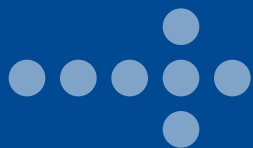


Å R S R A P P O R T 2 0 1 4





# Innhold

## **INTRODUKSJON**

Helse Sør-Øst 2014	3
Dette er Helse Sør-Øst RHF	4

## **ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP**

Årsberetning 2014	7
Resultatregnskap	33
Balanse	34
Kontantstrømoppstilling	36
Regnskapsprinsipper	37
Noter	41
Revisors beretning	62

---

Helse Sør-Østs hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding 2014" og "Plan for strategisk utvikling 2014-2020" ligger på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

Året 2014 var preget av økt aktivitet og vesentlig fremgang på mange pasientrettede områder. Foretaksgruppen leverte sitt beste økonomiske resultat noensinne.

Antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret innen døgntilrettelagt behandling har økt med 1,0 prosent. Tilsvarende aktivitet innen dagbehandling har også gått opp med 0,7 prosent. Innen poliklinikk har man den største veksten med økning på 11,1 prosent fra 2013 til 2014. Dreiningen av ressurser fra døgnavtalt til dag- og poliklinisk behandling er en ønsket utvikling.

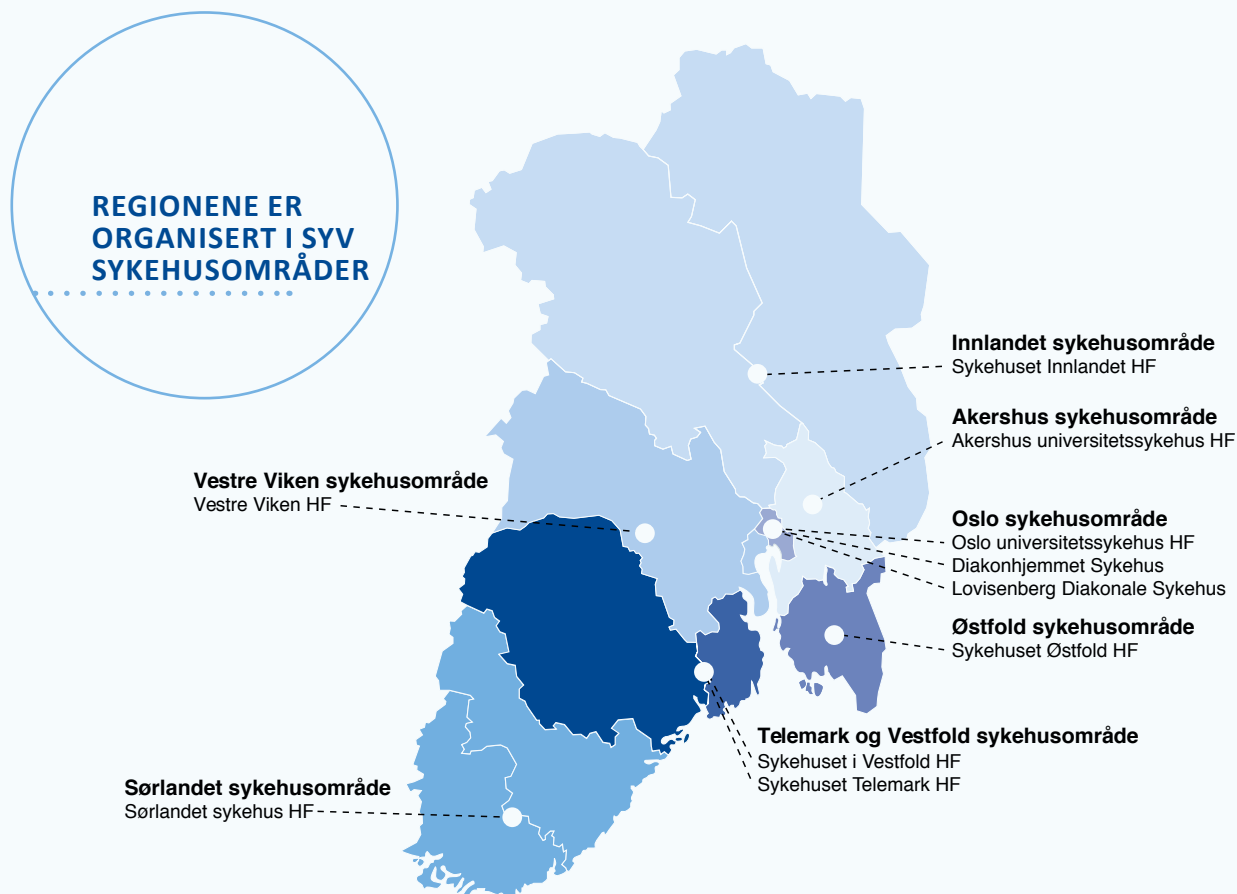
Aktiviteten innen psykisk helsevern viser at døgnoppholdene øker for barne- og ungdomspsykiatri, mens det for voksenpsykiatri er en liten nedgang. Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling innen TSB var 3,9 prosent høyere enn i 2013. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er på 3,5 prosent.

Det nasjonale målet for gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten på maksimalt 65 dager er ikke nådd. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen alle tjenestekområder er redusert fra 73,4 dager i 2013 til 72,7 dager i 2014.

Helse Sør-Øst prioriterer arbeidet med å sikre at pasienter med rett til helsehjelp får behandling innen fristen sykehuset har gitt dem. Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert fra 7,1 prosent i 2013 til 6,3 prosent i 2014.

Målene som er definert for foretaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Måloppnåelsen hittil er ikke god nok innen alle områder, men i perioden disse målene har bestått har det vært en positiv utvikling innen samtlige målområder.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst står for nær 60 prosent av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen er om lag 2,2 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.

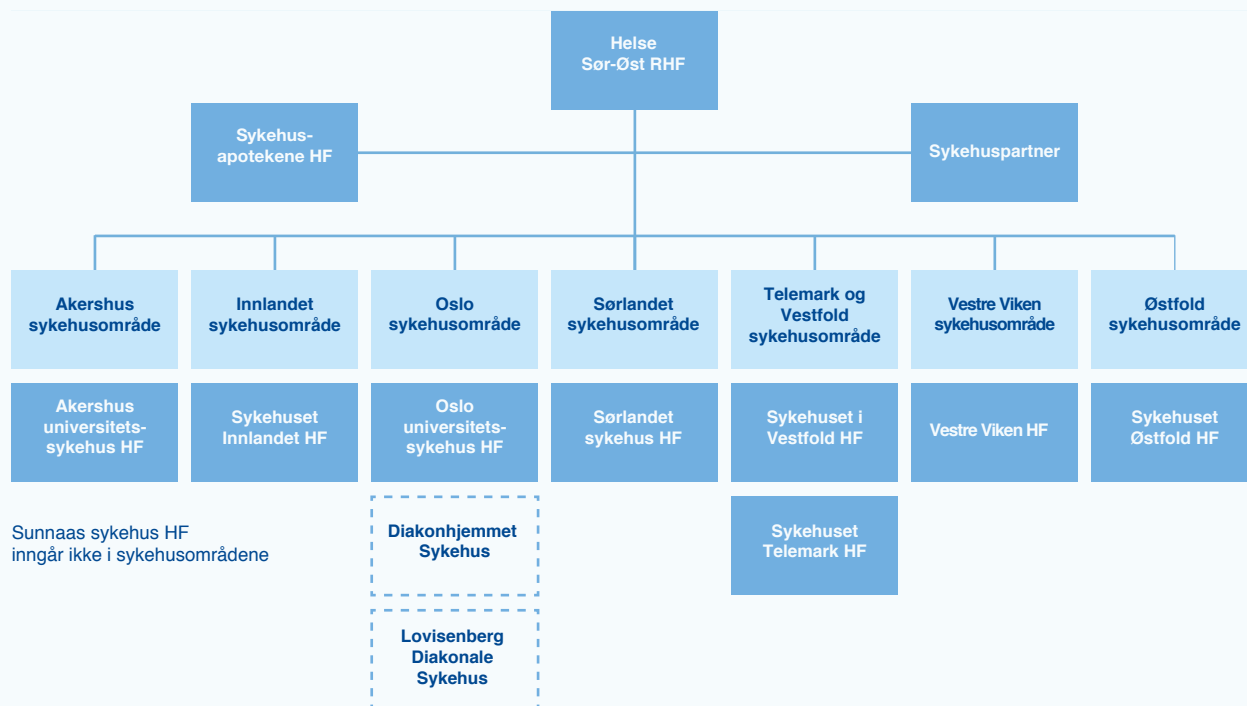
Foretaksgruppen har cirka 78 000 medarbeidere og en omsetning i 2014 på cirka 70 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak. Regionen er organisert i syv sykehusområder. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har avtale med vel tusen avtale-spesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), kirurgiske fag, laboratorietjenester, radiologi, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar.

## ORGANISASJONSKART



## LEDELSE



Cathrine M. Lofthus  
*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. Vågeng  
*Nestleder*



Eyolf Bakke



Kirsten Brubakk



Anne Cathrine Frøstrup



Terje Bjørn Keyn



Irene Kronkvist



Bernadette Kumar



Peer Jacob Svenkerud



Truls Velgaard



Svein Øverland



Året 2014 var preget av økt aktivitet og vesentlig fremgang på mange pasientrettede områder. Foretaksgruppen leverer sitt beste økonomiske resultat noensinne. Målene som er definert for helseforetaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Måloppnåelsen hittil er ikke god nok innen alle områder, men i perioden disse målene har bestått har det vært en positiv utvikling innen samtlige målområder.

## 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. Gjennom 2014 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 77 600 ansatte. Omsetningen i 2014 var 69,5 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 rehabiliteringstjeneste, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Per 1. januar 2015 eier Helse Sør-Øst RHF elleve helseforetak. Foretaksgruppen er organisert i syv sykehusområder og har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med vel tusen avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), kirurgiske fag, laboratorietjenester, radiologi, 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 legger 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
- Forskning og innovasjon
- Kunnskapsbasert praksis
- Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i foretaksgruppen 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 2014" er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

### Aktivitet

Aktivitetstallene for 2014 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling innen alle tjenesteområder som øker mest, med unntak av barne- og ungdomspsykiatrien. Innen somatikk har poliklinisk vekst vært betydelig ved de fleste helseforetak og i de private ideelle sykehusene.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Antall liggedøgn er redusert med omtrent 18 000 døgn – tilsvarende 0,9 prosent - til 1 904 000 døgn i 2014. Reduksjonen skyldes i hovedsak to forhold: Fortsatt effekt av samhandlingsreformen med færre utskrivningsklare pasienter og at mange kommuner har fått bygget opp et øyeblikkelig hjelp-tilbud som reduserer behovet for innleggelse. Dessuten fører en langvarig medisinsk utviklingstrend med nye utrednings- og behandlingsmetoder og bedre logistikk til kortere liggetid.

Antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret innen døgnbehandling har økt med 1,0 prosent fra 572 664 i 2013 til 578 166 i 2014. Tilsvarende aktivitet innen dagbehandling har også gått opp med 0,7 prosent. Innen poliklinikk har man den største veksten med økning på 11,1 prosent fra 2013 til 2014. Dreiningen av ressurser fra døgnaktivitet til dag- og poliklinisk behandling er en ønsket utvikling.

Aktiviteten innen psykisk helsevern viser at døgnoppholdene øker for barne- og ungdomspsykiatri, mens det for voksenpsykiatri er en liten nedgang. Økningen i barne- og ungdomspsykiatri skyldes at noen helseforetak velger å legge opp behandlingen som flere korttidsopphold fremfor å ha færre langtidsopphold. Antall liggedøgn er redusert med 14 prosent (omtrent 7 000 liggedøgn) selv om det er en økning i antall døgnopphold innen barne- og ungdomspsykiatri.

Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling innen TSB var 3,9 prosent høyere enn i 2013. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er på 3,5 prosent eller omtrent 7 300 flere konsultasjoner. I 2014 ble det igangsatt kjøp av en rekke heldøgns plasser fra private. De første plassene ble tatt i bruk fra juli 2014, men det har tatt tid å etablere tilbudet og man har derfor ikke full effekt av kjøpet i 2014. Det er først i 2015 at man forventer en full effekt av det private heldøgnstilbudet.

### Ventetider og fristbrudd

Om lag to tredeler av innleggelsene innen somatikk ved sykehusene er definert som "øyeblikkelig hjelp". Disse pasientene legges inn uten ventetid.

Det nasjonale målet for gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten på maksimalt 65 dager er ikke nådd. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen alle tjenesteområder er redusert fra 73,4 dager i 2013 til 72,7 dager i 2014. Det er somatikk og TSB uten rett som drar ventetiden over 65 dager.

I mars 2014 ble en særskilt satsing for å unngå fristbrudd og redusere ventetidene innledet. I første omgang er satsingen spesielt innrettet mot somatiske poliklinikker, der utfordringene er størst. Mange tiltak er påbegynt, men resultatene har hittil ikke vært tilstrekkelige. Helse Sør-Øst RHF har derfor vedtatt å videreføre og intensivere innsatsen i 2015.

Helse Sør-Øst prioriterer arbeidet med å sikre at pasienter med rett til helsehjelp får behandling innen fristen sykehuset har gitt dem. Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert fra 7,1 prosent i 2013 til 6,3 prosent i 2014. Prosentandelen er fortsatt altfor høy og langt over målet om ingen fristbrudd. De største problemene med å fjerne fristbruddene er innen somatiske tjenester. I tillegg er det høy andel fristbrudd ved private institusjoner for barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Omfanget av fristbrudd er ikke forenlig med god tilgjengelighet. At utredning og/eller behandling 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 2015 for at måloppnåelsen forbedres vesentlig for kravet om å fjerne fristbrudd.

### Infeksjoner

I flere år har det i Helse Sør-Øst vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år. I 2011 viste målingene et nivå på 5,2 prosent. Målingene har etter dette vist reduksjoner, slik at resultatet ble 4,2 prosent i målingen 2. kvartal 2013. Ved målingen 2. kvartal 2014 ble det imidlertid påvist en økning til 4,9 prosent. Alle enheter har iverksatt tiltak for å forbedre resultatene. Foretaksgruppen har samlet sett ikke nådd målet om å redusere sykehusinfeksjoner til under tre prosent i løpet av 2014.

### Epikrisetid

Helse Sør-Øst har som mål at epikrisene skal sendes ut



**Oppvåkning**



senest syv dager etter at pasienten skrives ut fra sykehuset. Andel epikriser som er sendt ut innen syv dager økte fra 82,3 prosent i 2013 til 84,0 prosent i 2014.

### 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 gikk gjennomsnittlig andel korridorpasienter ned fra 1,6 prosent i 2013 til 1,5 prosent i 2014. Problemet med korridorpasienter er i hovedsak konsentrert til tre-fire helseforetak. Flertallet av foretakene har en relativt lav andel korridorpasienter.

### KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. En vesentlig premiss 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 den vedtatte strategien 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 danner 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 helehelseforetaksgruppens visjon, mål og strategier.

### Meldekultur og avvikhåndtering

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Grunnlaget for god kvalitet, og at regjeringens mål om å utvikle pasientens helsetjeneste skal kunne bli virkelighet, er at medarbeidere og brukere på en systematisk måte engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid og at det er etablert holdninger, kultur og lederskap som understøtter dette. Ledere skal bidra til utvikling av en lærende organisasjon og sikre trygge og forutsigbare tjenester gjennom blant annet å involvere brukere og medarbeidere i forbedrings- og utviklingsarbeid. Dette betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst skal bidra til åpenhet om feil og mangler i tjenesten slik at tiltak kan iverksettes og tjenestene forbedres.

Hensikten med meldekultur og systematisk forbedringsarbeid er å gi publikum og samfunnet rundt oss innsikt i utfordringer og dilemmaer, samt å sikre

åpne og avanserte sykehus der pasienten er i sentrum.

Antallet meldte hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 viser en sterk økning etter omlegging av meldeordningen til Kunnskapscenteret. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette. Elektronisk tilbakemelding fra pasienter og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid.

### Felles prosesser og deling av informasjon

Helsedirektoratets definerte pakkeforløp for kreft i lunge, prostata, tykk- og endetarm samt bryst, er under etablering i helseforetakene og koordinert av Helse Sør-Øst RHF. Etter initiativ fra fagmiljøene er det med støtte fra Helse Sør-Øst RHF etablert regionale, midlertidige fagutvalg for helsefag samt diagnosespesifikke utvalg for hjerneslag, gastroenterologi samt laparoskopisk behandling av kreft i tykk- og endetarm. Det har også vært gjennomført en omfattende prosess for å standardisere arbeidsprosesser i prehospitaltjenester.

Gjennom arbeidet med de regionale fagråd, fagutvalg, kompetansetjenester og nettverk, samles fagressurser fra alle helseforetak i Helse Sør-Øst for å utveksle erfaringer og koordinere arbeidet med å bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst har gjennom Oslo universitetssykehus samarbeidet med SKDE i Tromsø for å øke dekningsgraden for nasjonale kvalitetsregistre, og øke tilgangen til registerdata for å stimulere til forbedringsarbeid basert på data fra registrene.

Alle helseforetak med akuttfunksjon i Helse Sør-Øst har tegnet medlemskap i Global Comparator Group som er etablert av Dr. Fosters Intelligence i England. Dette er et internasjonalt nettverk med 60 sykehus fra Europa, Australia og USA som gjennom et internettbasert verktøy deler data vedrørende dødelighet, liggetid og reinnleggelser for 18 prosedyrer og 178 diagnoser som utgangspunkt for å initiere forbedringsarbeid.

Pasientsikkerhetsprogrammet ved helseforetakene i Helse Sør-Øst følges opp med erfaringsutveksling og nettverksmøter. Pasientskader følges som nasjonale måltall ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT), og rapporteres årlig sammen med resultater fra undersøkelsen om pasientsikkerhetskultur.

### Pasientskader

Rapport for pasientskader i 2014 publiseres i

september 2015, men i rapportering for 2013 anslås at det ved 13 prosent av pasientoppholdene oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Tilsvarende tall for 2010 var 15,9 prosent. Skadetyperne i det er funnet mest av gjennom alle årene er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon, nedre luftveisinfeksjoner og annen infeksjon. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er innrettet mot å forebygge skade på disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 prosent innen 2018.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter behandlingssvikt innen helsevesenet. Antall saker som kom inn fra Helse Sør-Øst var 1 896 i 2013 og 1 867 i 2014. NPE ga i 2014 medhold i 551 saker og avslag i 1 173 saker. Utbetalingene fra NPE til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst økte fra 397 millioner kroner i 2013 til 426 millioner kroner i 2014.

### Pasientundersøkelsen PasOpp

Resultatene fra den nasjonale pasientundersøkelsen PasOpp, som ble 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 er en viktig indikator på kvaliteten ved 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 innleggelser, og at de i for liten grad forbereder pasientene på tiden etter utskrivning fra sykehuset.

Kunnskapssenteret har presentert PasOpp-undersøkelsene i styremøte, i møte med direktørene for helseforetakene og i møte med fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst. Målet er å bruke slike data til forbedringsarbeid i hele organisasjonen.

### 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 med avtaleverket i henhold til ny

helse- og omsorgstjenestelov. Avtalene mellom helseforetak og kommuner inngått i 2012 er evaluert og revidert der partene har funnet det hensiktsmessig. Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avvirket ved utgangen av 2014. Det er ikke kommet andre virkemidler som skal erstatte denne ordningen. Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner, og det løpende utviklingsarbeidet som skjer i samarbeid mellom de ulike delene av helsevesenet, vil derfor bli enda viktigere for å nå målene i samhandlingsreformen. Dette er et langsiktig utviklingsarbeid som akkurat har startet, og slike endringer krever mange år å gjennomføre.

