

# ÅRSRAPPORT 2013



# INNHold

## INTRODUKSJON

Helse Sør-Øst 2013	3
Dette er Helse Sør-Øst RHF	4

## ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP

Årsberetning 2013	6
Resultatregnskap	32
Balanse	33
Kontantstrømoppstilling	35
Regnskapsprinsipper	36
Noter	40
Revisors beretning	62

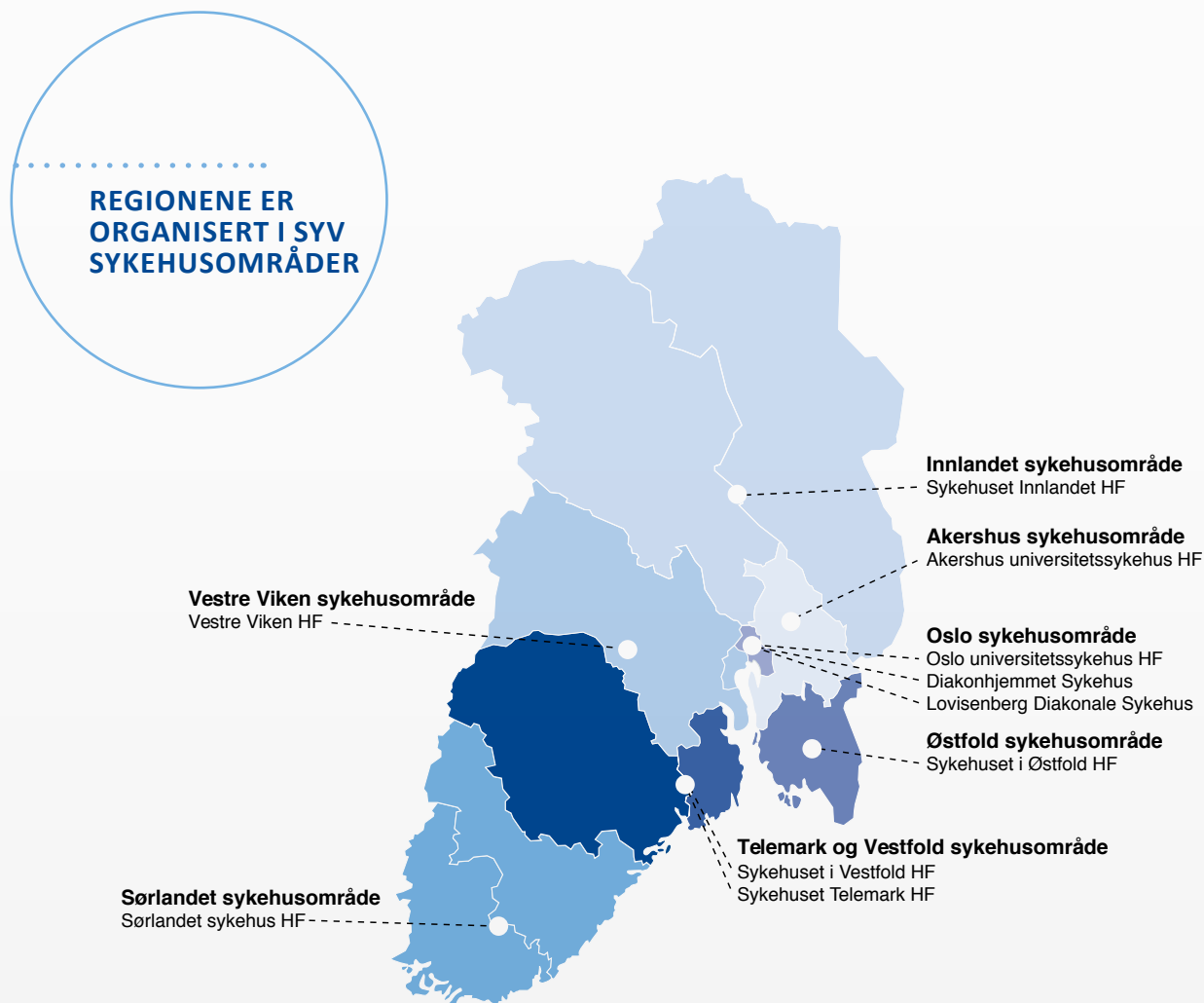
Helse Sør-Østs hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding 2013" og "Plan for strategisk utvikling 2013-2020" ligger på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har i 2013 vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller. Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2013 er fulgt opp.

Kvalitet og pasientsikkerhet og standardisering og fornying av IKT har vært prioriterte områder i 2013.

Aktivitetstallene for 2013 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt innen psykisk helsevern for voksne. Innen somatikk har poliklinisk vekst også vært betydelig ved de fleste helseforetak og ved de private ideelle sykehusene.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst står for nær 60 prosent av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen er om lag to milliarder kroner.



# DETTE ER HELSE SØR-ØST RHF

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

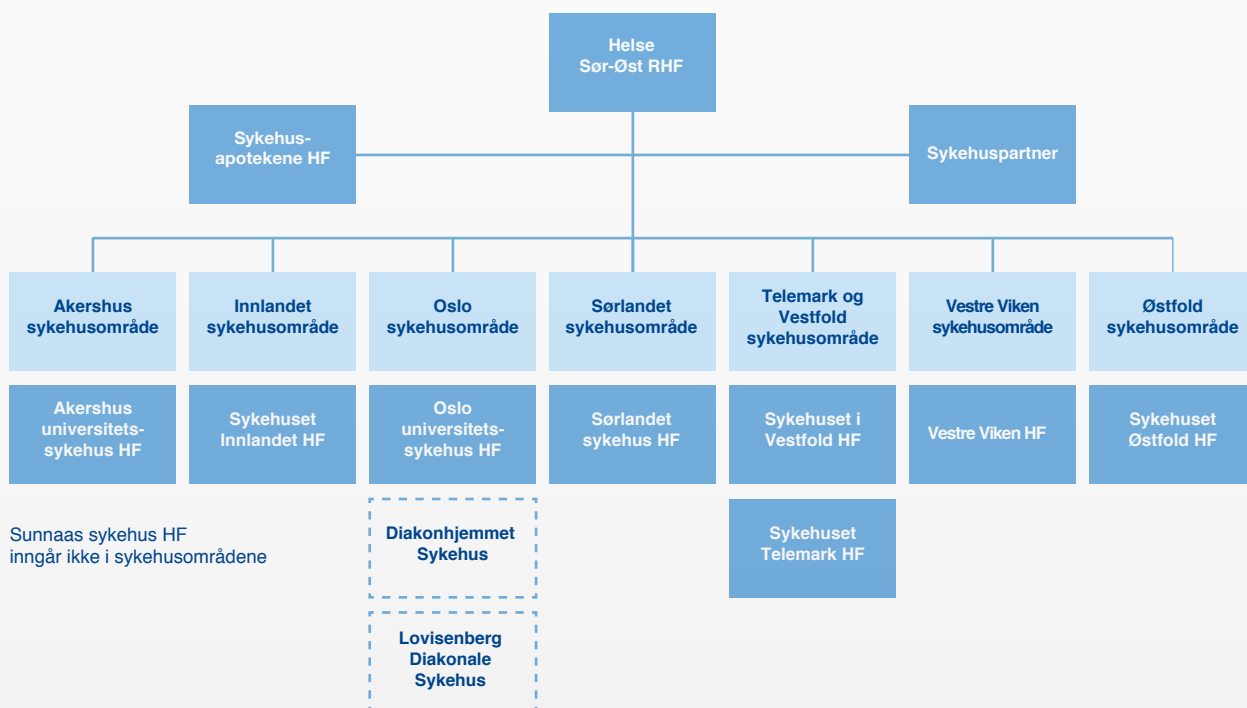
Formålet med Helse Sør-Østs virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med 2,9 millioner innbyggere. Dette utgjør cirka 56 prosent av landets befolkning.

Foretaksgruppen har cirka 77 000 medarbeidere og en omsetning i 2013 på cirka 68 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  
*Administrerende direktør*



Steinar Marthinsen  
*Viseadministrerende direktør*



Alice B. Andersgaard  
*Fagdirektør medisin og helsefag*



Thomas Bagley  
*Direktør teknologi og eHelse*



Anne Biering  
*HR direktør*



Atle Brynestad  
*Konserndirektør*



Tore Robertsen  
*Direktør styre- og eieroppfølging*



Gunn Kristin Sande  
*Kommunikasjonsdirektør*

## STYRET



Per Anders Oksum  
*Styreleder*



Sigrun E. Vågang  
*Nestleder*



Eyolf Bakke



Kirsten Brubakk



Anne Chatrine Frøstrup



Terje Bjørn Keyn



Irene Kronkvist



Bernadette Kumar



Peer Jacob Svenskerud



Truls Velgaard



Svein Øverland



*Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har i 2013 vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller. Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2013 er fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at en fortsatt står overfor uløste oppgaver og målkrav, særlig knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet til tjenestene - og at det må arbeides aktivt for å løse disse.*

## 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 2,9 millioner innbyggere. Regionen har 56 prosent av landets befolkning. Gjennom 2013 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 77 000 ansatte. Omsetningen i 2013 var 68 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 lov-pålagte 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 som må til for å sikre fagutvikling og forskning - og desentralisere det som er nødvendig for å sikre nærhet til tjenestetilbudet. Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen må skje i tett samarbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.

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:

### 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

### 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

### Kunnskapsbasert praksis

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

## 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 2,9 millioner innbyggere. Regionen har 56 prosent av landets befolkning. Gjennom 2013 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 77 000 ansatte. Omsetningen i 2013 var 68 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 som må til for å sikre fagutvikling og forskning - og desentralisere det som er nødvendig for å sikre nærhet til tjenestetilbudet. Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen må skje i tett sam-

arbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.

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:

### 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

### 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

### Kunnskapsbasert praksis

- Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling
- Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere
- En bedre helsetjeneste gjennom tydelig ledelse, riktig kompetanse, engasjerte medarbeidere og god ressursstyring

### Organisering og utvikling av fellestjenester

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

### 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 2018. Målene uttrykker organisasjonens ambisjon om





## 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 2,9 millioner innbyggere. Regionen har 56 prosent av landets befolkning. Gjennom 2013 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 77 000 ansatte. Omsetningen i 2013 var 68 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 som må til for å sikre fagutvikling og forskning - og desentralisere det som er nødvendig for å sikre nærhet til tjenestetilbudet. Styret vil fortsatt legge vekt på at en helhetlig helsetjeneste til beste for befolkningen i regionen må skje i tett sam-

arbeid på tvers av sektorer og i god dialog med andre regionale aktører.

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:

### 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

### 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

### Kunnskapsbasert praksis

- Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling
- Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere
- En bedre helsetjeneste gjennom tydelig ledelse, riktig kompetanse, engasjerte medarbeidere og god ressursstyring

### Organisering og utvikling av fellestjenester

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

### 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 2018. 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 2013" er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

### Aktivitet

Aktivitetstallene for 2013 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest, spesielt innen psykisk helsevern for voksne. Innen somatikk har poliklinisk vekst også vært betydelig ved de fleste helseforetak og ved de private ideelle sykehusene.

Samhandlingsreformen har ført til at langt færre utskrivningsklare pasienter har blitt lenge i sykehus etter at kommunen har fått melding om at pasienten er klar for utskrivning. Dette har bidratt til å redusere samlet antall liggedøgn i helseforetaksgruppen med 38 000 (2,0 prosent) i 2013. På årsbasis er antall registrerte mer-liggedøgn for utskrivningsklare redusert fra cirka 84 000 i 2011 til cirka 20 000 i 2012 og 2013. Utviklingen har ikke vist videre nedgang fra 2012 til 2013.

Antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret innen døgnbehandling har vært stabilt fra 2012 til 2013 (0,6 prosent opp). Innen dagbehandling har aktiviteten gått ned fra 2012 med 11,3 prosent til 2013, men aktiviteten innen poliklinikk har økt med 8,3 prosent fra 2012 til 2013. Det er en ønsket utvikling at det skal være et skifte fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Økningen innen poliklinikk er dermed i tråd med en ønsket utvikling.

Samlet aktivitet innen psykisk helsevern, både for voksne og barn og unge, er i hovedsak i tråd med budsjettmålene. Det har vært en vekst i antall utskrevne fra døgnopphold psykisk helsevern for barn og unge med rundt 2,4 prosent fra 2012. Den polikliniske aktiviteten har økt med 3,9 prosent (psykisk helsevern for voksne) og 1,5 prosent (psykisk helsevern for barn og unge) fra 2012. Dette er imidlertid under måltallene som var satt for 2013.

Aktiviteten innen TSB viser en nedgang i antall liggedøgn på 0,6 prosent sammenlignet med 2012, en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling med 0,6 prosent, og en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 0,1 prosent. Samlet sett lå aktiviteten for 2013 på samme nivå som i 2012, unntatt for antall dagbehandlinger som er økt med 32,5 prosent.

### Ventetider

Om lag to tredeler av innleggelsene innen somatikk ved sykehusene er definert som "øyeblikkelig hjelp". Disse pasientene legges inn uten ventetid. Helse Sør-Øst har i perioden 2008-2013 samlet for alle fagområder hatt en liten økning i ventetider. Gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst i 2013 er på landsgjennomsnittet som er 74 dager. Det er innen somatiske tjenester vi finner økningen i ventetid. Ventetidene innenfor fagområdene psykisk helsevern voksne, barn og unge og TSB har derimot hatt en positiv utvikling i samme periode og er per 2013 lavere enn landsgjennomsnittet.

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

Innen psykisk helsevern er ventetidene for rettighetspasienter i hele foretaksgruppen økt fra 46 dager til 48 dager. Gjennomsnittelig ventetid innen TSB er redusert fra 59,0 til 57,6 dager for alle pasienter. Dette kan indikere at det samlede tilbudet er styrket.

