrets revisjonsutvalg) og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonskomiteen avholdt åtte møter i 2012, hvor revisjonsrapporter i perioden og konsernrevisjonens årsrapport og revisjonsplan er behandlet. Videre har revisjonskomiteen gjennomgått risikovurderingen for helseforetaksgruppen og eksternrevisors risikovurdering, planer og utførte arbeid. Revisjonskomiteen protokollerer sitt arbeid og fremlegger protokollene for styret.

Konsernrevisjonen bistår styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern styring og kontroll. Konsernrevisjonen bidrar også til kontinuerlig kvalitetsforbedring av helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer gjennom revisjoner hvor det på vegne av styret ses etter om intern styring og kontroll er tilfredsstillende innenfor utvalgte områder. Konsernrevisjonen kan i tillegg utføre rådgivningsoppdrag.

Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF. I 2012 er det gjennomført flere interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder i helseforetaksgruppen, hvorav de tre mest omfattende er:

- *Revisjon av pasientadministrativt arbeid:*
Konsernrevisjonen har fortsatt arbeidet med å gjennomføre revisjoner av pasientadministrativt arbeid, hvor det undersøkes om helseforetakene har etablert intern styring og kontroll som sikrer at pasientene kommer til rett sted og til rett tid, samt om pasientens rettigheter ivaretas. Revisjonen omfatter alle helseforetak i regionen. Revisjonsrapport fra den enkelte revisjon sendes administrerende direktør i det enkelte helseforetak og behandles i deres styrer. I sak 056-2012 behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF oppsummeringsrapporten fra alle revisjonene.
- *Oppfølging av revisjon av henvisningsområdet i Vestre Viken:*
Konsernrevisjonen har gjennomført en oppfølgingsrevisjon av revisjon av henvisningsområdet fra 2010 ved Vestre Viken. Formålet med oppfølgingsrevisjonen var å identifisere i hvilken grad tiltak som helseforetaket har iverksatt, har bidratt til å lukke de svakheter og mangler som er beskrevet i revisjonsrapporten fra 2010.
- *Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus:*
Konsernrevisjonen har gjennomført en revisjon av ventelistebehandling og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus. Revisjonen var et ad hoc-oppdrag etter

ønske fra helseforetakets ledelse. Den ble iverksatt i forbindelse med flere nyhetsoppslag våren 2012, hvor det blant annet ble vist til at helseforetaket trikket med ventelister. Det ble hevdet at ledelsen ved Oslo universitetssykehus hadde instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skulle prioriteres foran andre rettighetspasienter.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2012 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2012 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 7. februar 2013 sammen med revisjonsplan for perioden 2012-2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2012 er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

- *det ved omstilling av virksomheten, berunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.*

I Helse Sør-Øst er det i 2012 videreført store prosesser i hovedstadsområdet for å legge til rette for et godt og fremtidsrettet helsetjenestetilbud. Publikum, presse og tilsynsmyndigheter har alle hatt stor oppmerksomhet rettet mot disse prosessene, og mange har uttrykt bekymring for pasienttilbudet ved Akershus universitetssykehus etter tilsyn fra fylkeslegen i Oslo og Akershus i 2011. Det har også i perioden blitt reist spørsmål om pasienter og ansatte er godt nok ivare tatt gjennom endringene i hovedstadsområdet. Alle disse sakene bidro til å skape usikkerhet rundt pasientsikkerheten og kvaliteten ved tjenestetilbudet i vår region.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen gir oss åpenhet rundt uheldige hendelser i alle sykehus i Norge og har sammen med ledelsens gjennomgang og stadig bedre meldekultur gitt mulighet til kvalitetsforbedring. Det er ikke grunn til å frykte for at tilbudet er mindre sikkert i Helse Sør-Øst enn i resten av landet, men vi har en jobb å gjøre i stadig å forbedre oss. Fylkeslegens tilsyn fra 2011 viste at det har vært en svært krevende periode for de ansatte både på Akershus universitetssykehus og i Oslo universitetssykehus.

Åpenhet om feil og mangler er helt avgjørende for at vi kan lære av dem og sette inn tiltak for å bli bedre. Gjennom blant annet konsernrevisjonens rapport har Helse Sør-Øst fått fakta på bordet. Bare gjennom å kjenne hullene i systemet kan de tettes. Leger, sykepleiere og annet helsepersonell arbeider hver dag for å gi pasientene det beste tilbudet. Det regionale helseforetaket må, sammen med lederne i helseforetakene, arbeide like dedikert for å gi tilgang til systemer, teknologi og riktig opplæring slik at medarbeiderne kan yte sitt beste i pasientbehandlingen. Pasientsikkerhet og kvalitet er det aller viktigste for pasientene. Selv om åpenhet omkring feil og mangler koster i form av negativ oppmerksomhet, er det en helt nødvendig forutsetning for å bli bedre.

Risikovurderinger av slike prosesser er en nødvendig forutsetning for å kunne fange opp relevante problemstillinger på et så tidlig tidspunkt som mulig.

I oppdrags- og bestillingsdokument til de underliggende helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF presisert styrenes ansvar for at helseforetaket skal se til 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.

- *Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn*

Systematisk oppfølging av tilsynsrapporter gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF, alle underliggende helseforetak og ved de private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF.

For helseforetak og private ideelle sykehus blir rapporter fra tilsynsmyndigheter som inneholder avvik og/eller merknader på tilsynsområdene fulgt opp med tiltaksplaner og rapportering på status mht. gjennomføring av tiltakene. Det rapporteres, internt, til styret (tertialvis) og til aktuell tilsynsmyndighet. For eksempel publiserer Sykehuset Telemark eksterne tilsyn med tilhørende styresaker på internett: www.sthf.no/tilsynsrapporter.

I tillegg tas resultat av eksterne tilsyn med i det systematiske forbedringsarbeidet internt. Ved alle helseforetak og private ideelle sykehus er det opprettet kvalitetsutvalg overordnet for virksomhetene, samt at de fleste også har kvalitetsutvalg på klinikknivå og enkelte også på avdelingsnivå. Det tilstrebes videre at forbedringsarbeid skal skje på laveste nivå og at ansvaret ligger i linjen.

Helse Sør-Øst RHF mottar kopi av eksterne tilsyn ved underliggende helseforetak og sykehus. Vanlig saksbehandling gjennomføres internt ved det regionale helseforetaket og helseforetaket/sykehuset følges opp i den grad det er nødvendig ved lukking av avvik. Videre legges oppsummering og oversikt over tilsynsrapporter frem for styret i Helse Sør-Øst RHF med status for lukking av avvik, samt hvilke forbedringstiltak som er igangsatt.

- *forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt*

Alle helseforetak og private ideelle sykehus med avtale i Helse Sør-Øst RHF legger vekt på at henvendelser fra tilsynsmyndigheter svares opp innen angitt frist.

Eksterne tilsynsrapporter følges opp, jf. foregående punkt. Helseforetak og private ideelle sykehus omfattes av mange eksterne tilsyn og det kan være krevende å overholde frister som er satt. I årlig melding rapporteres det fra flere at det legges vekt på systematikk, gjerne ved hjelp av elektroniske hjelpemidler for å kunne overholde frister.

Ved Oslo universitetssykehus ble det i 2012 gjennomført 26 eksterne tilsynsbesøk. Fordi det gjennomføres så mange tilsyn har helseforetaket etablert en funksjon som tilsynskoordinator for å sikre best mulig gjennomføring og oppfølging av tilsyn. Tilsynskoordinator har oversikt over alle tilsynsaktiviteter, gjør avtaler med tilsynsmyndighetene og er bindeledd mellom myndigheter og de enkelte tilsynsobjekter i klinikkene.

- *sikre at helseforetakene har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt*

Helse Sør-Øst RHF følger arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner fortløpende i helseforetakene gjennom prosjektet "Glemte av sykehuset" (nærmere beskrevet i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet* under oppdraget som pålegger Helse Sør-Øst RHF å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer). Gjennom prosjektarbeidet er det utarbeidet oversikter over hvilke kontrollrapporter som må, eller kan, benyttes som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet. En del av de utvalgte indikatorene er også innarbeidet i helseforetakenes faste månedlige rapportpakke til Helse Sør-Øst RHF. Oppfølging i forhold til svikt i systemene som brukes for å utføre det pasientadministrative arbeidet er også avhengig av et godt samarbeid med, og god oppfølging fra, systemleverandørene.

- *følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling*

I regi av det regionale prosjektet ”Glemt av sykehuset” er det utarbeidet detaljerte beskrivelser av hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. Det er også utarbeidet opplæringsmaterieill for å understøtte forbedringsarbeidet. Gjennom arbeidssamlinger i det felles, regionale prosjektet drøftes fremdrift, utfordringer og gode erfaringer. Helse Sør-Øst RHF's oppfølging i prosjektet viser at helseforetakene arbeider med organisasjons- og kompetanseutvikling for å forbedre og trygge de pasientadministrative rutinene.

e-Helse

- *legge til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften*

Helse Sør-Øst RHF har i 2012 startet implementeringen blant annet gjennom å etablere et foranalyse-prosjekt for identitets- og tilgangsstyring (etter krav i helseinformasjonssikkerhetsforskriften). Foranalysen skal identifisere og kartlegge nødvendige tiltak som må gjennomføres for å etterleve helseinformasjonsforskriften, herunder krav til funksjonalitet og bruk i behandlingsrettede helseregistre.

- *tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene*

Helse Sør-Øst RHF har dialog med det nasjonale e-resept prosjektet og arbeider videre med utvikling av en løsning med tilstrekkelig sikkerhet for helseforetakenes systemer, i henhold til strategi og regionale planer for realisering av eResept. Helse Sør-Øst har hatt en sentral rolle i det nasjonale arbeidet for medikasjonstjenesten, som vil legge grunnlag for utnyttelse av e-resept i sykehus. Medikasjonstjenesten er også en viktig premis for den nasjonale Kjernejournalen.

- *bidra i de nasjonale prosjektene på e-helseområdet som bl.a. Helseportal, kjernejournal, elektroniske resepter, nasjonalt standardiseringsarbeid, helse- og kvalitetsregistrene, automatisk frikort og arbeidet med felles løsning for folkeregisteropplysninger*

Helse Sør-Øst RHF har gjennom 2012 bidratt aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området, gjennom vedtak av en revidert regional IKT-strategi med tilhørende IKT-langtidsplan for perioden 2013-2016. IKT-langtidsplan er knyttet opp mot føringer i regional økonomisk langtidsplan. Det er lagt vekt på å sikre etablering av et felles fundament i regionen, og gjennom dette legge til rette for god samhandling nasjonalt. Regionen har bidratt til realisering av de vedtatte satsinger som framgår i nasjonal handlingsplan for e-Helse og deltatt i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter, blant annet kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter. Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til standardiseringsarbeid og i forhold til nasjonalt arbeid for kodeforbedring.

Helse Sør-Øst RHF har to medlemmer i styringsgruppen for Nasjonal IKT og i prosjekteierforum. Det regionale helseforetaket er representert i Klinisk IKT fagforum og i Arkitekturforum underlagt Nasjonal IKT. Helseregionen er representert i styringsgruppen og referansegruppen for Nasjonal Kjernejournal. Helse Sør-Øst RHF deltar i styringsgruppen og prosjektgruppen for nasjonal foranalyse for logganalyse, gjennom Nasjonal IKT. Helse Sør-Øst RHF er også representert i styringsgruppen for helseportalen www.Helsenorge.no, og var representert med en sentral medarbeider i etableringsprosjektet. Leder av den regionale satsingen i Pasientsikkerhetskampanjen er også en sentral bidragsyter til den nasjonale kampanjeledelsen. Helse Sør-Øst har i tillegg ledet styringsgruppen for det nasjonale medikasjonsprosjektet og Nasjonal Sykehus-FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte tilpasset behov i sykehusene) i regi av Nasjonal IKT.

Helse Sør-Øst RHF bidro i arbeidet med den ny e-helsemeldingen, som ble lagt frem for Stortinget i november 2012.

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

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

Det er avsluttet forhandlinger med anskaffelse av nytt laboratoriesystem som medfører en betydelig forenkling og modernisering av støttesystem for fire laboratorieområder.

Avslutning av anskaffelse for nytt felles system for RIS/PACS nærmer seg. Det er gjort avrop på nytt PAS/EPJ-system for Oslo universitetssykehus og Sykehuset i Telemark. Dette medfører en samling om ett system i hele regionen og må sees på som en modernisering for de to aktuelle helseforetakene.

- *sikre at alle helseforetakene i regionen følger opp de nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forberedt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.*

Gjennom det regionale meldingsløftet er funksjonalitet for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten etablert ved alle helseforetak, bortsett fra Oslo universitetssykehus. Videre utbredelse av løsningen er knyttet til fremdriften i Helsedirektoratets prosjekt OSEAN (*Oppdatering og Søk etter Elektroniske Adresser. Integrasjon mellom legekontorsystem og NHN-Adresseregister*).

Ved Oslo universitetssykehus er innføring av funksjonalitet for mottak av henvisning fra primærhelsetjenesten planlagt til oppstart av nytt PAS/EPJ (DIPS) i oktober 2014.

- *bidra i arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning med vedlegg mellom helseforetakene og pilotere denne*

Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning. Videre fremdrift av planlegges i prosjektet ”*Elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak*”, som er planlagt som en del av program for *Digital Samhandling*. Oppstart av prosjektet er planlagt til 2013 og pilotering og innføring er planlagt i forbindelse med oppstart av DIPS ved Oslo universitetssykehus i oktober 2014.

Helsedirektoratet skal lede og videreutvikle Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT). Helse Sør-Øst RHF har prioritert utvikling av standard for henvisning mellom helseforetak i forhold til NUIT, og vil etter forespørsel delta i det aktuelle standardiseringsarbeidet.

- *bidra til å få på plass et system for elektronisk understøttelse av innføringen av melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3*

Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt koordinerende IKT-prosjekt (*Prosjekt §3-3 ny meldeplikt*) for å bistå helseforetakene i gjennomføring og samarbeid om ny meldingssløyfe, samt tilpasning av elektroniske løsninger.

Tiltak på personalområdet

Bemanning

Foretaksrådet viste til at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak skal planlegge og treffe tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt. Det skal føres en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk, som bidrar til gode arbeidsplasser og god og riktig bruk av medarbeiderne.

Et kritisk innsatsområde for til enhver tid å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse er ressursstyring. Dette er også ett av tre innsatsområder i Helse Sør-Øst RHF's HR-strategi.

Helseforetakene ble i 2012 bedt om å understøtte bedre ressursstyring gjennom å heve kompetansen på bemannings- og arbeidstidsplanlegging hos 1. linjeledere.

I 2011 ble det utviklet en felles regional metodikk for dette arbeid under navnet BRASSE (*’Bedre Ressursstyring, Arbeidstidsplanlegging, Systemer, Styring og Endringsledelse’*). For å fremme bedre ressursstyring og bruk av BRASSE-metodikken er det i løpet av 2012 gjennomført følgende regionale tiltak:

- Utprøving av metodikk ved Sykehuset i Vestfold (fire enheter). Herunder støtte til utarbeidelse av analyser og handlingsplaner, gjennomføring av handlingsplaner og dokumentasjon av resultater.
- Avholdelse av en erfaringskonferanse om ressursstyring med deltakelse fra alle helseforetak. I tillegg til direkte erfaringsdeling hadde konferansen til hensikt å identifisere behov for ytterligere støtte til kompetansebygging.
- Opplæring av rådgivere på helseforetakene. I alt 35 rådgivere fra ni helseforetak har høsten 2012 gjennomført et opplæringsløp i BRASSE-metodikken med fem samlinger av to dagers varighet. Disse rådgiverne skal lære opp og støtte ledere i eget helseforetak. Parallelt med, og som oppfølging av, opplæringen har de arbeidet med et konkret prosjekt i eget helseforetak.

I tillegg til metodearbeidet og opplæringen pågår det et arbeid for å sikre god systemstøtte til ledere rundt ressursstyring og arbeidsplanlegging (RAPS). I 2012 er den regionale fellestjenesten for RAPS gjort tilgjengelig for Oslo universitetssykehus. Arbeidet med å gjøre den tilgjengelig også for Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet er påbegynt og avsluttes i 2013. Etter dette gjenstår kun Sykehuset Østfold, der lokal installasjon av systemet må migreres til regional plattform.

Ansvarlig arbeidsgiverpolitikk

Som en stor aktør innen offentlig virksomhet, påhviler det Helse Sør-Øst RHF et særlig ansvar for å sikre at de underliggende helseforetakene opptrer som seriøse og gode arbeidsgivere. Dette innebærer ikke bare å etterleve lov- og avtaleverk. Gjennom HR-strategien, som ble revidert i 2012, trekkes det opp en systematisk satsning på ledelse, kompetanse og ressursstyring. HR-strategien skal legge til rette for en bevisst arbeidsgiverpolitikk som prioriterer ressurser og tiltak etter behov og bidrar til gode og sikre arbeidsplasser. Alle helseforetak skal utarbeide egne strategier og handlingsplaner som gjenspeiler disse hovedprioriteringene.

- *legger til rette for å øke antall læreplasser i helseforetakene for elever i videregående opplæring*

Kravet om å legge tilrette for å øke antall læreplasser i videregående opplæring er videreført i Helse Sør-Øst RHF's oppdrag til underliggende helseforetak. Kravet omfatter både egne læreplasser og læreplasser der lærlingen har kontrakt med annen virksomhet (spesielt kommuner og fylkeskommuner), men har praksis også i helseforetaket.