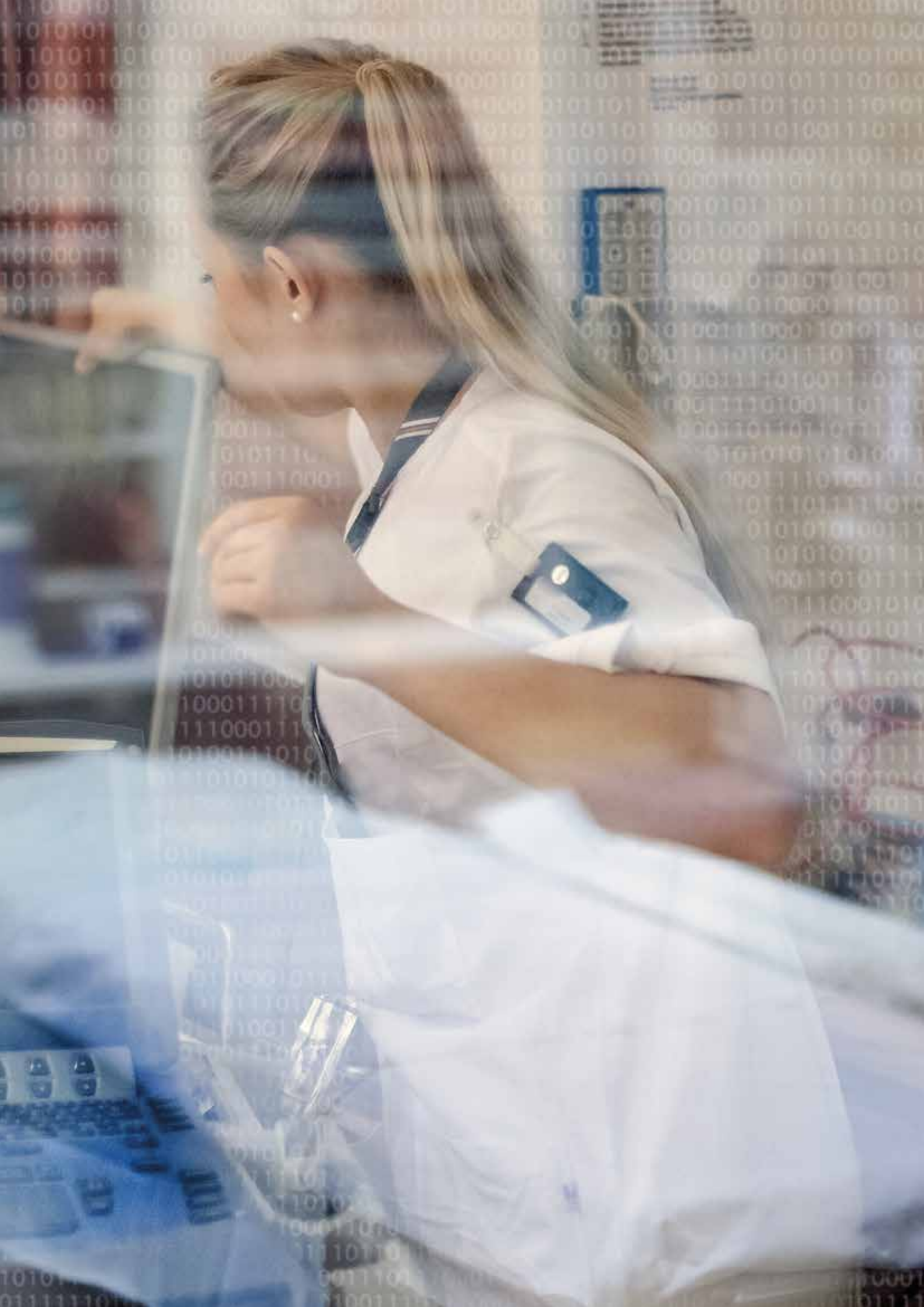
Den nasjonale ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 fortsetter. Ordningen har ført til at det er færre utskrivningsklare pasienter som ligger lenge i sykehus. På den andre siden rapporterer kommunesektoren om økt press på kommunale sykehjem og hjemmetjenester. Det er registrert en liten økning i antall reinnleggelser for gruppen "utskrivningsklare pasienter" i Helse Sør-Øst. Mulige årsaker kan være at utskrivningsklare pasientene er i dårligere medisinsk tilstand enn tidligere - eller at kommunene ikke alltid kan gi et godt nok behandlingstilbud for disse pasientene.

Gode prosedyrer og praksis ved utskrivning er av særlig betydning for pasienter som trenger omfattende hjelp etter utskrivning. Mange av disse er eldre pasienter. Helse Sør-Øst RHF tar sikte på å revidere handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre i lys av samhandlingsreformen i løpet av 2015.

Utvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være avgjørende for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. I den forbindelse er arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst prioritert. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå omtrent 80 praksiskonsulenter. Helse Sør-Øst RHF driver et eget nettverk for koordinatorene i praksiskonsulentordningene.

### 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, ventetider 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 utredning og 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 er avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus har store utfordringer knyttet til håndtering av storby- og hovedstadsutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Oslo universitetssykehus 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.

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

## FORSKNING OG INNOVASJON

### Forskning

I 2013 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 59 prosent av forskningsproduksjonen innen helseforskning i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen økte fra om lag 2,1 milliarder kroner i 2013 til 2,2 milliarder kroner i 2014.

Fire femdelere av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (helse- og omsorgsdepartementet - regionalt helseforetak - helseforetak), hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene besto av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet på 313 millioner kroner, hvorav 50 millioner kroner var avsatt til tverregionale kliniske helseforskningsprosjekter - og 261 millioner kroner fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2014 fikk nær 600 forskningsprosjekter og forskningstiltak støtte av regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

Antall doktorgrader per år i regionen har økt jevnt de siste årene til et nivå på omtrent 200 per år. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak.

I 2014 har de regionale helseforetakene arbeidet med felles retningslinjer og tiltak for brukermedvirkning i helseforskning. Arbeidet forventes slutført i 2015.

### Innovasjon

Helseforetakene i regionen rapporterer om økende innovasjonsaktivitet på mange områder. Flere helseforetak har initiert tiltak for å styrke innsatsen innen innovasjon på områdene diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. En rekke innovasjonsprosjekter med sikte på systemforbedringer er satt i gang.

De regionale midlene til forskningsbasert og brukerdrevet innovasjon bidrar til å få fram gode prosjekter. Spesielt har tildelingen av midler til brukerdrevet innovasjon bidratt til mobilisering av innovasjonsaktivitet ved de sykehusene som ikke er universitetssykehus.

## ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER

### IKT – fornyingsprogram

I "Plan for strategisk utvikling 2013-2020" er satsningen på et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger fremholdt som et av hovedtiltakene for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet. Programmet legger også til rette for effektivisering av helsetjenesten, samhandling, samt muligheter for selvbetjening og involvering.

I 2014 er det som del av "Digital fornying" etablert et felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst benytter nå samme pasientadministrative system/elektronisk pasientjournal. Videre utvikles det regionale løsninger innen radiologi, laboratorietjenester og kurve ved noen av våre helseforetak. Dette arbeidet danner grunnlag for innføring av felles løsninger også på disse områdene.

Helse Sør-Øst har kommet langt med utbredelse av samhandlingsløsninger. Løsning for eResept er pilotert og autentiseringsløsning er anskaffet som utgangspunkt for regional utbredelse av eResept. Det er gjort forberedelser for pilotering av kjernejournal, samt bredding og videreutvikling av pasientrettete tjenester i nært samarbeid med helsenorge.no.

Regional økonomi- og logistikk-løsning er allerede implementert ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold. I tillegg har Helse Sør-Øst implementert felles lønn- og personalløsning for hele 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 innen 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 helsetjeneste. 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. Dette er avgjørende for å oppnå ønsket utvikling.

### Ledelse

Helse Sør-Øst legger vekt på at foretaksgruppen er opptatt av medarbeidernes kompetanseutvikling, nødvendig samsvar mellom ressurser og oppgaver og at den enkelte ansatte blir sett i det daglige arbeid. Det er i den forbindelse viktig å rekruttere og utvikle gode ledere, samt å sikre at våre ledere har tilstrekkelig støtte og forutsetninger for å fylle sin rolle. I 2014 har det vært lagt ned en særlig innsats på styrking av ledere i førstelinjen gjennom opplæring, utvikling, støtte og oppfølging. Samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst har gjennomført opplærings- og utviklingstiltak for sine førstelinjeledere i 2014. I tillegg til dette gjennomfører helseforetakene lederutviklingstiltak for avdelingssjefer, mellom- og toppledere.

Helse Sør Øst RHF deltar i 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 2014 gjennomført to kull av Nasjonalt topplererprogram, med til sammen 60 deltakere. 24 av disse var fra Helse Sør-Øst. 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.

Nasjonal ledelsesutvikling har også gjennomført to nasjonale direktørsamlinger samt igangsatt en nasjonal satsning for å mobilisere framtidige ledere.

### 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 tjenestoområder. Arbeidet har i 2014 vært rettet mot å vurdere hva slags kompetanse helseforetakene trenger fremover og planlegge hvordan man skal få tak i eller utvikle denne. De innsamlede tiltaksplaner, oversikter og vurderinger har blitt analysert, og det er etablert en oversikt med fokus på leger og sykepleiere samt en plan for videre regionale tiltak. Helse Sør-Øst har som ledd i å bedre ressursutnyttelsen og øke sikkerheten i det pasientadministrative arbeidet, engasjert seg aktivt for å medvirke til en reetablering og styrking av helsesekretærrollen.

Omfanget av praksisstudier og opplæring i samarbeid med utdanningssektoren er videreført på et noe høyere nivå enn tidligere år, spesielt for antall lærlingplasser. Lokalt på helseforetaks-/sykehusnivå er det gjennomført en rekke utviklingstiltak i samarbeid med høgskolene finansiert ved samarbeidsmidler som ligger i høgskolenes budsjetter. På regionalt nivå foregår det tilsvarende i regi av Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst RHF, høgskolene i helseregionen og Universitetet i Agder. Alle helseforetak i regionen samarbeider med høgskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter.

### Ressursstyring

"Prosjekt bedre ressursstyring" ble ferdigstilt i 2014 og aktivitetene overført til drift. Helse Sør-Øst RHF viderefører en systematisk innsats for å støtte og følge opp helseforetakenes arbeid med ressurs- og aktivitetsanalyser, bemanningsplanlegging samt dokumentasjon og oppfølging av arbeidstidskonsekvenser.

I tillegg pågår det et stort indirekte effektiviseringsarbeid med styringsinformasjon knyttet til ledelse, kompetanse og ressursstyring. Dette omfatter både HR faktagrunnlag, nasjonale HR-indikatorer og felles datavarehus som styrker styringsevnen og danner grunnlag for vurdering av utvikling (benchmarking).

### Felles rammeverk

I 2014 er det igangsatt et prosjekt for innføring av felles rammeverk for HMS i hele foretaksgruppen. Prosjektet omfatter blant annet etablering av felles styringsindikatorer for HMS-området. Rammeverket







utarbeides med sikte på tilpasning til kommende standard for sertifisering på arbeidsmiljøområdet (ISO 45001).

### Bemanningsutvikling - deltidbruk

Helse Sør-Øst har som mål at alle ansatte skal tilbys heltidsstillinger for å sikre kompetanse, kvalitet og kontinuitet på tjenestene. Arbeidet med å redusere antall deltidstillinger har pågått i flere år - og vi arbeider for en heltidskultur i foretaksgruppen. Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse

Ved utgangen av 2014 har 16 100 av 53 400 fast ansatte i helseforetakene i Helse Sør-Øst deltidstilling. Det er 300 færre enn ved utgangen av 2013. Korrigert andel deltidansatte har i løpet av 2014 gått ned fra 24,6 til 24,4 prosent. Korrigeringen innebærer at de deltidansatte 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 2014 økt fra 91,0 til 91,1 prosent. Både eier og eksternt tilsyn har rettet oppmerksomheten på helseforetakenes arbeidsordninger. Det er avdekket mange brudd på arbeidsmiljøloven. Helse Sør-Øst samarbeider tett med tillitsvalgte og vernetjeneste for at disse lukkes.

Helseforetakene har i 2014 fortsatt arbeidet med å gjennomgå og redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Samlet antall midlertidig ansatte har ikke gått ned i 2014, men ligger fortsatt på omtrent 30 000 - tilsvarende om lag 37 prosent av den totale bemanning i helseforetaksgruppen. I dette tallet ligger det imidlertid en stor andel timelønnet ekstrahjelp (omtrent 20 000). I tillegg kommer utdanningsstillinger (omtrent 2 500). Antall ansatte i mer varige, midlertidige stillinger fordeler seg på to hovedgrupper- engasjementer og vikarer. Det er først og fremst her innsatsen settes inn fremover.

Bruken av engasjementer holder seg relativt konstant gjennom året (omtrent 2 300). Når det gjelder vikarer, ser vi imidlertid en klar nedgang (fra omtrent 10 300 til 9 600). Også antall timelønnede går noe ned. Samlet sett går utviklingen i riktig retning, men det er fortsatt et potensial for å øke bruken av fast ansatte.

Bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. I 2014 har bemanningen økt med 2,6 prosent tilsvarende 1 466 årsverk. Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte vikartjenester, det vil si innleie av helsepersonell, for 468 millioner i 2014. Det tilsvarer 1,3

prosent av samlede lønnskostnader på 34,9 milliarder kroner.

Helseforetakene i 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 7,5 prosent i 2013 med 0,1 prosentpoeng til 7,4 prosent i 2014. Det er noe variasjon i sykefraværet mellom foretakene (rundt to prosentpoeng mellom høyeste og laveste).

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 2014 mellom 9 og 17 prosent. Totalt for foretaksgruppen ligger andelen på 12,2 prosent, en svak forbedring fra 12,6 prosent i 2013.

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 ved avleggelse av denne rapporten av fire kvinner og fem menn. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF består av ni menn og seks kvinner.

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

Blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom antall kvinner og menn.

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 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 å 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.

### Medarbeiderundersøkelse

Den regionale medarbeiderundersøkelsen er et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap. I 2014 mottok cirka 44 000 medarbeidere undersøkelsen og 77 prosent av disse svarte med sine synspunkter på sentrale områder knyttet til organisasjon og arbeidsmiljø i egen enhet.

Medarbeiderundersøkelsen kartlegger forhold som påvirker motivasjon, trivsel og helse. Hensikten med undersøkelsen er å legge til rette for et lokalt forbedringsarbeid hvor ledere og medarbeidere sammen finner frem til konkrete tiltak for å forbedre sin egen arbeidsplass.

Fjorårets medarbeiderundersøkelse viser gode resultater på områdene motivasjon, arbeidsglede, tilhørighet, sosialt samspill, konflikter, kvalitet, trygghet, respekt og opplevd lederadferd. Resultatene er stabile og har økt jevnt i alle årene medarbeiderundersøkelsen har vært gjennomført. Av 66 spørsmål i siste undersøkelse, er det kun to som har resultatmessig tilbakegang. Disse gjelder egenkontroll og medvirkning.

### BRUKERMEDVIRKNING

Helse Sør-Øst har ambisjoner om å være et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. Det er utviklet 13 prinsipper for hvordan

brukermedvirkning på systemnivå skal ivaretas i Helse Sør-Øst. Disse omhandler brukermedvirkningens grunnlag, brukermedvirkning i drift og omstilling, samt kompetanse og metoder for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

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

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som blant annet skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientenes og de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og fremtidsrettet.

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.

Det er etablert regelmessig kontakt mellom de regionale brukerutvalgene gjennom leder og nestlederforum som møtes to ganger per år, samt halvårslige møter med ledere og nestledere i brukerutvalg i helseforetakene.

Brukerutvalgets årsrapport finnes på [www.helse-sorost.no/brukerutvalg](http://www.helse-sorost.no/brukerutvalg).

### ETABLERING AV PENSJONSKASSE

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





214

OPERATIV LE

AMBULANSEAVDELINGEN OSLO AKS



Oslo universitetssykehus

egen pensjonskasse for helseforetakene i hovedstadsområdet.

Pensjonskassen har fått navnet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) og har vært i drift fra 1. januar 2014. PKH har et eget styre der også pensjonskassens medlemmer er representert. Pensjonskassen er etablert med egen administrasjon. Medlemsservice forstås av pensjonskassens egne ansatte, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver utføres eksternt 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 positivt resultat på i overkant av 400 millioner kroner for 2014.

Nye uførepensjonsregler og levealdersjusteringer er innført i 2014 for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere, ref. "Prop. 23 S (2014-2015) Endringer i statsbudsjettet 2014" under Helse- og omsorgsdepartementet. Denne endringen har gitt foretaksgruppen 8,3 milliarder kroner lavere pensjonskostnader enn budsjettet. Som en følge av dette ble basisrammen redusert med 2,7 milliarder kroner, samtidig som det ble satt et resultatkrav fra eier på 5,4 milliarder kroner. Inntekter og kostnader for 2013 og 2014 er følgelig ikke direkte sammenlignbare.

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 68,0 milliarder kroner i 2013 med 2,2 prosent til 69,5 milliarder kroner i 2014. De samlede driftsinntektene i 2014 fordeler seg med 44,2 milliarder kroner i basisramme, 20,4 milliarder kroner i aktivitetsbaserte inntekter og 4,9 milliarder kroner som andre driftsinntekter. Refusjonssatsen for innsattsstyrt finansiering (ISF-satsen) ble endret fra 40 til 50 prosent i 2014.

Lønns- og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 55,1 prosent av totale driftskostnader for 2014. Disse kostnadene ble redusert fra 41,4 milliarder kroner i 2013 med 15,7 prosent til 34,9 milliarder kroner i 2014, noe som skyldes effekten av de endrede

pensjonskostnadene. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell økte fra 427 millioner kroner i 2013 med 9,7 prosent til 468 millioner kroner i 2014.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen økte fra 3 065 millioner kroner i 2013 med 4,0 prosent til 3 188 millioner kroner i 2014. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 224 millioner kroner på varige driftsmidler i 2014.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen ble redusert fra 72 millioner kroner i 2013 med 95 prosent til 3,5 millioner kroner i 2014. Årsaken til denne forbedringen er i all hovedsak gunstigere rente- og lånebetingelser.

Årsresultatet økte fra et positivt resultat på 483 millioner kroner i 2013 til 6 252 millioner kroner i 2014. Årsresultatet for 2014 er 816 millioner kroner bedre enn gitt resultatkrav fra eier. De fleste helseforetakene hadde i 2014 positive resultater i underliggende drift. Resultatet for 2014 er imidlertid i likhet med 2013 påvirket av utfordringene ved Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF. Det er positivt at Oslo universitetssykehus HF viser et overskudd i 2014.

Foretaksgruppen hadde i 2014 en negativ kontantstrøm på 1 539 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2014 var 3 541 millioner kroner, hvorav bundne midler utgjør 1 750 millioner kroner.