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

### Fristbrudd

Helse Sør-Øst prioriterer arbeidet med å sikre at pasienter med rett til helsehjelp får behandling innen fristen sykehuset har gitt dem. Arbeidet med å redusere andelen fristbrudd for rettighetspasienter viser enkelte positive resultater. Likevel er flere helseforetak og private ideelle sykehus fortsatt langt unna målet om null fristbrudd. Nedgangen i andel fristbrudd for hele 2012 var liten (fra 7,8 prosent til 7,5 prosent). I 2013 var andel fristbrudd 7,1 prosent. Det er Akershus universitetssykehus HF, Oslo uni-







010110110111000111101001  
1101110101011000111101001  
010101110110110001101101101  
101001110111000101011101111  
1011011011010101100011110100  
1101001110111000101011101111  
1010111011111010101010101010  
0101010011111011011010000110  
10100011010111010011100011010  
110100010101100011110100111011  
1110101011011011100011110100111  
1101101110101011000111101001110  
1110111000101011101101100011011011011  
0110001111010011101111101010101010101  
0101110101011011011010101100011110100  
1101011101001110111000101011101111  
11000101011101111101010101010101010  
1110001010111011111010101010101010  
1111010101100011110100100011010  
01110101011000111101001110111000  
1010101010101010011100011010111010  
110101011011011010101100011110100  
1101011101001110111000101011101111  
01110001010111011111010101010101010  
11011100010101110111110101010101010  
01111010101100011111010101100011010  
1001110101011000111101010110111000  
1011100010101110111110101010101010011100011010111010  
10100111010101100011111101101110101011000111101001110  
101011000111101001110111000101011101101100011011011011  
10101010101110101011000111101001110111000101011101111  
111010100111000110101110101011011011010101100011110100  
111010101100011101101101011101001110111000101011101111  
010110001111010011101110001010111011111010101010101010  
101010110001011111010101010101010011111011011010000110  
000110101110101011011011010101110101011000111101001110  
101101101001110101011000111101011000110110110100111010  
010101001110001101011101010110110111010110001111010011  
010110001111010011101110001010111011111010101111010101  
100111010101100011110101110101011000111101001110111000  
101110001010111011111010101010101010011100011010111010  
101001110101011000111111101101110101011000111101001110

versitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF som trekker opp regionens gjennomsnitt med andeler på henholdsvis 11 prosent, 16 prosent og 13 prosent på årsbasis. Akershus universitetssykehus HF har en god utvikling, med kraftig reduksjon på slutten av 2013.

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

### Epikrisetid

Helse Sør-Øst har som mål at epikrisene skal sendes ut senest syv dager etter at pasienten skrives ut fra sykehuset. Andel epikriser som er sendt ut innen syv dager økte fra 82,0 prosent i 2012 til 82,2 prosent i 2013.

### Korridorpasienter

For å kunne ivareta pasientsikkerhet og god kvalitet skal pasienter i våre sykehus ikke ligge på korridor. 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 1,6 prosent, på nivå med fjoråret. Problemet med korridorpasienter er i hovedsak konsentrert til tre-fire helseforetak. Flertallet av foretakene har en lav andel eller ingen korridorpasienter.

## KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

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

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i desember 2013 regional strategi for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet for perioden 2014-2016. Strategien legger grunnlaget for det videre arbeid med å styrke, samordne og videreutvikle arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst vil bruke nasjonale og internasjonale

erfaringer i sitt arbeid innen pasientsikkerhet - og legger blant annet stor vekt på oppfølging og implementering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. God og reell medvirkning fra brukere og mobilisering av de ansatte er helt sentral for å lykkes. Utvikling av standardiserte pasientforløp og "klinisk engasjement" skal bidra til tilgang til endringskompetanse på alle nivå, spesielt i pasientnær virksomhet.

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst har siden 2010 gjennomført journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GTT). Journalundersøkelsen viste at det ved 14 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2012 oppstod minst én pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Dette er en signifikant reduksjon fra 2010 og 2011 hvor resultatet var 16 prosent. Resultatet fra tilsvarende undersøkelse i 2013 foreligger ikke før høsten 2014. Hyppigste skadetyper er legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og andre infeksjoner.

I 2013 ble det ved enkelte sykehus med signifikant lavere 30 dages overlevelse enn landsgjennomsnittet igangsatt særlige tiltak som allerede har gitt dokumentert effekt. Pilotprosjektene gir kunnskap som kan brukes til læring i hele foretaksgruppen for å fremme pasientsikkerhet og kvalitet.

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.

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. I tillegg tas resultat av eksterne tilsyn med i det systematiske forbedringsarbeidet internt. Ved alle helseforetak og private ideelle syke-



hus er det opprettet kvalitetsutvalg overordnet for virksomhetene, samt at de fleste også har kvalitetsutvalg på klinikknivå og enkelte også på avdelingsnivå. Forbedringsarbeid skal skje på laveste nivå og ansvaret skal ligge i linjen.

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 henholdsvis 1 877 i 2012 og 1 878 i 2013. NPE ga i 2013 medhold i 526 saker og avslag i 1 243 saker. Utbetalingene til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst økte fra 318 millioner kroner i 2012 til 406 millioner kroner i 2013.

Resultatene fra den nasjonale pasientundersøkelsen PasOpp, som ble gjennomført av Kunnskapssenteret i 2012 og offentliggjort i november 2013, viser at pasientene i all hovedsak har gode erfaringer etter å ha vært på sykehus i Norge. Pasientene ble blant annet bedt om å svare på spørsmål om forventninger til sykehusoppholdet og ventetid, selve oppholdet på sykehuset og samarbeidet etter endt behandling. Erfaringer fra pasienter som har vært innlagt på sykehus utgjør en viktig indikator for kvaliteten på sykehusene. Kommunikasjonen med pasientene og deres pårørende og samhandling med primærhelsetjenesten og kommunene er gjennomgående forbedringsområder. Undersøkelsen viser at foretakene bør redusere ventetiden for planlagte innleggelse og at de i for liten grad forbereder pasientene på tiden etter utskrivning fra sykehuset.

## STYRKET SAMHANDLING

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

Helseforetakene arbeider på ulike måter, avhengig av geografi og andre lokale forhold, med planer og konkretisering av desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.

Helseforetakene er gitt i oppdrag å påse at betaling for utskrivingsklare pasienter ikke har ført til en end-

ring i vurdering av når en pasient er utskrivingsklar. Praksis for vurdering av utskrivingsklare pasienter følges nøye gjennom analyse av rapporteringer. Helseforetakene rapporterer at dette er et område de er opptatt av, og at det gjennom de inngåtte samarbeidsavtaler sikres ordninger for å fange opp eventuell uenighet om enkeltpasienter er utskrivingsklare eller ikke. Det har ikke vært ført saker i nasjonal tvisteløsningsnemnd fra Helse Sør-Østs område.

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 RHF er enige om at Oslo skal være et pilotområde for samhandling. Samhandlingsarena Aker er sentralt virkemiddel for å oppnå dette.

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

## 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 innvandrerforeldre utgjør 13 prosent av befolkningen i Norge. Innvandrerrettsheten varierer sterkt, med en betydelig konsentrasjon i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken. Arbeidet vil være avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF har store utfordringer knyttet til 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.





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 to milliarder kroner, hvorav en tredel finansieres gjennom regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene besto i 2013 av et forskningstilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet på 250 millioner kroner og et tilsvarende beløp fra det regionale helseforetakets eget budsjett. Cirka 550 forskningsprosjekter og tiltak fikk regionale midler i 2013. De fleste av prosjektene er flerårige.

I 2013 ble søknads- og vurderings- og tildelingsprosessene for regionale forskningsmidler eksternt evaluert, med positivt resultat. Enkelte forbedringspunkter er fulgt opp.

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

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 2013 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.

### Innovasjon

Det har vært høy aktivitet på innovasjonsområdet i 2013. Et stort antall innovasjonsideer som springer ut av forskningen i helseforetakene er bearbeidet videre i Inven2. Antall innleverte patentsøknader holder høyt nivå. Innovasjonsmidlene i Helse Sør-Øst har finansiert flere forskningsbaserte innovasjoner enn tidligere, særlig innen bioteknologiområdet og

kreft. Det er inngått en stor kontrakt mellom Sørlandet sykehus HF, legemiddelprodusenten Merck og Inven2 om utvikling av smertebehandling.

## 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.

### IKT-fornyingsprogram

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

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

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

I løpet av 2013 er en felles organisasjon og struktur for målrettet styring og oppfølging av arbeidet etablert. De administrerende direktørene for samtlige helseforetak deltar i fornyingsstyret sammen med tillitsvalgte og representanter for Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Fornyingsstyret har ansvar for prioritering og oppfølging av arbeidet, innenfor rammer fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Fremdriften i Digital fornying er samlet sett god, men programmet har en middels til høy risikoprofil. Det er iverksatt tiltak for å håndtere de viktigste risikoområdene. Programmene spenner fra løsninger og prosesser som brukes i den daglige pasientbehandlingen til administrative systemer.

Viktige milepæler i 2013 har vært innføring av DIPS som felles elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system ved Sykehuset Telemark HF, elektronisk pleie- og omsorgsmelding etablert for 115 av de 171 kommunene i regionen og forberedelser for løsninger som skal innføres i 2014. Arbeidet i 2013 ble gjennomført innenfor den fastsatte økono-

miske rammen for programmet.

Gjennomføringsplanen for 2014 innebærer tre klare prioriteringer: innføring av løsninger som er kritisk for flytting til nytt sykehus i Østfold i tråd med planen, innføring av DIPS som felles elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system ved Oslo universitetssykehus HF samt prioriterte områder innen modernisering av IKT-infrastrukturen i regionen.

### 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" og den separate "Rapport om miljø- og samfunnsansvar" for en presentasjon av det omfattende arbeidet som er lagt ned i foretaksgruppen på området etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.

### LEDELSE, KOMPETANSE OG RESSURSSTYRING

Kjernen i Helse Sør-Øst sin virksomhet er medarbeidere og ledere, som med kompetanse og engasjement bidrar til å utvikle en stadig bedre helse-tjeneste. Å være med å utvikle en bedre helsetjeneste gir stolthet, arbeidsglede og bidrar til et helsefremmende arbeidsmiljø.

Hovedsatsingsområdene frem mot 2020 er styrking av ledelse, riktig kompetanse og god ressursstyring. Videreutvikling av tjenesten skal bygge på god involvering av medarbeidere og brukere. Styret mener dette er avgjørende for å oppnå ønsket utvikling

#### Ledelse

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 er det viktig å rekruttere og utvikle gode ledere, samt å sikre at våre ledere har tilstrekkelig støtte og forutsetninger for å fylle sin rolle. I 2013 har det vært lagt ned en særlig innsats på styrking av ledere i førstelinjen gjennom opplæring, utvikling, støtte og oppfølging.

Samtlige helseforetak har etablert et lederutviklings-tilbud for sine førstelinjeledere. Hvert helseforetak gjennomfører lederutviklingsprogram for minst

et kull i året. I tillegg kommer en rekke lederopp-læringstiltak i form av e-læring eller annen form for opplæring. Til sammen anslås det at cirka 600 førstelinjeledere i Helse Sør-Øst deltok i ett eller flere lederutviklings- og/eller lederopp-læringstiltak i 2013. I tillegg til dette gjennomfører helseforetakene lederutviklingstiltak for avdelingssjefer, mellom- og toppledere.

Helse Sør Øst RHF har ledet arbeidet med Nasjonal ledelsesutvikling. Dette er et sett med tiltak som eies og drives av de fire regionale helseforetakene i fellesskap. Tiltakene skal bidra til en helhetlig tilnærming til ledelse og fremme god ledelse i helseforetakene. Nasjonal ledelsesutvikling har i 2013 gjennomført to kull av Nasjonalt topplederprogram, med til sammen 60 deltakere. 23 av disse var fra Helse Sør-Øst. I tillegg har Nasjonal ledelsesutvikling gjennomført lederrekrutteringsprogrammet "Frist meg inn i ledelse" i samarbeid med Legeforeningen.

#### Medarbeiderundersøkelse

Den regionale medarbeiderundersøkelsen er et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap er. I 2013 deltok cirka 40 000 medarbeidere med sine synspunkter på sentrale områder knyttet til organisasjon og arbeidsmiljø i egen enhet. Svarprosenten var på 80. Resultatene viser at de aller fleste sykehusansatte trives på jobb. Spørsmålet "Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?" oppnådde 77 av 100 mulige poeng samlet for hele regionen, mens påstandene "Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg" og "Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende" skåret henholdsvis 80 og 74. Medarbeidernes opplevelse av å være inkludert i oppfølgingsarbeidet er også forbedret.

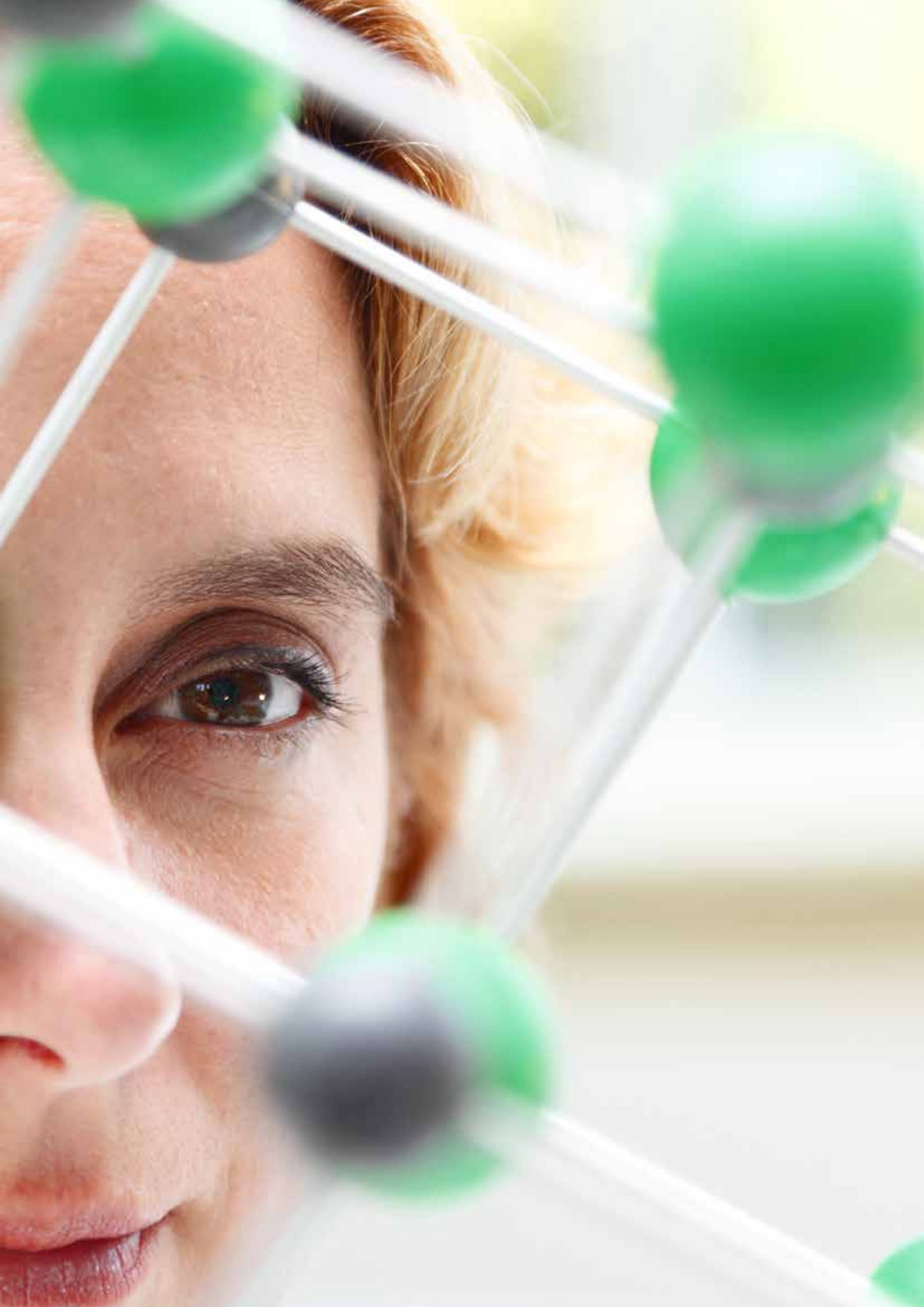
#### Kompetanse

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

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

De innsamlede tiltaksplaner, oversikter og vurderinger har blitt analysert, og det er etablert et en oversikt med fokus på leger og sykepleiere samt en







plan for videre regionale tiltak. I 2014 videreføres og utvides arbeidet til å omfatte øvrige faggrupper. Omfanget av praksisstudier og opplæring i samarbeid med utdanningssektoren er videreført på et litt høyere nivå enn tidligere år, spesielt hva antall lærlingplasser angår. Lokalt på helseforetaks-/sykehusnivå er det gjennomført en rekke utviklingstiltak i samarbeid med høyskolene finansiert ved samarbeidsmidler som ligger i høyskolenes budsjetter. På regionalt nivå foregår det tilsvarende i regi av Samarbeidsorganet for høyskolene. Alle helseforetak i regionen samarbeider med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter.