I 2012 er det fokusert på utvikling av egne læreplasser og helseforetakene har rapportert inn en økning fra 214 læreplasser (gjennomsnitt per måned, helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst samlet) i 2011 til 280 læreplasser i 2012. Økningen er på over 30 %.

Heltidsstillinger, midlertidige stillinger og deltidstillinger

- *som hovedregel bruker faste heltidsstillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og deltidstillinger*

De nasjonale deltidindikatorer (se tabell nedenfor), viser at korrigert andel deltidansatte i desember 2012 utgjør 25 % mot 30 % i januar. Korrigeringen innebærer at de deltidansatte som arbeider redusert tid på grunn av rettighetspermisjoner, uførehet, bierverv ved høyskoler og universiteter og annet, er tatt ut av gruppen. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant fast ansatte er i samme periode økt fra 91 % til nesten 94 %.

Deltidsindikatorer Helse Sør-Øst foretaksgruppen	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Andel deltid av juridisk stillingsstørrelse - faste	33,3 %	33,4 %	33,2 %	33,1 %	32,9 %	32,8 %	32,6 %	32,4 %	32,4 %	32,5 %	32,4 %	32,3 %
Andel deltid av korrigert stillingsstørrelse - faste	30,2 %	27,9 %	26,7 %	26,3 %	25,9 %	25,7 %	25,6 %	25,4 %	25,4 %	25,5 %	25,4 %	25,4 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse av juridisk stilling(er) - faste	90,0	90,7	90,8	90,8	90,9	90,9	91,0	90,8	90,8	90,8	91,0	91,4
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse av korrigert stilling(er) - faste	91,1	92,4	92,9	93,0	93,2	93,2	93,3	93,1	93,1	93,1	93,3	93,7

- *i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeider for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger*

Alle helseforetak er pålagt å gjennomgå utlysings- og permisjonspraksis og drøfte endringer med arbeidstakerorganisasjonene for å få til en bedre praksis i tråd med hovedregelen. Helse Sør-Øst legger videre vekt på å følge opp deltidansattes fortrinnsrett etter arbeidsmiljøloven. Dette er nedfelt i oppdrag til helseforetakene for 2012. Det fremgår der at alle helseforetak skal ha skriftlige prosedyrer for praktisering av deltidansattes fortrinnsrett. I tillegg er det satt krav til individuell oppfølging. Alle som har registrert uønsket deltid skal ha fått en individuell vurdering av sine muligheter innen 31. desember.

- *fortsetter arbeidet med å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidstillinger*

I Helse Sør-Øst har det siden 2008 vært arbeidet målrettet for at ansatte primært skal ha hele og faste stillinger. Årets innsats for å redusere andelen deltidansatte er videreført fra 2011 i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer. I helseforetaksgruppen startet året med en "deltidsdugnad" for rydde opp i ansettelsesforhold og gi flest mulig som ønsket det, et tilbud om heltid eller større stillingsprosent. Helseforetakenes innsats i forlengelsen av dette er tydelig når man ser på resultatene ved årets slutt. Tallene per desember 2012 viser at drøyt 13 000 av totalt nær 52 000 fast ansatte nå har deltidstilling. Dette er 2 300 færre enn 12 måneder tidligere.

- *har systemer som gir oversikt over medarbeidere i deltidsstilling som ønsker høyere stillingsandel*

For å legge til rette for god, løpende oppfølging av den enkelte som ønsker utvidet stilling, ble det i 2011 etablert en funksjonell løsning for egenregistrering og rapportering knyttet til vårt felles regionale HR-system (Personalportalen). Alle deltidsansatte fikk nødvendig informasjon og veiledning om bruk av denne løsningen.

- *i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene finner prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger. Det vises blant annet til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger.*

Det er i samarbeid med de ansattes organisasjoner, jf. blant annet avtalen mellom Spekter og Fagforbundet, gjennomført et bredt sett av tiltak for å redusere deltid i helseforetakene. Dette omfatter spesielt:

- Bruk av post-/avdelings-/klinikkovergripende stillinger
- Bruk av intern vikartjeneste/bemanningscenter som forvalter og fordeler personell på tvers av enheter
- Forbedrede arbeidstidsplanleggningssystemer, som blant annet legger tilrette for å kombinere oppgaver ved sengepost og poliklinikk/dagarbeidsplass
- Endrede arbeidstidsordninger, som for eksempel fleksibel turnus, lengre vakter og mer helgearbeid for ansatte med dagarbeid

For å prøve ut slike tiltak er det i stor grad organisert egne prosjekter. Nedenfor følger en kort beskrivelse av noen utvalgte prosjekter. Alle disse tiltakene bygger på en hypotese om at man ved større grad av fleksibilitet i fordeling av oppgaver, arbeidstid og ressurser kan balansere sykehusets behov for bedre utnyttelse av arbeidskraften mot ansattes behov for større stilling. Resultatene varierer, men tendensen er gjennomgående positiv.

Helseforetak	Status
Oslo universitetssykehus	Ved Medisinsk klinikk er det med støtte fra NAV etablert egen bemanningsenhet for sykepleietjenesten. Alle i deltidsstilling får tilbud om å øke til ønsket stillingsprosent. Dette på vilkår av at de siden av sin hovedstilling ved en av de pleiefaglige enhetene også dekker vakter/behov ved andre enheter innenfor klinikken.
Sykehuset i Vestfold	Foretaket har etablert en generell bemanningspool for sykepleiere/spesialsykepleiere og helsefagarbeidere. Alle som søker stilling der, også egne ansatte, får tilbud om 100 % stilling. Deltidsansatte får oppgaver ved et par nye enheter i tillegg til nåværende arbeidsplass. Foretaket har også innført 12-timersvakter for jordmødre ved føde og barsel for å redusere deltidsandelen. Kompensasjonen er blant annet at det arbeides hver fjerde helg. Foretaket arbeider ellers med å styrke ledere og tillitsvalgte kompetanse i arbeidstidsplanlegging ressursstyring/aktivitetsstyrt bemanning. Dette for å gi bedre muligheter til å øke stillingsprosent for ansatte i de fleste seksjoner.
Sykehuset Telemark	Foretaket har etablert et vikarsenter med lignende funksjon. Der ansettes sykepleiere/hjelpepleiere i 100 % stilling, men slik at 20 % av stillingen er definert til å kunne "ta topper" på ulike sengeposter. Helseforetaket planlegger samme modell for psykiatrien.

Helseforetak	Status
Sørlandet sykehus	Ved dette helseforetaket, som har hatt spesielt store utfordringer knyttet til deltid, har Prosjekt Bemanningsenhet SSA sett både på bruk av ekstravakter og arbeidstidsordninger, herunder også helgearbeid. I den forbindelse er en del av budsjettet for variabel lønn gjort om til faste stillinger. Prosjektet finansieres som et "spleiselag" mellom enhetene ved at hver enhet bidrar med variabel lønn. Foretaket har også i gang et Prosjekt Økt stillingsstørrelse - økt grunnbemanning - økt kompetanse Med. 2A. Dette skal utrede effekter av økt grunnbemanning i form av flere hele eller større stillinger på kompetanse, sykefravær, økonomi, pasientsikkerhet og trivsel. Prosjekt <i>Økte stillinger ved AMK-sentralen ved SSHF</i> er et tredje tiltak. Dette bygger på et mål om å redusere mange små deltidsstillinger ved å gå over til 12-timers vakter samtidig som arbeid hver 3. Helg fortsetter.

Parallelt med innsatsen for å redusere deltidsarbeidet, pågår det i alle helseforetak også en gjennomgang for å redusere bruken av midlertidige ansettelser. Per desember var antall midlertidig ansatte 32 196. Dette er en reduksjon på 2 324 siden januar måned. Dermed er antallet av midlertidig ansatte er redusert med 7,2 % i løpet av året.

Den store reduksjonen har skjedd i bruk av ekstravakter og vikarer etter sommerferien. Tendensen har vært en jevn avvikling av slike ansettelsesforhold utover høsten. Engasjementer og tidsbegrensede stillinger holder seg derimot på et konstant nivå. Ser man på månedsverk og ikke antall ansatte, er bruken av midlertidige ressurser foreløpig ikke redusert fra tidligere år.

Ledelse

- *å sikre gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram*
Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt i videreutviklingen og gjennomføringen av det nasjonale topplederprogrammet og har satt av i underkant av et halvt årsverk til denne virksomheten.

- *sikre gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå*
Helse Sør-Øst RHF har et eget utviklingsprogram for helseforetaksinterne ledertrenere. Samarbeidet med Legeforeningen og Psykologforeningen om henholdsvis motivasjons-seminaret "Frist meg inn i ledelse" for kvinnelige leger og "Psyk meg opp i ledelse" for ledere med psykologbakgrunn innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, er på bakgrunn av svært gode tilbakemeldinger, omgjort til et nasjonalt tilbud i regi av Nasjonal ledelsesutvikling.

- *at nasjonal lederplattform ferdigstilles innen utgangen av andre tertial 2012 og inneholder plan for systematisk videreutvikling og revidering*

Arbeidet med etablering av en *Nasjonale plattform for ledelse i helseforetak* sluttføres med sak til de fire regionale styrene første tertial 2013 og et dokument som presenterer plattformen. I styresaken fremgår forslag til videre arbeid for utvikling av god ledelse i helseforetakene.

- *at nasjonal lederplattform tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere*
Arbeidet med styrke ledelsesutøvelsen i regionen har i 2012 blitt videreført for fullt og aktiviteten er økende. Helse Sør-Øst RHF fortsetter å bistå de enkelte helseforetakene med å utvikle og gjennomføre egne ledelsesutviklingstiltak. Disse er i tråd med anbefalingene i Nasjonal plattform for ledelse, og de nasjonale lederkravene er innarbeidet i de helseforetaksvise tiltakene.

Nytt av året er at stadig flere linjeledere blir involvert som ledertrenere og bidragsytere i eget helseforetak, ofte med bakgrunn i egen deltakelse i det nasjonale topplederprogrammet. Dette gir programmene økt status og gjennomslagskraft.

Regjeringens eierskapspolitikk

- *er kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk*

Helse Sør-Øst RHF har lagt krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk til grunn for sin virksomhet og også videreført styringsbudskapet om å være kjent med disse til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

- *er kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon*

Kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon er lagt til grunn i arbeidet i Helse Sør-Øst med etiske retningslinjer, også innenfor innkjøpsområdet.

- *har retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring*

Helse Sør-Øst RHF har lagt kravet om å ivareta samfunnsansvar til grunn for sin virksomhet og planlegging. Styringsbudskapet om å ivareta samfunnsansvar er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

- *bidrar til moderasjon i lederlønningene og er kjent med og følger retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011*

Helse Sør-Øst har videreført kravet til moderasjon i lederlønninger til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012. Det samme gjelder de spesifikke kravene til å følge opp ansettelsesvilkår for ledere i statlige helseforetak m.v. Styringskravene bekreftes fulgt opp av alle helseforetak. Et helseforetak opplyser videre at de har en systematisk dialog om lederlønnspolicy med andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Et annet orienterer om eget styreseminar. Flere dokumenterer dessuten en lønnsutvikling for ledere klart under gjennomsnittet for medarbeidere forøvrig.

- *er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012)*

Helse Sør-Øst RHF er kjent med innholdet i Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse og har lagt denne til grunn for sin lederlønnspolicy. Kravet om å være kjent med innholdet i lederlønnundersøkelsen er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2012.

Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner

- *gjør seg kjent med samarbeidsavtalen når den foreligger, og legger denne til grunn for sitt samarbeid med ideelle aktører*

Helse Sør-Øst RHF er kjent med samarbeidsavtalen som er utarbeidet mellom regjeringen og de ideelle organisasjonene. Avtalen reflekterer i stor grad de samme prinsipper for samarbeid som Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn for samarbeidet med ideelle aktører.

- *benytter mulighetene som ligger innenfor regelverket for offentlige anskaffelser for å bidra til forutsigbare rammevilkår for ideelle institusjoner, berunder vurderer lengre kontraktperioder, i hvilke tilfeller det er hensiktsmessig å inngå rammeavtaler og hvordan slike avtaler skal utformes for at de ideelle organisasjonene skal få tilstrekkelig forutsigbarhet*

Helse Sør-Øst RHF vurderer de private tilbyderne av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsytere til den offentlige helsetjenesten både der det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige, der de private har tilbud på områder som ikke finnes i den offentlige helsetjenesten og som et selvstendig alternativ til den offentlige helsetjenesten.

Innenfor de private tilbyderne er de ideelle organisasjonene særlig viktige samarbeidspartnere og pådrivere for Helse Sør-Øst. Dette er organisasjoner/aktører som gjør en betydelig innsats, og som på mange områder har vært pionerer for fagområder som senere er blitt et offentlig ansvar. Innenfor rehabilitering og TSB står de ideelle organisasjonene for en betydelig andel av den samlede kapasiteten.

Det er viktig for oss å sikre ideelle organisasjoner forutsigbare rammebetingelser og legge til rette for en god utvikling av behandlingstilbudet.

Ved avtaleinngåelse innenfor rusfeltet, som ble gjennomført våren/sommeren 2012, ble det valgt å inngå løpende avtaler fordi denne avtaleformen gir de ideelle avtalepartene en større forutsigbarhet for fremtiden, noe som kan ha stor betydning i forhold til investering og utvikling av institusjonene. Det vil være naturlig å vurdere denne avtaleformen når det skal inngås nye avtaler innenfor rehabiliteringsfeltet fra 1. januar 2015.

- *har tydelig ledelsesforankring av innkjøpsaktiviteten og at overordnede målsettinger uttrykkes gjennom foretakets innkjøpsstrategier*

Kjøp av helsetjenester er innarbeidet i den overordnede innkjøpsstrategien for Helse Sør Øst. Kjøp av helsetjenester er omtalt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020 og i egen delstrategi for samarbeid offentlige og private helsetjenester. Overfor helseforetakene er dette omtalt i deres oppdrags- og bestillerdokument.

- *bidrar til å videreutvikle gode kvalitetskrav og -krav for utforming av konkurransegrunnlag slik at de ideelle leverandørenes reelle fortrinn og kvaliteter blir verdsatt i de enkelte anskaffelsene*

I forbindelse med TSB anskaffelsen i 2012 ble det utarbeidet en forenklet anskaffelsesprosedyre etter forskriftens del 1, som ble tilpasset de ideelle institusjoner. Dokumentasjonsgrunnlaget som ble lagt til grunn fra leverandørene var også utformet med bakgrunn i dette.

- *har gode rutiner for kontraktsoppfølging, og løpende dialog med leverandørene for effektiv kontroll med at kontrakter oppfylles og sanksjonering ved mangelfull ytelse, for å sikre tjenestenes kvalitet*

Løpende avtaler gir økte muligheter, blant annet legges det med denne avtaleformen til rette for en sterkere fokusering og oppfølging av kvalitet og kvalitetsutvikling i tjenestetilbudet.

Avtaleformen vil også kreve tett og løpende kontakt og oppfølging for å sikre at behandlingstilbudet utvikles og endres i takt med befolkningens behov. Avtaleformen krever vilje og ønske om å bidra i endringsprosesser, men gir på den andre siden muligheter for å kunne legge langsiktige utviklingsplaner for kompetansebygging, drift og vedlikehold. Det er viktig med tett oppfølging og dialog, men også evne til å kunne sanksjonere dersom det skulle vise seg nødvendig. Som tidligere vil det være avregning i forhold til produksjon.

- *videreutvikler samarbeidet med de andre regionale helseforetakene om kompetanseutvikling om offentlige anskaffelser, og at forholdet til ideelle organisasjoner blir en særskilt satsing fremover. Det er viktig å ha god kunnskap om tjenestene og det aktuelle leverandormarkedet gjennom dialog med de ideelle organisasjonene.*

De fire regionale helseforetakene møtes fire ganger per år for å styrke og sikre samkjøring av innkjøpsprosesser. Forskjeller mellom regioner, for eksempel gjennom fordelingen av ideelle institusjoner, vil imidlertid tilsi at strategiene også kan bli noe forskjellige.

Kvalitet i anskaffelsesprosessene

- *følger opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser av helsetjenester og anskaffelser generelt.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sitt møte 16. februar 2012 sak 005-2012 ”Kvalitet i anskaffelse av helsetjenester” som er en gjennomgang og oppfølging av den eksterne evalueringen i tillegg til at den også ivaretar forhold som ble påpekt gjennom intern revisjon i Helse Sør-Øst i konsernrevisjonens rapport fra 2010. I styresaken ble presentert en fremdriftsplan med konkrete tiltak for oppfølging av anbefalingene fra de to rapportene.

Helse Sør-Øst RHF var allerede ved behandling av sak 005-2012 godt i gang med å implementere forbedringstiltak omtalt i de to rapportene. Økt involvering av brukere og overgang til løpende avtaler var to endringer som allerede var ivarettatt i den prosessen som det siste halve året har vært gjennomført innenfor TSB. Løpende avtaler bidrar til en mer langsiktig og forutsigbar relasjon til de ideelle institusjonene, og vil bidra til økt stabilitet for institusjonene både i forhold til kontinuitet i pasienttilbudet, ansattes situasjon og institusjonenes behov for fremtidige investeringer.

Det er videre etablert et ansvarskart/prosessenplan som beskriver anskaffelsesprosessen og aktørenes rolle i denne. Det er også etablert oppfølgingsteam innenfor rehabilitering, psykisk helsevern, TSB og radiologi/kirurgi. Oppfølgingsteamene er i gang med å etablere et oppfølgingssystem som kan legges til grunn for den løpende oppfølgingen og dialogen mellom Helse Sør-Øst RHF og den enkelte institusjon.