Investeringsnivået i foretaksgruppen økte fra 5 638 millioner kroner i 2013 til 6 449 millioner kroner i 2014. Investeringene i nytt østfoldsykehus i 2014 var 2 142 millioner kroner. For øvrig representerer investeringene i hovedsak opprettholdelse av etablert kapasitet. Både innenfor teknologi og e-helse, spesielt knyttet til Digital fornying 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 er redusert fra 4 532 millioner kroner i 2013 til 987 millioner kroner i 2014, noe som i all hovedsak skyldes effekten av de endrede pensjonsforutsetningene. Sammen med ekstern finansiering gir dette et investeringsnivå på 4 910 millioner kroner. I det høyere investeringsnivået i 2014 er det også benyttet oppsparte midler fra tidligere år.

Foretaksgruppen har en driftskredittramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 6 751 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per

31.12.2014 er det trukket 6 707 millioner kroner på denne rammen. Trukket driftskreditt er økt med 3 306 millioner kroner i 2014, mens driftskreditt-rammen er økt med 3 340 millioner kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2014 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 118,1 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 33,3 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2014 49,0 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 2014 et positivt resultat på 750 millioner kroner mot 54 millioner kroner i 2013. Resultatet for 2013 og 2014 justert for endringer i pensjonskostnader og justering av eierandeler i døtre er henholdsvis 517 millioner kroner og 594 millioner kroner. Helseforetakene er konsolidert inn i foretaksgruppens regnskap og over- og 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 49 prosent av totalkapitalen ved utgangen av 2014. I pensjonsforpliktelsen ligger et ikke resultatført estimatavvik på 49 milliarder kroner som utgjør 155 prosent av egenkapitalen. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31. desember 2014 som tilfredsstillende.

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Netto økning i rentebærende gjeld i 2014 er 448 millioner kroner. Ved utgangen av året utgjør langsiktig lån fra Helse- og omsorgsdepartementet 8,9 milliarder kroner. Av dette er 3,7 milliarder kroner byggelån, mens 5,2 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 3,3 prosent.

Rentebindingen har en durasjon på 1,04. Av

porteføljens rentebinding forfaller 39 prosent fra ett til fem år. Byggelån har flytende rente. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale og renten på driftskreditt er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel.

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

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

### AVLEGGELSE AV REGNSKAPET

Fra årsskiftet 2014/2015 og frem til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet. Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling utover det som fremgår av årsberetning og årsregnskap.

### EIERFORHOLD OG ORGANISASJON

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

### STYRE, REVISJONSKOMITE, ADMINISTRASJON OG TILLITSVALGTE

Frem til foretaksmøtet 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. Vågang (nestleder), Eyolf Bakke, Anne Cathrine Frøstrup, Bernadette Kumar, Peer Jacob Svenkerud, og Truls Velgaard.

I hele 2014 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 foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en egen konsernrevisjonsenhet. 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 administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF i hele 2014. Han gikk av med pensjon ved årsskiftet. Cathrine M. Lofthus ble ansatt som ny administrerende direktør i styremøte 27. november 2014. Hun tiltrådte stillingen fra årsskiftet.

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 foretaksgruppens 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 samhold.

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 bekreftelsesoppdrag for å se etter om intern styring og kontroll er tilfredsstillende. I 2014 er det gjennomført interne revisjoner av intern styring og kontroll innenfor utvalgte deler av foretaksgruppen. Konsernrevisjonens årsrapport for 2014 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. 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 annet tertial 2014 ble det ansett at det var størst risiko knyttet til de to områdene økonomisk handlingsrom og driften av Akershus universitetssykehus HF. Det er etablert tiltak for å redusere disse risikoene. En bredere redegjørelse for styrets risikovurdering er tatt inn i Årlig melding for 2014.

## **SYKEHUSOMRÅDER OG HELSEFORETAK**

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak som er organisert i syv sykehusområder. Dette omfatter Sykehuspartner HF, som fra 1. januar 2015 er etablert som eget helseforetak. Hensikten med denne endringen har vært å tydeliggjøre Helse Sør-Øst RHF som strategisk eier og Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør. Gjennom endring i strukturen oppnår Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner klarere ansvars- og styringslinjer i forhold til eier, klarere leverandør- og partnerrolle i forhold til helseforetakene og det legges til rette for en ytterligere profesjonalisering av organisasjonen. Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte eieroppnevnte representanter til styret i Sykehuspartner HF i styremøte 18. desember 2014.

Sykehuspartner ivaretar oppgaver innen IKT, innkjøp/logistikk samt HR/økonomi/regnskap. Virksomheten har tidligere vært organisert som en avdeling av Helse Sør-Øst RHF, men med separat resultat- og balanseregnskap. Forankring til linjen har skjedd gjennom et eget driftsstyre. Ved utgangen av 2014 hadde Sykehuspartner 1 345 ansatte.

Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte 13. februar 2014 nye eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i foretaksgruppen. Disse har funksjonstid til februar 2016. Regjeringen har gitt føringer om at det samlede antallet styremedlemmer i helseforetakenes styre 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 unntatt Sykehuspartner HF har nå eksterne styreledere.

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

Styret besluttet 20. november 2014 at styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst i fremtiden skal ha åtte medlemmer, hvorav inntil fem oppnevnes av helseforetakets foretaksmøte. Reduksjonen i antall styremedlemmer behandles i styremøte 12. mars 2015 – og skal bekreftes i foretaksmøter før den gjøres gjeldende fra 16. mars 2015.

### **HELSETJENESTER FRA AVTALESPESIALISTER 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 2014 helsetjenester fra disse leverandørene for om lag 4,1 milliarder kroner. Dette utgjør 6,5 prosent av brutto driftskostnader for foretaksgruppen.

### **ANSVARLIGE SELSKAPER OG FELLESEIDE AKSJESELSKAP**

De regionale helseforetakene etablerte i september 2014 Sykehusbygg HF som et felleseid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet, hvor Helse Sør-Øst RHF eier 25 prosent. Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus. Helseforetaket skal sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer helseforetakenes eiendomsforvaltning til nytte. Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de fire regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak, samt parter som inngår i et sameie med disse.

Helse Sør-Øst RHF eier 40 prosent i følgende felleseide selskaper: Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS), Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS, Helseforetakenes Innkjøpsservice AS og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF. Hvert av de tre andre regionale helseforetakene eier 20 prosent av disse selskapene. Helse Sør-Øst RHF eier i tillegg 25 prosent av Nasjonal IKT HF.

Luftambulansetjenesten ivaretar den flyoperative delen av den offentlige luftambulansen (fly og helikopter) for hele landet. Helseforetakenes senter for Pasientreiser skal levere 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 skal være en felles nasjonal driftsorganisasjon som leverer landsdekkende tjenester innenfor nødmeldetjenesten med døgnåpen drift- og brukerstøtte for selskapets brukere. Nasjonal IKT 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.

For nærmere informasjon om disse foretakenes resultater i 2014 henvises til årsregnskapets note 12.

### **STØRRE BYGGEPROSJEKTER**

Helseforetaksgruppen forvalter omtrent 2,7 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen utgjør omtrent 36 milliarder kroner. Årlig brukes det omlag 2,0 milliarder kroner til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader. Årlige investeringsbudsjetter knyttet til utvikling av bygg og eiendommer utgjør anslagsvis 2,5-3,0 milliarder kroner.

Prosjekt Nytt østfoldsykehus følger planene, er i rute økonomisk og fremdriftsmessig, og vil starte prøve-drift våren 2015 med åpning i november 2015. Prosjektet omfatter ikke bare innflytting i nytt bygg, men også etablering av nye tekniske og organisatoriske løsninger. Prosjektet arbeider svært tett sammen med Sykehuset Østfold. Det er utarbeidet felles planverk og styringsstruktur som skal sikre felles fokus.

I 2014 har arbeidet vært rettet inn mot å sikre en trygg overgang fra utbygging til drift av sykehusbygget. I januar 2015 startes arbeidet med integrerte systemtester. Det vil si at blant annet røranlegg, elektroanlegg, ventilasjonsanlegg og alle IKT-systemer skal testes ut.

Nytt akuttbbygg ved Oslo universitetssykehus Ullevål sto klart i januar 2014. Ombygging og tilpasning i det samlede akuttmottak var ferdig sommeren 2014. 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 investeringsprosjekter innen bygg og eiendom 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 i foretaksgruppen. Det enkelte helseforetak integrerer 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 klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Styret har vedtatt at alle helseforetakene i foretaksgruppen skal implementere standardiserte miljøstyrings-system. Ved utgangen av 2014 var åtte av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst RHF miljøsertifisert etter ISO 14001. De tre gjenværende helseforetak vil bli sertifisert i løpet av 2015.

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

Helseforetaksgruppen har felles etiske retningslinjer som ble vedtatt i 2012. Helseforetakene har utarbeidet planer for oppfølging og implementering av disse etiske retningslinjene.

I 2014 intensiverte Helse Sør-Øst arbeidet mot misligheter og korrupsjon. Det ble utviklet et antikorrupsjonsprogram som styret vedtok i desember 2014. Arbeidet er fulgt med stor interesse både internt og eksternt. Helseforetakene er nå i gang med å implementere dette viktige programmet.

Samtlige helseforetak har etablert kliniske etikkkomiteer som behandler etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helse Sør-Østs forskningsstrategi omfatter også etikk i forskningen.

Helse Sør-Øst deltar i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Dette organet bidrar til samordning av etisk standard og praksis innen forskning.

Helse Sør-Øst RHF har etablert egne etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt for foretaksgruppen. Foretaksgruppen handler for 25 milliarder kroner i året. Helse Sør-Øst ønsker å møte nye krav fra staten og samfunnet forøvrig ved å være i forkant og kreve at leverandører til sykehusene er opptatt av miljø, klima og etikk.

Det regionale helseforetaket er medlem av organisasjonen Initiativ for etisk handel. Helse Sør-Øst har forpliktet seg til å følge denne organisasjonens "Code of Conduct" og arbeide for en forbedring av arbeids- og menneskerettigheter og miljø i produksjonen av varer og tjenester som benyttes hos oss. I løpet av 2014 ble flere av anskaffelsene i Helse Sør-Øst fulgt opp blant annet med kontroller og oppfølging helt ute i produksjonsstedene.

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

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

### TAKK FOR INNSATS OG SAMARBEID

Styret berømmer medarbeidere og ledere for stor innsats og engasjement. Styret berømmer også brukernes representanter og tillitsvalgte for positivt og konstruktivt samarbeid i 2014.

### FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

Styret har i "Årlig melding for 2014" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål, og hvilke strategiske valg Helse Sør-Øst planlegger å ta for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

Regjeringen planlegger å legge frem en nasjonal helse- og sykehusplan høsten 2015. Planen vil blant annet gi viktige signaler om prioriteringer, ønsket utvikling og hvordan spesialisthelsetjenesten i Norge skal organiseres og styres. Helse Sør-Øst deltar aktivt i grunnlagsarbeidet for denne planen.



Helse Sør-Øst er inne i en særskilt satsing for å unngå fristbrudd og redusere ventetidene. Mange tiltak er påbegynt, men resultatene har hittil ikke vært tilstrekkelige. Helse Sør-Øst RHF vil videreføre og intensivere innsatsen i 2015. En samlet plan for foretaksgruppens innsats og arbeid på dette området skal utarbeides og leveres Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. april 2015.

Regjeringen ønsker å etablere et sterkere "pasientens helsevesen". Helse Sør-Øst støtter opp om dette. Mye av foretaksgruppens aktivitet i 2015 vil handle om å utvikle et slikt helsevesen. Felles nasjonale pakkeforløp for kreft i lunge, prostata, tykk- og endetarm samt bryst, er under etablering i helseforetakene. Flere slike pakkeforløp innen kreftbehandling skal etableres i 2015. Dette arbeidet vil være krevende og blir fulgt av betydelig nasjonal oppmerksomhet. Helse Sør-Øst vil aktivt følge opp regjeringens beslutning om å innføre fritt behandlingsvalg i 2015. Denne nye ordningen gir utfordringer både medisinsk og administrativt.

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 oftest inngås regionale rammeavtaler, men i 2014 er det også åpnet for direkte anskaffelser fra de enkelte

helseforetak. Som et ledd i den langsiktige planleggingen foretar helseforetaksgruppen grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Helse Sør-Øst har over flere år arbeidet med å legge et godt grunnlag for å sikre riktig kapasitet innen spesialisthelsetjenestene i tråd med endringer som påvirker både behov og kapasitet. Langtidsplanlegging, herunder kapasitetsplanlegging, vil være en viktig oppgave og ansvar for Helse Sør-Øst også i 2015.

Videreføring av "Digital fornying", fornyingsprogrammet for standardisering og teknologiske løsninger i Helse Sør-Øst, vil være krevende. Programmet er et av regionens hovedtiltak for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet, effektivisering av helsetjenesten, samhandling, samt muligheter for selvbetjening og involvering.

For å sikre langsiktig handlingsrom for investeringer er det nødvendig at det genereres likviditet gjennom positive resultater i helseforetakene. Helseforetakene må planlegge sine resultatmål ut i fra realistiske forutsetninger knyttet til kostnadstilpasning og gevinstrealisering, slik at det muliggjør nødvendige investeringer gjennom perioden. Med de krav og behov som foreligger og som er knyttet til økte investeringer, særlig innen IKT-sektoren, men også sett i lys av planer om store utbyggingsprosjekter i regionen, vil dette i sum kreve økt fokus på effektiv drift og tilhørende positive resultater.


## DISPONERING AV ÅRSRESULTATET


Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF i 2014 ble 750,4 millioner kroner.

Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2014.


Overført fond for vurderingsforskjeller	8,5 millioner kroner
Overført til annen egenkapital	741,9 millioner kroner
Sum disponert	750,4 millioner kroner

Oslo, 12. mars 2015

  
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

  
Cathrine M. Lofthus  
Administrerende direktør



# Resultatregnskap

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2013	2014		Note	2014	2013
<b>DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER</b>					
47 629 089	44 172 098	Basisramme	2	44 172 098	47 629 089
14 478 081	18 630 152	Aktivitetsbasert inntekt	2	20 410 542	16 109 410
3 943 851	4 726 549	Annen driftsinntekt	2	4 917 518	4 293 694
<b>66 051 021</b>	<b>67 528 799</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>		<b>69 500 158</b>	<b>68 032 193</b>
61 857 031	62 766 058	Kjøp av helsetjenester	3	9 967 105	9 024 870
463 582	591 050	Varekostnad	4	7 913 640	7 042 399
827 842	861 699	Lønn og annen personalkostnad	5	34 877 723	41 356 719
688 013	774 737	Ordinære avskrivninger	10,11	3 187 936	3 065 689
17 257	17 171	Nedskrivninger	10,11	223 651	90 228
1 845 991	1 881 194	Annen driftskostnad	6	7 073 407	6 896 168
<b>65 699 715</b>	<b>66 891 910</b>	<b>Sum driftskostnader</b>		<b>63 243 462</b>	<b>67 476 073</b>
<b>351 306</b>	<b>636 889</b>	<b>Driftsresultat</b>		<b>6 256 696</b>	<b>556 120</b>
<b>FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>					
549 017	574 877	Finansinntekt	7	337 044	282 158
-463 315	60 351	Verdiendring av finansielle anleggsmidler	12	0	0
-383 352	-521 715	Annen finanskostnad	7	-340 546	-353 689
<b>-297 650</b>	<b>113 513</b>	<b>Netto finansresultat</b>		<b>-3 502</b>	<b>-71 530</b>
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>Resultat før skattekostnad</b>		<b>6 253 195</b>	<b>484 590</b>
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	9	1 363	1 309
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>ÅRSRESULTAT</b>		<b>6 251 832</b>	<b>483 281</b>
0	0	Minoriteters andel av årsresultatet	16	233	-25
<b>OVERFØRINGER</b>					
1 107	8 541	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	16	8 541	1 107
52 549	741 862	Overført til/fra annen egenkapital	16	6 243 058	482 199
0	0	Overført minoritet	16	233	-25
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>Sum overføringer</b>		<b>6 251 832</b>	<b>483 281</b>



# Balanse

(Alle tall i NOK 1 000)


Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2013	2014		Note	2014	2013
		<b>EIENDELER</b>			
		<b>Anleggsmidler</b>			
		<b>Immaterielle eiendeler</b>			
1 824 938	2 527 214	Immaterielle eiendeler	10	2 657 132	1 913 902
0	0	Utsatt skattefordel	9	0	0
<b>1 824 938</b>	<b>2 527 214</b>	<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		<b>2 657 132</b>	<b>1 913 902</b>
		<b>VARIGE DRIFTSMIDLER</b>			
84 251	81 892	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	30 731 327	30 530 817
796 742	740 790	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	11	4 701 992	4 504 312
3 689 856	5 863 763	Anlegg under utførelse	11	7 006 102	5 446 654
<b>4 570 849</b>	<b>6 686 445</b>	<b>Sum varige driftsmidler</b>		<b>42 439 420</b>	<b>40 481 783</b>
		<b>FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER</b>			
21 706 836	21 767 287	Investering i datterselskap/- foretak	12	0	0
60 011	71 053	Investeringer i FKV og TS	12	91 153	80 111
6 810	25 578	Investeringer i andre aksjer og andeler	12	1 679 797	1 359 418
8 191 328	7 969 168	Andre finansielle anleggsmidler	13	50 423	56 326
0	4 544	Pensjonsmidler	17	11 790 023	3 899 186
<b>29 964 985</b>	<b>29 837 629</b>	<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		<b>13 611 396</b>	<b>5 395 041</b>
<b>36 360 772</b>	<b>39 051 288</b>	<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>58 707 949</b>	<b>47 790 726</b>
		<b>OMLØPSMIDLER</b>			
65 340	80 989	Varer	4	487 661	431 789
7 045 501	9 432 171	Fordringer	14	1 863 863	2 022 364
3 501 450	1 909 905	Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	3 541 306	5 080 380
<b>10 612 290</b>	<b>11 423 065</b>	<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>5 892 830</b>	<b>7 534 533</b>
<b>46 973 062</b>	<b>50 474 354</b>	<b>SUM EIENDELER</b>		<b>64 600 779</b>	<b>55 325 262</b>

(Alle tall i NOK 1 000)


Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2013	2014	Note	2014	2013	
<b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>					
<b>Egenkapital</b>					
<b>Innskutt egenkapital</b>					
200	200		200	200	
32 470 631	32 470 631		33 020 974	33 020 974	
<b>32 470 831</b>	<b>32 470 831</b>	<b>16</b>	<b>33 021 174</b>	<b>33 021 174</b>	
<b>OPPTJENT EGENKAPITAL</b>					
27 020	35 561		35 641	27 100	
0	0		9 488	9 255	
-9 353 593	-8 607 092		-1 614 726	-7 852 736	
<b>-9 326 574</b>	<b>-8 571 531</b>	<b>16</b>	<b>-1 569 597</b>	<b>-7 816 381</b>	
<b>23 144 258</b>	<b>23 899 300</b>		<b>31 451 577</b>	<b>25 204 793</b>	
<b>GJELD</b>					
<b>Avsetning for forpliktelser</b>					
144 188	58 807	17	483 793	1 610 204	
0	0	9	5 103	4 567	
2 700	2 700	18	4 269 388	4 430 511	
<b>146 888</b>	<b>61 507</b>		<b>4 758 284</b>	<b>6 045 282</b>	
<b>ANNEN LANGSIKTIG GJELD</b>					
8 327 729	8 857 035	13	8 857 035	8 327 729	
8 170 899	8 376 896	13	288 994	309 235	
<b>16 498 627</b>	<b>17 233 931</b>		<b>9 146 029</b>	<b>8 636 963</b>	
<b>KORTSIKTIG GJELD</b>					
3 400 540	6 707 391	15	6 707 391	3 400 540	
0	0	9	0	152	
82 313	120 180		3 151 850	2 883 942	
3 700 436	2 452 045	19	9 385 648	9 153 592	
<b>7 183 289</b>	<b>9 279 616</b>		<b>19 244 889</b>	<b>15 438 226</b>	
<b>23 828 804</b>	<b>26 575 053</b>		<b>33 149 202</b>	<b>30 120 471</b>	
<b>46 973 062</b>	<b>50 474 354</b>		<b>64 600 779</b>	<b>55 325 262</b>	