### Ressursstyring

I 2013 fortsatte arbeidet med innsatsområdet Bedre Ressursstyring i foretaksgruppen. Tiltakene rundt bedre ressursstyring skal medvirke til å dekke regionens kompetanse og ressursbehov ved å styrke ledere og medarbeideres kompetanse rundt planlegging og styring av arbeidstid og bemanning, samt sikre god systemstøtte til dette.

Dette gjøres gjennom fire arbeidsstrømmer:

- Direkte prosjektstøtte til HF
- Kompetansebygging gjennom lederopplæring ved helseforetak som får ny systemstøtte samt opplæring av ressursstyringsrådgivere på alle helseforetak. Ved utgangen av 2013 er i alt 62 rådgivere opplært.
- Oppfølging av pilotprosjekter, rådgivere og fagansvarlige, dokumentasjon og formidling av prosedyrer, erfaringer og resultater
- Systemstøtte – migrering eller implementering av ressursstyrings og arbeidsplansystem i alle helseforetak og standardisering av bruk.

Prosjektet har vært i gang fra 1.3.2011 og fortsetter frem til 1.7.2014. I forlengelse av prosjektperioden videreføres arbeidet i drift i samarbeid mellom helseforetak, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. I tillegg pågår det et stort indirekte effektiviseringsarbeid med styringsinformasjon knyttet til så vel ledelse, kompetanse og ressursstyring. Dette omfatter både HR faktagrunnlag, nasjonale HR indikatorer, Felles datavarehus med mer som styrker styringsevnen og danner grunnlag for vurdering av utvikling (benchmarking).

### Deltidsbruk - bemanningsutvikling

Helse Sør-Øst har som mål at alle ansatte skal tilbys heltidsstillinger, dette for å sikre kompetanse, kvalitet og kontinuitet på tjenestene. Man har startet arbeidet med å redusere antall deltidsstillinger og arbeider mot en heltidskultur. Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse.

Ved utgangen av 2013 har 16 400 av nær 53 000 fast ansatte i helseforetakene i Helse Sør-Øst deltidsstilling. Det er 400 færre enn tolv måneder tidligere. Korrigert andel deltidsansatte har i løpet av 2013 gått ned fra 25,3 til 24,6 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 korrigert stillingsstørrelse blant alle fast ansatte er i løpet av 2013 redusert fra 94 til 91 prosent. Blant deltidsansatte er gjennomsnittlig stillingsstørrelse 69 prosent.

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

Bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. I 2013 har bemanningen økt med 1,1 prosent tilsvarende om lag 650 årsverk. Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte vikartjenester, det vil si innleie av helsepersonell, for 427 millioner i 2013. Det tilsvarende svarer 1,0 prosent av samlede lønnskostnader på 41,4 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellens førstevalg ved å fremstå som en forutsigbar og inkluderende arbeidsgiver. 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.

### Sykefravær

Helse Sør-Øst skal legge til rette for at sykefraværet er så lavt som mulig. Å redusere sykefraværet er en prioritert oppgave i alle foretak. For foretaksgruppen samlet gikk sykefraværet ned fra 7,8 prosent i 2012 med 0,3 prosentpoeng til 7,5 prosent i 2013. Det er noe variasjon i sykefraværet mellom foretakene (rundt to 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 2013 mellom 10 og 16 prosent. Dette er en svak forbedring fra 2012.

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 fire kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordeler seg med to kvinner og to menn. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av tre 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 syv menn og seks kvinner.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. Ved årsskiftet var to av ti styreledere for helseforetakene kvinner. En av ti administrerende direktører i helseforetakene er kvinne. Helse Sør-Øst RHF ønsker å styrke kvinneandelen blant styrelederne og helseforetakslederne. Av samtlige ledere i foretaksgruppen er 64 prosent kvinner og 36 prosent menn.

Kjønnsfordelingen blant legene i Helse Sør-Øst er 52 prosent menn og 48 prosent kvinner.

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.

### ETABLERING AV PENSJONSKASSE

Foretaksrådet for Helse Sør-Øst RHF ga 30. september 2011 Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å gjennomføre en prosess med sikte på å etablere en egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF har etter dette i tett dialog med de ansattes organisasjoner arbeidet med å etablere pensjonskassen innenfor de rammer foretaksrådet fastsatte.

Pensjonskassen har fått navnet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) og er i drift fra 1. januar 2014. PKH har et eget styre der også pensjonskassens medlemmer er representert. Pensjonskassen er etablert med egen administrasjon bestående av administrerende direktør og fem ansatte. Medlemservice forestås av pensjonskassens egne ansatte, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver er utkontrahert etter forutgående konkurranser i henhold til reglene om offentlige anskaffelser.

### 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. Det er styrets oppfatning at det er grunnlag for dette. Det vises i denne sammenheng til Helseforetakslova § 5.

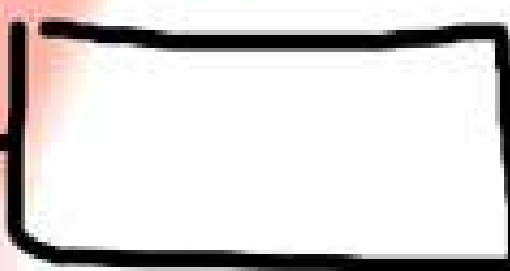
### ÅRSREGNSKAP FOR FORETAKSGRUPPEN HELSE SØR-ØST

Foretaksgruppen har hatt som mål å levere et resultat i balanse for 2013.

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 65,0 milliarder kroner i 2012 med 4,6 prosent til 68,0 milliarder kroner i 2013. De samlede driftsinntektene i 2013 fordeler seg med 47,6 milliarder kroner i basisramme, 16,1 milliarder kroner i aktivitetsbaserte inntekter og 4,3 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 prosent av totale driftskostnader for 2013. Disse kostnadene økte fra 39,7 milliarder kroner i 2012 med 4,3 prosent til 41,4 milliarder kroner i 2013. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell er økt fra 375 millioner kroner i 2012 med 14 prosent til 427 millioner kroner i 2013.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for fore-







taksgruppen var i 2013 i underkant av 3,1 milliarder kroner, på nivå med 2012. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 90 millioner kroner på varige driftsmidler i 2013.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen er redusert fra 97 millioner kroner i 2012 til 72 millioner kroner i 2013. Årsakene til reduksjonen er i hovedsak knyttet til høyere bankbeholdning gjennom året.

Årsresultatet økte fra et positivt resultat på 211 millioner kroner i 2012 til 483 millioner kroner i 2013. De fleste helseforetakene hadde i 2013 positive resultater. Resultatet for 2013 er imidlertid i likhet med 2012 påvirket av utfordringene ved Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

Foretaksgruppen hadde i 2013 en negativ kontantstrøm på 366 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2013 var 5 080 millioner kroner, hvorav bundne midler utgjør 1 651 millioner kroner.

Investeringsnivået i foretaksgruppen økte fra 3 458 millioner kroner i 2012 til 5 638 millioner kroner i 2013. Investeringene representerer i hovedsak opprettholdelse av etablert kapasitet, men både innenfor teknologi og e-helse, og medisinskteknisk 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 har økt fra 4 149 millioner kroner i 2012 til 4 532 millioner kroner i 2013. Sammen med ekstern finansiering gir dette et investeringsnivå på 5 272 millioner kroner. I det høyere investeringsnivået i 2013 er det også benyttet oppsparte midler fra tidligere år.

Foretaksgruppen har en driftskredittramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 3 411 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per 31.12.2013 er det trukket 3 401 millioner kroner på denne rammen. Trukket driftskreditt er redusert med 209 millioner kroner i 2013, mens driftskredittrammen er redusert med 217 millioner kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2013 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 104,9 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 29,2 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2013 35,1 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 i 2013 et positivt resultat på 54 millioner kroner mot 1 622 millioner kroner i 2012. Det positive resultatet i 2013 knyttet til ordinær drift var 517 millioner kroner. Reduksjonen i resultatet fra 517 millioner kroner til 54 millioner kroner er knyttet til nedskrivninger av eierandeler i døtre som følger av negative resultater inneværende år. Helseforetakene er konsolidert inn i foretaksgruppens regnskap og over/underskudd i disse foretakene er innarbeidet i resultatet for foretaksgruppen.

## FINANSIELLE OG ANDRE RISIKOER

### FORBUNDET MED ØKONOMI

Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen har fremdeles en betydelig egenkapital. Egenkapitalen i foretaksgruppen utgjorde 61 prosent av totalkapitalen ved utgangen av 2013. Det bør likevel nevnes at det i pensjonsforpliktelsen ligger et ikke resultatført estimatavvik som utgjør 142 prosent av egenkapitalen.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31. desember 2013 som tilfredsstillende.

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Netto økning i rentebærende gjeld i 2013 er 751 millioner kroner. Ved utgangen av året utgjør langsiktig lån fra Helse- og omsorgsdepartementet 8,3 milliarder kroner. Av dette er 2,7 milliarder kroner byggelån, mens 5,6 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 Helse Sør-Øst RHF tilnærmet 100 prosent fast rente. Gjennomsnittlig rente på låneporteføljen er 3,41 prosent. Rentebindingen har en durasjon på 1,23. Av porteføljens rentebinding forfaller 96 prosent fra ett til fem 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 om lag 25 millioner kroner sammenliknet med 2012.

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 gjen-

nom 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 2013/2014 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**

Gjennom hele 2013 og frem til foretaksmøtet 7. januar 2014 hadde Helse Sør-Øst RHF følgende eieroppnevnte styremedlemmer: Per Anders Oksum (styreleder), Ansgar Gabrielsen (nestleder), Turid Birkeland, Trine Dønhaug, Andreas Kjær, Bernadette Kumar, Anita Ihle Steen, Dag Stenersen og Signe Øye.

I foretaksmøte 7. januar 2014 ble følgende eieroppnevnte styremedlemmer valgt for en periode på to år: Per Anders Oksum (styreleder), Sigrun E. Vågeng (nestleder), Eyolf Bakke, Anne Cathrine Frøstrup, Bernadette Kumar, Peer Jacob Svenkerud, og Truls Velgaard.

Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn, Irene Kronkvist, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland var ansattvalgte styremedlemmer frem til 15. mars 2013. Med virkning fra denne datoen 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 konsernrevisjonsenhet. Revisjonsutvalget for perioden 2012-2014 besto av Andreas Kjær (leder), Kirsten Brubakk, Bernadette Kumar og Dag Stenersen. For perioden 2014-2016 består revisjonsutvalget av Peer Jacob Svenkerud (leder), Bernadette Kumar og Kirsten Brubakk. Revisjonsutvalget skal bidra til å ivareta styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Se forøvrig avsnittet om "Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll" nedenfor.

Peder Olsen var fra 1. november 2012 konstituert som administrerende direktør. Stillingen ble 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.

### **VIRKSOMHETSSTYRING, 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 bekreftelesoppdrag for å se etter om intern styring og kontroll er tilfredsstillende. I 2013 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte deler av foretaksgruppen. Konsernrevisjonens årsrapport for 2013 er behandlet i styret og finnes på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

### **RISIKOVURDERING**

Arbeidet med risikovurdering og risikostyring er en del av helseforetaksgruppens virksomhetsstyring.



Besok



Intensiv- /  
postop. av



Helseforetakene utarbeider sine egne risikovurderinger, som sammen med innspill fra brukerutvalget og konserntillitsvalgte er grunnlag for den samlede risikovurderingen det regionale helseforetakets ledelse gjør for helseforetaksgruppen.

Ved styrets risikogjennomgang per andre tertial 2013 ble det ansett at det var stor risiko for at målene på følgende områder ikke vil bli oppnådd:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Etablering av nødvendig økonomisk handlingsrom
- Driften av Akershus universitetssykehus HF

Det er etablert tiltak for å redusere disse risikoene.

## **SYKEHUSOMRÅDER OG HELSEFORETAK**

Helse Sør-Øst RHF eier ti helseforetak som er organisert i syv sykehusområder.

Styret utnevnte 13. februar 2014 nye eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Disse har funksjonstid til februar 2016. Den nye regjeringen har gitt føringer om at det samlede antallet styremedlemmer i helseforetakenes styrer skal reduseres. Totalt er antall eieroppnevnte styremedlemmer redusert fra 70 til 60 ved denne oppnevningen. Styret har lagt til grunn endringen i krav til styrenes sammensetning som innebærer at det ikke lenger er krav om at de eieroppnevnte styremedlemmene skal ha bakgrunn som folkevalgt. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har nå eksterne styreledere.

Den 2. april 2014 ble det oppnevnt nye eieroppnevnte styremedlemmer i styret for Akershus universitetssykehus HF.

## **HELSETJENESTER FRA AVTALESPELISALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER MED KJØPSAVTALE**

Private leverandører med kjøpsavtale og avtale-spesialister er viktige bidragsytere i ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2013 eksterne helsetjenester for om lag 3,8 milliarder kroner. Dette utgjør 5,6 prosent av brutto driftskostnader for foretaksgruppen.

## **ANSVARLIGE SELSKAPER OG FELLESEIDE AKSJESELSKAP**

Helse Sør-Øst RHF eier 40 prosent av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS), 40 prosent av Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS og 40 prosent av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS. I tillegg eier Helse Sør-Øst RHF 40 prosent av Helsetjenestens

driftsorganisasjon for nødnett HF som ble etablert i 2013. Dessuten eier Helse Sør-Øst RFH 40 prosent av Nasjonal IKT HF, som ble stiftet i desember 2013. 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.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF skal være en felles nasjonal driftsorganisasjon som leverer landsdekkende tjenester innenfor nødmeldetjenesten med døgnåpen drift- og brukerstøtte for selskapets brukere.