Det regionale helseforetaket styre er i møte i februar 2013 blitt forelagt en egen sak om den strategiske utviklingen på samarbeidet mellom offentlige og private helsetjenester. Styresaken er en utdyping og konkretisering av punktet om etablering av tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester i det overordnede strategidokumentet for perioden 2013-2020, jf. styresak 075-2012 ”Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst - rullering”.

- *følger opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetak og HINAS i 2012 gjennomført en ny anskaffelse av rammeavtaler for innleie av helsepersonell. Forholdene påpekt av Riksrevisjonen er søkt ivarettatt med en ny innretning/oppsplitning av personalgrupper per avtale og flere avtaler. Videre er det gjennomført et bredere implementeringsregime i forhold til tidligere overfor helseforetakene ved iverksettelsen av de nye avtalene.

Landsdekkende utbygging av Nødnett

- *ferdigstillelsen av første byggetrinn for Nødnett*
- *evalueringen av første byggetrinn og oppfølgingen av denne*
- *oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen*
- *planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i utbygging og ferdigstillelse av første byggetrinn av Nødnett. Arbeidet er gjennomført i henhold til gjeldende planer, i tett samarbeid med Helsedirektoratet. Andre byggetrinn, med landsdekkende utbygging, ble også igangsatt i henhold til Stortingsvedtak, føringer og planer fra Direktoratet for nødkommunikasjon samt Helse- og omsorgsdepartementet. Nødvendige rutiner og prosedyrer for bruk av nødnettet er utarbeidet og innført i samarbeid med Helsedirektoratet. Arbeidet med etablering av en nasjonal driftsorganisasjon for nødnett i helse er iverksatt.

Stabs- og støttefunksjoner

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene lager et forslag til videre fremdrift i arbeidet og hvordan det videre arbeidet bør organiseres. Det bør også skisseres hvordan felles løsninger og tjenesteproduksjon best kan organiseres nasjonalt. Foretaksrådet ba om at forslag med fremdriftsplan oversendes innen 1. april 2012.*

Forslag til fremdriftsplan er oversendt innen fristen og arbeidet har vært fulgt opp gjennom flere oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet i 2012.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å delta i et felles prosjekt for standardisering og harmonisering på økonomiområdet. Arbeidet med standardisert firesifret kontoplan skal fullføres i 2012. Det legges til grunn at det tas initiativ til ytterligere standardiseringer i 2012 bl.a. regler for fordeling av felleskostnader/-inntekter.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med å lage utkast til felles firesifret artskontoplan. Det har vært gjennomført flere møter mellom regnskapslederne i de regionale helseforetakene. Utfordringene er blant annet knyttet til forskjeller i regnskaps- og rapporteringssystemer. Arbeidet vil fortsette utover i 2013.

Helse Sør-Øst RHF har også deltatt i en arbeidsgruppe på interregionalt nivå. Felles rapport ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2012. Det er identifisert åtte hovedområder for økt nasjonal og regional samhandling og standardisering.

3.3 Øvrige styringskrav for 2012

Rapportering av ulykkesskader til NPR

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF lage en tidsplan for gjennomføring av rapportering på ulykkesskader i NPR, jf. årlig melding 2011 der gjenstående arbeid omtales, innen 1. mars 2012.*

Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2012 kartlagt status og utfordringer knyttet til rapportering av ulykkesskader til NPR. Ut fra kartleggingen er det utarbeidet en tidsplan som er formidlet gjennom regionalt fagdirektørmøte og i oppdrags- og bestillingsdokument for 2013 til helseforetakene. Tidsplanen innebærer en gradvis gjennomføring av rapporteringskravet med sikte på at alle helseforetak skal ha rapportering på plass innen 1. tertial 2013.

Avtalespesialister

- *Rapporteringen fra avtalespesialister til NPR er ufullstendig. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF følge opp at avtalespesialister registrerer prosedyre- og tilstandskoder, og at det rapporteres elektronisk innen fristen til NPR.*

Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått oversiktene fra NPR og sendt brev til alle avtalespesialister som ikke rapporterer i henhold til fastsatte krav. Det vil bli gjort en gjennomgang for å vurdere hvilke videre oppfølging og eventuelle sanksjoner som bør iverksettes i forhold til avtalespesialister som ikke umiddelbart ordner dette, for å sikre at alle får et system som oppfyller kravet.

Samhandlingsreformen

- *Det er behov for mer kunnskap om samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NPR har forbedret kodeverkene for rapportering av henvisende enbet/enbet det henvises til. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at nye koder tas i bruk og rapportering i tråd med spesifisering.*

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet styringsdata på helseforetaksnivå der disse nye kodene brukes. I 2012 er det også gjennomført møter hos alle helseforetakene med bred deltakelse fra både Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. I møtene er rapportering diskutert med det enkelte helseforetak. Det er i tillegg informert gjennom felles regionalt nettverk for samhandling der alle helseforetakene deltar.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

I samarbeid med NPR arbeides det med en detaljert testrapportering for utskrivningsklare pasienter innen TSB. Når resultatene av testrapporteringen foreligger vil det være mulig å iverksette tiltak som kan forbedre registreringspraksis i det enkelte helseforetak.

Ventetider radiologi

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF i 2012 legge til rette for at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider til NPR fra 2013.*

Helse Sør-Øst RHF arbeider med klargjøring for at rapportering av radiologiske ventetider til NPR skal kunne starte opp i 2013. Det er blant annet utfordringer knyttet til at ulike datasystemer ved poliklinikkene ikke kan rapportere på gjeldende rapporteringsformat. Helse Sør-Øst RHF er i dialog med NPR via møter i *Nasjonalt Ventelisteforum* for å finne frem til gode løsninger på dette.

Helse Sør Øst RHF har i nye avtaler med private røntgeninstitutt fra 2012 tatt inn formuleringer som hjemler pålegg om rapportering til NPR.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at det ved nye avtaler med private røntgeninstitutt kreves rapportering om forventet ventetid for lavt prioriterte pasienter til informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg.*

Helse Sør-Øst RHF har i avtalene med private røntgeninstitutt fra 2012 tatt inn krav om at det skal rapporteres forventet ventetid for lavt prioriterte pasienter til informasjonstjenesten *Fritt sykehusvalg*.

Øvrige krav

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF informere NPR om nye avtaler med private tjenesteytere. Avtalepartene skal overholde rapporteringsfrister og rapportere elektronisk. Alle private sykehus og rusinstitusjoner skal rapportere ventelistedata.*

Det ligger som krav i alle våre avtaler at aktivitet skal rapporteres, til NPR eller til HELFO. Dette følges i stor grad, og sjekkes regelmessig for å sikre at rapporteringen er korrekt. Når det gjelder rusinstitusjonene ligger det som et krav i avtalene som ble inngått sommeren 2012 at det skal rapporteres ventelistedata.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sikre at sykehusene har rutiner for kvalitetssikring av data for rapportering til NPR.*

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak egne ansatte som har som oppgave å sørge for korrekt rapportering til NPR. Helse Sør-Øst RHF har jevnlig møter med disse gjennom et regionalt analysenettverk der problemstillinger knyttet til rapportering og standardisering av arbeidsoppgaver er kontinuerlig vurdert.

- *Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data. Dette er nødvendig blant annet for å kunne presentere ventelistedata og kvalitetsindikatorer på korrekt nivå.*

Helse Sør-Øst RHF er i dialog med NPR via Nasjonalt Ventelisteforum der hensikten er å få kartlagt helseforetak som ikke kan identifisere behandlingssteder. Arbeidet er utfordrende, særlig knyttet til organisasjonsstruktur og det underliggende PAS-systemet som støtter opp om dette, samt utfordringer knyttet til definisjonen av behandlingssted. I løpet av 2012 har Oslo universitetssykehus klart å rapportere behandlingssted og det planlegges at flere helseforetak med lignende utfordringer kan gjøre det samme i løpet av 2013.

Bruk av IKT funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet

- *Foretaksrådet viste til at all dokumentasjon av medisinsk aktivitet i foretakene skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer bidrar til korrekt medisinsk koding i helseforetakene.*

Helse Sør-Øst RHF har besluttet regional standardisering på system for klinisk dokumentasjon (PAS/EPJ) fra DIPS. Foranalyse for innføring ble sluttført ved utgangen av 2012. Det ble gjort avrop på regional kurveløsning for Sykehuset Østfold i tillegg til samordning av samme løsning ved Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF har arbeidet målrettet med klinisk kodingskvalitet, kostnad per pasient (KPP), utvikling av kliniske indikatorer for måling av kvalitet i klinisk praksis, prosessstøtte, bruk av kunnskap samlet fra kvalitetsregistre (informasjon om pasientgrupper, behandlingsopplegg og resultater knyttet til prosedyrer), samt tilgjengeliggjøring av kliniske søkemotorer i det kliniske arbeidet i samarbeid med Helsebiblioteket. I samarbeid med Helsedirektoratet er det i 2012 gjennomført en foranalyse for utvikling av IT-beslutningsstøtte for medisinsk koding (Nasjonal kodingsmodul).

Fritt sykehusvalg

- *Foretaksrådet ba om at Helse Sør-Øst RHF i 2012 iverksetter tiltak som sikrer at alle får informasjon og veiledning om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.*

Styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2012 er ”100 % andel ventetider oppdatert siste 4 uker” på www.frittsykehusvalg.no. Helse Sør-Øst har oppnådd 82,5 %. Gjennomførte tiltak i 2012 har blant annet vært helseforetaksbesøk med opplæring av merkantilt personell for registrering av ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg. Hovedbegrunnelsen for et noe svakere resultat er manglende rutiner for oppdatering av forventet ventetid ved Oslo universitetssykehus. Planlagte tiltak er blant annet fokus på forbedrede rapporteringsrutiner gjennom tettere samarbeid som innbefatter oppfølging og opplæring av helsepersonell i aktuelle helseforetak og økt fokus i foretaksråd på manglende resultat på styringsvariabelen.

Regnskapshåndbok

- *Foretaksrådet viste til at det er utarbeidet en regnskapshåndbok for regionale helseforetak. Regnskapshåndbokens del 1 gjenspeiler tidligere og nye føringer fra eiers side i regnskapsføringen. Det gjenstår en del 2 i regnskapshåndboken. Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å ferdigstille regnskapshåndbokens del 2 innen 15. mai 2012 og delta ved revideringer av håndboken. Regnskapshåndboken skal revideres løpende og det er til enhver tid den sist oppdaterte versjonen som gjelder. Foretaksrådet ba om at regnskapshåndboken legges til grunn for de regionale helseforetakene og helseforetakenes regnskapsføring.*
- *Foretaksrådet merket seg at regnskapshåndboken for regionale helseforetak nå foreligger og la til grunn at denne benyttes fra og med regnskapsåret 2012.*

Regnskapshåndboken for regionale helseforetak er benyttet ved regnskapsføringen for 2012, både ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene. Denne regnskapshåndboken er utarbeidet i samarbeid med alle regionene, og det er ingen forhold i regnskapshåndboken som ikke er dekket i Helse Sør-Østs kontoplaner og i egen økonomihåndbok.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2012

I 2012 har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført fire foretaksråd med Helse Sør-Øst RHF. Kravene gitt i det første av disse, 31. januar 2012, er tatt inn i kapitlene ovenfor. I det siste møtet, 26. oktober 2012, ble bare en sak om salg av eiendom behandlet.

3.4.1 Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 7. juni 2012

- *Foretaksmøtet merket seg at det fortsatt er negative resultater i hovedstadsområdet, og understreket viktigheten av at Helse Sør-Øst RHF har en kontinuerlig oppfølging av risikobildet og treffer korrigerende tiltak for å sikre god økonomisk styring og kontroll slik at eiers resultatkrav for 2012 nås.*

Både negative økonomiske resultater i helseforetakene i hovedstadsområdet, samt oppmerksomhet omkring krevende forhold knyttet til pasientbehandling og kvalitet, gjør at det fortsatt må arbeides målrettet for å gjenvinne nødvendig tillit til virksomhetene og pasienttilbudet til befolkningen i området. For helseforetakene i hovedstadsområdet er samlet foreløpig resultat ved årets slutt negativ i størrelsesorden 700 millioner kroner, noe som er en forbedring på omlag 300 millioner kroner fra 2011. Av det negative resultatet utgjør tillatt underskudd ved Oslo universitetssykehus 400 millioner kroner.

- *Foretaksmøtet forventet at hensynet til moderasjon i utviklingen av ledergodtgjøringene kommer til uttrykk i de årlige lederlønnserklæringene.*

Helse Sør-Øst RHF har tatt hensyn til dette kravet i sitt arbeid. Kravet til presisering i lederlønnserklæringene er også videreført til alle underliggende helseforetak gjennom oppdragdokumentene. Alle helseforetak har fulgt opp dette i sine årlige erklæringer for 2012.

- *Foretaksmøtet forventet at styret etterspør kvalitet og pasientsikkerhetsresultater for helseregionen, og legger til rette for at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid prioriteres. Foretaksmøtet viste til avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere helseforetak, også tilbake i tid. Foretaksmøte viste til krav stilt i foretaksmøte i januar 2012 og forutsatte at dette følges opp.*

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i perioden oktober 2010 til august 2012 gjennomført interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst. Bakgrunnen er betydningen det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Det overordnede formålet har vært å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved styret og helseforetakets eier, om helseforetakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Konsernrevisjonen vil i 2013 igangsette oppfølgingsrevisjoner av revisjonene av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene som ble gjennomført i perioden 2010-2012.

Revisjonene viste da feil og mangler i det pasientadministrative arbeidet i flere av prosessfasene gjennom pasientforløpets vurderings-, ventetids- og behandlingsperiode. Dette var blant årsakene til at Helse Sør-Øst RHF iverksatte prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet ”*Glemt av sykehuse!*” i september 2011. Prosjektet er regionalt og har deltakelse fra alle helseforetak samt private ideelle sykehus. Det har som formål å legge til rette for og gjennomføre læring, erfaringsutveksling og standardisering av arbeidsprosessene i det pasientadministrative arbeidet for å sikre korrekt og trygg oppfølging av pasientene. Prosjektarbeidet og status i forbedringsarbeidet i helseforetaksgruppen generelt, og enkeltforetak spesielt, er omtalt i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet* under omtalen av kravet om å sikre nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer.

- *Foretaksrådet viste også til de nye kvalitetsindikatorerne innen kreftbehandling. Målsettingen er at 80 % av pasientene som henvises for kreftbehandling, skal være i gang med behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Foretaksrådet merket seg at det er utfordringer knyttet til denne indikatoren. I Helse Sør-Øst var det i 2011 67 pst. av de som fikk behandling for brystkreft, 32 pst. ved lungekreft og 58 pst. ved tykktarmskreft, som fikk behandling innen 20 dager. Foretaksrådet understreket at det er behov for å prioritere dette området slik at målene nås.*

I tillegg til formalisert rapportering, er styringskravene tema i oppfølgingsmøter med helseforetakene og regionalt fagdirektørforum. I tillegg arbeider det regionale fagrådet med kartlegging av flaskehalsene. Økt tilføring av legestillinger til kreftbehandling og budsjettmidler til pilotutprøvinger av kreftkoordinatorfunksjon er viktige regionale tiltak for å understøtte helseforetakenes arbeid med forløpstidene innen kreftbehandling.

- *Foretaksrådet viser til krav i oppdragsdokumentet 2012 om redusert ventetid. Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF innretter driften slik at målet nås.*

Situasjonen med fristbrudd og lange ventetider har hatt fokus i oppfølgingsmøter i 2011 og 2012, men er fortsatt utfordrende. Helseforetakene er tidligere bedt om å utarbeide fremdriftsplaner for å avvikle ventende over et år, med konkrete mål og tidsfrister for gjennomføring av tiltak. Helseforetakene har videre levert oppdaterte planer for å redusere ventetiden til målet på 65 dager for alle med og uten rett til nødvendig helsehjelp, for å redusere fristbruddene til null og for at ingen pasienter skal ha ventetid på over et år. I tillegg er kjøpsavtalene med private noe utvidet slik at eventuelle kapasitetsutfordringer kan imøtekommes. Helseforetakene gir tilbakemelding om at arbeidet målrettes og har sterkt ledelsesfokus. Fra høsten 2012 er oppfølgingen ytterligere forsterket gjennom månedlig oppfølging av helseforetakene hvor helseforetakene har gjennomgått planer, status og utvikling i arbeidet med å nå målene.

Den samlede gjennomsnittlige ventetid i 2012 var 73,3 dager (målt per 3. tertial). I desember 2012 var tallet 70,4.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.* Fristbrudd og ventetider er tema i alle lederfora i tillegg til styremøter i Helse Sør-Øst RHF. Oppfølging av fristbrudd har hatt høy prioritert og det legges stor vekt på dette arbeidet i helseforetaksgruppen. I tillegg til at Helse Sør-Øst RHF og helseforetaksgruppen som helhet har fokus på kontroll og risikostyring, pågår det et regionalt arbeid for å øke kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet. Det er videre nedsatt en arbeidsgruppe for korrekt håndtering av henvisninger og sikring av pasienters rettigheter ved kapasitetsproblemer. Hovedfokus er fortsatt på å etablere gode rutiner for håndtering av henvisninger, vurdering av frister, oppfølging av pasienter og å sikre at fristbrudd ikke oppstår.

Målet om at det ikke skal være fristbrudd er ikke nådd, og helseforetakene har i løpet av 2012 utarbeidet nye og mer detaljerte planer for hvordan målet skal nås.

Andel fristbrudd for alle i 2012 var på 7,6 % (målt per 3. tertial). I desember var tallet på fristbrudd nede i 4,8 %.