Oslo, 12. mars 2015

  
Per Anders Oksum  
Styreleder

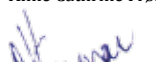
  
Kirsten Brubakk


  
Irene Kronkvist


  
Truls Velgaard

  
Sigrun E. Vægeng  
Nestleder

  
Anne Cathrine Frøstrup

  
Bernadette Kumar

  
Svein Øverland

  
Eyolf Bakke

  
Terje Bjørn Keyn

  
Peer Jacob Svenkerud

  
Cathrine M. Lofthus  
Administrerende direktør

# Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2013	2014		Note	2014	2013
<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:</b>					
53 656	750 403	Årsresultat før skattekostnad	16	6 251 832	484 590
0	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-49 297	-67 369
688 013	774 737	Ordinære avskrivninger	10,11	3 187 936	3 065 689
17 257	17 171	Nedskrivning anleggsmidler	10,11	223 651	90 228
463 315	-68 893	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		499 839	0
-300 233	-2 402 319	Endring i omløpsmidler	4, 14	102 629	-146 767
956 186	-1 210 524	Endring i kortsiktig gjeld	19	499 964	842 744
24 087	-89 925	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	17	-9 491 976	481 917
0	0	Inntektsført investeringstilskudd	2	-223 888	-218 859
<b>1 902 281</b>	<b>-2 229 350</b>	<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>		<b>1 000 689</b>	<b>4 532 173</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:</b>					
26 117	3 020	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		203 029	131 701
-3 202 608	-3 612 800	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	10,11	-6 297 575	-5 620 500
0	0	Tilgang/avgang anleggsmidler		0	-11 685
3 020	5 743	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		5 965	3 297
-41 980	0	Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)		0	0
0	0	Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler		42 742	0
-23 576	-21 368	Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-418 416	-141 690
<b>-3 239 027</b>	<b>-3 625 405</b>	<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>		<b>-6 464 255</b>	<b>-5 638 877</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:</b>					
1 178 136	942 942	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	942 942	1 178 136
-440 266	-413 636	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	13	-430 535	-440 266
-208 361	3 306 851	Endring driftskreditt	15	3 306 851	-208 361
-765 901	427 053	Utbetaling/Innbetaling av investeringstilskudd og lån		27 828	50 409
1 115 133	0	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	18	67 689	160 364
0	0	Endring foretakskapital med kontanteffekt		9 716	0
<b>878 741</b>	<b>4 263 210</b>	<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>		<b>3 924 491</b>	<b>740 282</b>
-458 005	-1 591 545	Netto endring i likviditetsbeholdning		-1 539 074	-366 422
3 959 455	3 501 450	Likviditetsbeholdning per 01.01.		5 080 380	5 446 802
<b>3 501 450</b>	<b>1 909 905</b>	<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. per 31.12.</b>	<b>1,15</b>	<b>3 541 306</b>	<b>5 080 380</b>
10 460	43 210	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank per 31.12.		43 210	10 460
<b>6 170 422</b>	<b>1 953 115</b>	<b>Likviditetsreserve 31.12.</b>		<b>3 584 516</b>	<b>5 090 840</b>
<b>3 411 000</b>	<b>6 750 600</b>	<b>Innvilget kredittramme i Norges Bank per 31.12.</b>		<b>6 750 600</b>	<b>3 411 000</b>

## GENERELT OM REGNSKAPET

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og virkelig verdi 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. For andre anleggsmidler ble også gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

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

## VURDERINGS- OG KLASSIFISERINGSPRINSIPPER

### Virksomhetsoverdragelser

Virksomhetsoverdragelser mellom foretak i Helse Sør-Øst 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 i mottagende helseforetak.

### 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.. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i det regnskapsåret 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 i all hovedsak av ISF-refusjoner (ISF = innsatsstyrt finansiering), kommunal medfinansiering, polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-refusjoner er basert på faktisk aktivitet i henhold til data fra Norsk Pasientregister (NPR). 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-refusjoner og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

### Andre inntekter

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten omfatter kvalitetsbasert finansiering fra eier, inntekter fra sykehusapotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene blant annet 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

### Leasing

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen ble det gitt tillatelse til å inngå langsiktige leieavtaler. Verdien av fremtidig leiebeløp er neddiskontert og bokført som langsiktig gjeld med tilhørende eiendel i balansen.

### 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. Dette innebærer blant annet at utgifter i forbindelse med forskning og utvikling (FoU) kostnadsføres.

### Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen. Investeringsstilskudd avsettes i balansen og inntektsføres i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

### 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. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men sammen har man bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig. I Helse Sør-Øst vurderes felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i morselskapets og foretaksgruppens regnskap.

### Tilknyttede selskap

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

### Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i Kommunal Landspensjonskasse, Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet 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 planendringer resultatføres i den perioden endringen inntreffer. 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 resultatføres 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

Helseforetakenes Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF. Foretaksgruppens netto innskudd i konsernkontoordningen er klassifisert som omløpsmidler. Renteinntekter og -kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

## Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerende av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen per 01.01.13

Tilsvarende er enkelte tall i noter og balanseoppstilling endret for 2013.

## Sikringsbokføring

Helse Sør Øst RHF handler finansielle kontrakter (sikringsinstrument) på Nord Pool for å redusere risikoeksponeringen i forhold til varierende strømpris (sikringsobjekt).

Helse Sør Øst RHF benytter seg av sikringsbokføring ved at endringen i verdien på sikringsinstrumentet og sikringsobjektet utligner hverandre.

## Skatt

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

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



## NOTE 1 - Virksomhetsrapportering

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
<b>DRIFTSINTEKTER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE</b>				
5 740 645	6 811 634	Somatiske tjenester	49 964 589	48 408 798
1 569 049	1 619 635	Psykisk helsevern VOP	9 889 765	9 930 456
180 268	191 828	Psykisk helsevern BUP	2 246 622	2 243 422
807 740	934 608	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 604 233	2 571 657
3 716 532	3 779 928	Annet	4 794 948	4 877 861
54 036 788	54 191 164	Det regionale foretakets overføringer til datterforetak	0	0
<b>66 051 021</b>	<b>67 528 799</b>	<b>Driftsinntekter per virksomhetsområde</b>	<b>69 500 158</b>	<b>68 032 193</b>
<b>DRIFTSKOSTNADER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE</b>				
5 280 735	6 386 344	Somatiske tjenester	45 645 871	48 097 065
1 588 927	1 585 734	Psykisk helsevern VOP	8 688 476	9 855 196
165 602	175 497	Psykisk helsevern BUP	1 927 346	2 226 738
795 945	904 413	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 396 137	2 552 428
3 831 718	3 648 759	Annet	4 585 632	4 744 647
54 036 788	54 191 164	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
<b>65 699 715</b>	<b>66 891 910</b>	<b>Driftskostnader per virksomhetsområde</b>	<b>63 243 462</b>	<b>67 476 073</b>
<b>DRIFTSINTEKTER FORDELT PÅ GEOGRAFI</b>				
65 835 001	67 261 875	Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	68 147 226	66 788 970
216 020	266 923	Pasienter hjemmehørende i resten av landet	1 244 285	1 144 942
0	0	Pasienter hjemmehørende i utlandet	108 646	98 280
<b>66 051 021</b>	<b>67 528 799</b>	<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>	<b>69 500 158</b>	<b>68 032 193</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	
2013	2014		2014	2013
		<b>DRIFTSINNTEKTER</b>		
		<b>Basisramme</b>		
47 629 089	44 172 098	Basisramme	44 172 098	47 629 089
<b>47 629 089</b>	<b>44 172 098</b>	<b>Basisramme</b>	<b>44 172 098</b>	<b>47 629 089</b>
		<b>AKTIVITETSBASERT INNTEKT</b>		
11 980 725	15 735 408	Behandling av egne pasienter i egen region	15 735 408	11 980 725
102 613	143 148	Behandling av egne pasienter i andre regioner	143 148	102 613
204 120	266 923	Behandling av andre pasienter i egen region	1 125 427	981 994
2 177 679	2 448 917	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	3 078 996	2 767 486
0	0	Utskrivningsklare pasienter	77 613	57 517
12 944	35 756	Andre aktivitetsbaserte inntekter	249 951	219 075
<b>14 478 081</b>	<b>18 630 152</b>	<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>	<b>20 410 542</b>	<b>16 109 410</b>
		<b>ANNEN DRIFTSINNTEKT</b>		
0	241 900	Kvalitetsbasert finansiering	241 900	0
279 082	260 416	Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	260 416	279 082
820 042	1 065 592	Øremerkede tilskudd til andre formål	1 585 610	1 244 897
218 859	208 658	Inntektsføring av investeringstilskudd	223 888	218 859
0	0	Driftsinntekter fra Sykehusapotekene	868 983	762 998
2 625 867	2 949 983	Andre driftsinntekter	1 736 721	1 787 857
<b>3 943 851</b>	<b>4 726 549</b>	<b>Annen driftsinntekt</b>	<b>4 917 518</b>	<b>4 293 694</b>
<b>66 051 021</b>	<b>67 528 799</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>69 500 158</b>	<b>68 032 193</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 3 088 millioner kroner.

		<b>AKTIVITETSTALL</b>		
		<b>Aktivitetstall somatikk</b>		
63 325	64 860	Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	781 633	763 047
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	724 550	708 461
152 640	163 406	Antall polikliniske konsultasjoner	2 640 849	2 541 193
		<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</b>		
27	29	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 238	1 105
29 377	32 004	Antall polikliniske konsultasjoner	454 554	456 690
		<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</b>		
3 871	3 829	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	25 823	25 886
98 043	113 593	Antall polikliniske konsultasjoner	811 525	773 924
		<b>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige</b>		
1 780	1 782	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	8 394	8 081
51 548	42 486	Antall polikliniske konsultasjoner	218 361	211 027

I tillegg til aktiviteten ovenfor er antall polikliniske konsultasjoner knyttet til "Raskere tilbake" 76 120. 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	
2013	2014		2014	2013
		<b>KJØP AV HELSETJENESTER</b>		
218 578	373 566	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	978 214	635 059
4 206 909	4 591 061	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	4 814 962	4 381 252
17 340	18 795	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	66 718	54 109
1 447 589	1 483 956	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	1 534 252	1 509 147
6 989	5 043	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	21 508	30 643
789 917	898 663	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	902 742	800 488
300	278	Kjøp fra utlandet	109 114	106 303
<b>6 687 622</b>	<b>7 371 362</b>	<b>Sum gjestepasientkostnader</b>	<b>8 427 510</b>	<b>7 517 001</b>
0	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	468 333	426 833
217 261	228 676	Kjøp fra Luftambulans ANS	228 676	217 261
0	0	Kjøp av andre ambulansetjenester	104 368	123 432
915 360	974 856	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	738 218	740 341
<b>7 820 243</b>	<b>8 574 894</b>	<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>9 967 105</b>	<b>9 024 870</b>
54 036 788	54 191 164	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
<b>61 857 031</b>	<b>62 766 058</b>	<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>9 967 105</b>	<b>9 024 870</b>

## NOTE 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>VAREBEHOLDNING</b>		
0	0	Råvarer	4 972	4 694
0	0	Varer i arbeid	5 233	4 875
0	0	Ferdigvarer	0	0
4 565	19 457	Handelsvarer	273 411	206 270
<b>4 565</b>	<b>19 457</b>	<b>Sum lager til videresalg</b>	<b>283 616</b>	<b>215 839</b>
60 775	61 532	Annet medisinsk forbruksmateriell	168 092	184 953
0	0	Andre varebeholdninger	35 953	30 997
<b>60 775</b>	<b>61 532</b>	<b>Sum lager til eget bruk</b>	<b>204 045</b>	<b>215 950</b>
<b>65 340</b>	<b>80 989</b>	<b>Sum varebeholdning</b>	<b>487 661</b>	<b>431 789</b>
67 663	82 019	Anskaffelseskost	491 250	436 383
-2 323	-1 030	Nedskrivning for verdifall	-3 590	-4 593
<b>65 340</b>	<b>80 989</b>	<b>Bokført verdi 31.12.</b>	<b>487 661</b>	<b>431 789</b>
		<b>VAREKOSTNAD</b>		
0	0	Legemidler	3 388 133	2 798 491
0	0	Medisinske forbruksvarer	3 603 379	3 384 823
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	851 961	798 244
463 582	591 050	Innkjøpte varer for videresalg	70 167	60 841
<b>463 582</b>	<b>591 050</b>	<b>Sum varekostnad</b>	<b>7 913 640</b>	<b>7 042 399</b>

## NOTE 5 - Lønn og personalkostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>LØNSKOSTNADER</b>		
563 340	643 381	Lønnskostnader	30 941 768	29 266 022
103 418	124 966	Arbeidsgiveravgift	4 415 832	4 193 564
133 021	58 606	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	-1 192 496	7 190 287
28 062	34 746	Andre ytelser	716 487	709 505
0	0	- Balanseførte lønnskostnader egne ansatte	-3 867	-2 660
<b>827 842</b>	<b>861 699</b>	<b>Sum lønn og andre personalkostnader</b>	<b>34 877 723</b>	<b>41 356 719</b>
1 247	1 442	Gjennomsnittlig antall ansatte	77 606	76 730
1 075	1 266	- Herav Sykehuspartner		
1 225	1 425	Gjennomsnittlig antall årsverk	58 627	57 161
1 068	1 261	- Herav Sykehuspartner		

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014	Godtgjørelse til revisor	2014	2013
1 368	1 662	Lovpålagt revisjon	5 696	5 433
236	1 226	Utvidet revisjon	8 354	4 557
0	60	Andre attestasjonstjenester	885	1 158
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	77	112
2 753	7 417	Andre tjenester utenfor revisjon	14 596	5 262
<b>4 357</b>	<b>10 365</b>	<b>Sum godtgjørelse</b>	<b>29 608</b>	<b>16 522</b>
		<b>Spesifisering av Andre tjenester utenfor revisjon</b>		
0	3 470	Nasjonal samhandling og standardisering innkjøp *)	3 470	0
0	3 550	Innkjøpskartlegging	3 550	0
1 113	237	Bistand etablering pensjonskasse	237	1 113
914	0	Evaluering LIS	0	914
0	0	Teknisk bistand utviklingsplan 2030	4 813	0
0	0	Diverse tekniske analyser	1 659	1 298
0	0	Mislighetsrevisjon	0	544
726	160	Diverse bistand	867	1 393
<b>2 753</b>	<b>7 417</b>	<b>Sum Andre tjenester utenfor revisjon</b>	<b>14 596</b>	<b>5 262</b>

Alle tall er inkl. merverdiavgift. Fastpris revisjon for foretaksgruppen er 5,4 millioner kroner.

\*) Av samlet honorar på kroner 3 470 000 er 3/4 viderebelastet de tre andre regionene. Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør kroner 867 500.

## NOTE 5 forts. - Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser m.m.

### Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pen- sjons- kostnad	Annen godt- gjørelse	Sum	Tjeneste- periode 1)	Anset- telses- periode 2)
Peder Kristian Olsen	Administrerende direktør	2 024 218	195 566	4 994	<b>2 224 778</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende direktør	1 807 887	181 312	21 894	<b>2 011 093</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Atle Brynestad	Konserndirektør	1 797 639	230 359	4 994	<b>2 032 992</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Alice Beathe Andersgaard	Direktør medisin og helsefag	1 635 741	341 540	5 774	<b>1 983 055</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Tore Robertsen	Direktør for styre- og eieroppfølging	1 385 948	255 718	7 869	<b>1 649 535</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 235 509	275 078	4 994	<b>1 515 581</b>	01.01.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Anne Biering	HR-direktør	1 289 265	370 937	5 984	<b>1 666 186</b>	01.03.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
Thomas Bagley	Direktør teknologi og eHelse	1 499 359	274 579	5 588	<b>1 779 526</b>	01.03.14-31.12.14	01.01.14-31.12.14
		<b>12 675 566</b>	<b>2 125 089</b>	<b>62 091</b>	<b>14 862 746</b>		

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 PKH 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 til styrets medlemmer

Navn	Tittel	styrebonorar	Periode
Per Anders Oksum	Styrets leder	333 999	01.01.2014-31.12.2014
Sigrun E. Vågang	Nestleder	224 322	07.01.2014-31.12.2014
Eyolf Bakke	Styremedlem	123 967	07.01.2014-31.12.2014
Anne Cathrine Frøstrup	Styremedlem	123 967	07.01.2014-31.12.2014
Bernadette Kumar	Styremedlem	160 354	01.01.2014-31.12.2014
Peer Jacob Svenkerud	Styremedlem	173 161	07.01.2014-31.12.2014
Truls Velgaard	Styremedlem	123 967	07.01.2014-31.12.2014
Kirsten Brubakk	Ansatterepresentant	160 354	01.01.2014-31.12.2014
Irene Kronkvist	Ansatterepresentant	125 919	01.01.2014-31.12.2014
Terje Bjørn Keyn	Ansatterepresentant	125 919	01.01.2014-31.12.2014
Svein Øverland	Ansatterepresentant	125 919	01.01.2014-31.12.2014
		<b>1 801 848</b>	

Revisjonskomiteen har i 2014 bestått av følgende medlemmer: Peer Jacob Svenkerud (leder), Bernadette Kumar og Kirsten Brubakk. Leder får et honorar på kr 50 000 og de øvrige medlemmene får et honorar på kr 35 000. Tallene inngår i styrehonorar ovenfor.

## NOTE 5 forts. - Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser m.m.

### Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Sør-Øst RHF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, konserndirektør, kommunikasjonsdirektør, direktør medisin og helsefag, direktør for styre- og eieroppfølging, HR-direktør og direktør for teknologi og eHelse som ledende ansatte.

Helse Sør-Øst RHF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av regjeringen 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 modernisering i lederlønningene.

### Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2014

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 080-2014. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Den gjennomsnittelige lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2014 4,4 %.

Lønnjusteringene 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. Peder Olsen fratradte stillingen 31. desember 2014. Fra 1. januar 2015 er Cathrine M. Lofthus tilsatt 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
- Avis abonnement
- Forsikringsordninger

### Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinære vilkår i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH).

### 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/administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratse 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

Helse Sør-Øst RHF har i 2014 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 2014 har vært i tråd med de statlige retningslinjene

### Retningslinjer for 2015

Helse Sør-Øst RHF vil det kommende år ha som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken bygger på vedtatte retningslinjer og i tråd med prinsipper som beskrevet over. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil i 2015 behandle nye retningslinjer fastsatt med virkning fra 13. februar 2015.