Nasjonal IKT HF skal gi retningslinjer for IKT-utvikling i spesialisthelsetjenesten gjennom felles strategi, samarbeid og samordning. I tillegg skal Nasjonal IKT bidra til spesialisthelsetjenestens gjennomføring av nasjonale prosjekter og til dialog og samarbeid med relevante interessenter. Selskapet skal videreutvikles som spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi.

For nærmere informasjon om disse foretakenes resultater i 2013 henvises til årsregnskapets note 12.

## **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. Helse Sør-Øst RHF oppnevnte i 2013 nytt brukerutvalg med funksjonstid fra 1. oktober 2013 til og med september 2015. Øystein Winje er ny leder av Brukerutvalget.

Alle helseforetakene har egne brukerutvalg. 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 2013 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. I 2013 har brukerutvalget i større grad enn tidligere 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](http://www.helse-sorost.no)

### STØRRE BYGGEPROSJEKTER

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i desember 2010 forprosjekt for nytt østfoldsykehus. Arbeidet med bygging av nytt østfoldsykehus pågår i henhold til gjeldende planer og forutsetninger. Prosjektet hadde ved utgangen av 2013 nådd en ferdiggrad på 63,3 prosent, som er 0,8 prosent etter planlagt. Utbyggingen avsluttes i løpet av 2014. Deretter startes testing, klargjøring og prøvedrift av anlegget. Det er planlagt at driften kan fases gradvis inn fra 1. mai 2015 med hovedinnflytting november 2015. Nytt østfoldsykehus er dimensjonert for å dekke behovet for spesialisthelsetjenester til en befolkning på cirka 300 000 innbyggere, basert på en fremskriving av befolkningsgrunnlaget i Østfold fra 2007 til 2020. Prosjektet skal realiseres innenfor et styrings-

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

Bygging av nytt akuttbygg ved Oslo universitetssykehus Ullevål startet ved juletid i 2011. Akuttbygget sto klart i januar 2014. Ombygging og tilpasning i dagens akuttmottak pågår og vil bli ferdig i løpet av juni. Nybygget har en grunnflate på cirka 800 kvadratmeter (totalt cirka 2 600 kvadratmeter bta) – og inneholder akuttmottak, operasjonsstuer og intensivenhet.

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

### MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR

Helse Sør-Øst RHF publiserer en separat "Rapport for miljø- og samfunnsansvar", som dekker temaene miljø og klima, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og sosiale forhold samt korrupsjonsbekjempelse.

Denne rapporten omfatter blant annet klimaregnskap og data om energiforbruk, avfallsmengder og -håndtering og vannforbruk i hele foretaksgruppen og de enkelte helseforetakene.

Rapporten inneholder opplysninger om retningslinjer, prinsipper, prosedyrer og standarder foretaksgruppen og den enkelte helseforetak benytter for å integrere disse hensynene i sine forretningsstrategier, i sin daglige drift og i forholdet til sine interessenter. Miljø- og samfunnsansvarsrapporten finnes på [www.helse-sorost.no/miljo](http://www.helse-sorost.no/miljo)

Helse Sør-Øst RHF deltar i et nasjonalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren og å utrede nye klimatilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Styret har vedtatt at alle helseforetakene i foretaksgruppen skal implementerer 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.

### ARBEIDET MED, ETIKK, VERDIER OG HOLDNINGER

Virksomheten i Helse Sør-Øst er 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

## DISPONERING AV ÅRSRESULTATET

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF i 2013 ble et positivt resultat på 53,7 millioner kroner. Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2013.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Overført fond for vurderingsforskjeller	1,1 millioner kroner
Overført til annen egenkapital	52,6 millioner kroner
Sum disponert	53,7 millioner kroner

Kalnes, 24. april 2014

Per Anders Oksum  
Styreleder

Sigrun E. Vågeng  
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Peder Olsen  
Administrerende direktør



# RESULTATREGNSKAP

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013	Note	2013	2012
<b>DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER</b>				
45 557 593	47 629 089	Basisramme	47 629 089	45 557 593
13 832 075	14 478 081	Aktivitetsbasert inntekt	16 109 410	15 369 754
3 557 543	3 943 851	Annen driftsinntekt	4 293 694	4 108 250
<b>62 947 211</b>	<b>66 051 021</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>68 032 193</b>	<b>65 035 596</b>
59 443 683	61 857 031	Kjøp av helsetjenester	9 024 870	8 663 370
399 662	463 582	Varekostnad	7 042 399	6 775 908
719 598	827 842	Lønn og annen personalkostnad	41 356 719	39 668 766
612 776	688 013	Ordinære avskrivninger	3 065 689	3 070 794
20 956	17 257	Nedskrivning	90 228	140 605
1 575 110	1 845 991	Annen driftskostnad	6 896 168	6 407 332
<b>62 771 785</b>	<b>65 699 716</b>	<b>Sum driftskostnader</b>	<b>67 476 073</b>	<b>64 726 774</b>
<b>175 424</b>	<b>351 305</b>	<b>Driftsresultat</b>	<b>556 120</b>	<b>308 822</b>
<b>FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>				
539 131	549 017	Finansinntekt	282 158	248 538
1 281 544	-463 315	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	-8
-374 033	-383 352	Annen finanskostnad	-353 689	-345 131
<b>1 446 642</b>	<b>-297 650</b>	<b>Netto finansresultat</b>	<b>-71 530</b>	<b>-96 601</b>
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>Resultat før skattekostnad</b>	<b>484 590</b>	<b>212 221</b>
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	1 309	1 020
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>483 281</b>	<b>211 200</b>
0	0	Minoriteters andel av årsresultatet	-25	-1 182
<b>OVERFØRINGER</b>				
3 904	1 107	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	1 107	3 984
1 618 162	52 549	Overført til/fra annen egenkapital	482 199	208 398
0	0	Overført minoritet	-25	-1 182
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>Sum overføringer</b>	<b>483 281</b>	<b>211 200</b>

# BALANSE

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2012	2013	Note	2013	2012	
		<b>EIENDELER</b>			
		<b>Anleggsmidler</b>			
		<b>Immaterielle eiendeler</b>			
1 348 219	1 824 938	Immaterielle eiendeler	10	1 913 902	1 365 929
0	0	Utsatt skattefordel	9	0	0
<b>1 348 219</b>	<b>1 824 938</b>	<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		<b>1 913 902</b>	<b>1 365 929</b>
		<b>VARIGE DRIFTSMIDLER</b>			
86 611	84 251	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	30 530 817	31 637 814
860 464	796 742	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transp.midler og lign.	11	4 504 312	4 390 364
1 629 272	3 689 856	Anlegg under utførelse	11	5 446 654	2 679 835
<b>2 576 347</b>	<b>4 570 849</b>	<b>Sum varige driftsmidler</b>		<b>40 481 783</b>	<b>38 708 013</b>
		<b>FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER</b>			
22 170 151	21 706 836	Investering i datterselskap/- foretak	12	0	0
37 704	60 011	Investeringer i FKV og TS	12	80 111	57 804
5 541	6 810	Investeringer i andre aksjer og andeler	12	1 283 803	1 167 463
8 012 996	8 191 328	Andre finansielle anleggsmidler	13	56 326	60 119
0	0	Pensjonsmidler	17	3 424 458	3 818 136
<b>30 226 392</b>	<b>29 964 985</b>	<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		<b>4 844 698</b>	<b>5 103 522</b>
<b>34 150 958</b>	<b>36 360 772</b>	<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>47 240 383</b>	<b>45 177 464</b>
		<b>OMLØPSMIDLER</b>			
46 906	65 340	Varer	4	431 789	409 960
6 763 702	7 045 501	Fordringer	14	2 022 364	1 897 426
3 959 455	3 501 450	Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	5 080 380	5 446 802
<b>10 770 063</b>	<b>10 612 290</b>	<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>7 534 533</b>	<b>7 754 188</b>
<b>44 921 021</b>	<b>46 973 062</b>	<b>SUM EIENDELER</b>		<b>54 774 921</b>	<b>52 931 652</b>

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013	Note	2013	2012
<b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>				
<b>Egenkapital</b>				
<b>Innskutt egenkapital</b>				
200	200		200	200
32 470 631	32 470 631		32 470 631	32 470 631
<b>32 470 831</b>	<b>32 470 831</b>	<b>16</b>	<b>32 470 831</b>	<b>32 470 831</b>
<b>OPPTJENT EGENKAPITAL</b>				
25 913	27 020		27 100	25 993
0	0		9 255	9 280
-9 405 003	-9 353 593		-7 852 736	-8 333 190
<b>-9 379 090</b>	<b>-9 326 574</b>	<b>16</b>	<b>-7 816 381</b>	<b>-8 297 917</b>
<b>23 091 741</b>	<b>23 144 258</b>		<b>24 654 450</b>	<b>24 172 914</b>
<b>GJELD</b>				
Avsetning for forpliktelser				
120 101	144 188	17	1 610 204	1 522 845
0	0	9	4 567	3 410
2 700	2 700	18	4 430 511	4 528 297
<b>122 801</b>	<b>146 888</b>		<b>6 045 282</b>	<b>6 054 552</b>
<b>ANNEN LANGSIKTIG GJELD</b>				
7 576 232	8 327 729	13	8 327 729	7 576 232
7 694 283	8 170 899	13	309 235	323 611
<b>15 270 516</b>	<b>16 498 627</b>		<b>8 636 963</b>	<b>7 938 540</b>
<b>KORTSIKTIG GJELD</b>				
3 609 400	3 400 540	15	3 400 540	3 609 400
0	0	9	152	44
69 630	82 313		2 883 942	2 788 407
2 756 933	3 700 436	19	9 153 592	8 406 490
<b>6 435 963</b>	<b>7 183 289</b>		<b>15 438 226</b>	<b>14 804 342</b>
<b>21 829 280</b>	<b>23 828 804</b>		<b>30 120 471</b>	<b>28 758 738</b>
<b>44 921 021</b>	<b>46 973 062</b>		<b>54 774 921</b>	<b>52 931 652</b>

Kalnes, 24 april 2014

Per Anders Oksum  
*Styreleder*

Sigrun E. Vågang  
*Nestleder*

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Peder Olsen  
*Administrerende direktør*

# KONTANTSTRØMOPPSTILLING

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2012	2013	Note	2013	2012	
<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER</b>					
1 621 949	53 656	Årsresultat før skattekostnad	16	484 590	211 200
-8 115	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-67 369	-124 208
612 776	688 013	Ordinære avskrivninger	10,11	3 065 689	3 070 794
20 956	17 257	Nedskrivning anleggsmidler	10,11	90 228	140 335
-1 269 656	463 315	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		0	-353
375 903	-300 233	Endring i omløpsmidler	4, 14	-146 767	-32 856
368 427	956 186	Endring i kortsiktig gjeld	19	842 744	725 474
8 990	24 087	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbet.	17	481 917	338 061
0	0	Inntektsført investeringstilskudd	2	-218 859	-179 691
<b>1 731 229</b>	<b>1 902 281</b>	<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>		<b>4 532 173</b>	<b>4 148 755</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER</b>					
0	26 117	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		131 701	162 235
-1 920 957	-3 202 608	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	10,11	-5 620 500	-3 458 433
0	0	Tilgang/avgang anleggsmidler uten kontanteffekt		-11 685	0
0	0	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		0	0
55 101	3 020	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		3 297	55 101
0	-41 980	Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)		0	0
0	0	Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler		0	0
-1 038	-23 576	Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-141 690	-104 701
<b>-1 866 894</b>	<b>-3 239 027</b>	<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>		<b>-5 638 877</b>	<b>-3 345 797</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER</b>					
1 314 912	1 178 136	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	1 178 136	1 314 912
-426 640	-440 266	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	13	-440 266	-426 640
-153 086	-208 361	Endring driftskreditt	15	-208 361	-153 086
0	-765 901	Utbetaling/Innbetaling av investeringstilskudd og lån		50 409	22 975
939 905	1 101 507	Endr. øvrige langsiktige forpliktelser uten kontakteffekt	18	160 364	22 773
<b>1 675 091</b>	<b>865 115</b>	<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>		<b>740 282</b>	<b>780 934</b>
1 539 426	-471 631	Netto endring i likviditetsbeholdning		-366 422	1 583 892
2 420 029	3 959 455	Likviditetsbeholdning per 01.01.		5 446 802	3 862 910
<b>3 959 455</b>	<b>3 487 824</b>	<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. per 31.12.1,15</b>		<b>5 080 380</b>	<b>5 446 802</b>
19 000	10 460	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank per 31.12.		10 460	19 000
<b>3 978 455</b>	<b>3 498 284</b>	<b>Likviditetsreserve 31.12.</b>		<b>5 090 840</b>	<b>5 465 802</b>
3 628 000	3 411 000	Innvilget kredittramme i Norges Bank per 31.12.		3 411 000	3 628 000



## 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.

Gjennomganger 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 investør har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investør har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskap har en slik innflytelse over et annet selskap. Investering i tilknyttet selskap vurderes etter egenkapitalmetoden i 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 datterdatter foretak.

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 fordelen vil bli realisert i fremtiden.