- *Foretaksrådet viste til oppdragsdokumentet for 2011 hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å implementere nytt styringssystem for nasjonale tjenester. En gjennomgang viser at det mangler årsrapporter for flere tjenester og at et betydelig antall referansegrupper mangler. Det vil bli sendt et eget brev fra departementet om dette. Foretaksrådet la til grunn at opprettelse av referansegrupper og rapportering bringes i tråd med stilte krav, og at Helse Sør-Øst RHF rapporterer særskilt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2012 om status.*

Helse Sør-Øst RHF sendte status på rapportering og på opprettelse av referansegrupper for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 1. oktober 2012.

Alle nasjonale tjenester har levert inn årsrapport for 2011. Årsrapportene var av forskjellig kvalitet og Helse Sør-Øst RHF har startet en prosess med å forbedre de innleverte årsrapportene for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten fra og med årsrapportering for 2012.

Ved årsskiftet har 21 av 29 nasjonale behandlingstjenester etablert referansegruppe, 17 av 21 nasjonale kompetansetjenester etablert referansegruppe og 7 av de 9 flerregionale behandlingstjenestene etablert referansegruppe.

- *Foretaksrådet viste til rapportering fra Helse Sør-Øst RHF om hovedstadsprosessen hvor det presiseres at omstillingsprosessen i hovedstadsområdet er viktig og nødvendig. Foretaksrådet viste også til Innst. 316 S (2011-2012) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus og korrespondansen i forbindelse med kontrollbøringen. Foretaksrådet har merket seg styrets presisering om at det er viktig at kvaliteten på pasientbehandlingen prioriteres og at omstilling under trygghet sikres. Det legges til grunn at Helse Sør-Øst RHF følger opp at helseforetakene har realistiske og konkrete planer som gir forutsigbarhet for ansatte, brukere og samarbeidsparter, herunder kommunene, og som er i tråd med gjeldende økonomiske rammer. Det må legges til grunn god medvirkning fra ansatte og brukere både i daglig drift og i utviklingen av helseforetaket. Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF prioriterer arbeidet med utvikling av IKT-løsninger som understøtter organiseringen i hovedstadsområdet. Foretaksrådet har videre merket seg Helse Sør-Øst RHF sine tiltak i forhold til risiko for det enkelte foretak i hovedstadsområdet. Det ble vist til identifiserte områder som skal følges opp særskilt, herunder utvikling i antall ansatte/ riktig bemanning, pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fristbrudd, ventetider og totalutnyttelse av kapasitet, arbeidsmiljø, kommunikasjon med ansatte, brukere og samarbeidspartnere og etablering av samhandlingsarena Aker. Foretaksrådet la til grunn at dette fortsatt inngår i rapporteringen til eier om situasjonen i hovedstadsområdet, som videreføres i tråd med de etablerte oppfølgingsmøtene.*

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Helseforetakene skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktivitet planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivning. Oppdrag og bestilling til helseforetakene er utarbeidet med bakgrunn i styringskrav fra oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF og protokoll fra det regionale helseforetakenes foretaksråd med Helse- og omsorgsdepartementet. Tilsvarende legges til grunn samlede risikovurdering, overordnede rammer og økonomiske og faglige prioriteringer. I plan for strategisk utvikling konkretiseres to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering: *Et løft for kvalitet og pasientsikkerhet* og *Fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger*.

Utvikling i hovedstadsområdet 2012 har vært fulgt opp på hvert av oppfølgingsmøtene gjennom året med de berørte helseforetakene Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Vestre Viken. Rapportering til eier om situasjonen i hovedstadsområdet, videreføres i tråd med de etablerte oppfølgingsmøtene.

Helse Sør-Øst RHF har prioritert og fokusert ressurser og økonomiske midler inn mot hovedstadsprosessen og de berørte helseforetakene. Videre standardisering av IKT-løsninger i hovedstadsområdet har vært prioritert. Dette har vært en forutsetning for å kunne realisere enkelte potensielle gevinster. Samling av alle pasientjournaler fra de tidligere helseforetakene som nå utgjør Oslo universitetssykehus i samme database, tilgjengelig for hele Oslo universitetssykehus, var en viktig og vellykket milepæl.

Pasientsikkerhet er et av de områdene som har størst oppmerksomhet i arbeidet på regionalt og helseforetaksnivå i Helse Sør-Øst. Området er derfor berørt i mange av rapporteringspunktene i denne årlige meldingen. For rapportering i forhold til pasientsikkerhet, vises det spesielt til omtale i kapittel 2.1.2 *Pasientsikkerhet*.

Overordnet bemanningsutvikling for hovedstadsområdet:

Brutto månedsverk hovedstadsområdet - endringer 2011-2012															
Oslo universitetssykehus				Akershus universitetssykehus				Vestre Viken				Sum hovedstaden			
2012	2011	Δ		2012	2011	Δ		2012	2011	Δ		2012	2011	Δ	
17 219	17 231	-12	0 %	6 284	6 264	21	0 %	6 813	6 738	76	1 %	30 316	30 232	84	0 %

Bemanningsutvikling for helseforetakene i hovedstadsområdet fordelt på faggrupper:

Bemanning fordelt på faggrupper		
Oslo universitetssykehus HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	17376	17066
Antall ansatte (ved årets slutt)	23423	21869
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	2278	2322
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	6261	6075
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	931	909
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	2221	2164
Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	781	830
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	1169	1179
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	1943	1910
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	1733	1623
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	55	50
Akershus universitetssykehus HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	6 046	6241
Antall ansatte (ved årets slutt)	8 848	9062
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	793	862
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	1191	2047
Brutto månedsverk, helsefagarbeidere/hjelpepleiere (gjennomsnitt)	410	400
Brutto månedsverk, diagnostisk personell (gjennomsnitt)	267	287
Brutto månedsverk, pasientrettede stillinger (gjennomsnitt)	830	868
Brutto månedsverk, forskning (gjennomsnitt)	46	56
Brutto månedsverk, psykologer (gjennomsnitt)	319	317
Brutto månedsverk, administrasjon/ledelse (gjennomsnitt)	921	930
Brutto månedsverk, drifts- og teknisk personell (gjennomsnitt)	459	461
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	10	13
Vestre Viken HF:	2011	2012
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	6767	6725
Antall ansatte (ved årets slutt)	9366	9428
Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt)	878	909
Brutto månedsverk, sykepleierpersonell (gjennomsnitt)	2718	2720
Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt)	291	299
Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt)	1419	951

Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt)	63	73
Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt)	418	393
Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt)	500	679
Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt)	483	679
Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt)	22	22

Omstilling og medvirkning.

I de pågående prosesser for interne omstillinger legger alle de tre berørte helseforetak til grunn Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven, samt ”12 prinsipper for omstilling” som er etablert av Helse Sør-Øst i samarbeid med de konserntillitsvalgte for de ansattes hovedorganisasjoner. Dette legger grunnlaget for samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud, slik at ønsket medvirkning ivaretas. Medvirkningen utgjør et viktig og nødvendig korrektiv til de vurderinger og beslutninger som treffes. Det er etter behov ved det enkelte helseforetak etablert supplerende retningslinjer for gjennomføringen av omstillingene.

Ved Oslo universitetssykehus har det fra de ansatte blitt fremført en opplevelse av at de ikke har tilstedeværende og synlige ledere i sin arbeidshverdag, blant annet som en følge av store lederspenn og mangel på stedlig ledelse. Helseforetaket har sammenholdt dette med registrerte utfordringer knyttet til involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. På denne bakgrunn har nå helseforetaket påbegynt et arbeid med å legge om lederstrukturen i sykehuset ved å innføre stedlig ledelse i mer enn 60 enheter.

Arbeidsmiljø

Alle helseforetak gjennomfører årlig kartlegging av medarbeidernes opplevelse av det organisatoriske arbeidsmiljøet gjennom felles regional medarbeiderundersøkelse. Denne følges opp i samtlige enheter med lokalt forankret forbedringsarbeid og konkrete handlingsplaner. De tre hovedstadsforetakene skårer alle likt med øvrige helseforetak på forhold som berører kommunikasjon til medarbeidere:

	Leder er tilgjengelig for medarbeideren ved behov	Leder informerer om det som foregår i virksomheten	Leder følger opp det en er enige om
Akershus universitetssykehus	76	74	71
Oslo universitetssykehus	75	72	70
Vestre Viken	77	75	72
Helse Sør-Øst totalt	76	73	71

Oslo universitetssykehus har i tillegg laget seks egne spørsmål om omstillings- og endringsprosessen som mer enn 10 000 medarbeidere har besvart. Spørsmålene berører om medarbeidere opplever en større grad av felles kultur, tro på endringsprosessen og om de har vært tilstrekkelig involvert og ivaretatt under prosessen. Det finnes ingen referanseverdier som gjør det mulig å si om skårene ved Oslo universitetssykehus er høyere eller lavere enn det som er vanlig for slike omfattende omstillingsprosesser.

Resultatene fra kartleggingen følges aktivt opp av ledelse ved Oslo universitetssykehus.

- *Foretaksmøtet viste til at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ser ut til å virke etter intensjonen. Foretaksmøtet ba om at aktiviteten i sykehusene styres og tilpasses aktiviteten i kommunene og aktivitetsbestillingen i oppdragsdokumentet for 2012.*

Å overføre aktivitet og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er et sentralt mål i samhandlingsreformen. Utviklingen etter samhandlingsreformens første år viser at sykehusene og helseforetakene bør nedjustere egen sengekapasitet raskere enn tidligere planlagt, og overføre

ressurser til poliklinisk virksomhet og/eller til kommunene. Helse Sør-Øst RHF har hatt fokus på utviklingen gjennom året. Aktiviteten har vært fulgt i månedlige rapporter og har vært gjennomgående tema på oppfølgingsmøter med helseforetakene i regionen.

- *Foretaksmøtet påpekte at pasienter i livets slutfase, med forventet død innen kort tid, ikke skal vurderes som utskrivningsklare selv om de er medisinsk ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, dersom pasienten/pårørende og legen ut fra en forsvarlighetsvurdering kommer fram til at det beste for pasienten er å være på sykehus.*

Presiseringen og påpekingen har vært videreført i foretaksmøte med de aktuelle helseforetak. Tema er også tatt opp i nettverksmøter og på fagdirektørmøter.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF bidra til at det etableres øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i tråd med intensjonen. Eventuelle ubrukte midler til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2012 vil bli tilbakeført regionale helseforetak høsten 2012 etter samme nøkkel som midlene ble trukket ut.*

Alle helseforetakene har i løpet av 2012 vært i dialog med sine kommuner om etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud. Det er fra Helsedirektoratet innvilget søknad om etablering av slikt tilbud i 49 kommuner i regionen. Ingen av disse starter opp før 1. juli og det har derfor ikke vært utløst tilskudd fra det regionale helseforetaket til kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud i 2012. Det ble satt av 73,2 millioner kroner regionalt til delfinansiering av oppbygging av øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene i henhold til intensjonen i Samhandlingsreformen. Midlene ble derfor tilbakeført til helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF har pr. januar 2012 en samlet driftskredittramme på 3 938 mill. kroner, jf. foretaksmøte 31. januar 2012. Som følge av forslaget i Prop. 111 S (2011-2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012, reduseres Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt med 200 mill. kroner, slik at driftskredittrammen ved utgangen av 2012 settes til 3 738 mill. kroner. Driftskredittrammen vil bli nedjustert månedlig fom. august måned.*

Se rapportering under overskrift *Likviditet og driftskreditter* i kapittel 3.1 *Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012*.

- *Det er besluttet at det skal gjennomføres en pilot med felles nødnummer og felles nødsentraler for helsetjenesten, brannvesenet og politiet ved SAMLOK i Drammen med en utprøvsperiode på to år. Det er ikke tatt stilling til om det skal innføres ett felles nødnummer nasjonalt. Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF understøtte/ sørge for at piloten med felles nødnummer og felles nødsentraler gjennomføres innenfor de rammer som fastsettes i eget oppdrag.*

Pilotprosjektet *Samlok* i Drammen er evaluert og en sluttrapport er overlevert. Helse Sør-Øst RHF har vært representert i styringsgruppen. Det regionale helseforetaket har avgitt ressurser til pilotprosjektet med felles nødnummer og felles nødsentral. Helse Sør-Øst RHF er også representert i referansegruppen.

3.4.2 Rapportering for krav gitt i protokoll fra foretaksmøte 15. oktober 2012

- *Foretaksmøtet ber Helse Sør-Øst RHF om å bidra i arbeidet med planlegging av et norsk senter for partikkelterapi. Arbeidet skal inneholde plan for etablering, organisering og drift berunder et omforent mandat med rammer for igangsetting av idéfase. Frist for oppdraget settes til 1. februar 2013.*

Helse og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøte den 15. oktober 2012 Helse Vest RHF om å planlegge for et norsk senter for partikkelterapi. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å bidra i arbeidet. For å løse oppdraget ble arbeidet organisert som et prosjekt med styrings-, prosjekt- og referansegruppe hvor alle helseregionene har vært representert. Prosjektets mål har vært å utarbeide en helhetlig plan for etablering, organisering og drift og en samarbeidsmodell mellom

de fire regionale helseforetakene som sikrer oppbygging av kompetanse i alle helseregionene. Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i arbeidet.

3.4.3 Omtale av øvrige aktuelle saker

Ut over foretaksmøteprotokoller i 2012 har Helse Sør-Øst RHF mottatt Oppdragsdokument 2012 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012).

Rapportering for krav gitt i Oppdragsdokument 2012 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011-2012)

- *Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd*

Fra 2011 er det igangsatt pilotscreeningprogram for å avdekke tykk- og endetarmskreft. Innenfor programmet er det behov for flere patologitjenester, økt opplæring av skopører og en følgeevaluering av pilotprosjektet. Helse Sør-Øst RHF tildeles 3,1 mill. kroner, herunder 1 mill. kroner til evaluering.

Det er god framdrift i arbeidet med pilotscreeningprogrammet for å avdekke tykk- og endetarmskreft. Pilotprosjektet har egen styringsgruppe og referansegruppe, og en svært effektiv og god prosjektledelse. Arbeidet har høy prioritet og er i god gjenge på de to sykehusene (Sykehuset Østfold, Moss sykehus og Vestre Viken, Bærum sykehus) som kjører piloten. Planlegging startet i 2011, oppstart var i 2012, og 2013 blir det første året med full helårsdrift. Prosjektledelsen følger løpende med på oppslutningen om og funn ved screeningaktivitetene. Det er tilrettelagt for en omfattende evaluering, og innsamling av data foregår parallelt. Den trinnvise progresjonen har gitt økonomiske utfordringer, ved at det har vært forskjellige finansieringsbehov for disse tre årene. For 2012 er ekstratildelingen på 3,1 millioner kroner lagt til den ordinære rammen for prosjektet. Bevilgningen over statsbudsjettet ble betydelig redusert fra 2012 til 2013. Denne utfordringen med en underbudsjettering for 2013 ser ut til å løse seg ved at en har fått disponere overførte midler fra 2011 og 2012.

- *Kap. 732, postene 72-75 Brystrekonstruksjon*

Bevilgningene til de regionale helseforetakene økes med 50 mill. kroner til styrking av tilbudet for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og med protese. Dette innebærer at ventetiden kan reduseres betydelig.

Økningen fordeles med 15 mill. kroner til kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og 35 mill. kroner til basisbevilgningene til de regionale helseforetak:

- Kap. 732, post 72, økes med 18,9 mill. kroner

- Kap. 732, post 73, økes med 6,6 mill. kroner

- Kap. 732, post 74, økes med 5,0 mill. kroner

- Kap. 732, post 75, økes med 4,5 mill. kroner

Det vises til omtale av aktivitet i DRG-poeng 2012 nedenfor.

Departementet ber de regionale helseforetakene om følgende rapportering per 1. oktober 2012:

Hvor mange pasienter venter på operasjon for henholdsvis rekonstruksjon med eget vev og med protese.

Hvor lang er ventetiden for operasjon fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.

Forventet antall operasjoner i 2012 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).

Forventet antall operasjoner i 2013 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).

Forventet antall operasjoner hos private aktører i 2012 og 2013 fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.

Departementet ber de regionale helseforetakene om å sørge for en felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte, slik at rapporteringen per regionale helseforetak er sammenlignbar.

Helse Sør-Øst har sammen med de øvrige regionale helseforetakene bidratt til å sørge for felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte.

Det vises for øvrig til omtale i kapittel 2.1.5 *Kreftbehandling*, der tiltak for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er beskrevet nærmere.

- *Kommunene skal etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene fra 2012. De regionale helseforetakene skal bidra til at det etableres slike tilbud. Eventuelle ubrukte midler til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2012 vil bli tilbakeført regionale helseforetak høsten 2012 etter samme nøkkel som midlene ble trukket ut, jf. foretaksmøtene i juni 2012. Det er viktig at plassene som opprettes holder en kvalitet som innebærer at det er tilrettelagt for forsvarlig oppfølging, behandling og observasjon av pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet, som pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå. Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i et øyeblikkelig hjelp døgntilbud forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet. I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand, i mange tilfeller, stiller krav til kort responstid. Det vises også til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold¹.*

Helse Sør-Øst RHF har hatt en kontinuerlig dialog med sine helseforetak vedrørende etablering av døgnbaserte øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Det er etablert et nettverk av samhandlingsansvarlige i helseforetakene. Nettverket ledes av det regionale helseforetaket. Kvalitet og innretning på avtaler om øyeblikkelig hjelp-tilbud har vært tema på alle møter. Temaet har i tillegg også vært tatt opp på fagdirektørmøter i regionen. Helseforetakene signaliserer usikkerhet i forhold til kvaliteten på de kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud og vurderer dette som en stor utfordring. Helse Sør-Øst RHF har tatt opp disse bekymringer i Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen og har sammen med øvrige regionale helseforetak anmodet om å få utarbeidet klarere veileder for etablering av slikt tilbud. Det meldes fra helseforetakene at det er etablert en god dialog for utvikling av gode tilbud i kommunene.