## NOTE 6 - Andre driftskostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
0	0	Transport av pasienter	1 031 143	984 111
96 651	112 537	Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	1 310 139	1 286 819
50 237	30 296	Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	554 504	548 047
314 992	313 673	Konsulenttjenester	581 596	600 547
217 817	168 662	Annen ekstern tjeneste	623 299	569 505
564 378	559 033	Reparasjon, vedlikehold og service	1 371 708	1 319 636
78 399	84 619	Kontor- og kommunikasjonskostnader	452 479	438 595
312	433	Kostnader forbundet med transportmidler	104 421	103 771
41 191	44 363	Reisekostnader	271 564	254 074
72	540	Forsikringskostnader	31 886	31 933
387 384	396 928	Pasientskadeerstatning	428 107	405 917
94 557	170 112	Øvrige driftskostnader	312 562	353 212
<b>1 845 991</b>	<b>1 881 194</b>	<b>Andre driftskostnader</b>	<b>7 073 407</b>	<b>6 896 168</b>

## NOTE 7 - Finansinntekter- og kostnader

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>FINANSINNTEKTER</b>		
1 107	8 542	Resultatandel felles kontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	8 542	1 107
515 148	469 757	Konserninterne renteinntekter	0	0
32 757	94 675	Andre renteinntekter	324 802	279 867
5	1 903	Andre finansinntekter	3 701	1 184
<b>549 017</b>	<b>574 877</b>	<b>Finansinntekter</b>	<b>337 044</b>	<b>282 158</b>
		<b>FINANSKOSTNADER</b>		
-54 653	-207 709	Konserninterne rentekostnader	0	0
-328 698	-314 005	Andre rentekostnader	-333 327	-349 325
-463 315	60 351	Ned/oppskriving aksjer i datter (+/-)	0	0
0	0	Andre finanskostnader	-7 220	-4 363
<b>-846 667</b>	<b>-461 363</b>	<b>Finanskostnader</b>	<b>-340 546</b>	<b>-353 689</b>
<b>-297 650</b>	<b>113 513</b>	<b>Netto finansresultat</b>	<b>-3 502</b>	<b>-71 530</b>

## NOTE 8 - Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaksgruppen	
	2014	2013
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	591 341	487 636
Andre inntekter til forskning	403 313	399 478
Basisramme til forskning	851 281	907 253
<b>Sum inntekter til forskning</b>	<b>1 845 935</b>	<b>1 794 367</b>
Øremerkettilskudd fra eier til utvikling	575	42 220
Andre innt til utvikling	37 891	0
Basisramme til utvikling	132 993	147 660
<b>Sum inntekter til utvikling</b>	<b>171 459</b>	<b>189 880</b>
<b>Sum inntekter til forskning og utvikling</b>	<b>2 017 394</b>	<b>1 984 247</b>
Kostnader til forskning :		
- somatikk	1 840 409	1 812 865
- psykisk helsevern	167 172	148 572
- TSB	19 338	12 926
- annet	4 346	13 807
<b>Sum kostnader til forskning</b>	<b>2 031 265</b>	<b>1 988 171</b>
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	140 917	161 360
- psykisk helsevern	25 839	38 605
- TSB	1 497	683
- annet	9 272	8 609
<b>Sum kostnader til utvikling</b>	<b>177 525</b>	<b>209 256</b>
<b>Sum kostnader forskning og utvikling</b>	<b>2 208 790</b>	<b>2 197 427</b>
Ant avlagte doktorgrader	184	196
Ant publiserte artikler	2 480	2 273
Ant årsverk forskning	1 866	1 748
Ant årsverk utvikling	172	231



## NOTE 9 - Skatt

(Alle tall i NOK 1 000)

	Foretaksgruppen	
	2014	2013
<b>MIDLERTIDIGE FORSKJELLER</b>		
Anleggsmidler	54 485	51 198
Omløpsmidler	6	-48
<b>Netto midlertidige forskjeller</b>	<b>54 491</b>	<b>51 150</b>
Benyttet underskudd til fremføring	-54 561	-47 956
<b>Grunnlag for utsatt skatt i balanse</b>	<b>-70</b>	<b>3 193</b>
Utsatt skatt	-20	894
Ikke balanseført utsatt skattefordel	5 123	3 673
<b>Utsatt skatt (utsatt skattefordel)</b>	<b>5 103</b>	<b>4 567</b>
<b>Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:</b>		
<b>Grunnlag for betalbar skatt</b>		
Resultat før skattekostnad	-351	300
Permanente forskjeller	77	2
<b>Grunnlag for årets skattekostnad</b>	<b>-274</b>	<b>301</b>
Endring i midlertidige forskjeller	-6 401	-8 248
<b>Skattepliktig inntekt</b>	<b>-6 675</b>	<b>-7 947</b>
Bruk av fremførbart underskudd	-465	0
<b>Grunnlag for betalbar skatt</b>	<b>-7 140</b>	<b>-7 947</b>
27 % av grunnlag for betalbar skatt	210	350
Endring i utsatt skatt	150	324
For lite/for mye avsatt i fjor	1 003	635
<b>Sum skattekostnad på ordinært resultat</b>	<b>1 363</b>	<b>1 309</b>
<b>Spesifikasjon av skattekostnad</b>		
27 % skatt av resultat før skatt	-98	84
Permanente forskjeller (27 %)	22	0
Ikke bokført skatteinntekt	1 440	1 225
<b>Beregnet skattekostnad</b>	<b>1 363</b>	<b>1 309</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 1.1.14</b>	<b>2 231 213</b>	<b>1 098 907</b>	<b>3 330 120</b>
Tilgang	0	1 165 588	1 165 588
Avgang	0	3 020	3 020
Utrangering ansk.kost	0	0	0
Reklassifisering	0	0	0
Fra anlegg under utførelse	994 869	-994 869	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.14</b>	<b>3 226 082</b>	<b>1 266 606</b>	<b>4 492 688</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.14	1 949 234	0	1 949 234
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.14	0	16 242	16 242
<b>Balansført verdi 31.12.14</b>	<b>1 276 849</b>	<b>1 250 365</b>	<b>2 527 214</b>
Årets ordinære avskrivninger	444 051	0	444 051
Årets nedskrivninger	0	16 242	16 242

### Foretaksgruppen

	IKT-løsninger	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
<b>Anskaffelseskost 1.1.14</b>	<b>2 963 762</b>	<b>1 159 886</b>	<b>4 123 648</b>
Tilgang	3 344	1 222 668	1 226 012
Avgang	24 181	3 020	27 201
Utrangering ansk.kost	0	0	0
Reklassifisering	0	0	0
Fra anlegg under utførelse	999 752	-999 752	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.14</b>	<b>3 942 678</b>	<b>1 379 782</b>	<b>5 322 460</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.14	2 649 088	0	2 649 088
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.14	0	16 242	16 242
<b>Balansført verdi 31.12.14</b>	<b>1 293 591</b>	<b>1 363 540</b>	<b>2 657 132</b>
Årets ordinære avskrivninger	463 437	0	463 437
Årets nedskrivninger	0	16 242	16 242

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler.

Den økonomiske levetiden er beregnet til:

\* IKT-løsninger 3-8 år

\* Anlegg under utførelse avskrives ikke

## NOTE 11 - Varige driftsmidler

Helse Sør-Øst RHF

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidl., IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.14	100 599	3 689 856	1 939 393	5 729 848
Tilgang	0	2 433 924	13 287	2 447 211
Avgang	0	0	0	0
Utrangering anskaffelseskost	0	0	0	0
Reklassifisering	0	0	0	0
Fra anlegg under utførelse	0	-259 088	259 088	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.14</b>	<b>100 599</b>	<b>5 864 692</b>	<b>2 211 768</b>	<b>8 177 059</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.14	18 707	0	1 470 208	1 488 915
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.14	0	929	769	1 698
<b>Balanseført verdi 31.12.14</b>	<b>81 892</b>	<b>5 863 763</b>	<b>740 790</b>	<b>6 686 445</b>
Årets ordinære avskrivninger	2 360	0	328 326	330 686
Årets nedskrivninger	0	929	0	929

### Foretaksgruppen

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl., IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.13	1 385 279	55 619 231	5 456 342	8 447 056	5 509 846	76 417 753
Korrigeringer IB	0	-29	2 555	120 894	-39 181	84 239
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>1 385 279</b>	<b>55 619 202</b>	<b>5 458 897</b>	<b>8 567 950</b>	<b>5 470 665</b>	<b>76 501 992</b>
Tilgang	-1 925	232 658	4 267 753	463 329	109 748	5 071 562
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	0	0	0	4 873	4 873
Avgang virksomhetsoverdragelse fisjon	0	0	0	0	12 473	12 473
Avgang	9 965	392 803	2 129	89 183	116 747	610 827
Utrangering ansk.kost	102	41 077	0	49 034	6 685	96 898
Reklassifisering	-1 395	224	0	0	3 355	2 184
Fra anlegg under utførelse	333	1 912 845	-2 695 246	367 058	413 512	-1 499
<b>Anskaffelseskost 31.12.14</b>	<b>1 372 225</b>	<b>57 331 049</b>	<b>7 029 274</b>	<b>9 260 120</b>	<b>5 866 247</b>	<b>80 858 914</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.14	0	25 895 543	0	5 992 673	3 978 624	35 866 840
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.14	15 694	2 060 708	23 171	310 834	142 246	2 552 653
<b>Balanseført verdi 31.12.14</b>	<b>1 356 529</b>	<b>29 374 798</b>	<b>7 006 102</b>	<b>2 956 615</b>	<b>1 745 377</b>	<b>42 439 420</b>
Årets ordinære avskrivninger	0	1 586 313	0	587 618	550 568	2 724 499
Årets nedskrivninger	0	187 712	13 483	5 351	864	207 410

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
- \* Tomter Avskrives ikke
- \* Personalboliger Avskrives ikke

## NOTE 11 - Varige driftsmidler forts.

### Foretaksgruppen

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl., IKT og annet	Varige driftsmidler
Årlig leiebeløp	132 342	79 958	2 398	71 427	286 125
Varighet (år)	1-40 år	1-12 år	1-5 år	1-5 år	

Investeringsprosjekter	Påløpt per 31.12.2014	Påløpt per 31.12.2013	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt ferdigstillelse
Nytt Østfoldsykehus	4 999 000	3 351 000	6 024 000	6 024 000	2016
Oppgradering Moss sykehus, Sykehuset Østfold HF	310 180	226 886		316 000	2015
Samlokalisering Oslo universitetssykehus HF	1 202 711	954 913	1 595 000	1 595 000	2015
Samlokalisert Vestfoldklinikk (Skjerve) Sykehuset i Vestfold HF	85 000	78 720		85 000	2014
Nytt bygg ved Sunnaas sykehus HF	169 817	23 076		260 000	2015
Operasjonsstuer Sørlandet sykehus HF	158 799	135 473		185 000	2015
Vedlikeholdsinvesteringer Drammen sykehus, VV HF	221 757	89 940		400 000	2016
Digital fornying (IKT moderniseringsprogram)	2 466 052	1 376 584		6 585 000	2020
<b>Sum</b>	<b>9 613 316</b>	<b>6 236 592</b>	<b>7 619 000</b>	<b>15 450 000</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	Eier- andeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets ned- skrivning/ reversering av nedskrivning (-/+)
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	678 509	1 382 095	366 546	0
Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal	100 %	100 %	3 815 309	5 314 373	840 421	0
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	260 772	326 956	66 591	3 181
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 740 195	2 340 057	447 293	0
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	6 781 387	8 034 619	1 238 516	0
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 892 105	3 006 731	928 214	57 170
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	1 793 755	2 483 609	558 199	0
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 869 192	2 364 793	306 993	0
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 823 325	3 597 567	671 720	0
Sykehuspartner HF	Drammen	100 %	100 %	100	100	0	0
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	353 577	113 798	0
<b>Sum datterforetak</b>				<b>21 767 287</b>	<b>29 204 475</b>	<b>5 538 291</b>	<b>60 351</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	Hoved- kontor	Eier-og stemme- andeler	Balanseført verdi 01.01.	Innskudds- kapital	Årets resultat- andel	Tidligere års resultat	Balanse- ført verdi 31.12.	Bokført EK 31.12.*)
Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	40 %	20 694	0	1 180	0	21 874	54 685
Helseforetakenes Innkjøpsservice ANS	Vadsø	40 %	7 849	0	1 316	0	9 165	22 913
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	40 %	10 268	0	4 917	0	15 185	37 962
Helsetjenestens Driftorganisasjon for nødnett HF	Gjøvik	40 %	21 200	0	0	0	21 200	53 000
Sykehusbygg HF	Trond- heim	25 %	0	1 250	0	0	1 250	5 000
Nasjonal IKT HF	Bergen	25 %	0	1 250	1 128	0	2 378	9 514
<b>Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av HSØ RHF</b>			<b>60 011</b>	<b>2 500</b>	<b>8 541</b>	<b>0</b>	<b>71 053</b>	<b>183 074</b>
Inven2 AS	Oslo	50 %	20 100	0	0	0	20 100	28 829
<b>Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av foretaksgruppen</b>			<b>80 112</b>	<b>21 200</b>	<b>8 541</b>	<b>0</b>	<b>91 153</b>	

\*) Bokført egenkapital i de respektive ANS per 31.12.2014.



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

### Foretaksgruppen

Foretaksgruppens investeringer i aksjer og andeler	2014	2013
Andre aksjer og andeler	56 672	289
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser *)	1 623 126	1 359 128
<b>Sum investeringer i aksjer og andeler</b>	<b>1 679 797</b>	<b>1 359 418</b>

\*) Verdien av egenkapitalinnskuddet 2013 er økt med 75,6 millioner kroner grunnet feil tidligere år. Se note 16 for nærmere omtale.

Våre pensjonsleverandører har 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/PKH 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 en pensjonsinnretning til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

## NOTE 13 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER</b>		
8 135 749	7 919 333	Lån til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
45 000	45 000	Lån til tilknyttede foretak/felleskontrollert virksomhet	45 000	45 000
10 579	4 836	Andre langsiktige lån og fordringer	5 423	11 326
<b>8 191 328</b>	<b>7 969 168</b>	<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<b>50 423</b>	<b>56 326</b>
		<b>LANGSIKTIG GJELD</b>		
8 170 899	8 376 896	Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	0	0
8 327 729	8 857 035	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	8 857 035	8 327 729
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	228 247	309 235
0	0	Annen langsiktig gjeld	60 747	0
<b>16 498 627</b>	<b>17 233 931</b>	<b>Sum langsiktig gjeld</b>	<b>9 146 029</b>	<b>8 636 963</b>
3 577 529	3 674 164	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	3 817 597	3 722 142

## NOTE 14 - Kortsiktige fordringer

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>FORDRINGER</b>		
310 439	129 055	Kundefordringer	579 456	799 262
6 007 036	8 499 932	Konserninterne fordringer	0	0
347 119	421 689	Fordringer mot Helse- og omsorgsdepartementet	421 689	347 119
104 776	53 818	Opptjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandling)	262 992	309 608
276 131	327 676	Øvrige kortsiktige fordringer	599 726	566 376
<b>7 045 501</b>	<b>9 432 171</b>	<b>Fordringer</b>	<b>1 863 863</b>	<b>2 022 364</b>
		<b>AVSETNING FOR TAP PÅ FORDRINGER 31.12.14</b>		
0	571	Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.14	54 599	53 717
29 112	12 230	Årets endring i avsetning til tap på krav	11 478	88 008
<b>29 112</b>	<b>12 801</b>	<b>Avsetning for tap på fordringer 31.12.14</b>	<b>66 077</b>	<b>141 725</b>
0	0	<b>Årets konstaterte tap</b>	23 291	32 798
		<b>KUNDEFORDRINGER PÅLYDENDE 31.12.14</b>		
307 707	121 585	Ikke forfalte fordringer	400 826	670 335
-1 612	3 821	Forfalte fordringer 1-30 dager	87 544	56 536
919	598	Forfalte fordringer 30-60 dager	13 705	8 508
2 282	874	Forfalte fordringer 60-90 dager	11 715	13 633
1 142	2 177	Forfalte fordringer over 90 dager	65 668	50 249
<b>310 439</b>	<b>129 055</b>	<b>Kundefordringer pålydende 31.12.14</b>	<b>579 456</b>	<b>799 262</b>

## NOTE 15 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
53 589	59 255	Innestående skattetrekksmidler	1 536 973	1 427 412
134 190	137 387	Andre bundne konti	213 017	223 782
<b>187 779</b>	<b>196 642</b>	<b>Sum bundne bankinnskudd</b>	<b>1 749 990</b>	<b>1 651 194</b>
3 313 671	1 713 262	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	1 791 316	3 429 187
<b>3 501 450</b>	<b>1 909 905</b>	<b>Sum bankinnskudd og kontanter</b>	<b>3 541 306</b>	<b>5 080 380</b>

Helse Sør-Øst RHF har en driftskredittramme i Norges Bank på 6 751 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet 6 707 millioner kroner. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

## NOTE 16 - Egenkapital

(Alle tall i NOK 1 000)

### Helse Sør-Øst RHF

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
<b>EGENKAPITAL 01.01.14</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>27 020</b>	<b>-9 353 593</b>	<b>23 144 258</b>
Korrigerings av feil tidligere år	0	0	0	4 639	4 639
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>27 020</b>	<b>-9 348 954</b>	<b>23 148 897</b>
Resultatandel felleskontrollert virksomhet	0	0	8 541	0	8 541
Årets resultat	0	0	0	741 862	741 862
<b>Egenkapital 31.12.14</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>35 561</b>	<b>-8 607 092</b>	<b>23 899 300</b>

### Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
<b>EGENKAPITAL 01.01.13</b>	<b>200</b>	<b>32 470 631</b>	<b>25 993</b>	<b>9 280</b>	<b>-8 333 190</b>	<b>24 172 914</b>
Feil tidligere år innskutt/opptjent EK pensjon	0	550 343	0	0	0	550 343
<b>Justert egenkapital 01.01.13</b>	<b>200</b>	<b>33 020 974</b>	<b>25 993</b>	<b>9 280</b>	<b>-8 333 190</b>	<b>24 723 257</b>
Egenkapitalbevegelser 2013	0	0	1 107	-25	480 454	481 536
<b>Justert EGENKAPITAL 31.12.13</b>	<b>200</b>	<b>33 020 974</b>	<b>27 100</b>	<b>9 255</b>	<b>-7 852 737</b>	<b>25 204 793</b>
Inngående balanse 01.01.14	200	33 020 974	27 100	9 255	-7 852 737	25 204 793
Reklassifiserer feil fra tidligere år	0	0	0	0	4 539	4 539
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>200</b>	<b>33 020 974</b>	<b>27 100</b>	<b>9 255</b>	<b>-7 848 198</b>	<b>25 209 332</b>
Fordeling forskningsmidler Sophies Minde	0	0	0	0	-5 000	-5 000
Solgt Barnehagebygg AS	0	0	0	0	-4 586	-4 586
Årets resultat	0	0	8 541	233	6 243 058	6 251 832
<b>Egenkapital 31.12.14</b>	<b>200</b>	<b>33 020 974</b>	<b>35 641</b>	<b>9 488</b>	<b>-1 614 726</b>	<b>31 451 577</b>

Frem til 31.12.13 var Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Sunnaas HF medlemmer av Akershus Fylkeskommunale pensjonskasse. 01.01.14 fisjonerte man og overførte medlemmene til nyopprettede Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). I tillegg overførte Vestre Viken HF sine medlemmer i Vestre Viken pensjonskasse til den nye pensjonskassen.

Fisjonene ga de berørte foretakene en flytteverdi på egenkapitalinnskuddet og pensjonsmidlene som oversteg på bokført verdi. Årsaken til dette skyldtes manglende verdi i åpningsbalansen 2002, samt avvikende prinsipp for bokføring av opptjente egenkapital i de nevnte pensjonskassene. Dette er behandlet som feil tidligere år. Merverdien er bokført direkte mot egenkapital med økning av egenkapitalinnskuddet og pensjonsmidlene per 01.01.13.