# NOTER

## NOTE 1 - Virksomhetsrapportering

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
		<b>Driftsinntekter per virksomhetsområde</b>		
5 544 137	5 740 645	Somatiske tjenester	48 408 798	46 108 135
1 479 015	1 569 049	Psykisk helsevern VOP	9 930 456	9 715 008
185 232	180 268	Psykisk helsevern BUP	2 243 422	2 214 408
739 364	807 740	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 571 657	2 353 928
3 234 646	3 716 532	Annet	4 877 861	4 644 118
51 764 816	54 036 788	Det regionale foretakets overføringer til datterforetak	0	0
<b>62 947 211</b>	<b>66 051 021</b>	<b>Driftsinntekter per virksomhetsområde</b>	<b>68 032 193</b>	<b>65 035 596</b>
		<b>Driftskostnader per virksomhetsområde</b>		
5 298 797	5 280 735	Somatiske tjenester	48 097 065	45 984 702
1 474 930	1 588 927	Psykisk helsevern VOP	9 855 196	9 548 675
166 879	165 602	Psykisk helsevern BUP	2 226 738	2 119 817
762 856	795 945	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 552 428	2 357 237
3 303 507	3 831 718	Annet	4 744 647	4 716 344
51 764 816	54 036 788	Det reg. foretakets kjøp av helsetj. fra datterforetakene	0	0
<b>62 771 785</b>	<b>65 699 716</b>	<b>Driftskostnader per virksomhetsområde</b>	<b>67 476 073</b>	<b>64 726 774</b>
		<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>		
62 800 574	65 835 001	Pas. hj.hørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	66 788 970	63 926 246
146 638	216 020	Pasienter hjemmehørende i resten av landet	1 144 942	1 023 239
0	0	Pasienter hjemmehørende i utlandet	98 280	86 111
<b>62 947 211</b>	<b>66 051 021</b>	<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>	<b>68 032 193</b>	<b>65 035 596</b>

Driftsinntekter benevnt Overføring til datterforetak tilsvarer det regionale helseforetakets andel av inntekter fra eier / staten som benyttes til finansiering av datterforetakenes oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. Det regionale foretakets 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	
2012	2013		2013	2012
<b>DRIFTSINNEKTER</b>				
Basisramme				
45 557 593	47 629 089	Basisramme	47 629 089	45 557 593
<b>45 557 593</b>	<b>47 629 089</b>	<b>Basisramme</b>	<b>47 629 089</b>	<b>45 557 593</b>
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>				
11 509 441	11 968 825	Behandling av egne pasienter fra eget opptaksområde	11 980 725	11 509 441
121 778	102 613	Behandling av egne pasienter i andre regioner	102 613	121 778
146 637	216 020	Behandling av andre pasienter i egen region	981 994	900 363
1 999 098	2 177 679	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	2 767 486	2 565 619
0	0	Utskrivningsklare pasienter	57 517	52 963
55 122	12 944	Andre aktivitetsbaserte inntekter	219 075	219 592
<b>13 832 075</b>	<b>14 478 081</b>	<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>	<b>16 109 410</b>	<b>15 369 754</b>
<b>Annen driftsinntekt</b>				
241 675	279 082	Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	279 082	241 675
861 953	820 042	Øremerkede tilskudd til andre formål	1 244 897	1 267 726
179 691	218 859	Inntektsføring av investeringstilskudd	218 859	179 691
0	0	Driftsinntekter fra Sykehusapotekene	762 998	708 082
2 274 224	2 625 867	Andre driftsinntekter	1 787 857	1 711 076
<b>3 557 543</b>	<b>3 943 851</b>	<b>Annen driftsinntekt</b>	<b>4 293 694</b>	<b>4 108 250</b>
<b>62 947 211</b>	<b>66 051 021</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>68 032 193</b>	<b>65 035 596</b>

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 2 914 048 TNOK

<b>Aktivitetstall</b>				
<b>Aktivitetstall somatikk</b>				
62 737	63 325	Antall DRG poeng iht. "sørge for"-ansvaret	763 047	758 186
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	708 461	705 837
112	116	Ant. DRG poeng iht. "sørge for"-ansv. knyttet til "Raskere tilbake"	2 054	2 072
152 289	152 640	Antall polikliniske konsultasjoner	2 541 193	2 479 887
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</b>				
30	27	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 105	1 079
30 185	29 377	Antall polikliniske konsultasjoner	456 690	450 037
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</b>				
4 212	3 871	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	25 886	26 708
94 919	98 043	Antall polikliniske konsultasjoner	773 924	744 774
<b>Aktivitetstall tværf. spesialisert beh. av rusm.avhengige</b>				
1 820	1 780	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	8 081	8 036
53 176	51 548	Antall polikliniske konsultasjoner	211 027	210 859

I tillegg til aktiviteten ovenfor er antall polikliniske konsultasjoner knyttet til "Raskere tilbake" 68 366.

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	
2012	2013		2013	2012
<b>KJØP AV HELSETJENESTER</b>				
422 483	218 578	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	635 059	413 442
4 132 368	4 206 909	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	4 381 252	4 288 296
3 295	17 340	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	54 109	44 629
1 382 181	1 447 589	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	1 509 147	1 457 797
4 202	6 989	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	30 643	3 967
756 667	789 917	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	800 488	768 726
241	300	Kjøp fra utlandet	106 303	98 856
<b>6 701 437</b>	<b>6 687 622</b>	<b>Sum gjestepasientkostnader</b>	<b>7 517 001</b>	<b>7 075 714</b>
0	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	426 833	375 188
191 888	217 261	Kjøp av andre ambulansetjenester og luftambulanse	340 693	405 748
785 542	915 360	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	740 341	806 720
<b>7 678 867</b>	<b>7 820 243</b>	<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>9 024 870</b>	<b>8 663 370</b>
51 764 816	54 036 788	Det regionale foretakets kjøp av helsetj. fra datterforetakene	0	0
<b>59 443 683</b>	<b>61 857 031</b>	<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>9 024 870</b>	<b>8 663 370</b>

## NOTE 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
<b>VAREBEHOLDNING</b>				
0	0	Råvarer	4 694	4 389
0	0	Varer i arbeid	4 875	4 256
0	0	Ferdigvarer	0	1 386
0	4 565	Handelsvarer	206 270	160 689
<b>0</b>	<b>4 565</b>	<b>Sum lager til videresalg</b>	<b>215 839</b>	<b>170 720</b>
46 906	60 775	Annet medisinsk forbruksmateriell	184 953	206 536
0	0	Andre varebeholdninger	30 997	32 704
<b>46 906</b>	<b>60 775</b>	<b>Sum lager til eget bruk</b>	<b>215 950</b>	<b>239 240</b>
<b>46 906</b>	<b>65 340</b>	<b>Sum varebeholdning</b>	<b>431 789</b>	<b>409 960</b>
50 468	67 663	Anskaffelseskost	436 383	415 168
-3 562	-2 323	Nedskrivning for verdifall	-4 593	-5 208
<b>46 906</b>	<b>65 340</b>	<b>Bokført verdi 31.12.</b>	<b>431 789</b>	<b>409 960</b>
<b>VAREKOSTNAD</b>				
541	0	Legemidler	2 798 491	2 647 893
552	0	Medisinske forbruksvarer	3 384 823	3 256 616
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	798 244	810 403
398 569	463 582	Innkjøpte varer for videresalg	60 841	60 996
<b>399 662</b>	<b>463 582</b>	<b>Sum varekostnad</b>	<b>7 042 399</b>	<b>6 775 908</b>

## Note 5 - Lønn og personalkostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
<b>LØNSKOSTNADER</b>				
499 731	563 340	Lønnskostnader	29 266 022	27 754 780
86 259	103 418	Arbeidsgiveravgift	4 193 564	3 965 543
110 766	133 021	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	7 190 287	7 250 689
22 842	28 062	Andre ytelser	709 505	699 026
0	0	- Balansførte lønnskostnader egne ansatte	-2 660	-1 271
<b>719 598</b>	<b>827 842</b>	<b>Sum lønn og andre personalkostnader</b>	<b>41 356 719</b>	<b>39 668 766</b>
1 087	1 247	Gjennomsnittlig antall ansatte	76 730	75 599
927	1 075	- Herav Sykehuspartner		
1 059	1 225	Gjennomsnittlig antall årsverk	57 161	56 519
907	1 068	- Herav Sykehuspartner		

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
<b>Godtgjørelse til revisor</b>				
970 567	1 368 188	Lovpålagt revisjon	5 432 926	6 688 230
514 444	236 071	Utvidet revisjon	4 556 864	3 883 291
0	0	Andre attestasjonstjenester	1 158 439	1 219 064
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	111 837	131 500
84 637	198 634	Andre tjenester utenfor revisjon	2 708 146	846 602
<b>1 569 648</b>	<b>1 802 893</b>	<b>Sum godtgjørelse</b>	<b>13 968 212</b>	<b>12 768 687</b>

Alle tall er inkl. merverdiavgift.

Honorar for andre tjenester utenfor revisjonen er blant annet knyttet til mislighetsrevisjon ved Sykehuset i Vestfold HF, Risiko- og sårbarhetsanalyse ved implementering av DIPS ved Sykehuset Telemark HF, samt bistand knyttet til økonomiske utredninger og avklaringer av samhandlingsreformen og andre regnskapsfaglige spørsmål.

Vedrørende erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte vises til note 5b.



## Note 5 - Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser m.m.

### Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode 1)	Ansettelsesperiode 2)
Peder Kristian Olsen	Administrerende direktør	1 911 388	180 742	12 569	<b>2 104 699</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende dir.	1 751 334	166 550	13 399	<b>1 931 283</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Atle Brynestad	Konserndirektør	1 741 321	226 171	6 545	<b>1 974 037</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Alice B. Andersgaard	Fagdir. Medisin og helsefag	1 530 443	332 969	10 736	<b>1 874 148</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Tore Robertsen	Dir. for styre- og eieroppf.	1 341 768	235 384	28 810	<b>1 605 962</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 190 155	258 055	6 545	<b>1 454 755</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13
Knut Even Lindsjørn	Direktør samhandling	1 073 742	260 646	7 215	<b>1 341 603</b>	01.01.13-31.12.13	01.01.13-31.12.13

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 administrerende direktør/styreleder eller andre nærstående parter.

### Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Honorar	Periode
Per Anders Oksum	Styrets leder	322 999	01.01.13-31.12.13
Ansgar Gabrielsen	Nestleder	219 999	01.01.13-31.12.13
Turid Birkeland	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Bernadette N. Kumar	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Signe Øye	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Anita Ihle Steen	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Andreas Kjær	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Dag Stenersen	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Trine Dønhaug	Styremedlem	120 999	01.01.13-31.12.13
Kirsten Brubakk	Konserntillitsvalgt	120 999	01.01.13-31.12.13
Irene Kronkvist	Konserntillitsvalgt	120 999	01.01.13-31.12.13
Terje Bjørn Keyn	Konserntillitsvalgt	120 999	01.01.13-31.12.13
Svein Øverland	Konserntillitsvalgt	120 999	01.01.13-31.12.13
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	Konserntillitsvalgt	25 045	01.01.13-16.03.13
		<b>1 899 032</b>	

### Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Sør-Øst RHF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, konserndirektør, kommunikasjonsdirektør, fagdirektør, samhandlingsdirektør og direktør for styre- og eieroppfølging 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 2013

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 023-2013. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Den generelle lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2013 3,5 % – 5,2 %.

Fagdirektør har i 2013 hatt en høyere lønnsvekst enn den øvrige ledergruppen grunnet utvidet ansvarsområde.

Lønnsjusteringene for ledergruppa gjelder fra 1.juli med unntak av administrerende direktør som gjelder fra 1.januar. Tidligere konstituert administrerende direktør Peder Olsen ble i styremøte 14. mars 2013 fast ansatt som administrerende direktør.

Lønn for ledende ansatte er i all 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 ordinære vilkår 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 fratre 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 2013 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 2013 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

#### **Retningslinjer for 2014**

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	
2012	2013		2013	2012
0	0	Transport av pasienter	984 111	923 773
71 114	96 651	Bygninger og kontorlokaler inkl. energi og forsikring	1 286 819	1 211 267
40 050	50 237	Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	548 047	549 450
260 421	314 992	Konsulenttjenester	600 547	563 444
180 804	217 817	Annen ekstern tjeneste	569 505	497 334
534 391	564 378	Reparasjon, vedlikehold og service	1 319 636	1 256 411
88 538	78 399	Kontor- og kommunikasjonskostnader	438 595	455 117
524	312	Kostnader forbundet med transportmidler	103 771	97 117
33 020	41 191	Reisekostnader	254 074	235 983
622	72	Forsikringskostnader	31 933	35 513
294 861	387 384	Pasientskadeerstatning	405 917	317 681
70 765	94 557	Øvrige driftskostnader	353 212	264 240
<b>1 575 110</b>	<b>1 845 991</b>	<b>Andre driftskostnader</b>	<b>6 896 168</b>	<b>6 407 332</b>

## NOTE 7 - Finansinntekter og -kostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
		<b>Finansinntekter</b>		
3 904	1 107	Resultatandel felles kontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	1 107	3 904
514 556	515 148	Konserninterne renteinntekter	0	0
20 265	32 757	Andre renteinntekter	279 867	242 909
407	5	Andre finansinntekter	1 184	1 725
<b>539 131</b>	<b>549 017</b>	<b>Finansinntekter</b>	<b>282 158</b>	<b>248 538</b>
		<b>Finanskostnader</b>		
-50 637	-54 653	Konserninterne rentekostnader	0	0
-322 070	-328 691	Andre rentekostnader	-349 325	-341 868
1 281 544	-463 322	Ned/oppskriving aksjer i datter (+/-)	0	0
-1 327	0	Andre finanskostnader	-4 363	-3 270
<b>907 511</b>	<b>-846 667</b>	<b>Finanskostnader</b>	<b>-353 689</b>	<b>-345 139</b>
<b>1 446 642</b>	<b>-297 650</b>	<b>Netto finansresultat</b>	<b>-71 530</b>	<b>-96 601</b>

## NOTE 8 - Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaksgruppen	
	2013	2012
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	487 636	416 798
Andre inntekter til forskning	399 478	439 206
Basisramme til forskning	907 253	908 888
<b>Sum inntekter til forskning</b>	<b>1 794 367</b>	<b>1 764 892</b>
Andre inntekter til utvikling	42 220	2 613
Basisramme til utvikling	147 660	7 709
<b>Sum inntekter til utvikling</b>	<b>189 880</b>	<b>10 322</b>
<b>Sum inntekter til forskning og utvikling</b>	<b>1 984 247</b>	<b>1 775 214</b>
Kostnader til forskning :		
- somatikk	1 812 865	1 767 425
- psykisk helsevern	148 572	123 671
- TSB	12 926	8 713
- annet	13 807	8 136
<b>Sum kostnader til forskning</b>	<b>1 988 171</b>	<b>1 907 945</b>
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	161 360	167 673
- psykisk helsevern	38 605	27 296
- TSB	683	355
- annet	8 609	2 237
<b>Sum kostnader til utvikling</b>	<b>209 256</b>	<b>197 562</b>
<b>Sum kostnader forskning og utvikling</b>	<b>2 197 427</b>	<b>2 105 507</b>
Antall avlagte doktorgrader	196	197
Antall publiserte artikler	2 273	2 503
Antall årsverk forskning	1 748	1 645
Antall årsverk utvikling	231	181

## NOTE 9 - Skatt

(Alle tall i NOK 1 000)

Beskrivelse	Foretaksgruppen	
	2013	2012
<b>Midlertidige forskjeller</b>		
Anleggsmidler	51 198	42 772
Omløpsmidler	-48	128
<b>Netto midlertidige forskjeller</b>	<b>51 150</b>	<b>42 900</b>
Benyttet underskudd til fremføring	-47 956	-39 464
<b>Grunnlag for utsatt skatt i balanse</b>	<b>3 193</b>	<b>3 436</b>
<b>Utsatt skatt</b>	<b>894</b>	<b>962</b>
Ikke balanseført utsatt skattefordel	3 673	2 448
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	4 567	3 410
<b>Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:</b>		
<b>Grunnlag for betalbar skatt</b>		
Resultat før skattekostnad	300	363
Permanente forskjeller	2	2
<b>Grunnlag for årets skattekostnad</b>	<b>301</b>	<b>365</b>
Endring i midlertidige forskjeller	-8 248	-207
<b>Skattepliktig inntekt</b>	<b>-7 947</b>	<b>158</b>
Bruk av fremførbart underskudd	0	0
<b>Grunnlag for betalbar skatt</b>	<b>-7 947</b>	<b>158</b>
28 % av grunnlag for betalbar skatt	350	44
Endring i utsatt skatt	324	273
For lite/for mye avsatt i fjor	635	702
<b>Sum skattekostnad på ordinært resultat</b>	<b>1 309</b>	<b>1 020</b>
<b>Spesifikasjon av skattekostnad</b>		
28 % skatt av resultat før skatt	84	102
Permanente forskjeller (28 %)	0	0
Ikke bokført skatteinntekt	1 225	918
<b>Beregnet skattekostnad</b>	<b>1 309</b>	<b>1 020</b>