¹ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Publikasjoner/veiledningsmaterieell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>

4. Styrets plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke i årene framover. Dette kan delvis begrunnes i demografiske forandringer, flere med kroniske og sammensatte sykdommer, medisinsk faglig og teknologisk utvikling og høyere forventninger blant befolkningen.

Det stilles store krav til framtidens helsetjeneste for å dekke økende behov og sikre gode, trygge helsetjenester nær pasienten. Samhandlingsreformen skal adressere noe av dette med sitt fokus på forebygging, samt kompetanse- og oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten. Ansvar for behandling og oppfølging av kronikergrupper og eldre pasienter, skal i økende grad ivaretas i kommunen og av fastlegen.

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

Ikke-vestlige innvandrere utgjorde ca. 21 % av Oslos befolkning i 2012. Som gruppe har innvandrere dårligere helse enn etniske nordmenn, særlig psykosomatiske og psykiske plager (SSB/HDir) både blant barn og voksne. I tillegg er det høyere forekomst av overvekt, fedme og diabetes type 2 blant noen grupper innvandrere.

Utfordringene er fortsatt blant annet å sikre god, trygg og effektiv behandling for folk med sammensatte og langvarige lidelser, ofte eldre brukere og pasienter. Dette krever god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene, i tillegg til innovative medisinsk-faglige, organisatoriske og IKT-løsninger.

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

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

4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

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

Befolkningsutvikling

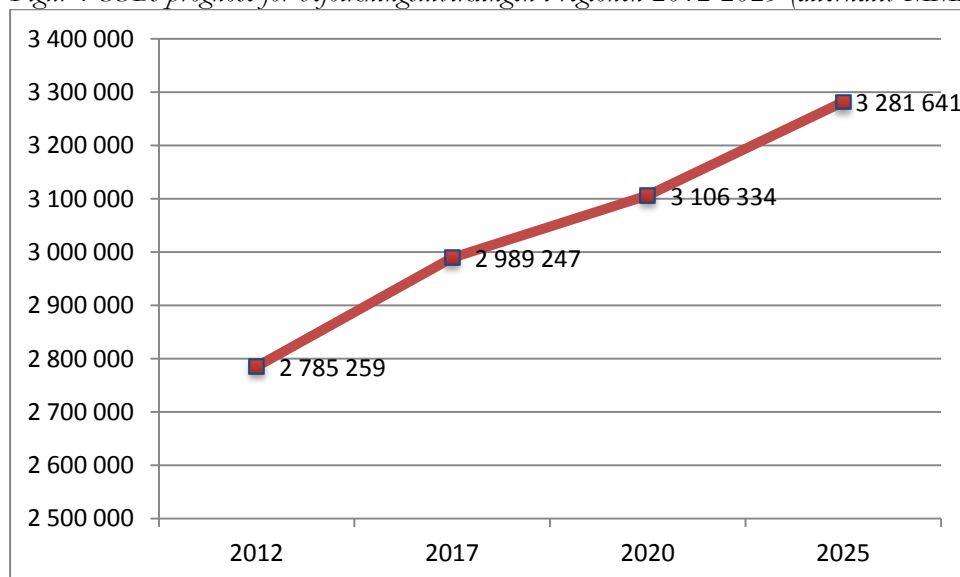
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som utgjør ca. 2,8 av landets 5 millioner innbyggere. Ut fra SSBs prognose² forventes at befolkningen i regionen øker til om

² Fremskrivningstall fra SSB. Mellomalternativ. For Bydeler i Oslo legges tall fra Oslostatistikken til grunn.

lag 3,0 millioner i 2020 og 3,3 millioner i 2025, dvs. en økning fra 2012 på hhv. 11,5 % og 17,8 %. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

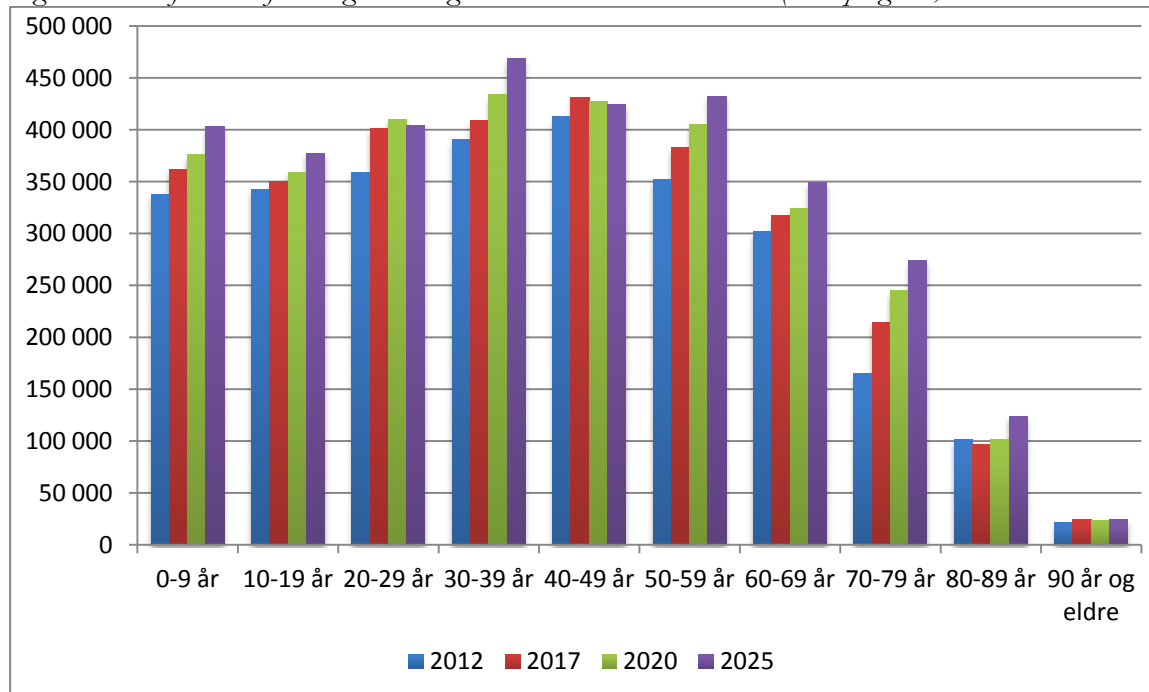
For regionen samlet er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Særlig bør merkes at aldersgruppene over 50 øker med om lag 263 000 (27 %) i perioden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

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



Aldring i befolkning Helse Sør-Øst

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



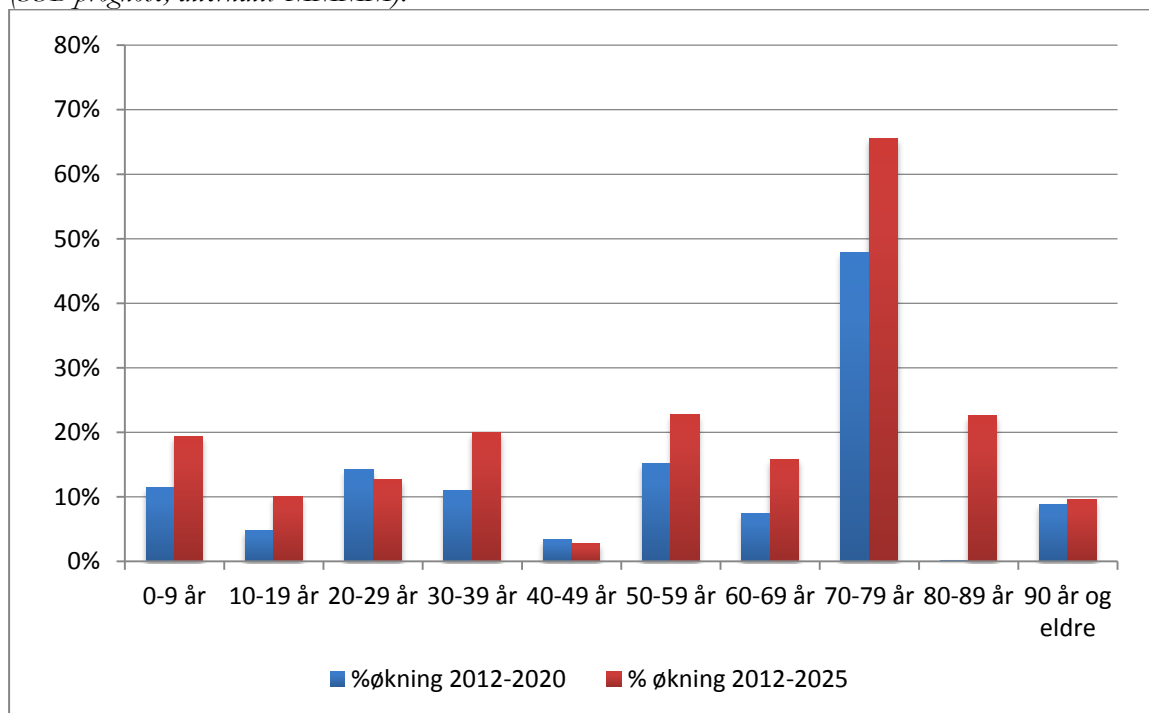
Antall eldre øker stadig i Helse Sør-Øst. Figurene 2 og 3 viser at den største økning skjer i gruppen 70-79 år (48 %). Forekomsten av aldersrelaterte sykdommer øker som konsekvens av at

folk lever lengre. Eldre over 70 har fem ganger så stort forbruk av sykehustjenester som den øvrige befolkningen og de over 80 (5 % av den norske befolkningen) bruker 45 % av alle somatiske sykehussenger. (Hdir 2012: *Behov for spesialist kompetanse i helsetjenesten*).

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

Samhandling mellom spesialist-, primær- og kommunale pleie- og omsorgstjenester er avgjørende for eldre pasienter, ofte med samtidige kroniske, sammensatte sykdommer. Et av formålene med samhandlingsreformen er å holde folk friske og utenfor sykehus i størst mulig grad. Dette kan skje enten ved effektiv forebygging og tidlig intervensjon ved at behandling og oppfølging skjer hjemme eller i kommunehelsetjenesten. Det krever bruk av virkemidler som støtter innovasjon, kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom tjenestenivå for å sikre kvalitet i hele pasientforløpet, både det som skjer innenfor og utenfor sykehus.

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



Innvandring

I 2012 var det omlag 655 000 personer bosatt i Norge som enten hadde innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrereforeldre (108 000). Til sammen utgjør denne gruppen 13,1 % av befolkningen. Halvparten har bakgrunn fra Europa og over en tredjedel har bakgrunn fra Asia.

Innvandrergruppen er en heterogen gruppe fra et sosioøkonomisk- og helseperspektiv. Sosioøkonomiske problemfaktorer som lav utdanning, lav inntekt og høy arbeidsledighet forekommer hyppigere blant enkelte grupper innvandrere enn blant etnisk nordmenn, noe som kan prege oppveksten og skape større helseforskjeller hos både barn og voksne.

Over en firedel av alle innvandrere bor i Oslo (Oslostatistikken) og nesten 30 % av Oslos befolkning har innvandrerbakgrunn. Om lag 30 % av alle innvandrere i Oslo har bakgrunn fra EU-land. De fleste av Oslos innvandrere har sin bakgrunn fra Pakistan, Sverige, Somalia eller

Polen. Siden 2000 har innvandrerbefolkningen i Oslo økt med 91 %. Det har vært særlig stor vekst av arbeidsinnvandrere fra EU-land i Øst-Europa, spesielt Polen, i tillegg til Sverige. Bydelene i Oslo øst (særlig Stovner, Alna, Grorud og Østensjø) har størst innflytting av innvandrere (1. og 2. generasjon).

Utfordringsbilde

Sykdomsutvikling

En aldrende og mer flerkulturell befolkning har konsekvenser for forekomst av visse type lidelser. Det forventes en betydelig økning (opptil 50-60 %) i aldersrelaterte sykdommer som høyt blodtrykk, hjertesvikt, hjerneslag, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd.

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

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

I årene fremover kommer flere pasienter til å få behandling og oppfølging utenom spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen har gitt primærhelsetjenesten og fastlegene et formelt, utvidet ansvar for kronikergruppen, som bare vokser fremover. Utfordringen ligger i å klargjøre roller, sikre tilstrekkelig kommunikasjon og kompetanseoverføring mellom de ulike tjenestenivå, slik at pasienten får et godt og trygt tilbud.

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

Sosial ulikhet i helse

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

Ventetider og fristbrudd

Ventetid for alle (med og uten rett) er redusert fra 75 dager i 2011 til 73 dager i 2012. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) redusert fra 75,8 til 75,0 dager fra 2011 til 2012, og det er en reduksjon fra 63 til 60 dager for rettighetspasienter. Vel 90 %

av de som fremdeles står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for et økende antall langtidsventende, hovedsakelig de uten rett til helsehjelp, som særlig venter innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer.

For psykisk helsevern er ventetiden for alle (med og uten rett) økt fra 51 til 52 dager for psykisk helsevern for voksne og redusert fra 51 til 48 dager for psykisk helsevern for barn og ungdom, fra 2011 til 2012. For rettighetspasienter er nedgangen på 1 dag for hele gruppen fra 47 til 46 dager.

For TSB er gjennomsnittlige ventetider for alle (med og uten rett) redusert fra 65 dager i 2011 til 59 dager i 2012. For rettighetspasienter er det en reduksjon fra 66 dager i 2011 til 59 dager i 2012. Innen TSB er det ventetider på innleggelse til døgnbehandling som drar opp, og ved enkelte private rusinstitusjoner er det spesielt lange ventetider.

Antall nyhenviste

Antall nyhenvisninger innen somatikk økte fra 2011 til 2012 med 3,5 %³. Innen psykisk helsevern er økningen på 1,7 % (psykisk helsevern for voksne 1,4 % og psykisk helsevern for barn og ungdom 2,7 %).

Det har vært en tilsynelatende reduksjon i antall nyhenvisninger innen TSB på 15,2 % i 2012. Årsaken til nedgangen er uklar, men den antas å ha sammenheng med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

Samhandling/ samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som formål at pasienter og pårørende skal oppleve et godt og helhetlig helsetilbud, begrense og forebygge sykdom og gjøre spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mer likeverdige.

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

Fra 2016 er kommunene lovpålagt å ha et døgntilbud til sin befolkning som kommer i tillegg til spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er en oppfatning at mange i kronikergruppen med avklart sykehistorie og avklart behandling ved forverring kan få et bedre i kommunen framfor å bli innlagt på sykehus. Det er derfor gradvis trukket ut midler fra spesialisthelsetjenesten for å delfinansiere oppbygging av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud.

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

Det vært en betydelig reduksjon i antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012. Antall liggedøgn er redusert med mellom 90 000 og 100 000 liggedøgn fra 2011 til 2012⁴. Forutsatt et "vanlig" gjennomsnittlig belegg på 85 % utgjør reduksjonen nesten 300 sykehussenger, sammenlignet med 2011.

³ 2. tertial

⁴ Basert på tall fra november 2012

Analysene viser at liggedøgnreduksjonen i 2012 til dels kan forklares av den langvarige trenden med reduserte liggetider i sykehus, men ca. Halvparten av liggetids- og liggedøgnreduksjonen kan tilskrives samhandlingsreformen. De fleste kommunene og bydelene har arbeidet svært godt med å ta ut sine utskrivningsklare pasienter. Dette har muliggjort at antall utskrevne døgnpasienter økt med ca. 5 000 fra 2011 til 2012, trass i den store nedgangen i liggedøgn.

Det er viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til enda mer dagbehandling og poliklinikk. Dette viser seg ved at ventetiden til innleggelse for elektive døgnpasienter har gått noe ned, uten at det har påvirket den gjennomsnittlige ventetiden for alle avviklede, somatiske pasienter.

Det er en forutsetning at unødvendige reinnleggelser skal forebygges og reduseres. Reinnleggelsesratene har økt de siste fem årene (*Samdata 2011*) og er virker tilsynelatende lite endret av samhandlingsreform. Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre en mer definitiv analyse av dette og medvirker også i et prosjekt for å forebygge reinnleggelser ved Vestre Viken, Bærum.

DRG-døgnbehandling har økt, mens det har vært liten endring av DRG-dagbehandling og - poliklinikk. Utviklingen speiles også ved at den kommunale medfinansieringen har blitt større enn planlagt. Dette krever at helseforetakene omstiller og evt. nedjusterer egen somatiske sengekapasitet raskere enn tidligere planlagt, samtidig med at aktivitet og fagpersonell overføres til dagbehandling og poliklinikk.

Plikten til veiledning og kompetanseheving er et av områdene ved implementering av samhandlingsreformen som gir utfordringer og det bør presiseres nærmere Plikten omfatter også mer systematisk veiledning. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevende tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtales festes. I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer å bistå samarbeid, kompetansebygging og brukermedvirkning.

Kreftutredning og diagnose – Normative kreftforløpstider skal innfris.

Det skal sikres gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter, i tråd med Nasjonal kreftstrategi (2013-2017). I henhold til oppdragsdokumentet for 2013 skal de regionale helseforetakene redusere flaskehalsen innen kreftbehandlingen. Regionalt kreftråd holder på å ferdigstille en kartlegging av flaskehalsen i kreftbehandling. Funksjonsfordeling av kreftkirurgien skal evalueres årlig med hensyn til faglige forutsetninger og minimums behandlingsvolum for å beholde en funksjon. Funksjonen som kreftkoordinator skal utprøves for å bedre logistikken i hele pasientforløpet.