## NOTE 17 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>PENSJONSFORPLIKTELSE</b>		
989 987	1 149 882	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	118 096 374	104 932 526
-583 148	-716 976	Pensjonsmidler	-84 781 798	-75 763 302
0	0	Effekt av fisjon AFPK/VVPK	0	-447 407
<b>406 839</b>	<b>432 905</b>	<b>Netto pensjonsforpliktelse</b>	<b>33 314 576</b>	<b>28 721 817</b>
56 696	60 396	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	4 403 377	4 107 027
0	0	Aga effekt av fisjon AFPK/VVPK	0	-27 321
-319 346	-439 038	Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-49 024 183	-35 090 505
<b>144 189</b>	<b>54 263</b>	<b>Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>-11 306 230</b>	<b>-2 288 982</b>
144 189	58 807	Herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	483 793	1 610 204
0	4 544	Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	11 790 023	3 899 186
		<b>SPESIFIKASJON AV PENSJONSKOSTNAD</b>		
97 977	111 447	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	4 487 719	4 232 768
32 498	42 965	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	4 098 437	3 636 508
<b>130 475</b>	<b>154 412</b>	<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>8 586 156</b>	<b>7 869 276</b>
-21 777	-29 354	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-3 496 143	-2 806 534
4 419	5 577	Administrasjonskostnad	307 954	292 300
<b>113 117</b>	<b>130 635</b>	<b>Netto pensjonskostnad inkl adm.kost</b>	<b>5 397 967</b>	<b>5 355 042</b>
0	7 596	Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	367 075	718 076
3 410	15 283	Resultatført aktuært tap/(gevinst)	1 843 235	947 108
0	0	Resultatført aga av aktuært tap/(gevinst)	135 732	75 286
16 495	-94 908	Resultatført planendring	-8 936 506	94 775
<b>133 021</b>	<b>58 606</b>	<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>-1 192 496</b>	<b>7 190 287</b>
1 827	2 368	Antall personer omfattet av helseforetakets pensjonsordning	197 425	172 480
1 203	1 469	- herav aktive personer med i ordningen	61 368	59 835
533	775	- herav oppsatte personer i ordningen	95 778	76 962
91	124	- herav pensjonister med i ordningen	41 030	36 439
<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Økonomiske forutsetninger</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
4,00 %	2,30 %	Diskonteringsrente	2,30 %	4,00 %
4,40 %	3,20 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,20 %	4,40 %
3,75 %	2,75 %	Årlig lønnsregulering	2,75 %	3,75 %
3,50 %	2,50 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50 %	3,50 %
2,72 %	1,73 %	Pensjonsregulering	1,73 %	2,72 %

Bokført verdi av pensjonsmidler per 31.12.13 er endret grunnet feil tidligere år. Se note 16 for nærmere omtale.

## NOTE 17 - Pensjoner forts.

Foretakene har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP, SPK, PKH m.fl. Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

### Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket / foretaksgruppen har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnepensjon.

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

Pensjonskostnaden for 2014 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 de forskjellige pensjonskassene for 2014 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2014.

Konsekvensene av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering for personer født i 1954 og senere er innarbeidet i beregningen. Begge endringene behandles som planendringer og medfører en redusert fremtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette innregnes som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og har medført betydelig reduserte pensjonskostnader.

## NOTE 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
0	0	Legepermisjoner	613 019	554 793
0	0	Investeringsstilskudd	3 228 574	3 405 853
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	15 613	0
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	412 182	469 865
<b>2 700</b>	<b>2 700</b>	<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>	<b>4 269 388</b>	<b>4 430 511</b>

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 4 203 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2014 satt fra 45 % til 85 % for overlegestillingene og 20 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2013 var for overlegestillingene 35 til 80 %, mens for psykologspesialister 55 % til 100 %. Overordnede leger og spesialister i foretaksgruppen Helse Sør-Øst har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides.

Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

### Investeringsstilskudd

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

Se også note 2 for inntektsført beløp av investeringsstilskuddet.

## NOTE 19 - Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2013	2014		2014	2013
		<b>ANNEN KORTSIKTIG GJELD</b>		
640 097	513 942	Leverandørgjeld	2 195 540	2 328 420
1 852 878	800 298	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
78 995	95 820	Påløpte feriepengar	3 560 737	3 365 029
20 040	29 492	Påløpte lønnskostnader	770 478	685 670
0	0	Forskudd fra kunder	3 812	3 795
1 108 425	1 012 493	Annen kortsiktig gjeld	2 855 081	2 770 679
<b>3 700 436</b>	<b>2 452 045</b>	<b>Annen kortsiktig gjeld</b>	<b>9 385 648</b>	<b>9 153 592</b>

## NOTE 20 - Pantstillelser og garantiansvar

Som sikkerhet for lån fra DnB opprinnelig på 35 millioner kroner, restlån per 31.12.2014 12 millioner kroner, er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i NorskMedisinsk Syklotronsenter AS med bokført verdi på 22 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 parkeringselskap har i DnB er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 168 millioner kroner.

Tekstilvask Innlandet AS har et lån på 30,9 millioner kroner med pant driftsmidler og kundefordringer. Bokført verdi av pant er 51,8 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.

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.”

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, nå en del av Oslo universitetssykehus HF, 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 Radiumhospitalet HF, som per 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, nå en del av Oslo universitetssykehus HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er per 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst. Bokført verdi av berørte eiendeler ca 50 millioner kroner.

## NOTE 22 - Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak

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

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

Universitetet i Oslo 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 422 millioner kroner i 2014 mot 338 millioner kroner i 2013, tilsvarende salg utgjorde 1 125 millioner kroner i 2014 mot 982 millioner kroner i 2013. 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 2014 utgjorde 7 915 millioner kroner. Sykehusapotekene HF sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 28 prosent av dette, mens den regionale IKT-enhet en (Sykehuspartner) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 36 prosent. Konserninterne kjøp/salg av helsetjenester utgjorde 33 prosent av total konserninterne 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. Helse Sør Øst sitt kjøp fra Luftambulansetjenesten i 2014 utgjorde 229 millioner kroner. Kjøp fra HINAS utgjorde 0,2 millioner kroner i 2014. Tilskudd til Helsetjenestens Driftorganisasjon for nødnett HF utgjorde 34,6 millioner kroner i 2014.

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 2014 for 55 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.

## NOTE 24 - Eiers styringsmål

(Alle tall i NOK 1 000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2013	2014		2014	2013	2002-2014
53 656	750 403	Årsresultat	6 251 832	483 281	-3 907 808
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerings for endrede levetider	0	0	2 932 379
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>Korrigert resultat</b>	<b>6 251 832</b>	<b>483 281</b>	<b>1 263 757</b>
0	0	Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet	0	0	153 774
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>Resultat jf økonomiske krav fra HOD</b>	<b>6 251 832</b>	<b>483 281</b>	<b>1 417 531</b>
0	0	Resultatkrav fra HOD	5 436 100	0	4 556 100
<b>53 656</b>	<b>750 403</b>	<b>Avvik fra resultatkrav</b>	<b>815 732</b>	<b>483 281</b>	<b>-3 138 569</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 fram til og med 2007 ikke dekket fulle regnskapsmessige avskrivninger og ulike resultatkrav knyttet til pensjonskostnader. 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 årene 2011 og 2013 har eier stilt krav om at foretaksgruppen skal gå i økonomisk balanse. Dette innebærer at foretaksgruppens samlede ressursbruk til både drift og investeringer skulle holdes innenfor de rammene som følger av Stortingets vedtak. Det var følgelig ikke anledning til hverken regnskapsmessig

underskudd eller bruke av driftskreditt utover de rammene som Stortinget bevilget.

I 2014 er pensjonskostnadene redusert betydelig på grunn av innføring av nye uførepensjonsregler og levealdersjustering for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Ved behandling av Prop. 23 S (2014–2015) ble basisrammen til de regionale helseforetakene for 2014 satt ned med 5 040 millioner kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen disponeres til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 10 100 millioner kroner. Resultatkravet for 2014 endres derfor til et samlet positivt resultat på 10 100 millioner kroner.

Helse Sør Øst sin andel av resultatkravet utgjør 5 436,1 millioner kroner.

## NOTE 25 - Sikringsbokføring

### Kraftprisisiko

Helse Sør-Øst RHF er forbruker av elektrisk kraft, og har således en eksponering mot endringer i råvareprisene i det fysiske spotmarkedet. Det er etablert en forvaltningsstrategi for kjøp av kraft ved hjelp av terminkontrakter for å håndtere den tilhørende markedsprisisikoen.

Helse Sør-Øst sin sikringsstrategi hindrer økning i kraftkostnadene over et predefinert nivå ved å låse råvareprisen for deler av det forventede forbruket ved hjelp av finansielle kontrakter.

Kraftmarkedet har de siste årene opplevd fallende priser slik at Helse Sør-Øst sine fremtidige kraftkostnader er betydelig redusert for årene fremover.

Per 31.12.2014 er det inngått finansielle kontrakter via Nasdaq OMX frem til 2019. Disse inngåtte kontraktene har en negativ markedsverdi på 4 866 400 Euro.



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 750 403 000, og konsernregnskap, som viser et overskudd på kr 6 251 832 000. Selskapsregnskapet og konsernregnskapet består av balanse per 31. desember 2014, 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 regnskapsestimatenes utarbeidelse av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentede 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 foretaket og foretaksgruppen Helse Sør-Øst RHF' finansielle stilling per 31. desember 2014 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  
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 bokførings-skikk i Norge.

Oslo, 12. mars 2015

**PricewaterhouseCoopers AS**

Hans-Christian Berger  
Statsautorisert revisor

KVALITET, TRYGGHET OG RESPEKT





**Årlig melding 2014 for  
Helse Sør-Øst RHF til Helse- og  
omsorgsdepartementet**

Hamar 15. mars 2015

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	<b>3</b>
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014	3
1.2.1 Måloppnåelse i 2014 for styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst	3
1.2.2 Aktivitetsutvikling	5
1.2.3 Samhandling	6
1.2.4 Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis	6
1.2.5 Kapasitetsvurderinger	8
1.2.6 Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere	9
1.2.7 Meldekultur og avvikshåndtering	10
1.2.8 Beredskap	11
1.2.9 Forskning og innovasjon	12
1.2.10 Antikorrupsjonsprogram for Helse Sør-Øst	12
1.2.11 IKT - fornyingsprogram	12
1.2.12 Etablering av Sykehuspartner HF som eget helseforetak	13
1.2.13 Nytt østfoldsykehus	13
1.2.14 Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen	13
<b>2. Rapportering på krav i oppdragsdokument</b>	<b>15</b>
2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering	15
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	18
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	22
2.4 Forskning og innovasjon	25
<b>3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014</b>	<b>26</b>
3.1 Transporttilbud for psykisk syke	26
3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetjenesten	26
3.3 Implementering av pakkeforløp for kreft fra 2015	26
<b>4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet</b>	<b>27</b>
4.1 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Krav og rammer for 2014	27
4.2 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Øvrige styringskrav 2014	29
4.3 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Rapportering og oppfølging	32
4.4 Øvrige aktuelle saker i 2014	32
4.4.1 Fra foretaksmøte 23. mai 2014	32
4.4.2 Fra foretaksmøte 25. juni 2014	35
4.4.3 Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF	35
<b>5. Styrets plandokument</b>	<b>41</b>
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	41
5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	43
5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	49
5.1.3 Personell og kompetanse	50
5.1.4 Bygningskapital - status og utfordringer	52
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	55
5.2.2 Strategier for perioden 2013-2020	56
5.2.3 Regionale delstrategier og planer	60
<b>Vedlegg</b>	<b>61</b>
Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014	61
Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2014	72

# 1. Innledning

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Østs visjon er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner 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.

## 1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014

### 1.2.1 Måloppnåelse i 2014 for styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst

Målene som er definert for helseforetaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Måloppnåelsen hittil er ikke god nok, men i perioden disse målene har bestått har det vært en positiv utvikling innen samtlige målområder.

- **Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2014.

Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter er redusert, men ligger fortsatt for høyt i forhold til målet på 65 dager. Andel fristbrudd for rettighetspasienter er også redusert, men er med en andel på 6,3 prosent fortsatt altfor høyt og langt over målet om null fristbrudd.

I mars 2014 ble en særskilt satsing for å unngå fristbrudd og redusere ventetidene innledet. I første omgang er satsingen spesielt innrettet mot somatiske poliklinikker, der utfordringene er størst. Mange tiltak er påbegynt, men resultatene har hittil ikke vært tilstrekkelige. Helse Sør-Øst RHF forsterker i 2015 innsatsen ytterligere for å redusere ventetid, blant annet gjennom at det etableres et eget prosjekt for arbeidet.

Tiltakene som er iverksatt omfatter blant annet "*Tilgjengelighetsprosjektet*" og prosjektet "*Glemt av sykehuse?*", der Helse Sør-Øst RHF arbeider aktivt i samarbeid med helseforetak og private ideelle sykehus i helseregionen. I de faste oppfølgingsmøtene med helseforetakene er ventetider og fristbrudd tema på alle møter. Det er også etablert et eget innsatsteam for bistand til helseforetakene.

- **Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent**

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har definert et eget måltall for dette styringsparametret. Andel sykehusinfeksjoner skal reduseres til under tre prosent. I forhold til det egendefinerte måltallet er målet samlet sett ikke nådd i løpet av 2014.

Alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst rapporterer som pålagt i *Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS).

I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. I 2011 viste målingene et nivå på 5,2 prosent. Målingene har etter dette vist reduksjoner, slik at resultatet ble 4,2 prosent i målingen 2. kvartal 2013. Ved målingen 2. kvartal 2014 ble det imidlertid påvist en økning til 4,85 prosent. Gjennomsnittlig prevalens ved Oslo universitetssykehus er etter 2 kvartal 2014 målt til 4,7 prosent. Det rapporteres om en gradvis økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier og helseforetaket har ledelsesbehandlet egen strategi, risikoanalyse og handlingsplan innen smittevern, samt beskrevet forventet utvikling av infeksjoner frem mot 2018.

Alle helseforetak har iverksatt tiltak for å forbedre resultatene. *Pasientsikkerhetsprogrammet* er en del av satsningen for å forebygge infeksjoner.

- **Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2014.

Målinger i 2014 viser at 58 prosent av pasientene får bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller behandling i samme brev, og arbeidet med å øke andelen på dette området videreføres. For å kunne gi pasientene bekreftelse og tidspunkt i samme brev, forutsettes god langtidsplanlegging av pasientinntaket. En planleggingshorisont på fra fire måneder til ett år gir rom for økt tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse og er et vesentlig tiltak for å øke andelen direktebooking og redusere fristbrudd og ventetider. En slik planleggingshorisont forventes også å ha som effekt et redusert antall pasienter som ikke møter til avtalt time.

Måloppnåelsen har vært tema i regionale direktørmøter i 2014. Helse Sør-Øst vil ha stort ledelsesfokus på dette området også i 2015 frem mot implementering av ny pasient- og brukerrettighetslov.

- **Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet**

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2014.

Medarbeiderundersøkelsen er en del av det systematiske forbedringsarbeidet knyttet til arbeidsmiljø og tjenestekvalitet i helseforetaksgruppen. Alle medarbeidere skal involveres i lokalt forbedringsarbeid og finne frem til konkrete tiltak for egen enhet. En analyse viser at enheter som skårer høyt på involvering av egne medarbeidere, også skårer jevnt over høyere på de fleste andre tema som kartlegges i medarbeiderundersøkelsen. Disse enhetene klarer også å få til signifikant forbedring på en rekke parametre fra år til år.

I 2014 svarte 55 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, hvilket er en tilbakegang på to prosentpoeng fra 2013. Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått 12 prosentpoeng frem, fra 43 prosent til 55 prosent. Det er flere faktorer som gjør det krevende å involvere alle ansatte, som for eksempel døgnkontinuerlig drift og turnusarbeid.

Alle helseforetak har etablert system for registrering og oppfølging av lokale handlingsplaner. Helseforetakene rapporterer om god oppfølging i lederlinjen, og at de fleste enheter har etablert klare planer for forbedringsarbeidet. Det kan derfor være at medarbeidere er involvert i forbedringsarbeid som de ikke umiddelbart knytter til medarbeiderundersøkelsen, eller at ledere ikke evner å involvere bredt nok. Dette bør kartlegges bedre ved senere undersøkelser.

- **Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.**

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2014.

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 medisinskteknisk utstyr/IKT-utstyr og bygningsmasse lavere enn ønskelig. Vedtatte regionale prinsipper for likviditetsstyring legger til rette for at helseforetakene kan bruke egne likviditetsoverskudd til investeringer.

I *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* er det forutsatt at varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom. Dette skal gjennomføres ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer. Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse. Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i helseregionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen. *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* forutsetter at helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå.

### **1.2.2 Aktivitetsutvikling**

Aktivitetstallene for 2014 viser at det fortsatt er poliklinisk behandling innenfor alle tjenesteområder som øker mest, med unntak av psykisk helse barn og unge. Det har vært rapporteringsproblemer knyttet til enkelte helseforetak, men korrigert for dette er det en faktisk vekst også innen dette tjenesteområdet. Innen somatikk har poliklinisk vekst vært betydelig på de fleste helseforetak og i de private ideelle sykehusene.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Antall liggedøgn er i 2014 redusert med omtrent 20 000 som tilsvarer en reduksjon på én prosent sammenlignet med 2013. Flere momenter medvirker til reduksjonen. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen gir færre utskrivningsklare pasienter i sykehusene. Mange kommuner har fått bygget opp et øyeblikkelig hjelp-tilbud og dette vil kunne redusere behov for sykehusinnleggelse. Det er også en langvarig medisinsk utviklingstrend at nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid.

DRG innen døgnbehandling har hatt en liten økning fra 2013 til 2014 (0,7 prosent opp). DRG innen dagbehandling har også gått noe opp med 1,0 prosent. Den største veksten er innen poliklinikk, med økning på 10,9 prosent fra 2013 til 2014. Dreiningen av ressurser fra døgnaktivitet til dag- og poliklinisk behandling er en ønsket utvikling.

Aktiviteten innen psykisk helsevern viser at døgnoppholdene øker for barne- og ungdomspsykiatri, mens det for voksenpsykiatri er en liten tilbakegang. Økningen i barne- og ungdomspsykiatri skyldes at noen helseforetak i større grad velger å dele opp behandlingen til flere korttidsopphold fremfor å ha færre langtidsopphold. Antall liggedøgn er også redusert med 14 prosent (omtrent 7 000 liggedøgn) selv om det er en økning i antall døgnopphold innen barne- og ungdomspsykiatri. Dag- og poliklinisk behandling er innen budsjettmålet for voksenpsykiatri, mens for barne- og ungdomspsykiatri er det lavere aktivitet enn forventet. Rapporteringsproblemer fra enkelte helseforetak har ført til en underregistrering av opphold innen barne- og ungdomspsykiatri og dette påvirker også resultatet for regionen.

Aktiviteten innen TSB viser en økning i 2014 på antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling med 3,9 prosent sammenlignet med 2013. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er på 3,0

prosent eller omtrent 6 300 flere konsultasjoner. I 2014 ble det igangsatt et kjøp av en rekke heldøgns plasser fra private. De første plassene ble tatt i bruk fra juli 2014, men det har tatt tid å etablere tilbudet og man har derfor ikke full effekt av kjøpet i 2014. Det er først i 2015 at man forventer en full effekt av det private heldøgns tilbudet.

### **1.2.3 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 med avtaleverket i henhold til ny helse- og omsorgstjenestelov. Avtalene mellom helseforetak og kommuner inngått i 2012 er i stor grad evaluert og revidert der partene har funnet det hensiktsmessig.

Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder i Helse Sør-Øst. Disse aktivitetene kan være tidsavgrensede prosjekt eller arbeid i løpende drift. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avvirket ved utgangen av 2014. Det er ikke kommet andre virkemidler som skal erstatte denne ordningen. Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner, og det løpende utviklingsarbeidet som skjer i samarbeid mellom de ulike delene av helsevesenet, vil derfor bli enda viktigere for å nå målene i samhandlingsreformen. Det understrekes at dette er et langsiktig utviklingsarbeid.

Den nasjonale ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 fortsetter. Ordningen har ført til at det er færre utskrivningsklare som ligger lenge i sykehus. På den andre siden rapporterer kommunesektoren om økt press på kommunale sykehjem og hjemmetjenester. Det er registrert en liten økning i antall reinnleggelses for gruppen "utskrivningsklare pasienter" i Helse Sør-Øst. Mulige årsaker kan være at utskrivningsklare pasientene er i dårligere medisinsk tilstand enn tidligere eller at kommunene ikke alltid kan gi et godt nok behandlingstilbud for disse pasientene.

Gode prosedyrer og praksis ved utskrivning er av særlig betydning for pasienter som trenger omfattende hjelp etter utskrivning, mange av disse er eldre pasienter. Helse Sør-Øst RHF tar sikte på å revidere handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre i lys av samhandlingsreformen i løpet av 2015.

Utvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. I den forbindelse er arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst prioritert. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå omtrent 80 praksiskonsulenter. Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget nettverk for koordinatorene i praksiskonsulentordningene.

### **1.2.4 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 danner 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 helehelseforetaksgruppens visjon, mål og strategier. I strategien beskrives ulike fokusområder som har vært førende for Helse Sør-Øst RHF's arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.

## **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning i Helse Sør-Øst er etablert i alle sentrale administrative og faglige fora. I samarbeid med brukrutvalget arbeides det målrettet for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet, herunder i valg mellom aktuelle behandlingsformer (*samvalg*).

## **Styring, forankring og ledelse**

Det er gjennomført en rekke styreseminarer for styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som aktuelle kvalitetsindikatorer er presentert og diskutert i de faste møtene mellom administrerende direktører og i fagdirektørmøtene.

## **Standardisere pasientforløp og arbeidsprosesser**

Det er arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige pasientforløp for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, samt for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol. I tillegg er forberedelser knyttet til innføringen av Helsedirektoratets definerte pakkeforløp for kreft i lunge, bryst, prostata samt tykk- og endetarm gjennomført i helseforetakene og koordinert av Helse Sør-Øst RHF. Etter initiativ fra fagmiljøene er det med støtte fra Helse Sør-Øst RHF etablert regionale midlertidige fagutvalg for helsefag samt diagnosespesifikke utvalg for hjerneslag, gastroenterologi samt laparoskopisk behandling av kreft i tykk- og endetarm. Det er gjennomført en omfattende prosess for å standardisere arbeidsprosesser i prehospitaltjenester.

## **Mobilisering av ansattes engasjement - forbedring**

Gjennom arbeidet med de regionale fagråd, fagutvalg, kompetansetjenester og nettverk, samles fagressurser fra alle helseforetak i Helse Sør-Øst for å utveksle erfaringer og koordinere arbeidet med å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det er videre etablert et pilotprosjekt ved Psykisk helse ved Oslo universitetssykehus med ressurser fra *University of Warwick* som har vært sentral i arbeidet med ”*clinical engagement*” i National Health Service (NHS) i England.

## **Målinger**

Gjennom nodemiljøet ved Oslo universitetssykehus, i samarbeid med SKDE (*Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering*) i Tromsø, har det vært arbeidet målrettet med å øke dekningsgraden for nasjonale kvalitetsregistre, og å øke tilgangen til registerdata samt stimulere til forbedringsarbeid basert på data fra registrene.

Alle helseforetak med akuttfunksjon i Helse Sør-Øst har tegnet medlemskap i *Global Comparator Group* som er etablert av *Dr. Fosters Intelligence* i England. Dette er et internasjonalt nettverk med 60 sykehus fra Europa, Australia og USA som gjennom et internettbasert dashboard deler data vedrørende dødelighet, liggetid og reinnleggelser for 18 prosedyrer og 178 diagnoser som utgangspunkt for å initiere forbedringsarbeid.

## **Oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet**

Pasientsikkerhetsprogrammet ved helseforetakene i Helse Sør-Øst følges opp med erfaringsutveksling og nettverksmøter. Spredning av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet på helseforetaksnivå følges ved rapportering i linjen hvert tertial og i de faste møtene mellom administrerende direktører og i fagdirektørmøtene. Pasientskader følges som nasjonale måltall ved hjelp av *Global Trigger Tool (GTI)* og rapporteres årlig. Resultater fra undersøkelsen av pasientsikkerhetskultur som gjennomføres i Helse Sør-Øst annet hvert år rapporteres også.

Rapport for pasientskader i 2014 publiseres i september 2015, men i rapportering for 2013 anslås at det ved 13 prosent av pasientoppholdene oppstod minst en pasientskade som medførte behov

for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Tilsvarende tall for 2010 var 15,9 prosent. Skadetyperne som det er funnet mest av gjennom alle årene er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon, nedre luftveisinfeksjoner og annen infeksjon. Resultatene er ikke egnet for å sammenligne mellom helseforetak, men er et utgangspunkt for den enkelte enhet for å kunne belyse endringer og framgang over tid. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er innrettet mot å forebygge skade på disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 % innen 2018.

### **1.2.5 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. Helse Sør-Øst har over flere år arbeidet med å legge et godt grunnlag for å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene i tråd med endringer vi vet kommer og som påvirker både behov og kapasitet.

Langtidsplanlegging, herunder kapasitetsplanlegging, er viktige oppgaver og ansvar for Helse Sør-Øst RHF. Slike vurderinger gjøres blant annet i forbindelse med strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved etablering av framskrivningsmodell (fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov).

I 2014 har det vært gjennomført arbeid med aktivitets- og kapasitetsanalyse og rapport om intensivkapasitet i helseregionen. Arbeidet i hovedstadsområdet med vekt på sykehusområdene Oslo og Akershus er videreført og det arbeides med utviklingsplaner og idefaser i de fleste andre sykehusområdene i Helse Sør-Øst.

I tillegg til foretaksmøter og jevnlig oppfølgingsmøter legges opp til tettere oppfølging og analysearbeid av helseforetak med særskilte utfordringer.

#### **Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet**

I styresakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i sykehusområdene Oslo og Akershus kan møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus og arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området. Sykehusene i Oslo-området og Oslo kommune har lange tradisjoner for samarbeid og deling av oppgaver. Arbeid og vurderinger i hovedstadsområdet skjer i nært samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, de private ideelle sykehusene og Oslo kommune.

Helse Sør-Øst RHF følger tett opp kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus, der det blant annet er inngått avtale med Diakonhjemmet Sykehus og Sykehuset Innlandet om noe avlastning. Helseforetaket har utarbeidet en handlingsplan som omfatter ulike tiltak for å løse kapasitets- og driftsutfordringer. Høsten 2014 ble prosjekt ”*Optimalisert utnyttelse av senger 2015-2018*” iverksatt og arbeidet med dette videreføres inn i 2015.

Flere helseforetak er i ulike faser med sine utviklingsplaner/idefaser som også kan ha betydning for hovedstadsområdet.



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

### **Ledelse**

I løpet av 2014 er satsingen på lederutvikling i helseforetaksgruppen videreført og videreutviklet. Det er i løpet av året etablert nye tilbud i flere av helseforetakene, og andelen ledere som involveres i lederutvikling øker. Helse Sør-Østs ”konsept for lederutvikling” ligger som en felles ramme for helseforetakenes virksomhetstilpassede tilbud og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt. Flere helseforetak satser ikke bare på utvikling av de enkelte ledere, men også på utvikling av ledergrupper på ulike nivåer. Helse Sør-Øst bidrar til erfaringsdeling mellom helseforetakene gjennom konferanser, nettverk og med konkret bistand til utvikling og gjennomføring av tiltak.

I tillegg registreres at helseforetakene i stadig større grad følger opp medarbeiderundersøkelsen på en slik måte at det bidrar til å utvikle lederfunksjonen og måten ledelse blir utøvet på i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF bidro også i 2014 til Nasjonal ledelsesutviklings aktiviteter: herunder Nasjonalt topplederprogram, ”*Frist meg inn i ledelse*” - et lederrekrutteringsprogram spesielt rettet mot kvinnelige ledere og ”*Psyk meg opp i ledelse*”, som er rettet mot linjeledere innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling. Helse Sør-Øst RHF bidrar også aktivt inn i arbeidet med å erstatte de to sistnevnte programmene med et profesjonsuavhengig ledermobiliseringsprogram for å identifisere, motivere og utvikle medarbeidere med interesse og potensial for å gå inn i ledelse.

### **Strategisk kompetanseutvikling**

Det ble i 2013 gjennomført en regionalt koordinert kartlegging av kompetansebehov og særlig sårbare fagmiljøer i alle helseforetak. Helseforetakene vil fra og med 2014 oppdatert disse oversiktene årlig sammen med videre analyser av behov for kompetanse og kapasitet. Det utarbeides tiltaksplaner på kritiske fagområder. Rekrutteringsutfordringene varierer, men det er gjennomgående meldt inn behov for flere spesialsykepleiere innen intensiv, anestesi og operasjon. De fleste helseforetak arbeider derfor med tiltak knyttet til rekruttering og videreutdanning i disse fagene.

Arbeidet i 2014 på regionalt nivå har vært konsentrert om å skape oversikt, utvikle systemer og etablere et felles kunnskapsgrunnlag i helseforetaksgruppen.

For å få oversikt over den samlede kompetansen i regionen er det utarbeidet en overordnet behovsanalyse. Denne er basert på rapporteringen fra helseforetakene i 2013, ulike rapporter og framskrivninger- herunder blant annet Statistisk sentralbyrås framskrivninger av behovet for arbeidskraft og SINTEFs aktivitets- og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst 2030.

Behovsanalysen indikerer behov for økt utdanningskapasitet spesielt for sykepleiere (grunnutdanning), bioingeniører, legespesialister innen visse områder (psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lunge- og gastroenterologi), spesialsykepleiere (intensiv, anestesi og operasjon)

Basert på konklusjonene fra behovsanalysen er tilgang fra utdanningsinstitusjonene i regionen for en del av de aktuelle faggruppene vurdert. Videre arbeid med dette vil bli prioritert i 2015.

## **Innsats på HMS-området**

Det er i 2014 igangsatt et prosjekt for innføring av felles rammeverk for HMS i hele helseforetaksgruppen og det er ansatt prosjektleder for å drive arbeidet. Prosjektet omfatter blant annet etablering av felles styringsindikatorer for HMS-området, nettverksarenaer for HMS-arbeidet for ledere (HMS-ledermøtet) og videreutvikling av HMS-forum (HMS-lederne og hovedverneombudene).

Prosjektet vektlegger læring av beste praksis og erfaringsoverføring mellom helseforetakene sammen med oppfølging av valgte satsningsområder som for eksempel sikkerhet og regionale løsninger for interne revisjoner. I prosjektet legges det også vekt på viktigheten av å se HMS som grunnleggende i arbeidet med å bedre pasientsikkerhet. Det arbeides med en prosessveileder for å bidra til sykehusenes arbeid med vurdering av risiko og iverksetting av tiltak for bedret sikkerhet i sykehusene. Rammeverket utarbeides med sikte på tilpasning til kommende standard for sertifisering på arbeidsmiljøområdet (ISO 45001).

### **1.2.7 Meldekultur og avvikshåndtering**

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Grunnlaget for god kvalitet, og at regjeringens mål om å utvikle pasientens helsetjeneste skal kunne bli virkelighet, er at medarbeidere og brukere på en systematisk måte engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid og at det er etablert holdninger, kultur og lederskap som understøtter dette. Ledere skal bidra til utvikling av en lærende organisasjon og sikre trygge og forutsigbare tjenester gjennom blant annet å involvere brukere og medarbeidere i forbedrings- og utviklingsarbeid. Dette betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst skal bidra til åpenhet om feil og mangler i tjenesten slik at tiltak kan iverksettes og tjenestene forbedres.

En god meldekultur gir godt grunnlag for å lære av uheldige hendelser og drive et systematisk forbedringsarbeid. Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst skal bestå av åpne og lærende organisasjoner der god meldekultur og systematisk forbedringsarbeid medvirker til at pasienter, pårørende, ansatte og samfunnet for øvrig har tillit til at sykehusdriften setter pasienten i sentrum og er av høy kvalitet.

Antallet meldte hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 viser en sterk økning etter omlegging av meldeordningen til Kunnskapscenteret. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette. Elektronisk tilbakemelding fra pasienter og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid.

Rapporten "*Åpenhet om uønskede hendelser*" er utarbeidet i 2014 etter initiativ fra det regionale helseforetaket og brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. Denne skal ligge til grunn for sykehusenes publisering av uønskede hendelser til allmennheten. Det som publiseres er hendelser med systemårsaker, alvorlige pasienthendelser og hendelser med sammensatte årsaker. Omfanget av publiseringen ved det enkelte helseforetak reflekterer helseforetakets størrelse og prioriteringer.

Videre arbeid med å gjøre tilgjengelig beskrivelse av utfordringer og risiko vil bidra til arbeidet for bedre meldekultur og åpenhet for allmennheten. Sykehusenes samarbeid med lokale og eksterne parter som eksempel brukerutvalg, pasientombud, Statens helsetilsyn og Kunnskapscenteret, bidrar til kompetanse og utvikling som gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

### **Rapportering og oppfølging av avvik etter tilsyn**

Rapportering av avvik etter tilsyn er fra og med 2014 innført hvert tertial i Helse Sør-Øst. Det er tatt i bruk en mal som gir oversikt over antall avvik fra de ulike eksterne tilsynsmyndighetene, og hvilke internkontrollkrav det er brudd på i helseforetakene. Internkontrollkravet til de ulike fagområdene setter generelt krav om at tjenestene skal utøves forsvarlig og i overensstemmelse med lovgivningen gjennom *systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid*. Gjennom bruk av malen kan avvikene ses i sammenheng med mangel på oppfyllelse av internkontrollkravene. Helseforetakene følger opp og lukker de enkelte avvik, men kan i tillegg se hvilke områder med gjentakende avvik som trenger ekstra ledelsesmessig innsats.

Tilsynsmyndighetene har i 2014 gjennomført 101 tilsyn i helseregionen. Det ble avdekket 152 avvik. Som eksempel kan nevnes at det etter tilsynene innen arbeidsmiljø, helsefag og brannforebygging ble avdekket flest gjentakende avvik. Innen elektrisk tilsyn og brann var det også flere gjentakende avvik på mål, organisering, ansvar og myndighet.

Tilsynsmelding 2013 fra Statens helsetilsyn ble lagt frem til orientering for styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2014.

### **1.2.8 Beredskap**

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene har arbeidet aktivt med oppfølgingen etter 22. juli 2011. Dette har skjedd i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Ansvar for oppfølging er også tatt inn i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og oppdrag og bestilling for 2013 og 2014 til helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst.

Utgangspunktet for arbeidet har blant annet vært Helsedirektoratets brev av 16. april 2013 som beskriver 24 oppfølgingspunkter med ansvars- og oppgavefordeling mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Det har pågått en rekke aktiviteter både i regi av Helsedirektoratet (også i samarbeid med blant annet Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) der personer og fagmiljøer fra Helse Sør-Øst har bidratt.

Internt i Helse Sør-Øst er flere av oppfølgingstiltakene innarbeidet i regional beredskapsplan. Det er videre etablert prosjekter og utviklingsarbeider innen flere områder. Dette gjelder blant annet videreutvikling av prehospitale tjenester, herunder etablering av én AMK-LA-sentral, reserve AMK-løsning, felles arbeidsprosesser i ambulansetjenesten, organisering av AMK-sentraler og kravspesifikasjon for IKT-løsninger i prehospitale tjenester. Det er også etablert et prosjekt "*Sikkerhet i sykehus*" med hensikt å utarbeide en veileder og metodikk for tiltak innenfor securityområdet.

*Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, dokument 3:2 (2014-2015)* påpeker blant annet at helseforetakene mangler eller har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner for IKT, vann og strøm, at helseforetakene gjennomfører få øvelser på disse innsatsfaktorene, at ledelsen i helseforetakene i liten grad følger opp beredskapsarbeidet, samt at regional og nasjonal oppfølging av beredskapsarbeidet har vært svak.

IKT, vann og strøm er avgjørende innsatsfaktorer i sykehusdriften og riksrevisjonenes funn og anbefalinger følges opp i helseforetaksgruppen både gjennom regional beredskapsplan og andre konkrete tiltak. Det er blant annet etablert en arbeidsgruppe som skal utrede og foreslå felles rutiner og metodikk for ROS-analyser og håndtering av sårbarhet innen eiendomsområdet.

### **1.2.9 Forskning og innovasjon**

I 2013 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 59 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,1 milliarder kroner i 2013. Ressursbruken til forskning i regionen økte fra om lag 2,1 milliarder kroner i 2013 til 2,2 milliarder kroner i 2014.

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 (313 millioner kroner, hvorav 50 millioner kroner var avsatt til tverregionale kliniske helseforskningsprosjekter) og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett (261 millioner kroner). I 2014 var det nær 600 pågående forskningsprosjekter- og tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

Antall doktorgrader per år i regionen har økt jevnt de siste årene til et nivå på omtrent 200 per år. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I henhold til oppdragsdokument 2014 for Helse Sør-Øst RHF ble det etablert et system for relevansvurdering, som et tillegg til kvalitetsvurderingen, ved tildeling av midler til forskningsprosjekter.

Helseforetakene i regionen rapporterer om økende innovasjonsaktivitet på mange områder. Flere helseforetak har initiert tiltak for å øke innsatsen ytterligere innen innovasjon på diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Likeledes er det igangsatt en rekke innovasjonsprosjekter med sikte på systemforbedringer. De regionale midlene til forskningsbasert og brukerdreven innovasjon bidrar til å få fram gode prosjekter. Spesielt har tildelingen av midler til brukerdreven innovasjon bidratt til mobilisering av innovasjonsaktivitet ved de sykehusene som ikke er universitetssykehus.

I 2014 har de regionale helseforetakene arbeidet med felles retningslinjer og tiltak for brukermedvirkning i helseforskning. Arbeidet forventes slutført i 2015.

### **1.2.10 Antikorrupsjonsprogram for Helse Sør-Øst**

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 094-2014 et antikorrupsjonsprogram som skal gjelde for hele helseforetaksgruppen. Programmet med en tilhørende håndbok og verktøykasse skal i 2015 implementeres i helseforetakene. Formålet med antikorrupsjonsprogrammet i Helse Sør-Øst er å forebygge at korrupsjon skjer, øke muligheten til å avdekke eventuell korrupsjon og øke beredskapen for å håndtere eventuelle korrupsjonssaker.

### **1.2.11 IKT - fornyingsprogram**

I *Plan for strategisk utvikling 2013-2020* er satsningen på et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger fremholdt som et av hovedtiltakene for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet. *“Digital fornying”* er etablert som oppfølging av dette i helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst: I tillegg skal fornyingsprogrammet bidra til effektivisering av helsetjenesten, understøtte samhandling mellom aktører og nivåer i helsetjenesten og bidra til at Helse Sør-Øst møter samfunnets forventninger til bruk av IKT, inkludert muligheter for selvbetjening og involvering.