## NOTE 10 - Immaterielle driftsmidler

(Alle tall i NOK 1 000)

### Helse Sør-Øst RHF

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
<b>Anskaffelseskost 1.1.13</b>	<b>1 948 466</b>	<b>522 158</b>	<b>2 470 624</b>
Tilgang	0	879 585	879 585
Avgang	0	12 048	12 048
Utrangering anskaffelseskost	6 735	1 246	7 981
Reklassifisering	60	0	60
Fra anlegg under utførelse	289 542	-289 542	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.13</b>	<b>2 231 213</b>	<b>1 098 907</b>	<b>3 330 120</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.13	1 505 182	0	1 505 182
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.13	0	0	0
<b>Balansført verdi 31.12.13</b>	<b>726 031</b>	<b>1 098 907</b>	<b>1 824 938</b>
Årets ordinære avskrivninger	-382 051	0	-382 051
Årets nedskrivninger	-6 735	-1 246	-7 981

### Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
<b>Anskaffelseskost 1.1.13</b>	<b>2 652 462</b>	<b>526 587</b>	<b>3 179 049</b>
Tilgang	24 702	939 986	964 688
Avgang	0	12 048	12 048
Utrangering anskaffelseskost	6 735	1 246	7 981
Reklassifisering	60	0	60
Fra anlegg under utførelse	293 393	-293 393	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.13</b>	<b>2 963 762</b>	<b>1 159 886</b>	<b>4 123 648</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.13	2 198 225	0	2 198 225
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.	111 522	0	11 522
<b>Balansført verdi 31.12.13</b>	<b>754 015</b>	<b>1 159 886</b>	<b>1 913 902</b>
Årets ordinære avskrivninger	-395 900	0	-395 900
Årets nedskrivninger	-6 735	-1 246	-7 981

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

- \* EDB-programvare
- \* Anlegg under utførelse

5 år  
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
<b>Anskaffelseskost 1.1.</b>	<b>100 599</b>	<b>1 629 272</b>	<b>1 700 239</b>	<b>3 430 110</b>
Tilgang	0	2 321 998	1 025	2 323 023
Avgang	0	-14 069	0	-14 069
Utrangering anskaffelseskost	0	-5 878	-3 398	-9 276
Reklassifisering	0	0	59	59
Fra anlegg under utførelse	0	-241 468	241 468	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.13</b>	<b>100 599</b>	<b>3 689 856</b>	<b>1 939 393</b>	<b>5 729 848</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.13	-16 348	0	-1 141 880	-1 158 228
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.13	0	0	-769	-769
<b>Balansført verdi 31.12.13</b>	<b>84 251</b>	<b>3 689 856</b>	<b>796 744</b>	<b>4 570 849</b>
Årets ordinære avskrivninger	-2 360	0	-303 602	-305 962
Årets nedskrivninger	0	-5 878	-3 398	-9 276

### Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, IKT og annet	Sum varige driftsmidler
<b>Anskaffelseskost 1.1.13</b>	<b>1 491 276</b>	<b>55 046 154</b>	<b>2 688 595</b>	<b>7 918 525</b>	<b>5 053 386</b>	<b>72 197 937</b>
Korrigeringer IB	0	-8 159	-5 573	-32 593	-2 645	-48 970
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>1 491 276</b>	<b>55 037 995</b>	<b>2 683 022</b>	<b>7 885 932</b>	<b>5 050 741</b>	<b>72 148 967</b>
Tilgang	3 876	193 942	3 964 377	439 930	53 688	4 655 812
Avgang	-48 818	-105 195	-14 069	-63 856	-24 677	-256 614
Utrangering anskaffelseskost	0	-8 561	-5 878	-86 038	-26 059	-126 535
Reklassifisering	-59 255	-89 355	-2 137	40 659	108 010	-2 078
Fra anlegg under utførelse	0	590 405	-1 168 974	230 429	348 141	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.13</b>	<b>1 387 078</b>	<b>55 619 231</b>	<b>5 456 342</b>	<b>8 447 056</b>	<b>5 509 846</b>	<b>76 419 552</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.13	-1 845	-25 986 261	0	-5 713 961	-3 711 289	-35 413 355
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.13	-15 696	-471 690	-9 688	-8 144	-19 197	-524 415
<b>Balansført verdi 31.12.13</b>	<b>1 369 537</b>	<b>29 161 280</b>	<b>5 446 654</b>	<b>2 724 952</b>	<b>1 779 360</b>	<b>40 481 782</b>
Årets ordinære avskrivninger	0	-1 571 210	0	-564 091	-534 488	-2 669 789
Årets nedskrivninger	0	-64 227	-12 378	-2 244	-3 398	-82 247

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

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

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl., IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Årlig leiebeløp	44 862	156 457	3 886	64 514	269 719
Varighet (år)	1-40 år	1-12 år	1-5 år	1-5 år	

Investeringsprosjekter	Påløpt per 31.12.2013	Påløpt per 31.12.2012	Total kostnads-ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt ferdigstillelse
Nytt Østfoldsykehus	3 351 000	1 513 765	5 592 000	5 592 000	2016
Samlokalisering Oslo universitetssykehus HF	954 913	549 694	1 794 000	1 794 000	2015
Hovedstadsprosessen Vestre Viken HF	208 788	151 310	209 900	208 800	2013
Samlokalisert Vestfoldklinik (Skjerve) Sykehuset i Vestfold HF	78 720	20 441	83 800	83 800	2014
Helikopterplass og parkeringshus Sykehuset i Vestfold HF	60 504	15 400	87 000	87 000	2014
MTU prosjekt Sørlandet sykehus HF	117 073	20 747	202 389	202 389	2015
Nytt bygg Sunnaas HF	23 076	0	230 000	230 000	2015
Operasjonssaler Sørlandet sykehus HF	135 473	67 631	185 000	185 000	2015
<b>Sum</b>	<b>4 929 547</b>	<b>2 338 988</b>	<b>8 384 089</b>	<b>8 382 989</b>	

## 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 %	678 509	678 509	-228 024	-228 024
Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal	100 %	100 %	3 815 309	4 473 952	178 239	
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	257 591	257 591	26 890	26 890
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 740 195	1 892 764	-2 590	
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	6 781 387	6 781 387	-292 878	-292 878
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 834 935	1 905 841	70 906	
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	1 793 755	1 925 409	79 155	
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 869 192	2 057 800	-15 013	
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 823 325	2 925 847	133 220	30 697
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	239 779	3 537	
<b>Sum datterforetak</b>				<b>21 706 836</b>	<b>23 138 880</b>	<b>-46 558</b>	<b>-463 315</b>

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 stede. Årets reversering av investering i datterforetak er basert på de respektive helseforetakenes positive resultater de senere år.

Felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi 01.01.	Innskuddskapital	Årets resultatandel	Tidligere års resultat	Balanseført verdi 31.12.	Bokført EK 31.12.*)
Helseforetakenes Nasj. Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	40 %	40 %	25 243		-4 549	0	20 694	51 734
Helseforetakenes Innkjøps-service ANS	Vadsø	40 %	40 %	5 461		2 388	0	7 849	19 624
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	40 %	40 %	7 000		3 268	0	10 268	25 670
Helsetjenestens Driftorganisasjon for nødnett HF	Gjøvik	40 %	40 %	0	21 200	0	0	21 200	53 000
<b>Sum f.kontr. virksomhet og tilkn. selskap eid av HSØ RHF</b>				<b>37 704</b>	<b>21 200</b>	<b>1 107</b>	<b>0</b>	<b>60 011</b>	
Inven2 AS	Oslo	50 %	50 %	20 100	0	0	0	20 100	28 829
<b>Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av foretaksgruppen</b>				<b>57 805</b>	<b>21 200</b>	<b>1 107</b>	<b>0</b>	<b>80 111</b>	

\*) Bokført egenkapital i de respektive ANS per 31.12.2013.

Foretaksgruppens investeringer i aksjer og andeler	2013	2012
Andre aksjer og andeler	289	347
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	1 283 513	1 167 116
Sum investeringer i aksjer og andeler	1 283 803	1 167 463

Disposisjonsretten til medlemsinnkudd 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 pensjonsinretning, 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	
2012	2013		2013	2012
		<b>Finansielle anleggsmidler</b>		
7 999 397	8 135 749	Lån til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
0	45 000	Lån til tilknyttede foretak/felleskontrollert virksomhet	45 000	0
13 599	10 579	Andre langsiktige lån og fordringer	11 326	60 119
<b>8 012 996</b>	<b>8 191 328</b>	<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<b>56 326</b>	<b>60 119</b>
		<b>Langsiktig gjeld</b>		
7 694 283	8 170 899	Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	0	0
7 576 232	8 327 729	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	8 327 729	7 576 232
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	309 235	323 611
<b>15 270 516</b>	<b>16 498 627</b>	<b>Sum langsiktig gjeld</b>	<b>8 636 963</b>	<b>7 899 843</b>
3 981 627	3 577 529	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	3 722 142	4 079 668

## NOTE 14 - Kortsiktige fordringer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
		<b>Fordringer</b>		
300 490	310 439	Kundefordringer	799 262	664 590
5 673 757	6 007 036	Konserninterne fordringer	0	0
425 682	347 119	Fordringer mot Helse- og omsorgsdepartementet	347 119	425 682
40 854	104 776	Opptjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandl.)	309 608	145 289
322 920	276 131	Øvrige kortsiktige fordringer	566 376	661 865
<b>6 763 702</b>	<b>7 045 501</b>	<b>Fordringer</b>	<b>2 022 364</b>	<b>1 897 426</b>

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.

		<b>Avsetning for tap på fordringer 31.12.</b>		
812	0	Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	53 717	43 023
-534	29 112	Årets endring i avsetning til tap på krav	88 008	10 694
<b>278</b>	<b>29 112</b>	<b>Avsetning for tap på fordringer 31.12.</b>	<b>141 725</b>	<b>53 717</b>
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Årets konstaterte tap</b>	<b>32 798</b>	<b>30 404</b>

Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

		<b>Kundefordringer pålydende 31.12.</b>		
295 599	307 707	Ikke forfalte fordringer	670 335	606 262
1 145	-1 612	Forfalte fordringer 1-30 dager	56 536	42 901
2 206	919	Forfalte fordringer 30-60 dager	8 508	9 317
933	2 282	Forfalte fordringer 60-90 dager	13 633	15 606
0	1 142	Forfalte fordringer over 90 dager	50 249	36 225
<b>299 883</b>	<b>310 439</b>	<b>Kundefordringer pålydende 31.12.</b>	<b>799 262</b>	<b>710 311</b>



## NOTE 15 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
47 992	53 589	Innestående skattetrekksmidler	1 427 412	1 340 146
249 031	134 190	Andre bundne konti	223 782	340 192
<b>297 024</b>	<b>187 779</b>	<b>Sum bundne bankinnskudd</b>	<b>1 651 194</b>	<b>1 680 339</b>
3 662 432	3 313 671	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	3 429 187	3 766 463
<b>3 959 455</b>	<b>3 501 450</b>	<b>Sum bankinnskudd og kontanter</b>	<b>5 080 380</b>	<b>5 446 802</b>

Helse Sør-Øst RHF har en driftskredittramme i Norges Bank på 3 411 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet 3 401 millioner kroner.

## NOTE 16 - Egenkapital

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
<b>EGENKAPITAL 31.12.13</b>					
Inngående balanse 01.01.	200	32 470 631	25 913	-9 405 003	23 091 741
Korrigerings av feil tidligere år	0	0	0	-1 140	-1 140
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>25 913</b>	<b>-9 406 143</b>	<b>23 090 601</b>
Resultatandel felleskontrollert virksomhet	0	0	1 107	-1 107	0
Årets resultat	0	0	0	53 656	53 656
<b>Egenkapital 31.12.13</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>27 020</b>	<b>-9 353 593</b>	<b>23 144 258</b>

### Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
<b>EGENKAPITAL 31.12.12</b>						
Inngående balanse 01.01.	200	32 470 631	25 993	9 280	-8 333 190	24 172 914
Reklassifiserer feil fra tidligere år	0	0	0	0	1 668	1 668
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>25 993</b>	<b>9 280</b>	<b>-8 331 522</b>	<b>24 174 582</b>
Fordeling forskningsmidler Sophies Minde	0	0	0	0	-5 000	-5 000
EK transaksjon pensjon	0	0	0	0	1 587	1 587
Årets resultat	0	0	1 107	-25	482 199	483 281
<b>Egenkapital 31.12.12</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>27 100</b>	<b>9 255</b>	<b>-7 852 737</b>	<b>24 654 450</b>

## Note 17 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
<b>Pensjonsforpliktelse</b>				
712 395	989 987	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	104 932 526	87 057 589
-501 701	-583 148	Pensjonsmidler	-75 763 302	-67 967 716
<b>210 694</b>	<b>406 839</b>	<b>Netto pensjonsforpliktelse</b>	<b>29 169 224</b>	<b>19 089 872</b>
28 880	56 696	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	4 107 027	2 687 184
-119 473	-319 346	Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-35 090 505	-24 072 348
<b>120 101</b>	<b>144 189</b>	<b>Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>-1 814 254</b>	<b>-2 295 281</b>
120 101	144 189	Herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	1 610 204	1 522 845
0	0	Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	3 424 458	3 818 136
<b>Spesifikasjon av pensjonskostnad</b>				
78 861	97 977	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	4 232 768	4 105 885
26 054	32 498	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	3 636 508	3 267 910
<b>104 915</b>	<b>130 475</b>	<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>7 869 276</b>	<b>7 373 795</b>
-17 582	-21 777	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-2 806 534	-2 562 555
3 838	4 419	Administrasjonskostnad	292 300	268 881
5 882	3 410	Resultatført estimatendring/-avvik	1 022 394	1 389 602
0	0	Resultatført planavvik	94 775	1 571
13 713	16 495	Arbeidsgiveravgift	718 076	779 388
<b>110 766</b>	<b>133 021</b>	<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>7 190 287</b>	<b>7 250 681</b>
1 639	1 827	Antall personer omfattet av helseforetakets pensjonsordning	172 480	168 865
1 052	1 203	- herav aktive personer med i ordningen	59 835	59 699
514	533	- herav oppsatte personer i ordningen	76 962	75 652
33	91	- herav pensjonister med i ordningen	36 439	34 687
<b>Økonomiske forutsetninger</b>				
3,80 %	4,00 %	Diskonteringsrente	4,00 %	4,05 %
4,10 %	4,40 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,40 %	4,00 %
3,50 %	3,75 %	Årlig lønnsregulering	3,75 %	3,50 %
3,25 %	3,50 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,50 %	3,25 %
2,48 %	2,72 %	Pensjonsregulering	2,72 %	2,48 %

Foretakene har en ytelsesbasert tjenestepensjonsordning i KLP, SPK m.fl. Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

### 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 barnpensjon.

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 2013 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2013 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2013. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2013 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2013.