Helsefaglig utvikling

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

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

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

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

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

Forventninger til helsetjenesten

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til de mest høyspesialiserte behandlingstilbudene og nærhet for kronikerne/eldre, fritt sykehusvalg, mer effektiv organisering, åpenhet, kvalitet og pasientsikkerhet. Lettere tilgang til helseinformasjon gjennom media og internettet bidrar til mer informerte pasienter og brukere. I fremtiden skal pasienter, brukere og pårørende få en enda mer sentral og aktiv rolle i hvordan helsetjenester utformes, planlegges og struktureres. I tillegg, gjennom aktiv medbestemmelse, skal brukere og pasienter oppmuntres til å delta i beslutninger vedrørende egen helse og behandling.

Behovet for aktivitetsvekst

I innspill fra de fire regionale helseforetakene til statsbudsjettet for 2014 ble det foreslått en aktivitetsvekst på 2,5 % for somatikk og 3 % for de øvrige tjenesteområdene (psykisk helsevern for barn og ungdom, psykisk helsevern og TSB). Disse samsvarer i stor grad med de regionale mål for aktivitetsvekst fastsatt i økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst 2013-2016. Her ble mål for aktivitetsvekst fastsatt til 3 % for alle tjenesteområdene for det første året i perioden.

Behovet for aktivitetsvekst varierer på tvers av helseforetakene. Behovet er avhengig av befolkningssammensetning, forventet demografiske forandringer, effektene av samhandlingsreformen, antall på ventelister, nyhenviste pasienter, langtidsventende og fristbruddpasienter, i tillegg til den medisinsktekniske utviklingen. Effektivisering av tjenester og implementering av standardisert behandlinglinjer og pasientforløp kan bidra til å avgrense behovet for aktivitetsvekst. For perioden 2014-2017 legges det opp til en aktivitetsvekst på 2 % for alle tjenesteområder.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler årlig en økonomisk langtidsplan som går over de fire kommende årene, med vurderinger knyttet til investeringer og investeringsstrategi over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2013-2016, og ble styrebehandlet i juni 2012. Økonomisk langtidsplan utgjør grunnlaget for kommende års budsjett, som justeres i tråd med forutsetningene i Prop 1 S inn mot endelig årsbudsjett.

Økonomisk langtidsplan gir overordnede vurderinger av helseforetaksgruppens økonomiske handlingsrom i perioden, basert på forutsetninger om inntektsutvikling, aktivitetsutvikling og medisinskfaglige prioriteringer.

Økonomisk langtidsplan er et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene, og for det regionale helseforetaket. Økonomisk langtidsplan gir et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens og fremtidens driftsbilde for å sikre nødvendige investeringer på sikt. Det er helseforetakenes styrebehandlete økonomiske langtidsplaner som i sum utgjør helseforetaksgruppens plan.

Gjeldende økonomiske langtidsplan tilsier at det legges opp til et ekspansivt investeringsopplegg i helseforetaksgruppen frem til 2015, noe som medfører en kraftig økning i finanskostnader og avdragsbetaling i de påfølgende årene. Dette vil igjen legge press på den totale resultatutviklingen, og en stadig større del av fri likviditet fra drift bindes opp i avdrag på tidligere investeringer fremfor å kunne finansiere nye investeringer. Det er imidlertid en forutsetning at nye investeringer som vedtas gjennomført, også er bærekraftige i økonomisk forstand. Det vil si at tilhørende kapitalkostnader må dekkes gjennom effektivisering og gevinstrealisering i drift, og at det over tid skal genereres nok likviditet til å betale avdrag på lånet.

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

Det forventes ikke økte inntekter fra Stortinget i de kommende årene ut over det som anses nødvendig for å finansiere økt aktivitet som følge av befolkningsvekst. Samtidig øker kostnadene som følge av mer avanserte behandlingsformer. For å skape økonomisk handlingsrom og gjennomføre nødvendige investeringer, kreves det derfor en kostnadstilpasning innenfor gitte inntektsrammer. For å få realisert nødvendige resultatmål må det videre etableres gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT. Dette skal i sum bidra til å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på administrative funksjoner. Det må videre realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

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

4.1.3 Personell og kompetanse

Plan for strategisk utvikling 2013-2020 legger opp til større innsats når det gjelder pasientsikkerhet, kvalitet, effektivitet og pasientbehandling. Dette krever virksomhetsutvikling på flere plan både når det gjelder standardisering og teknologiske løsninger og HR-innsats.

For at endringsprosesser skal lykkes trengs det ledelseskraft og medvirkning på alle nivåer. Medarbeiderutvikling og virksomhetsutvikling er uløselig knyttet til hverandre. Kjernen i

virksomheten er medarbeidere og ledere, som med kompetanse og engasjement bidrar til å utvikle en stadig bedre helsetjeneste. Å være med og utvikle en bedre helsetjeneste gir stolthet, arbeids glede og bidrar til et helsefremmende arbeidsmiljø. HR-perspektivet er derfor fullt ut integrert i helseforetaksgruppens samlede strategi.

Styrking av ledelse

I kriser og når det skal gjennomføres radikale endringer er ledelse avgjørende. Styrking av helseforetaksgruppens ledelse i alle ledd er også en forutsetning for kontinuerlig virksomhets- og medarbeiderutvikling. God ledelse handler om tydelighet, mot og medvirkning. Det er kompetente og trygge ledere som initierer og gir kraft til virksomhetsutviklingen.

Innsats på nasjonalt nivå

Helse Sør-Øst RHF vil lede den planlagte videreutviklingen av *Nasjonal ledelsesutvikling*, der topplederprogrammet står sentralt. Dette programmet evalueres og videreutvikles kontinuerlig. I det nasjonale samarbeidet vil det fremover bli lagt spesiell vekt på å styrke ledelsesutøvelse nærmest pasientene og å bidra til at ledelse kommer inn som tema i profesjonsutdanningene. Det konkrete samarbeidet på tvers av regionene vil styrkes ved at vellykkede tiltak fra en region systematisk gjøres tilgjengelig for de øvrige regionene.

Innsats på regionalt nivå

Det vil i 2013 bli etablert et ”regionalt ledelseshus”, som omfatter følgende tiltak:

- Regionalt utviklingsprogram for lederutviklere. Basisprogrammet utvides nå med et trinn 2 for viderekomne.
- Regionale erfaringskonferanser. Slike konferanser skal styrke samarbeidet om ledelse på tvers av helseforetakene.
- ”Verktøykasse” for ledelsesutøvelse og -utvikling. Dette skal gi en allment tilgjengelig oversikt over aktuelle ledelsesverktøy og metoder for ledelsesutvikling i regionen.

Videre vil den regionale støtten til utvikling og gjennomføring av foretaksinterne ledelsesutviklingstiltak videreføres og forsterkes, spesielt med henblikk på avdelingssjefsnivået. Dette med bakgrunn i foregående års arbeid med 1.linjelederutvikling. Erfaringen herfra viser at en sentral faktor for å styrke ledelsesutøvelsen nærmest pasientene er at 1.linjelederne får den nødvendige støtte fra sine overordnede, dvs. avdelingssjefene.

Gjennom utvikling av felles systemstøtte skal ledere sikres bedre og enklere tilgang på HR-styringsinformasjon.

Innsats på helseforetaksnivå

Kartlegging høsten 2012 viser at alle helseforetakene har, eller er i ferd med å utvikle, egne lederutviklingsprogrammer. Denne virksomheten vil videreføres og intensiveres. I tillegg til lederutvikling for de forskjellige ledernivåer, vil det bli gjennomført utviklingsprogrammer for hele ledergrupper. Det vil også bli lagt vekt på å få plass lederavtaler på alle ledernivåer.

Det skal fortsatt arbeides med utvikling av førstelinjeledere og førstegangsledere. Samtidig er det behov for å styrke den vertikale samhandlingen i lederlinjen og utvikle gode ledergrupper.

Helse Sør-Øst RHF støtter opp under utvikling av helseforetaksvise lederutviklingsprogrammer. Det er lagt vekt på å fremme tiltak som både ivaretar til lokale behov og følger opp regionens strategiske føringer.

Riktig kompetanse

Det er våre medarbeidere som med sin kompetanse, sitt engasjement og sin trivsel bidrar mest til helseforetaksgruppens resultater. Riktig kompetanse er derfor et innsatsområde av kritisk betydning.

Internt i helseforetaksgruppen er den største og viktigste innsatsen for riktig kompetanse knyttet til kontinuerlig oppfølging av den enkelte medarbeiders kompetanse. For å realisere dette vil det bli gjennomført tiltak med sikte på følgende resultatmål:

- Det er etablert overblikk over kompetanse til rådighet i regionen på overordnet fag- og spesialistnivå, herunder sårbarhet og risiko samt rutiner for utvikling og oppfølging
- Arbeidsgiverpolitikken er koordinert med og understøtter helseforetakenes behov for kompetanse
- Det er etablert god oversikt over langsiktige utviklingstendenser, herunder forventninger til medisinsk og teknologisk utvikling, utdanningskapasitet og helseforetakenes organisering av arbeidet med kompetanse
- Kompetansebehov og utviklingstrekk er formidlet til myndigheter, utdanningsinstitusjoner, organisasjoner og andre interessenter gjennom utredninger, kunnskapsgrunnlag og alminnelig deltakelse i den offentlige debatt
- Det er gjennomført en erfaringskonferanse og etablert et strukturert samarbeid for erfaringsdeling vedrørende utdanning og kompetanseutvikling på tvers av helseregionene, herunder tiltak for å styrke bestillerkompetansen i møte med kommende endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene.

God ressursstyring

God ressursstyring er et av de tre hovedinnsatsområder for å sikre virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere. Målet er blant annet at:

- ledere og medarbeideres kompetanse på styring av bemanning og arbeidstid skal styrkes
- behov for kapasitet og kompetanse er avspeilet i kvalitetssikrede bemanningsplaner samt at bemanning blir tilpasset gjeldende mål og oppdrag
- etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene er dokumentert

For å nå disse mål gjennomføres følgende tiltak:

- Prosjekt *Bedre ressursstyring* gjennomføres i henhold til plan. Dette innebærer blant annet migrering av de siste helseforetakene til felles ressursstyrings- og arbeidsplansystem (GAT) og at det støttes opp under lokale ressursstyringsprosjekter i helseforetakene
- Felles tjenesteleverandør følges opp løpende for å sikre god systemstøtte innen HR med særlig fokus på bemanningsplanlegging og arbeidstidsbestemmelser
- Foretakenes rutiner rundt bemanningsplaner kvalitetssikres
- Det etableres rapporterings- og oppfølgingsrutiner for etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene i helseforetakene
- Det gjennomføres handlingsplan for standardisering av bruken av GAT og for involvering og medvirkning ved innføring av GAT
- Sykefraværsinnsatsen i helseforetakene koordineres og følges opp
- Det gjennomføres opplæring i ressursstyring for 35 rådgivere fra helseforetakene
- Det utarbeides en e-læringsmodul i ressursstyring (innen 1. juni 2013)

- Det gjennomføres en regional erfaringsamling vedrørende Bedre ressursstyring (september måned)

Medvirkning, dialog og forankring

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. Disse omhandler brukermedvirkningens grunnlag, brukermedvirkning i drift og omstilling og kompetanse og metoder for brukermedvirkning

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

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

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som blant annet skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientene og de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og framtidsrettet.

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

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

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

Det vises også til brukerutvalgets egen uttalelse til årlig melding 2012 (se vedlegg 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 styremedlemmer, valgt av og blant de ansatte, i styret for Helse Sør-Øst RHF. Det vektlegges at de konserntillitsvalgte kan komme tidlig inn i prosessene før sakene slutføres.

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

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

4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Forvaltning

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt strategi for eiendomsvirksomheten helseforetaksgruppen. Dokumentet er et ledd i arbeidet med å nå målsettingen om en kostnads- og arealeffektivisering på 10 % for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst. Det er også utarbeidet en statusrapport for alle delprosjekter som er iverksatt gjennom *Forum for utvikling av bygg og eiendom*, som er etablert for å nå de overordnede målene på området.

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

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

I eiendomsstrategien er kostnadsføring og benchmarking omtalt slik:

- Arealenes betydning for de samlede driftskostnader synliggjøres gjennom en standardisert rapportering for eiendomsvirksomheten. Det skal defineres rapporteringsstandarder for eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen og det skal innrapporteres drifts- og kostnadsdata i henhold til definerte standarder.
- Det tilrettelegges for kostnads- og ytelsessammenligninger for eiendomsvirksomheten mellom helseforetakene i helseforetaksgruppen (”benchmarking”), og det gjøres også sammenligninger mot eksterne beste praksis. Basert på disse målingene og sammenligningene

etableres normer for ytelse og beste praksis for regionen, og differensierte styringskrav (per helseforetak).

- Det arbeides systematisk for å innføre beste praksis og felles arbeidsprosesser på tvers av helseforetakene innen helseforetaksgruppen. Standardisering og gjenbruk av gode løsninger på tvers av helseforetakene legges til grunn. Felles og mer effektive IKT-løsninger innenfor eiendomsvirksomheten i helseforetaksgruppen tilstrebes.
- Det tilrettelegges for beskrivelse av beste praksiser og felles arbeidsprosesser, og tiltak innen områder med stort effektiviseringspotensial prioriteres.

Videre er det besluttet å innføre kostnadsføring etter prinsipp i Norsk Standard NS 3454 med virkning fra 1. januar 2012. De fleste helseforetak har etablerte kostnadsføring etter dette prinsippet f.o.m. januar 2012.

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

Forum for bygg og eiendom har etablert regionalt samarbeid om gjennomføring av lovpålagt energimerking av bygg. Det er etter utlysning utarbeidet rammeavtale som kan benyttes av alle helseforetak. Arbeidet startet opp i begynnelsen av 2012 og ved utgangen av året var ca. 20 % av byggene i Helse Sør-Øst energimerket.

I forskrift for energimerking beskriver detaljert hva energimerkerapporten skal inneholde, bla er det krav til liste over energitiltak. Helse Sør-Øst har forsterket dette med å kreve utarbeidet liste over tiltak som til sammen kan redusere energiforbruket med inntil 25 %. Alle tiltak beregnes med kostnader og tilbakebetalingstid.

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

Det er i 2012 avsluttet to energiprojekter støttet av Enova og ytterligere to er under sluttrapportering. Enova har gitt tilsagn om støtte til energiforbedringer i *Prosjekt nytt østfoldsykehus*. Videre er det jevnlig drøfting med Enova vedrørende støtte til aktuelle nye prosjekter.

Helse Sør-Øst er partner i innovasjonsprosjektet *"Lavenergis sykehus"* der visjonen er halvert energiforbruk i fremtidens sykehus.

Arbeidet med forvaltningsplaner av vernede bygg og kompetansebygging innenfor kulturminnevern videreføres, og arbeidet koordineres interregionalt.

Pågående investeringsprosjekter innen bygg- og eiendom i 2012

Sykehuset Østfold

Prosjekt nytt østfoldsykehus ble godkjent i desember 2010 med en ramme på 5 090 millioner kroner (prisenivå februar 2010), som tilsvarer P50-estimatet fra gjennomført usikkerhetsanalyse i forprosjektfasen.

Byggearbeidene startet i september 2011, og gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet følger forutsatte planer for fremdrift og kostnad, og per desember 2012 er råbygget

under oppføring. Det er forutsatt gradvis ibruktakelse fra november 2015 til full drift fra mai 2016.

Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold har startet opp byggearbeider for tre rus-/psykiatriprosjekter i 2012: Nybygg for samlet rusbehandling på Skjerve, tilbygg for alderpsykiatrisk avdeling på Granli og tilbygg/ombygging av distriktpsikiatrisk senter på Linde. De to siste innebærer fullføring av opptrappingsplanen for psykisk helse i helseforetaket.

Foretaket har hatt ute anbud for parkeringshus med helikopterlandingsplass i 2012, med oppstart i 2013.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus har hatt et pågående prosjekt med ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand i 2012. Dette er planlagt slutført i 2013.

Oslo universitetssykehus

Foretaket fikk mandatet for sin omstillingsprosess gjennom sak 108-2008 i styret i Helse Sør-Øst RHF. Samlet utviklingsplan fram til 2025 ble vedtatt i helseforetakets styre 30. mars 2012.

I fase 1 i investeringsprogrammet, primært knyttet til flytting av funksjoner fra Aker og samlokalisering av lands- og regionfunksjoner, er det hittil bevilget 1 500 millioner kroner hvorav 765 millioner kroner er lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disse arbeidene forventes slutført i 2014. Det største enkeltprosjektet i denne fasen er utvidelse av akuttfunksjonene på Ullevål, hvor byggearbeidene ble igangsatt i november 2011. Bygget er planlagt tatt i bruk i januar 2014.

Utvikling av nye prosjekter innen bygg og eiendom

Styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet og godkjent ett nytt investeringsprosjekt i 2012 for nytt tverrbygg ved Sunnaas sykehus på Nesodden, med en investeringskostnad på i overkant av 200 millioner kroner.

Status i øvrige prosjekter

Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus forbereder planer for investeringer knyttet til deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler eid av Oslo universitetssykehus. Helseforetaket leier i dag lokaler på Gaustad i Oslo, men disse lokalene kan det bli behov for i forbindelse med samlokaliseringen som skal skje ved Oslo universitetssykehus.