## Note 17 - Pensjoner - forts.

31.12.12	31.12.13	Demografiske forutsetninger	31.12.13	31.12.12
K2005	K2013 BE	Anvendt dødelighetstabell	K2013 BE	K2005

### AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til tjenestepensjoner 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.

		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	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	6	4	1	0

### Frivillig avg. for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	10	7,5	5	2	0

## Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
0	0	Legepermisjoner	554 793	521 578
0	0	Investeringstilskudd	3 405 853	3 508 906
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	469 865	497 813
2 700	2 700	Sum avsetning for forpliktelser	4 430 511	4 528 297

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 3 950 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2013 satt fra 35 % til 80 % for overlegestillingene og 55 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2012 var for overlegestillingene 35 til 77 %, 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 variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

### Investeringstilskudd

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 investeringstilskuddet.

## Note 19 - Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2012	2013		2013	2012
		<b>Annen kortsiktig gjeld</b>		
443 644	640 097	Leverandørgjeld	2 328 420	2 100 155
1 308 865	1 852 878	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
65 905	78 995	Påløpte feriepenge	3 365 029	3 185 045
14 046	20 040	Påløpte lønnskostnader	685 670	725 980
0	0	Forskudd fra kunder	3 795	3 174
924 473	1 108 425	Annen kortsiktig gjeld	2 770 679	2 392 135
<b>2 756 933</b>	<b>3 700 436</b>	<b>Annen kortsiktig gjeld</b>	<b>9 153 592</b>	<b>8 406 490</b>

---

## Note 20 - Pantstillelser og garantiansvar

---

Som sikkerhet for lån fra DnB opprinnelig 35 millioner kroner, restlån 17 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 parkerings-selskap 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 ferdigattest 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 nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse

med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske radiumhospital HF, som per 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, nå en del av Oslo universitets-sykehus HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er per 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendoms-overdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst. Bokført verdi av berørte eiendeler er 53 millioner kroner.

---

## Note 22 -

### Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak

---

Sykhuset 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 departementet 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 regionen og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor regionen eller private sykehus andre helseregioner har avtale med.

Helse Sør-Øst sitt kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 338 millioner kroner i 2013 mot 366 millioner kroner i 2012, tilsvarende salg utgjorde 982 millioner kroner i 2013 mot 900 millioner kroner i 2012. 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 2013 utgjorde om lag 7 571 millioner kroner. Sykehusapotekene HF sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 23 prosent av dette, mens den regionale IKT-enhet en (Sykehuspartner) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 32 prosent. Konserninterne kjøp/salg av helsetjenester utgjorde 36 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 2013 utgjorde 217 millioner kroner. Kjøp fra HINAS utgjorde 0,3 millioner kroner i 2013. Tilskudd til Helsetjenestens Driftorganisasjon for nødnett HF utgjorde 7,7 millioner kroner i 2013.

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 49 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.

Styremedlem i Helse Sør Øst RHF, Signe Øye, er styremedlem i Lukasstiftelsen som har inngått avtale med Helse Sør Øst RHF vedrørende Skjellfoss psykiatriske sykehjem. Avtalen mellom Helse Sør Øst RHF 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		
2012	2013		2013	2012	2002-2013
1 622 066	53 656	Årsresultat	483 281	211 200	-10 159 640
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerings for endrede levetider	0	0	2 932 379
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>Korrigert resultat</b>	<b>483 281</b>	<b>211 200</b>	<b>-4 988 075</b>
0	0	Endr. pensjonskost. som er blitt hensyntatt i res.kravet	0	0	153 774
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>Resultat jf økonomiske krav fra HOD</b>	<b>483 281</b>	<b>211 200</b>	<b>-4 834 301</b>
0	0	Resultatkrav fra HOD	0	0	-880 000
<b>1 622 066</b>	<b>53 656</b>	<b>Avvik fra resultatkrav</b>	<b>483 281</b>	<b>211 200</b>	<b>-3 954 301</b>

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 tjenestepensjon 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 Sør-Øst RHF innebærer dette at det ble en akkumulert differanse på 153,8 millioner 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 innefor 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 53 656 000, og konsernregnskap, som viser et overskudd på kr 483 281 000. Selskapsregnskapet og konsernregnskapet består av balanse per 31. desember 2013, 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 foretakets 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 konsernet Helse Sør-Øst RHF' finansielle stilling per 31. desember 2013 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, org. no.: 987 009 713 MVA, [www.pwc.no](http://www.pwc.no)

Statsautoriserte revisorer, medlemmer av Den norske Revisorforening og autorisert regnskapsførerselskap

**Uttalelse om øvrige forhold***Konklusjon om årsberetningen og om redegjørelse om samfunnsansvar*

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

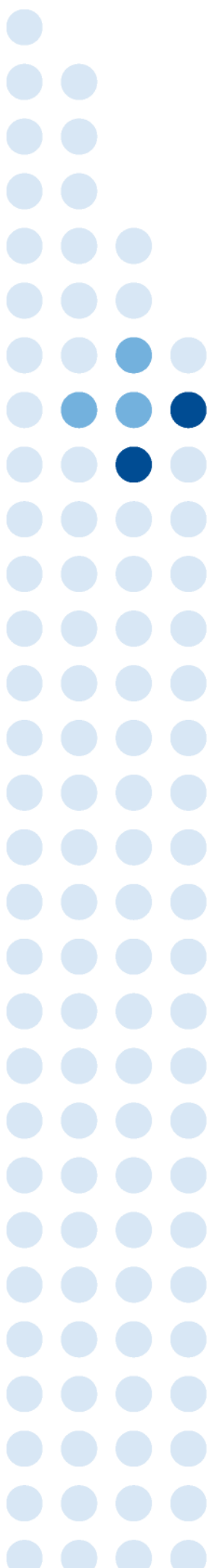
*Konklusjon om registrering og dokumentasjon*

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 foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 24. april 2014  
**PricewaterhouseCoopers AS**



Hans-Christian Berger  
Statsautorisert revisor



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

Hamar 15. mars 2014

## Innhold

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



## 1. Innledning

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

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

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

### 1.1 Overordnet organisering i Helse Sør-Øst

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å gi:

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

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

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

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

### 1.3 Sammen drag av positive resultater og uløste utfordringer i 2013

#### Styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst 2013-2014

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

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

#### *Ventetid og fristbrudd*

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

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

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

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

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

#### *Sykehusinfeksjoner*

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

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

#### *Timeavtale sammen med bekreftelse*

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

#### *Involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen*

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

#### *Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer*

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

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

### **Aktivitetsutvikling**

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

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

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

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

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

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

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

## **Samhandling**

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

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

## **Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis**

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

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

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

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

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

### **Kapasitetsvurderinger**

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

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

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

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

### **Endring av sykehusstilørighet**

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

### **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

#### *Ledelse*

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



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

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

#### *Strategisk kompetanseutvikling*

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

#### *Krav til tilsetningsforhold*

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

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

### **Forskning og innovasjon**

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

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

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

### **Etablering av egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet**

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

### **22/7 - Oppfølging og utfordringer**

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

### **Nytt østfoldsykehus**

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

### **IKT - fornyingsprogram**

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

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

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

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

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

### **Etablering av Helsetjenestens driftorganisasjon for nødnett**

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

### **Etablering av Nasjonal IKT**

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

### **Miljø- og klimatiltak**

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

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

## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013

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

### 2.1 Satsingsområder 2013

#### 2.1.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1.2 Kvalitetsforbedring**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Ingen korridorpasienter.*

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

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

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

### **2.1.3 Pasientsikkerhet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

#### **2.1.4 System for innføring av nye metoder og ny teknologi**

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

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

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

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

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

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

Helse Sør-Øst har to representanter i arbeidsgruppen.

### **2.1.5 Samhandlingsreformen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.1.6 *Kreftbehandling*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1.7 Behandling av hjerneslag**

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

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

### **2.1.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.1.9 Psykisk helsevern

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1.10 Habilitering og rehabilitering**

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

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

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

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

### **2.1.11 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati**

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

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

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

Årsrapport 2013 for Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME kan finnes på [forskningsprosjekter.ihelse.net/visningsenterrapport.aspx?reportId=1334&key=5f556196](http://forskningsprosjekter.ihelse.net/visningsenterrapport.aspx?reportId=1334&key=5f556196).

### **2.1.12 Fødselsomsorg**

- *Redusert andel fødselsrifter.*

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

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

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

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

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

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

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

#### **2.1.14 Kjeveleddsdysfunksjon**

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

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

#### **2.1.15 Livsstilsrelaterte tilstander**

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

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

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

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

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

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

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

- *Økt kapasitet for kirurgi mot sykkelig overvekt.*

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

#### **2.1.16 Helseberedskap**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Utdanning av helsepersonell

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Forskning og innovasjon

### Forskning

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

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

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

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

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

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

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

Kreftforskingsmiljøet ved Oslo universitetssykehus deltar aktivt i dette samarbeidet.

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

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

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

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

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

Denne målsettingen er oppnådd både i 2012 og 2013.

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

Denne målsettingen er oppnådd både i 2012 og 2013.



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

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

## **Innovasjon**

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

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

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

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

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

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

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

### 2.4.1 Forskningsstudie av ipilimumab

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

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

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

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

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

## 2.4.2 Investeringer i IKT

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

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

*Tilskuddet skal benyttes til:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.4.3 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

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

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

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

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

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

### 2.4.4 Helseberedskap

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

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

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

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

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

### 3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

#### 3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2013

- *Rapportering - økonomi*

##### *Krav om økonomisk balanse*

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

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

##### *Låneopptak (kap. 732 post 82)*

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

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

- *Likviditet og driftskreditter*

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

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

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

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

- *Investeringer og kapitalforvaltning*

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

### **3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2013**

- *Endringer i lov om helseforetak mv.*

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

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

- *Videreutvikling av nasjonalt samarbeid*

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

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

- Kategoritilnærming
- Retningslinjer og rutiner
- Teknologisk støtte

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

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

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



- *E-helse*

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

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

- *Informasjonssikkerhet*

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

- *Regjeringens digitaliseringsprogram*

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

- *Tiltak på personalområdet*

- *Ledelse*

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

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

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

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

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

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

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

#### *Ledelse og kvalitets-, pasientsikkerhets- og HMS-arbeid*

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

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

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

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

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

#### *o Krav til tilsetningsforhold*

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

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

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

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

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

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

- *Flere lærlingplasser*

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

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

- *Helsepersonells bierverv og avtaler med private*

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

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

- *Oppfølging av arbeidsmiljøloven*

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

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

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

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

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

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

#### *Internkontroll og risikostyring*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Intern revisjon*

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

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

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

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

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

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

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

- *Kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten*

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

- *Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet*

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

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

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

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

- *Regjeringens eierskapspolitikk*
  - *Mangfold og likestilling*

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



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

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

- *Lønnsutviklingen i helseforetakene*

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

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

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

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

- *Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner*

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

- *Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser*

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

- *Utvikling av nødmedjetjenesten*

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

- *Barn som tolk*

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

- *Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 2*

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

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

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

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

### **3.3 Øvrige styringskrav for 2013**

- *Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)*

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

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

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

### **3.4 Øvrige aktuelle saker i 2013**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rapport fra pilotutprøvingen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Videre anbefales det:

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

- *Resultatoppnåelse for aktivitetskrav*

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

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

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

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

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

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

- *Håndtering av endrede pensjonskostnader*

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

- *Oppfølging av lovverk for rettighetspasienter*

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

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

- *Omstillingen i hovedstadsområdet og Riksrevisors gjennomgang av denne*

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

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

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

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

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

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

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

- *Gjennomgang av pasientstrømmer*

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

- *Medisinsk koding.*

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



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

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

- *KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Riktig kompetanse*

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

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

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

#### *Bedre ressursstyring*

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

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

- *Verktøy for tilstandsbasert vedlikeholdsplanlegging.*

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Bedre oppgavedeling mellom yrkesgruppene.*

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

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

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

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

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

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

- *Prostataentre.*

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

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

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

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

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

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

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

- *Rapportering i ØBAK*

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

- *Pasientsikkerhetskampanjen*

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

- *Etablering av egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet*

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

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

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

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

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

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

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



## 4. Styrets plandokument

### 4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

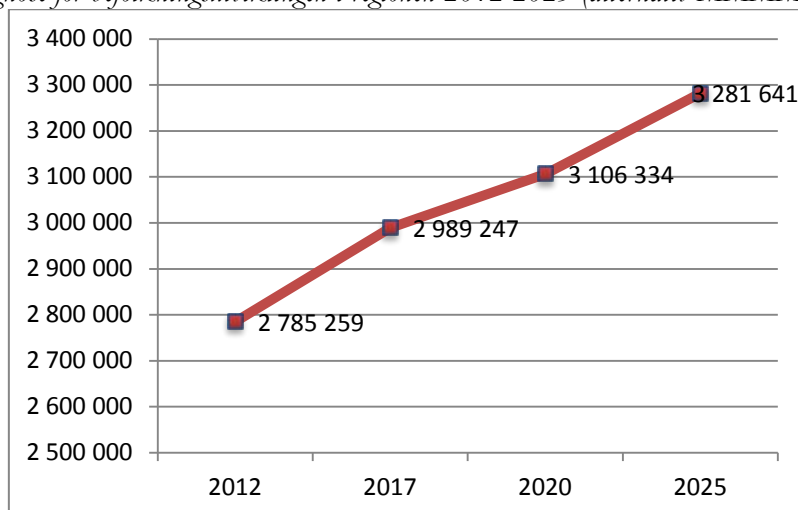
Behovet for helsetjenester vokser innenfor helseregionen delvis pga. demografiske endringer, økt sykdomsbyrde i befolkningen, medisinsk teknologisk utvikling og høyere forventninger blant innbyggerne i regionen.

#### Befolkningsutvikling

Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som omfatter ca. 2,8 av landets 5 millioner innbyggere. Ut fra SSBs prognose<sup>1</sup> forventes at befolkningen i regionen øker til om lag 3,0 millioner i 2020 og 3,3 millioner i 2025, dvs. en økning fra 2012 på henholdsvis 11,5 % og 17,8 %. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

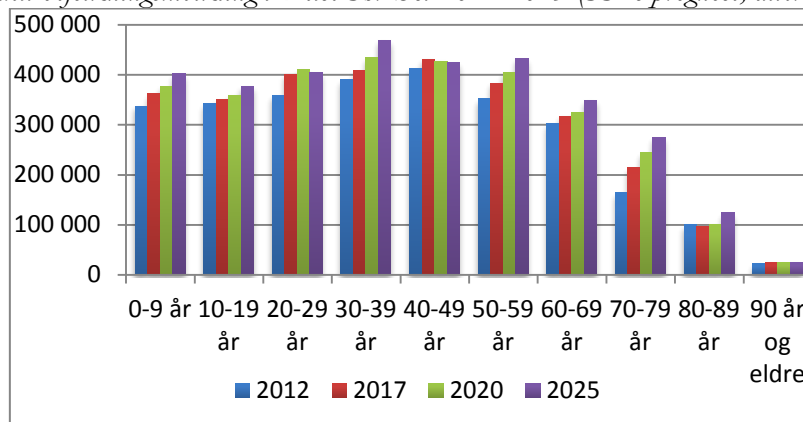
For regionen samlet er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Særlig bør merkes at aldersgruppen over 50 år øker med om lag 263 000 (27 %) i perioden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

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



#### Aldring i befolkning Helse Sør-Øst

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



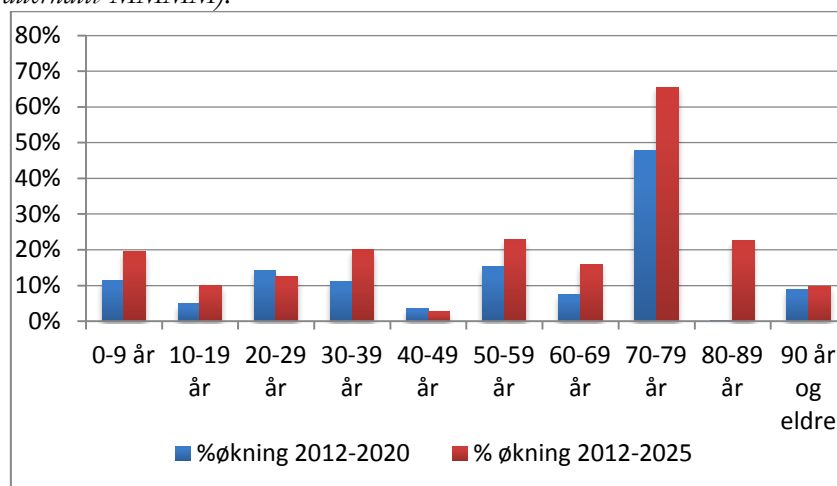
<sup>1</sup> Fremskrivningstall fra SSB. Mellomalternativ. For Bydeler i Oslo legges tall fra Oslostatistikken til grunn.

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

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

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

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



## Innvandring

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

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

## Utfordringsbilde

### *Sykdomsutvikling*

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

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

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

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

### *Sosial ulikhet i helse*

Selv om alle grupper i landet har fått bedre helse de siste 30 årene, har personer med lang utdanning og høy inntekt fortsatt lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og for både barn og voksne. OECD data fra 2010 viser at økonomiske barrierer bidrar til et udekket helsebehov og redusert tilgang til helsetjenester blant personer med lav inntekt (OECD *Health at a Glance 2011*, [www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/49084488.pdf](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 stabil fra 73,3 dager i 2012 til 73,4 dager i 2013. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) er stabil fra 75,0 til 75,1 dager fra 2012 til 2013, og det er en svak økning fra 59,9 til 60,9 dager for rettighetspasienter. Vel 90 % av de som står på venteliste, venter på poliklinisk vurdering/behandling. Det gjelder også for et betydelig redusert antall langtidsventende, hovedsakelig de uten rett til helsehjelp, som særlig venter innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer.

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

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

#### *Antall nyhenviste*

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

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

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

#### *Samhandling/ samhandlingsreformen*

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

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

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

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

Det har vært en betydelig reduksjon i antall liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012. Antall liggedøgn er redusert med mellom 90 000 og 100 000 fra 2011 til 2012 og ytterligere ca. 40 000 liggedøgn fra 2012 til 2013<sup>2</sup>.

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

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

---

<sup>2</sup> Basert på tall fra november den ene år til november følgende år

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

DRG innen døgnbehandling har vært stabil fra 2012 til 2013 (0,6 % opp). DRG innen dagbehandling har gått ned med 11,2 % og DRG innen poliklinikk har økt med 8,2 % fra 2012 til 2013<sup>3</sup>.

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

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

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

#### *Kreftutredning og diagnose - Normative kreftforløpstider skal innfris.*

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

Følgende sentrale føringer ble gitt til helseforetakene:

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

---

<sup>3</sup> Som oven



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

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

#### *Helsefaglig utvikling*

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

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

Det forventes en fortsatt dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling for alle tjenesteområder. Derfor trengs det forskning og innovasjon i organisering og levering av tjenester, for eksempel ved bruk av telemedisin eller hjemmebasert teknologi for 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 og kunnskapsbaserte vurderinger skal foretas før nye behandlingsmetoder innføres. Implementering og av nytt nasjonalt system for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienter får rask og likeverdig tilgang til nye, trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder som prioriteres for bruk innenfor helsetjenesten. Mini-metodevurdering skal brukes som lokalt beslutningsverktøy av helseforetakene for å sikre kunnskapsbasert prioritering og et sikkert og likeverdig tilbud til pasienten.

#### *Forventninger til helsetjenesten*

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

#### *Behovet for aktivitetsvekst*

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

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

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

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

## **Kapasitetsvurderinger og sykehistilørighet**

### *Regionalkapasitetsanalyse*

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

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

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

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

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

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

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

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

Følgende hovedpunkter fra dette arbeidet er vesentlige i denne sammenheng:

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

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

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

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

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

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

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

#### *Endring av sykehistilbørighet*

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

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

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

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

#### **4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4.1.3 Personell og kompetanse**

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

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

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

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

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

- styrket ledelse
- riktig kompetanse
- god ressursstyring

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

#### *Styrket ledelse*

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

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

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

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

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

#### *Riktig kompetanse*

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

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

Følgende aktiviteter gjennomføres med dette for øye:

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

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



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

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

#### *God ressursstyring*

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

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

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

### **Medvirkning, dialog og forankring**

#### *Brukermedvirkning*

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

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

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

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

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

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

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

Brukerutvalgets årsrapport finnes på [www.helse-sorost.no/brukerutvalg](http://www.helse-sorost.no/brukerutvalg).

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

#### *Medbestemmelse - Tillitsvalgte og verneombud*

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

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

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

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

#### **4.1.4 Bygningskapital - status og utfordringer**

##### *Forvaltning*

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

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

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

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

I eiendomsstrategien er kostnadsføring og benchmarking omtalt slik:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Nettverksarbeid.*

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

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

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

Normtall for verdibevarende vedlikehold av helsebygg er fra rådgivingsmiljøer oppgitt til å være i størrelsesorden 162 kr/m<sup>2</sup> BTA til 333 kr/m<sup>2</sup> BTA, forutsatt at det ikke er akkumulert vedlikeholdsbehov (vedlikehold definert som i NS 3454).

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

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

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

*"Helseforetakene har ulik gjennomsnittelig tilstand for sine bygg og derigjennom en ulik tilnærming til utfordring med forbedring av tilstanden. Relatert til tidligere år, må det benyttes betydelig mer midler til vedlikehold for å kunne forbedre byggenes tilstand.  
Den kortsiktige målsetting bør være minimum å utbedre alle registrerte tiltak i tilstandsgrad 3. Dette er også viktig fordi alle avvik i forhold til lover, forskrifter og myndighetskrav finnes innenfor denne tilstandsklassen."*

Arbeidet med tilstandsforbedring av bygg må fortsette videre i planperioden.

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

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

## **Investeringsprosjekter innen bygg og eiendom**

### *Akershus universitetssykehus*

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

### *Oslo universitetssykehus*

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

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

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

### *Sykehuset i Vestfold*

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

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

### *Sykehuset Innlandet*

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

### *Sykehuset Telemark*

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

### *Sykehuset Østfold*

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

### *Sørlandet sykehus*

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

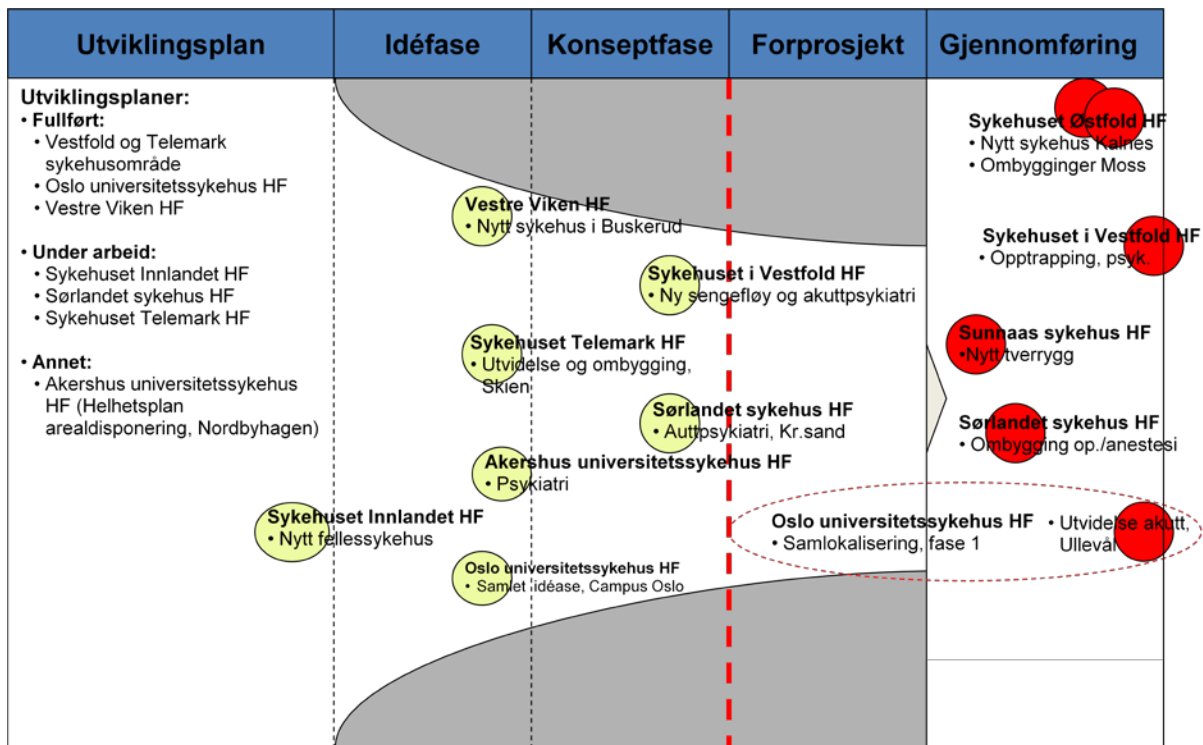
Sørlandet sykehus har hatt et pågående prosjekt med ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand, som ble startet opp i 2009. Prosjektets omfang har økt i forhold til innledende planer, og forventes ikke slutført før i 2016.

### *Vestre Viken.*

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

## Samlet status

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



### 4.1.5 Miljø

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

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

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

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



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

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

## **4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer**

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

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

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

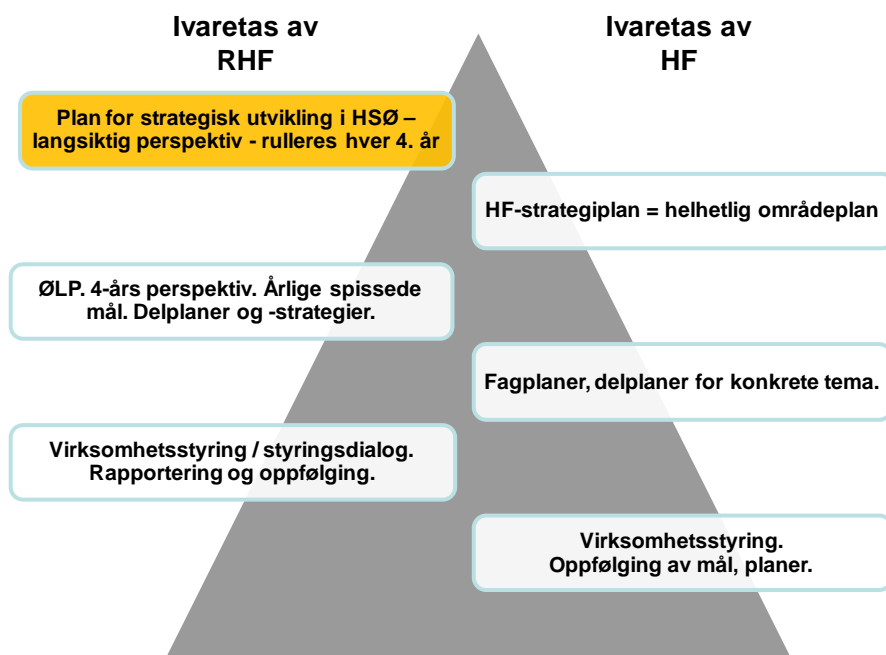
For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

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

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

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

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



#### 4.2.1 Strategier for perioden 2013-2020

Nedenfor gjengis utdrag fra *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

##### Pasientbehandling

*Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.*

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

*Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.*

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

*Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.*

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

*Rett behandling på rett sted.*

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

*Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.*

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

## **Forskning og innovasjon**

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

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

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

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

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

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

### **Kunnskapsbasert praksis**

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

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

### **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

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

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

### **Organisering og utvikling av fellestjenester**

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

#### *Teknologi og eHelse*

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

#### *Innkjøp og logistikk*

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

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

#### *Eiendom*

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

#### **Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom**

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

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

#### **4.2.2 Regionale delstrategier og planer**

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

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

## 5. Vedlegg

### 5.1 Tabell: Rapportering av styringsparametre 2013

(vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Basert på eRapport 2013

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

## Samhandlingsforskning

*Basert på eRapport 2013*

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



### 5.3 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2013

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

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

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

#### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

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

##### *Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet*

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

##### *Kunnskapsbasert praksis*

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

##### *Gode pasientforløp*

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

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

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

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

#### *Informasjon og kommunikasjon*

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

#### *Regionale strategier, handlingsplaner og veiledere*

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

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

#### *Fordeling av oppgaver og funksjoner*

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

#### *Forskning og innovasjon*

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

### *Utsending av epikeriser, korridorpasienter og sykehusinfeksjoner*

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

## **Pasientrettigheter og ventetider**

### *Ventetider*

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

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

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

### *Kapasitet*

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

### *Pasientrettigheter*

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

## **Et koordinert helsetilbud**

### *Samhandlingsreformen*

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

## **Brukermedvirkning**

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

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

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

## **Avslutning**

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

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