I 2013 forventes det oppstart av et prosjekt knyttet til utvidelse av akuttmottaket ved Akershus universitetssykehus i forbindelse med økt opptaksområde, samt omgjøring av hotellsenger til sengeposter. Samlet kostnad for disse prosjektene er anslått til ca. 90 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus

Helseforetaket har i 2012 arbeidet med overordnet fag- og virksomhetsstrategi og planer for funksjonsfordeling og samlokalisering, samt mulighetsstudier, som grunnlag for idéfaser for utvikling av bygningsmassen, fase 2 i investeringsprogrammet. Helseforetakets styre vedtok 17. desember 2012, i sak 05-2012, oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i helseforetaket.

Sykehuset Innlandet

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok under behandlingen av sitt strategiprojekt *Strategisk fokus 2025* i juni 2012 å gå videre i planprosessen med etablering av ett felles akutt sykehus sentralt i mjøsregionen, nær øst- eller vestsiden av Mjøsbrua, som strategisk retning. Planprosessen er gjennomført med en bred og åpen involvering av berørte interessenter.

Styret godkjente i sak 086-2012 i november 2012 utsatt styrebehandling av resterende delplaner til april 2013 som en del av fullføringen av den helhetlige utviklingsplanen.

Vestre Viken

Med utgangspunkt i utviklingsplanen, vil idéfase for nytt sykehus i Vestre Viken bli gjennomført i 2013. Dette innebærer også lokalisering og tomtevalg.

Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Psykiatrien i Vestfold oversendte i juni 2011 sitt felles forslag til utviklingsplan med tilhørende investeringer til Helse Sør-Øst RHF etter behandling i helseforetaksstyrene. Det er ikke fremmet konkrete investeringsprosjekter i Sykehuset Telemark.

Sykehuset i Vestfold

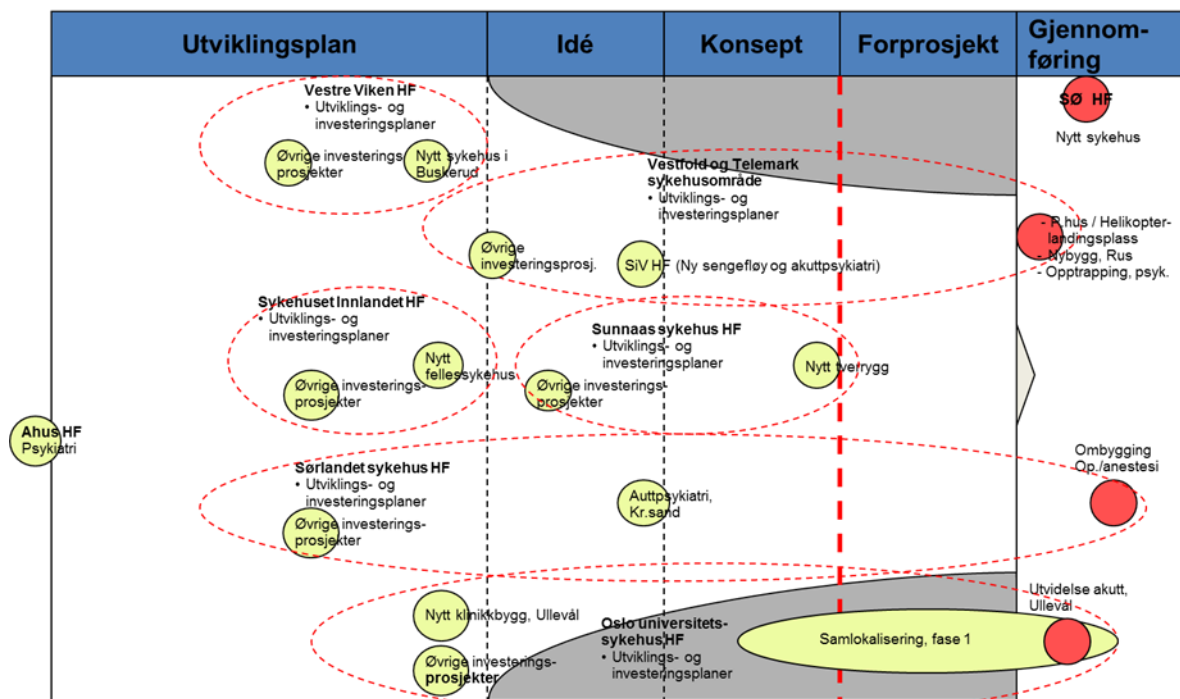
Foretaket, som fra 1. januar 2012 også omfatter psykiatrien i Vestfold, fikk i november 2012, under styrebehandlingen av budsjettet for 2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF, godkjent planene for å gå videre med konseptfase for å slutføre sykehusutbyggingen i Tønsberg. Dette konseptet, med en antatt kostnad på ca. 1 500 millioner kroner, forventes å kunne bli behandlet i juni 2014 i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus har også igangsatt et arbeid med utviklingsplan, som er planlagt ferdigstilt i januar 2014. Helseforetaket har parallelt gjennomført idéfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette ble i november 2012, under styrebehandlingen av budsjettet for 2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF, godkjent for å gå videre med konseptfase. Dette konseptet, med en antatt kostnad på ca. 500 millioner kroner, forventes å kunne bli behandlet i juni 2014 i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2015-2018.

Samlet status, byggeprosjekter

Samlet oversikt per november 2012 framgår over utviklingsplaner og større investeringer er illustrert i nedenstående figur:



4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

4.2.1 Innledning – om gjennomført strategirullering

Rulleringen av gjeldende plan for strategisk utvikling startet opp 2. halvår 2011, med sikte på sluttbehandling i styret for det regionale helseforetaket 22. november 2012. Hovedintensjonen med rulleringen har vært å ajourføre dokumentet mht. gjennomførte aktiviteter og sikre at strategiene er tilstrekkelig ambisiøse og fremtidsrettet

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

Det regionale helseforetaket ivaretar sitt ”sørge for”-ansvar gjennom et vedvarende fokus på å sikre måloppnåelse for helseforetaksgruppen som helhet. Dette innebærer en systematisk og aktiv oppfølging av konkrete resultater og på det ledelsesmessige og styringsmessige plan.

Sykehusreformen i 2002 tydeliggjorde krav og forventninger til innholdet i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar.

Siden etableringen har de regionale helseforetakene Helse Sør RHF, Helse Øst RHF og senere Helse Sør-Øst RHF gjennomført omfattende endringer når det gjelder systembygging, organisering, regionale fellestjenester, økonomisk styring og kontroll, strukturendringer og funksjons- og oppgavefordeling. Ambisjonene om et bedre tilbud til befolkning og pasienter er innfridd på mange områder.

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

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

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

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

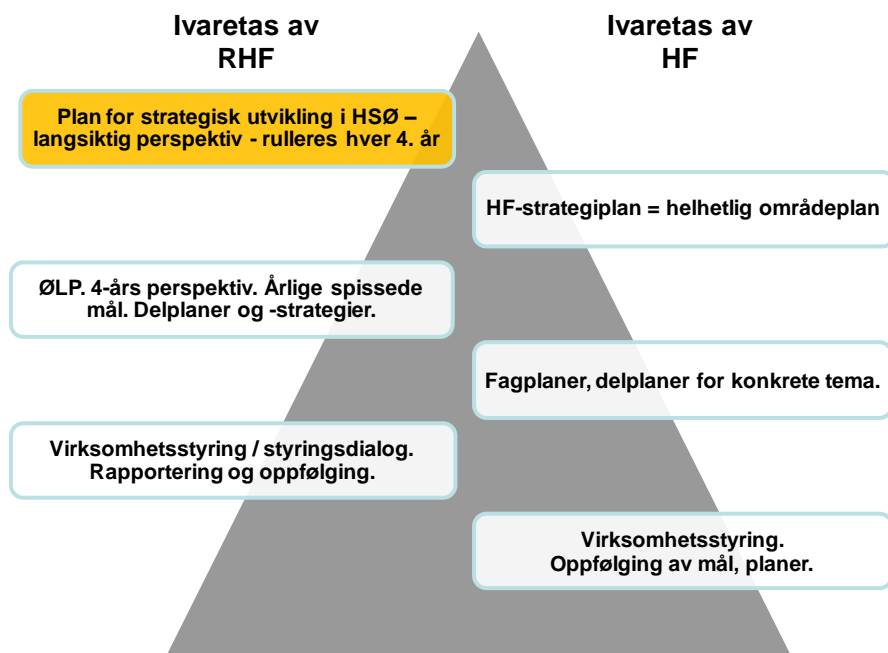
Styret for Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak (sak 075-2012):

1. Plan for strategisk utvikling 2013-2020 vedtas og innarbeides som helseforetaksgruppens overordnede plangrunnlag i årlig melding for 2012.
2. Oppfølging av plandokumentet gjøres bindende for helseforetaksgruppen og bekreftes i foretaksmøter i januar/februar 2013.

Strategidokumentet er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med ”sørge for”-ansvaret, herunder

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

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



4.2.2 Strategier for perioden 2013-2020

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

Pasientbehandling

Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.

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

Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.

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

Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.

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

Rett behandling på rett sted.

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

Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.

1. Det etableres et strategisk samarbeid mellom helseforetakene og private tjenesteleverandører på egnede områder. Strategisk samarbeid skal gjøre det mulig for helseforetak å inngå avtale om å bruke private inn i egne helseforetak
2. Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse. Sentralt i dette arbeidet er å få frigitt kapasitet i det offentlige til å ivareta de mest komplekse og alvorligst syke pasientene
3. Sikre nødvendig forutsigbarhet i rammevilkårene for private ideelle tjenestetilbud gjennom etablering av løpende avtaler innenfor psykisk helsevern og rehabilitering
4. Det etableres et tettere samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene

Forskning og innovasjon

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

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

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

1. Kultur for idéutvikling og innovasjon skal stimuleres. Det skal aktivt legges til rette for at forskning omsettes til konkrete innovasjoner for bedring av pasientbehandlingen og bedre drift av helseforetakene

2. Innovasjon skal ha en sentral forankring i forskning, men det skal også arbeides med den brukerdrevne innovasjon med særlig vekt på tjenesteinnovasjon. Regionale innovasjonsmidler skal fortsatt være et viktig virkemiddel for å utnytte gode ideer internt i helseforetakene, i samarbeid med næringslivet. System for utnyttelse av ideer i krysningen mellom innovasjon og forbedringer skal etableres
3. Innovasjonsarbeidet samordnes med øvrige helseregioner og nasjonale aktører på innovasjonsområdet og med universitetene og høyskolene. Innovasjonssatsingen vurderes i nordisk og europeisk sammenheng

Kunnskapsbasert praksis

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

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

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

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

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

Organisering og utvikling av fellestjenester

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

Teknologi og eHelse

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

Innkjøp og logistikk

1. Innføring av kategoribasert innkjøpsmetodikk, som åpner for mer innovativ tilnærming til innkjøp og som krever større åpenhet og dialog med markedene og interne miljøer, samt utvikling av strategisk innkjøpskompetanse, spesielt for kategoriansvarlige innkjøpere.
2. Videreutvikle etisk rammeverk for innkjøp, herunder etiske og miljøbevisste leverandørkjeder
3. Videreutvikle vareforsyning i helseforetaksgruppen, med sentralisert vareforsyning gjennom Helse Sør-Øst Forsyningscenter

Eiendom

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

Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom

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

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

4.2.3 Regionale delstrategier og planer

- Spesialisthelsetjeneste for eldre - handlingsplan for 2010-2020
- Likeverdige helsetjenester - fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn
- Ivaretagelse av pasientrettigheter - sykehusenes rutiner og praksis.
- Veileder for samhandling
- Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Regionale utviklingsområder - habilitering
- Regionale utviklingsområder - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk
- Regionale utviklingsområder - psykisk helsevern
- Regional plan for fødselsomsorgen
- Funksjonsfordeling karkirurgi
- Funksjonsfordeling kreftbehandling m/handlingsplan
- Praktisk gjennomføring av organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter - traumesystemet i Helse Sør-Øst
- Tiltak for å forebygge infeksjoner - fokus på håndhygiene

- Kunnskapsutvikling og god praksis - sikring av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp
- Regional strategi for forskning og innovasjon
- Økonomisk langtidsplan - rulleres årlig
- Eiendomsstrategi for Helse Sør-Øst
- Finansstrategi
- IKT-strategi og handlingsplan - fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- HMS-policy
- Delstrategi innkjøp og logistikk
- Delstrategi for utvikling av tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

4.2.4 Endring av sykehusstilørighet

Det gjennomføres med jevne mellomrom kapasitetsanalyser og vurderinger av helseforetakenes opptaksområder. En samlet analyse for hele regionen ble gjennomført i 2008 i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst RHF og de påfølgende omstillingsarbeidene. I denne sammenhengen ble det blant annet forutsatt at sykehusstilørigheten for Nes kommune i Akershus skulle vurderes på nytt.

I ettertid, blant annet på bakgrunn av samhandlingsreformen og etter initiativ fra enkeltkommuner, er det også ønskelig å vurdere sykehusstilørigheten innen psykisk helsevern og TSB for kommunene Sande, Svelvik og Jevnaker. Videre har Vestby kommune nylig uttrykt ønske om å bli tilknyttet nytt østfoldsykehus når dette er etablert.

Disse spørsmålene berører flere helseforetak og utredes nå på grunnlag av konkrete oppdrag gitt av Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle endringer vil bli forelagt styret for Helse Sør-Øst RHF og forelagt foretaksmøte i henhold til vedtektenes § 9.

Metodikken for kapasitetsanalyser knyttet til utredning av regionale spørsmål og konkrete utbyggingsprosjekter er for tiden under revisjon. Prosjektet Ny Fremskrivingsmodell gjennomføres som et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene i samarbeid med *Sintef Helse* og i regi av *Kompetansenettverket for sykehusplanlegging*. Helse Sør-Øst RHF vil benytte den nye metodikken i en regional kapasitetsanalyse i løpet av 2013.

Vedlegg 1: Tabellrapportering

Rapportering av styringsparametre 2012 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	756 951	750 860
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	3 882 897	3 893 034

Styringsparametre	Datakilde	jan. 12	feb. 12	mar. 12	apr. 12	mai 12	jun. 12	jul. 12	aug. 12	sep. 12	okt. 12	nov. 12	des. 12	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	NPR	75	72	70	73	70	67	59	79	82	77	78	70	Ned mot 65 dager	Ventetider følges månedlig med tilbakemelding til helseforetakene samt krav om at de kommenterer egne resultater.	Fremdeles et stykke unna målet, men dette gjelder i hovedsak somatikk. Tilfredsstillende utvikling for BUP, VOP og TSB.
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	NPR	6,9 %	6,9 %	6,4 %	8,0 %	7,9 %	7,9 %	8,4 %	10,6 %	8,6 %	8,7 %	6,4 %	4,8 %	0 %	Følges tett månedlig, herunder med kvalitetssikring av datagrunnlag.	Fremdeles høy andel fristbrudd kan i stor grad tilskrives flere fristbrudd ved Ahus og OUS i 2012.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	NPR	78,0 %	76,0 %	87,0 %	92,3 %	100 %	Fokusert i oppdrag og bestilling til HF-ene. Påpekt manglende oppdatering ved aktuelle foretak.	Manglende måloppnåelse skyldes i hovedsak mangelfull oppdatering ved noen av foretakene. Andel ventetid på

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
								nettsiden er vesentlig bedret siden 2011.
Andel epikriser sendt ut innen en uke	NPR	78,8 %	79,1 %	81,4 %	81,0 %	100 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Under mål for 2012, men bedring fra 2011 og over "gammelt" mål på 80 %
Andel korridorpasienter	NPR	1,6 %	1,5 %	1,6 %	1,7 %	0 %	Følges opp i månedlig rapportering.	Fremdeles høy andel skyldes i hovedsak mange korridorpasienter ved Ahus.
Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse	NPR	7,1 %	7,1 %	7,9 %	10,0 %	20,0 %	Følges opp i tertialavis rapportering.	Det er en utfordring i forhold til kravet at lav måloppnåelse delvis er knyttet til at for få pasienter gis tilbudet samtidig som noe av det lave resultatet skyldes feil koding. Tiltakene iverksatt av HSØ omfatter derfor både opplæring i korrekt koding for fagpersonell og oppfølging av at flere pasienter skal behandles med trombolyse.
Andel pasienter med tykktarmskreft som får	NPR	56,5 %	60,8 %	56,3 %	57,9 %	80,0 %	Regionalt fagråd for kreft har hatt	Normerte forløpstider ble

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
behandling innen 20 virkedager							som oppdrag å kartlegge flaskehalsene i behandlingsforløp og skal levere anbefalinger på dette pr. juni 2013. Videre ble kreftrelaterte spesialiteter styrket med legestillinger både i 2011 og 2012 (spesielt onkologi, patologi og brystkreft) for å	innført i 2011 og har hatt kontinuerlig fokus i rapportering og kontaktfora for helseforetakene, f.eks. regionalt fagråd og fagdirektørmøter. Resultatet på 31,4 % for lungekreft er likevel langt unna målet på 80 %, og resultatene er på samme nivå som for 2011.
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	34,4 %	33,2 %	34,5 %	31,4 %	80,0 %	øke behandlingskapasiteten. Det viktigste tiltaket som går direkte på effektivisering av behandlingsforløpene og logistikken i disse, gjennomføres i 2013 ved at helseforetakene er pålagt å ha kreft/forløpskoordinatører og det er gitt ekstrabevilgning til tre helseforetak for	Dette området er det som viser best resultat. Resultatoppnåelse med 69 % i forhold til målet på 80 %. Dette området viser også en svakt stigende kurve.
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	66,4 %	63,1 %	67,9 %	68,9 %	80,0 %		

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
							pilotutprøvinger som skal evalueres i regionalt fagråd for kreft.	

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012
Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 (Andel (prosent) fødselsrifter totalt)	MFR	2,1	Ikke tilgjengelige NPR-data enda
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	Sykehus: 58,3 % DPS: 38,7 % Andre døgninstitusjoner: 3 %	Ikke tilgjengelige NPR-data enda

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd	Helsedirektoratet	91	90,7
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt	Helsedirektoratet	86,9	87,6
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag	Helsedirektoratet	85,4	86,3
30 - dagers risikojustert totaloverlevelse	Helsedirektoratet	94,4	94,5
Andel tvangsinnleggelses (antall per 1 000 innbyggere i opptaksområdet)	Norsk pasientregister	2,0	2,1

Styringsparametre	Datakilde	Rapport publisert 2012				
		Pleiepersonalet	Informasjon	Leger	Pårørende	Organisering
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best).	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	74,3 Nest høyest av regionene. Reduksjon fra 2010. Variasjoner mellom HF/Sykehus. Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	68,9 Liten økning fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene. Variasjoner mellom HF/Sykehus. Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	71,6 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene. Variasjoner mellom HF/Sykehus. Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	75,7 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene. Variasjoner mellom HF/Sykehus. Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.	64,0 Reduksjon fra 2010. Vil bli fulgt opp overfor helseforetakene. Variasjoner mellom HF/Sykehus. Resultat fremlagt av Kunnskapssenteret og diskutert i fagdirektørmøte.

Styringsparametre	Datakilde	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?	
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Det skal <u>ikke</u> rapporteres på dette styringsparametre da rapporten om <i>Brukererfaringer svangerskal/føde/barsel</i> først vil foreligge våren 2013. Dette styringsparameteret vil bli videreført i Oppdragsdokument 2013.				

Styringsparametre	Datakilde	2012
Fastlegers erfaringer med distriktpsykiatriske sentre	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Undersøkelsen om fastlegers fornøydhet med DPS er planlagt presentert og diskutert i regionalt fagdirektørmøte, og vil bli tatt opp i regionalt fagråd for psykisk helsevern. Det forutsettes at de enkelte helseforetak og DPS anvender resultatene til forbedring av egen virksomhet.

Styringsparametre	Datakilde	2011						Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom	Akse 2 - Spes. Utviklingsforstyrrelser	Akse 3 - Intelligens nivå	Akse 4 - Somatiske tilstander	Akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold	Akse 6 - Psykososialt funksjonsnivå			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	NPR	75,20 %	62,20 %	61,00 %	54,20 %	58,50 %	55,00 %	100 %	Se tiltak innen VOP	Se vurdering innen VOP

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Andel pasienter lagt inn med utfylt lovgrunnlag)	NPR			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne (Andel pasienter m/spesifisert diagnose ved utskrivelse)	NPR	Andel pasienter m/ spesifisert diagnose ved utskrivelse 74 prosent	Andel pasienter med spesifisert diagnose 69,1 prosent	100 %		

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	100 %	100 %	Alle sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	
Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	100 %	100 %	Alle sykehus og helseforetak har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskamapnjensføringer	
Andel sykehus og helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	Norsk pasientregister	70 %	100 %	Helse Sør-Øst har i 2012 intensivert arbeidet med å få helseforetakene til å rapportere på skader og ulykker til NPR. Det er blitt innledet et samarbeid med en regional gruppe med ansatte som sitter med kompetanse på pasientsystemer. Kravet om	Målsettingen er at alle helseforetak senest innen 1. tertial 2013 skal ha rapportering på plass.

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
				<p>rapportering er tillegg kommunisert til fagledelsen ved alle helseforetak gjennom fagdirektørmøtet 12. desember 2012 og er gjentatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetakene for 2013. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp helseforetakene i de faste oppfølgingsmøtene. Helse Sør-Øst RHF vil også følge opp kvaliteten på rapporteringen basert på tilbakemeldinger fra Norsk Pasientregister.</p>	

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning	Egne tall	100 %	100 %	Tilbudene varierer, de fleste har det i LMS tilbud, men noen har det knyttet opp mot særskilte pasientgrupper.	

Rapportering på særskilte områder (vedlegg 3 i oppdragsdokumentet)

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Forskning og innovasjon				
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til CRISStin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	CRISStin Ekstern tilbyder	Vil foreligge i rapport for 2012 fra CRISStin og NIFU		
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	Vil foreligge i rapport for 2012 fra NIFU		
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskingsprosjekter.ihelse.net	<i>Se egne tabeller nedenfor</i>		
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Kumulerte tall fra Forskningsrådet: I alt 128 søknader om støtte fra EUs 7. rammeprogram, hvorav 25 (19,5 %) er tildelt støtte. Søknadsbeløp 57 mill Euro (428 mill NOK), tildelt beløp: 6,5 mill Euro (48,9 mill NOK)		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	I alt er det etablert seks nasjonale satsingsområder (nasjonale nettverksstrukturer) for forskning i regi av NSG. Helse Sør-Øst RHF finansierer nettverkskjernene (koordinerende fagmiljø) for fire av disse, innen alvorlige psykiske lidelser, muskel-skjelettsykdommer, kreft og helsetjenesteforskning (under oppstart). Fagmiljøer innen Helse Sør-Øst leder to av tre interregionale forskningsprosjekter; innen de nasjonale satsingsområdene alvorlige psykiske lidelser og nevrologi (NASATS-utlysningen).		
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Dofi: 84 Lisens: 9 Bedrift 0	Området er ikke målsatt, men antall DOFi har økt betydelig fra 2011. Tilfang av ideer og realisering er høyt	Mange tiltak er gjennomført for å øke antall ideer og utlisensiering
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskningssøknader.ihelse.net	I 2012 mottok Helse Sør-Øst RHF 519 søknader om forskningsmidler for 2013. Av disse var det 265 (51 %) søknader der søker oppgav at prosjektet/tiltaket hadde et klart innovasjonspotensial, mens 182 (35 %) oppgav et mulig innovasjonspotensial.		
Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012	Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed	Forskningsrådet og Innovasjon Norge er bedt om å oversende tall		
Innovasjonsindikatorerne fra helseforetakene i 2012				
o Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk	HF	Antall aktive innovasjonsprosjekter i tidlig fase: 312. Oversikt over ressursbruk ikke tilgjengelig.	Det er svært mange prosjekter i tidlig fase	
o Antall nye patentsøknader	HF	Antall nye patentsøknader: 24		

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
o Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale)	HF		Tydelig økt ledelsesoppmerksomhet på innovasjon. Stor variasjon mellom helseforetakene og rom for videreutvikling og forbedring.	Mange tiltak er igangsatt i helseforetakene for å stimulere til bedre innovasjonskultur, blant annet idémottak eller idépoliklinikker ved flere helseforetak. Fokus på innovasjonskultur er bygget inn i sentrale strategi- og styringsdokumenter.
Infeksjoner				
Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS	NOIS/NPR	Resultat/ tall for 2012 kommer fra FHI i mars/ april-13		Alle helseforetak og private ideelle sykehus med avtale har igangsatt registrering av alle fem prosedyrer fra og med 1.sept 2012

Eqne tabeller for andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.

Fagfelt	Tildelte midler (mill.kr)	Andel av tildelte midler (%)	Antall prosjekter/tiltak
Blood	4,0	1,1	7
Cancer	103,1	29,1	135
Cardiovascular	39,2	11,1	55
Congenital Disorders	0,9	0,3	1
Ear	0,5	0,1	1
Eye	5,7	1,6	6
Generic Health Relevance	26,0	7,3	34
Infection	6,6	1,9	14
Inflammatory and Immune System	39,0	11,0	51
Injuries and Accidents	1,7	0,5	6
Mental Health	37,9	10,7	65
Metabolic and Endocrine	12,1	3,4	16
Musculoskeletal	18,4	5,2	32
Neurological	22,2	6,3	38

Oral and Gastrointestinal	5,9	1,7	13
Other, se veiledning	13,4	3,8	15
Renal and Urogenital	2,8	0,8	5
Reproductive Health and Childbirth	10,7	3,0	16
Respiratory	0,0	0,0	4
Stroke	4,0	1,1	4
Totalt	354,1	100,0	518

Tildelte midler til forskning relatert til 22.juli 2011

Tilknyttet nasjonal strategi	Antall prosjekter	Andel av tildelte midler (%)
Ikke relevant for dette prosjektet.	331	60,2
Kvinnehelsestrategi.	18	2,3
Nasjonale KOLS-strategi.	1	0,0
Nasjonale satsing for rusfeltet.	3	0,1
Nasjonale satsing innen eldremedisin.	10	1,4
Nasjonale satsing innen psykisk helse.	44	8,5
Nasjonale strategi for diabetesområdet.	9	2,3
Nasjonale strategi for habilitering og rehabilitering.	9	1,2
Nasjonale strategi for kreftområdet.	81	20,9
Samhandling - pasientforløp og behandlingsskjeder.	11	2,9

Vedlegg 2: Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2012 for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget har gitt en arbeidsgruppe fullmakt til å ta del i arbeidet med å utforme årlig melding. Gruppen har hovedsaklig konsentrert seg om oppsummeringer. Brukerutvalget er forelagt årlig melding i møte 12-13. mars 2013.

Meldingen tar for seg den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst i 2012 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2013 og videre fremover. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Brukerutvalget har også i 2012 konsentrert innsatsen om fire hovedområder: pasientsikkerhet og kvalitet, et koordinert helsetilbud, pasientrettigheter og ventetider og brukervedvirkning. Uttalelsen til årlig melding organiseres i samsvar med dette.

Pasientsikkerhet og kvalitet:

Kunnskapsbasert praksis

Brukerutvalget ser positivt på at prosjektet ”*Kunnskapsutvikling og god praksis*” videreføres som regionalt prosjekt og at det arbeides med utvikling av gode behandlingslinjer og pasientforløp. Brukerutvalget er opptatt av at helseforetakene standardiserer tjenestene basert på kunnskapsbasert praksis, men også at tjenestene tilpasses den enkelte pasients situasjon. Brukerutvalget er tilfreds med at brukervedvirkning, informasjon og opplæring gis oppmerksomhet i arbeidet med behandlingslinjer. Det registreres imidlertid at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at fokuset på forløp ”fra hjem til hjem” ikke alltid ivaretas.

Brukerutvalget påpeker at uønskede hendelser må følges opp ovenfor den enkelte pasient og pårørende, og i klinikken med sikte på læring og forbedring. Brukerutvalget ønsker at kvalitetsarbeidet også må holde sterkt fokus på reduksjon av behandling som ikke er dokumentert.

Gode pasientforløp

Brukerutvalget har i tidligere årlige melding etterspurt gjennomgang av det pasientadministrative systemet. Det er en styrke at Helse Sør-Øst RHF prioriterer arbeidet høyt, selv leder arbeidet og holder fokus på helseforetakenes oppfølging gjennom prosjektet ”*Glemte av sykehuset*”. Det er videre nødvendig at konsernrevisjonen gjennomfører oppfølgende revisjoner, slik det er planlagt. Helseforetak som ikke følger prosjektet bør bli særskilt fulgt opp. Det er uakseptabelt at det ikke er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Helseforetakene må stille klare krav til innhold i henvisninger og følge opp når henvisningene ikke gir nødvendige opplysninger.

Brukerutvalget mener det er behov for forbedring av prehospitale tjenester og akuttmottak. Pasientene må ved akutte innleggelser sikres helhetlige tjenester gitt av personell med bred utrednings - og behandlingskompetanse.

Brukerutvalget mener videre at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen som en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet.

Pasientsikkerhet

Også i 2012 har mange pasienter opplevd feilbehandling. Det forventes at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen bidrar til varige endrede systemer og kulturer som sikrer at ledere og

ansatte på alle nivå løpende følger opp pasientsikkerheten. Spesielt er det forventninger til delprosjektene ”Trygg kirurgi” og ”Samstemning av legemiddellister”. Det registres med bekymring at sjekklisten for Trygg kirurgi ikke alltid brukes. Det er tilfredshet med at forbedring er dokumentert. Brukerutvalget støtter videreføring og ser fram til at psykisk helsevern og rus inkluderes. Det ses positivt på øvrige tiltak for kunnskapsutvikling og god praksis, for eksempel prosjektet ”Get the boards on board”.

Informasjon og kommunikasjon

Brukererfæringsundersøkelser viser at det er svikt i informasjon og kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter/pårørende. Dette kan lede til svikt i behandlingen. God kommunikasjon er løftet fram som høyt prioritert område for brukerutvalget. Det registreres at prosjekt for systematisk forbedring av kommunikasjon pågår i flere helseforetak. Brukerutvalget ønsker at slike tiltak iverksettes i alle deler av helsetjenesten.

Regionale strategier og handlingsplaner

Brukerutvalget har i 2012 deltatt i arbeidet med å rullere Helse Sør-Øst RHF sin plan for strategisk utvikling, hvor det igjen er slått fast at tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov. Brukerutvalget er usikre på om de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering fra 2010 er godt nok fulgt opp. Det er bekymring over at handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp i helseforetakene. Brukerutvalget har klare forventninger om at Helse Sør-Øst RHF i 2013 reviderer handlingsplanen og tilpasser denne til samhandlingsreformen.

Fordeling av oppgaver og funksjoner

Det er de senere årene tatt beslutninger om funksjonsfordeling innen flere områder. Vedtak om fordeling av oppgaver og funksjoner må følges opp og kvalitet må måles.

Forskning og innovasjon

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges vekt på at resultatene overføres til praksis og resulterer i bedre behandling. Det bør i større grad forskes på hele pasientforløp. Brukerutvalget har poengtert at brukermedvirkning innarbeides i regional strategi for forskning og innovasjon.

Korridorpasienter

Brukerutvalget beklager at andel korridorpasienter kun er marginalt lavere enn i 2011. Utviklingen ved de foretakene som har de største utfordringene må følges nøye i 2013.

Epikriser

Andel epikriser som er utsendt innen syv dager har utviklet seg positivt i 2012. Alle pasienter bør imidlertid få en foreløpig rapport ved utskriving. Denne bør gjennomgås med pasienten med spesiell vekt på hva pasienten selv kan forvente og må følge opp.

Sykehusinfeksjoner

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

Pasientrettigheter og ventetider:

Ventetider

Brukerutvalget merker seg at det kun er marginale endringer i ventetider. Innsatsen må intensiveres. Dette gjelder også venting senere i forløpet. Brukerutvalget mener at arbeidet som gjøres for å redusere ventetider i forløpet for kreftpasienter, må videreføres for andre

pasientgrupper. Dette er av særlig betydning når pasienten har ett reelt medisinsk behov for rask behandling. Det registreres at en betydelig andel av pasienter på venteliste, venter på poliklinisk utredning og behandling. Brukerutvalget mener poliklinikkene må styrkes, og at logistikken må forbedres slik at pasientene kan få ulike typer undersøkelser og behandling på samme dag.

Kapasitet

Ved årsskiftet var det særlig fokus på kapasitet i antall senger, i akuttmottak og legedekning. Brukerutvalget ser fram til å få oversikt over dette. Brukerutvalget er positiv til at det i 2012 er igangsatt arbeid for å se på kapasitetsutnyttelse innen en del fagområder. Brukerutvalget ønsker tydeligere retningslinjer for hvilke behandlinger som skal utføres i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten.

Pasientrettigheter

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

Fristbrudd

Brukerutvalget registrer at det mot slutten av 2012 var en reduksjon i antall fristbrudd. Arbeidet i helseforetakene må fortsatt ha stor oppmerksomhet fra Helse Sør-Øst RHF.

Brukerutvalget ser alvorlig på de opplysninger om ventetider og fristbrud som fremkommer i Riksrevisjonens rapport i 2012 og ser det som et ansvar for Helse Sør-Øst RHF å utarbeide felles retningslinjer og rutiner, opplæring av ansatte i registrering av ventetider, bl.a. gjennom prosjektet ”*Glemte av sykehuset*”.

Et koordinert helsetilbud

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens mål støttes av brukerutvalget. Det er viktig at tilbud i spesialisthelsetjenesten opprettholdes inntil likeverdige kommunale tilbud er bygget opp. Meldinger om at enkeltpasienter skrives for tidlig ut til utilstrekkelige tilbud i kommunen registreres med bekymring. Brukerutvalget mener at nasjonale myndigheter må stille krav til og følge opp kvaliteten på tjenestene i kommunene. Gjensidig faglig veiledning, samarbeid gjennom ambulante team/lokalt baserte tilbud og gjensidig hospitering er viktig. Det må holdes fokus på god samhandling innad i spesialisthelsetjenesten.

Omstillinger i hovedstadsområdet

Brukerutvalget støtter målsetningene med omstillingene i hovedstadsområdet og følger disse nøye i samarbeid med brukerutvalgene i helseforetakene. Brukerutvalget beklager en rekke uheldige hendelser. Det er likevel grunn til å uttrykke en viss bekymring for at oppslag i media motvirker bestrebelsene på å utvikle kultur for åpenhet om feil og at de kan skape unødig frykt i befolkningen.

Brukermedvirkning

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

Det er i 2012 etablert tettere dialog mellom brukerutvalg i helseforetakene og regionalt helseforetak gjennom en kontaktpersonordning. Det må utvikles gode strukturer for brukermedvirkning i de ulike samhandlingsorganene som blir etablert. Det er intensjoner om at brukerrepresentantene skal få en tydelig rolle og mulighet til å medvirke i arbeidet med å bedre helsetjenesten. Det registreres imidlertid at ikke alle helseforetak i like stor grad trekker på brukernes erfaringer i dette arbeidet.

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

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

Avslutning:

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