I 2014 er det som del av *“Digital fornying”* blant annet etablert et felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus slik at alle helseforetak i Helse Sør-Øst nå benytter samme system. Videre utvikles det regionale løsninger innen radiologi,

laboratorietjenester og kurve ved noen av helseforetakene. Dette arbeidet danner grunnlag for innføring av felles løsninger også på disse områdene. Helse Sør-Øst har kommet langt med utbredelsen av samhandlingsløsninger. Løsning for *eResept* er pilotert og autentiserings-løsning (PKI) er anskaffet som utgangspunkt for regional utbredelse av *eResept*. Det er gjort forberedelser for pilotering av kjernejournal, samt bredding og videreutvikling av pasientrettete tjenester, som *MinJournal*, i nært samarbeid med helsenorge.no.

På det administrative området er regional økonomi- og logistikk-løsning allerede implementert ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold. I tillegg har Helse Sør-Øst implementert felles lønn- og personal-løsning for hele regionen.

Høsten 2014 ble det nedsatt en regional arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst for å tydeliggjøre konsekvensene for helseforetakene av ny pasientjournallov og forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter (også kalt "*tilgang på tvers*").

### **1.2.12 Etablering av Sykehuspartner HF som eget helseforetak**

Fra 1. januar 2015 er Sykehuspartner etablert som eget helseforetak (jf. styresakene 077-2014 og 093-2014). Hensikten med denne endringen har vært å tydeliggjøre Helse Sør-Øst RHF som strategisk eier og Sykehuspartner som fellestjenesteleverandør. Gjennom endring i strukturen skal Helse Sør-Øst RHF oppnå klarere ansvars- og styringslinjer i forhold til eier, klarere leverandør- og partnerrolle i forhold til helseforetakene samt legge til rette for en ytterligere profesjonalisering av organisasjonen

Det er et mål at Sykehuspartner skal profesjonaliseres med hovedfokus på effektiv og stabil drift og forvaltning samt understøtte ønsket faglig utvikling.

Sykehuspartner har stor betydning for helseforetakenes kjernevirksomhet og øvrig drift. Sykehuspartner skal videreutvikles som profesjonell fellestjenesteleverandør innenfor en formalisert styringsstruktur, med forankring i lovverk og innenfor etablert styringspraksis i Helse Sør-Øst.

### **1.2.13 Nytt østfoldsykehus**

Prosjekt *Nytt østfoldsykehus* følger planene, er i rute økonomisk og fremdriftsmessig, og vil starte prøvedrift våren 2015 med åpning i november 2015.

Prosjektet omfatter ikke bare innflytting i en ny bygning, men også etablering av nye tekniske og organisatoriske løsninger. Prosjektet arbeider svært tett og konstruktivt sammen med Sykehuset Østfold. Det er utarbeidet et felles planverk og styringsstruktur som skal sikre felles fokus.

I 2014 har arbeidet vært rettet inn mot å sikre en trygg overgang fra utbygging til drift av sykehusbygget. I januar 2015 startes arbeidet med integrerte systemtester. Det vil si at blant annet røranlegg, elektroanlegg, ventilasjonsanlegg og alle IKT-systemer skal testes ut.

### **1.2.14 Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen**

66 prosent av innbyggerne i Helse Sør-Øst er svært eller ganske godt fornøyd med sykehus tilbudet der de bor. Om lag 80 prosent av befolkningen har stor eller ganske stor tiltro til at de vil få den sykehusbehandlingen de trenger dersom de blir syke eller skadet. Kun tre prosent

har ingen tiltro til tjenesten. Personer med pasienterfaring er langt mer positive enn de uten slik erfaring.

Tallene er hentet fra en undersøkelse som Helse Sør-Øst RHF gjennomfører to ganger i året. Til sammen 4 900 personer over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst er intervjuet. Over år viser undersøkelsen at omdømme og tillit i befolkningen er svært stabil.

## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

### 2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

#### Mål 2014

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.*  
Se rapportering i vedlegg *Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014.*
- *Ingen fristbrudd.*  
Se rapportering i vedlegg *Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014.*
- *Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.*  
Målet anses å være oppfylt, og Helse Sør-Øst RHF er tilfreds med utviklingen på ventetid og kapasitet for denne pasientgruppen.

Helse Sør-Øst rapporterte status for brystrekonstruksjoner per 1. tertial 2014 til Helse- og omsorgsdepartementet i juni. Størst nedgang på ventetid har det vært på Oslo universitetssykehus der ventetiden for operasjoner for rekonstruksjon av bryst med eget vev har gått ned fra ti til to år. For rekonstruksjoner med implantater er ventetiden under ett år. I tillegg er andelen pasienter som får rekonstruert bryst ved primæroperasjonen for brystkreft økt. Ved de andre helseforetakene er det kortere ventetider og ved noen helseforetak får pasienten direkte tilbud om behandling etter at utredning er gjennomført.

Oslo universitetssykehus har i tillegg hatt et regionalt ansvar med å drive med kompetanseoppbygging ved de andre helseforetakene i regionen, samt å tilbakeføre pasienter fra egne ventelister til pasientens helseforetak dersom dette er aktuelt. Dette har ført til mindre press på Oslo universitetssykehus, hvilket gjør at de i større grad kan fokusere på de mer kompliserte og avanserte rekonstruksjonene som de andre helseforetakene ikke tilbyr. Antallet rekonstruksjoner innen denne kategorien er tredoblet fra 2013 til 2014.

I statsbudsjettet for 2014 ble det ikke stilt særskilte midler til pasientgruppen som i tidligere år. Aktiviteten ble nå forventet utført innenfor rammen av ordinære midler. Helse Sør-Øst RHF besluttet å øremerke 16 millioner til pasientgruppen. Beløpet utgjør omtrent 50 prosent av de samlede bevilgningene fra tidligere år. Begrunnelsen for øremerkingen var å sørge for at den gode utviklingen i ventetid og kapasitet fortsatte, samt å opprettholde fagkompetansen ved de aktuelle helseforetakene.

- *Alle ventetider på [frittsykebusvalg.no](http://frittsykebusvalg.no) er oppdatert månedlig.*  
Målet er ikke nådd fullt ut. I siste tertial 2014 var andelen oppdaterte ventetider på 92,6 prosent. Dette er likevel en betydelig økning i andel oppdatering fra 2013, der andelen i siste tertial var på 75,6 prosent.

Det er iverksatt tiltak 2014 som omfatter at den regionale fagdirektørgruppen i sine møter har stort fokus på oppdatering og økt kvalitet på nettsiden og at kontaktpersoner ved *Kontoret for fritt sykebusvalg* sender påminnellesmail, og tar telefonisk kontakt for å få til oppdatering.

- *80 prosent av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning*  
Helsedirektoratet publiserer tertialvis resultater på de tre kreftindikatorerne for tykktarm-, lunge- og brystkreft. Resultatet per 2. tertial 2014 viser at Helse Sør-Øst ligger omtrent rundt gjennomsnittet sammenlignet med de andre regionene på tykktarms- og brystkreft, mens vi ligger

noe etter på lungekreft. Helse Sør-Øst tilfredsstiller kravet til oppstart av behandling innen 20 virkedager for pasienter med tykktarms- og brystkreft. Indikatorene inngår også i kvalitetsbasert finansiering som regionen har fordelt ned på helseforetaksnivå ut fra hvordan helseforetakene har scoret på de ulike indikatorene.

I forbindelse med innføring av pakkeforløp kreft i 2015 er det igangsatt et stort arbeid i 2014, både teknisk og organisatorisk, for å legge til rette for registrering og rapportering av pakkeforløpene. Helse Sør-Øst har stor tro på at innføringen av pakkeforløpene gir et mer korrekt datagrunnlag som utgangspunkt for forbedringsarbeid for utredning og behandling for pasienter med mistanke om kreft.

- *Det er etablert minst ett tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand i hver helseregion.* Akershus universitetssykehus har vært pilot for etablering av diagnosesenter i Helse Sør-Øst, jf. oppdrag gitt i 2013. I forkant gjorde Akershus universitetssykehus et grundig forarbeid og innhentet erfaringene fra modellutviklingen i Danmark for anvendelse i eget helseforetak. Helseforetaket har laget beskrivelse av en pasientvennlig modell med gode logistikkrutiner som nå prøves ut i hele opptaksområdet. Erfaringene er foreløpig begrenset og ikke evaluert.

Forarbeidet og erfaringene som er gjort ved Akershus universitetssykehus vil bli drøftet i regionalt fagdirektørmøte med sikte på å komme fram til gode løsninger for at opplegget med diagnosesenter vil kunne gjøres tilgjengelige for hele regionen i 2015 (jf. nye føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet).

Gjennomføring av pakkeforløp for kreft i 2015 og diagnosesentre med eget pakkeforløp for "andre" tilstander må ses i sammenheng. Det vil være sentralt at diagnosesentrenes arbeid føyes inn i pakkeforløpene slik at de blir en ressurs i de totale pasientforløpene.

Helse Sør-Øst RHF har i 2014 kartlagt hvilke helseforetak som har forberedt seg på å etablere diagnosesenter. Foreløpig er ikke nye helseforetak utpekt til å ha diagnosesenter, men en tar sikte på en trinnvis utbygging av definerte senter, samtidig som diagnosesentertenkningen vil være innebygget i gjennomføringen av de samlede pakkeforløp i 2015.

- *Det er etablert minst to prostatasentre i Helse Sør-Øst.* Målet om etablering av minst to prostatasentre i helseregionen er oppfylt.

Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at etablering av prostatasenter skal bygge på overordnede føringer og vurderinger som har kommet ut av omfattende utredningsarbeid i Regionalt fagråd for kreft.

Basert på prinsipper som er lagt i regionen for helseforetaksstruktur og inndeling i sykehusområder, har Oslo universitetssykehus fått ansvar for å utvikle et regionalt kompetansesenter med vekt på spissfunksjon, utarbeiding av protokoller, pasientforløp, kompetansesenterfunksjoner og forskning. Satsningsmidlene på 4 millioner kroner for 2013 ble således tildelt Oslo universitetssykehus i sin helhet.

Satsningen på ytterligere sentre har hatt områdesykehusansvaret som utgangspunkt med vekt på tidlig avklaring/utredning og behandling, gode pasientforløp, gode rutiner for overvåking av påvist prostatakreft og unngåelse av overbehandling. Etableringen av nye sentre forutsetter således at helseforetaket har et komplett tverrfaglig team.



For 2014 er det gjennomført følgende fordeling av tilleggsbevilgning på 2,1 millioner kroner til etablering av prostatasentre på sykehusområde/helseforetaksnivå:

- Sykehuset i Vestfold fikk tildelt 700 000 kroner til etablering av senter for videreutvikling av ”område/flerområdemodell” for prostatasenter for sykehusområdene Vestfold, Telemark og Vestre Viken.
- Sørlandet sykehus fikk tildelt 700 000 kroner til videreutvikling av totalt behandlingstilbud og senterfunksjon for prostatakraft i eget sykehusområde. Det er en forutsetning at helseforetaket vurderer ytterligere tiltak for å konsentrere den kurative behandlingen.
- Sykehuset Innlandet fikk tildelt 700 000 kroner til videreutvikling av totalt behandlingstilbud og senterfunksjon for prostatakraft i eget sykehusområde. Det er en forutsetning at helseforetaket vurderer ytterligere tiltak for å konsentrere den kurative behandlingen.

Det forutsettes at helseforetakene for de nye sentrene (Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark, Vestre Viken, Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet) inngår i et formalisert samarbeid med regionsenteret ved Oslo universitetssykehus. De øvrige helseforetakene som ikke har fått etableringsmidler i denne omgang (Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus), inviteres også til å delta i det faglige samarbeid/nettverk. Helse Sør-Øst RHF vil vurdere om en på sikt bør ha prostatasenter med områdefunksjon i tilknytning til alle sykehusområdene.

Midlene til nye sentre ble tildelt ved brev av 24. april 2014, og det ble forutsatt at senterfunksjonen utvikles uten opphold. Oslo universitetssykehus er gitt ansvar for å ta initiativ til formalisert regionalt samarbeid. Det regionale prostatasenteret ved Oslo universitetssykehus ble formelt åpnet 17. september 2014. Senteret er organisatorisk plassert i avdeling for urologi. Regionalt nettverk er etablert og det er avholdt flere møter i regi av regionsenteret. Senteret har avholdt to felles videokonferanser siden oppstart og det er planlagt ytterligere videokonferanse for sommeren. Senterets leder har også besøkt de øvrige sentrene i regionen.

Helseforetakene som har fått tildelt midler, skal videreføre det påbegynte arbeid med etablering av senterfunksjon for prostatakraft.

- *Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingseffektivitet, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.*  
Oslo universitetssykehus og Vestre Viken har egne moduler for elektronisk tilbakemelding av pasienterfaringer. For øvrig gjennomfører mange av helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen lokale pasienterfaringsundersøkelser. Resultatene offentliggjøres i varierende grad. Disse undersøkelsene har ulike formål, og er ulike både i innhold og hvordan de presenteres.

Helse Sør-Øst RHF's strategi for dette området er å motivere helseforetakene til å bruke de nasjonale PasOpp-undersøkelsene til lokal forbedring. Blant annet gjennom erfaringer fra Lovisenberg Diakonale Sykehus er det erkjent at resultatene må presenteres på avdelings-/postnivå for å kunne utnyttes best mulig. Helse Sør-Øst RHF er derfor i dialog med helseforetakene og Kunnskapsenteret om bestilling av undersøkelser brutt ned på avdelings-/postnivå.

I en annen prosess ledet av det regionale helseforetaket i samarbeid med brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF er det gitt anbefalinger om hvordan uønskede hendelser skal publiseres. Det er i denne sammenheng diskutert hvordan ”kvalitet” best bør presenteres på nett. I forlengelse av dette arbeidet vil det være naturlig også å se på hvordan lokale brukererfaringsundersøkelser bør presenteres.

- *Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern i alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har fra 2010 arbeidet systematisk med etableringen av brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og tilbakevendende symptomatologi innen psykisk helsevern. I 2014 har man også gjort en egen gjennomgang på dette området for å kartlegge kapasitet og bruk av disse plassene.

Det er etablert brukerstyrte senger innen TSB ved de fleste helseforetakene og i tillegg er slike tilbud under utredning/planlegging ved ytterligere to helseforetak. Et helseforetak har ikke brukerstyrte plasser, men planlagte reinnleggelses som en del av det ordinære behandlingstilbudet.

- *Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene.*  
I perioden 2011-2015 har helseforetak og private ideelle sykehus samarbeidet i nettverk med å utvikle helhetlige pasientforløp for pasientgrupper for tykktarmskreft, brystkreft, lungekreft, prostatakreft, KOLS, hoftebrudd, hjerneslag og alkoholisme. De enkelte helseforetak og sykehus har ulik fremdrift på arbeidet. Alle pasientforløpene bygger på nasjonale retningslinjer og kunnskapsgrunnlag. Informasjon om pasientforløpene kan finnes på helseforetakenes nettsider. For de pasientforløpene der dette er relevant er rehabilitering av pasientene integrert i oppfølgingen. Pasient- og pårørendeopplæring vil måtte tilpasses den enkeltes ressurser og behov, men erfaringen hittil viser at synliggjøringen av innholdet i forløpene i seg selv gjør kommunikasjonen lettere og dermed gir et bedre grunnlag for god opplæring.

Det videre arbeidet i 2015 vil blant annet omfatte implementering av 28 pakkeforløp for kreft.

Akershus universitetssykehus fikk i 2014 i oppdrag å videreutvikle nettverk for utvikling av helhetlige pasientforløp for gitte pasientgrupper. Helse Sør-Øst RHF følger denne satsningen tett. Videreutviklingsarbeidet pågår i alle helseforetakene og private ideelle sykehus i helseregionen, men et slikt arbeid er tidkrevende. Erfaringsutveksling mellom sykehus og helseforetak er viktig for å få til økt standardisering i regionen.

- *Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.*  
Proessen er startet, men det gjenstår mye arbeid før målsetning er nådd. Arbeidet må koordineres med føringene som er gitt i utkast til forskrift om kontaktlege.

## 2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

### Mål 2014

- *Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.*

Målet for pasientsikkerhetsprogrammet er at alle innsatsområder igangsatt i kampanjeperioden spres til alle relevante enheter/avdelinger innen utgangen av 2016 og å redusere forebyggbare skader med 25 % innen 2018.

Innsatsområdene retter seg mot enkeltområder som:

- daglig bruk av WHO sjekklister trygg kirurgi
- forebygge infeksjoner ved urinveisinfeksjoner og sentralvenøse kateter
- forebygge trykksår og fall

- behandling av hjerneslag
- samstemming av legemidler
- forebygge selvmord i institusjon
- forebygge overdose

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i regionen har gradvis fremgang i arbeidet for å nå målet for 2016. Progresjon i arbeidet rapporteres hvert tertial i linjen fra helseforetakene til Helse Sør-Øst RHF.

- *Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå.*

Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå.

NPR-meldingen fra Norsk pasientregister er grunnlaget for mange av kvalitetsindikatorerne til Helsedirektoratet. De fleste helseforetak i Helse Sør-Øst bruker både direkte og indirekte de mulighetene rapporteringsformatet gir til å kunne skille de underliggende sykehusene fra hverandre internt i helseforetaket.

En stor overgang skjedde i oktober 2014 da Oslo universitetssykehus også gikk over til DIPS som pasientadministrativt system/elektronisk pasientjournal. I forbindelse med overgangen har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at den nye enhetsstrukturen støtter rapportering etter behandlingssted.

Helse Sør-Øst er, gjennom deltakelse i Nasjonalt Ventelisteforum, med på å identifisere utfordringene knyttet til rapportering av data på sykehusnivå.

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:*

- *nasjonal dekningsgrad*
- *omfatter pasientrapporterte effektmål*
- *benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

Flertallet av de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst RHF rapporterte medio 2014 om 80-100 prosent dekningsgrad på individnivå. De regionale helseforetakene (ved Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre) prioriterte i 2014 å avsette nasjonale midler for å stimulere til økt dekningsgrad, herunder dekningsgradsanalyser opp mot Norsk pasientregister.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF fikk i 2014 i oppdrag å levere data til relevante nasjonale kvalitetsregistre og ble gjennom øvrige deler av styringsdialogen minnet om dette ansvaret. Flere av de nasjonale kvalitetsregistrene har store datasett, noe som fordrer mye tid og ressurser for den som skal rapportere inn. Valg av krevende teknisk løsninger, for eksempel for autentisering, kan også ha bidratt til lav dekningsgrad for registre. Det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre vil initiere tiltak som forventes å bidra til at dekningsgraden for samtlige av de nasjonale kvalitetsregistrene øker ytterligere i løpet av 2015.

Integrering av pasientrapporterte effektmål (PROM) i kvalitetsregistrene avhenger i stor grad av at registermiljøene får veiledning og annen hjelp til dette. Ansvarsforhold og roller i forhold til tilrettelegging av integrering av PROM ble ikke avklart i løpet av 2014, noe som trolig har forsinket tempoet i arbeidet. Det er også i begrenset grad etablert tekniske løsninger som muliggjør rapportering av pasientopplevelser, og det gjenstår en del arbeid før de tekniske løsningene er tilfredsstillende med hensyn til sikkerhet og komplettethet.

Det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistre, herunder det regionale fagsenteret i Helse Sør-Øst RHF, har bistått registrene så langt som mulig. Enkelte kvalitetsregistre har allerede etablert mål som gir indikasjoner på pasientopplevelser. Når ansvarsforholdene rundt integrering av pasientrapporterte effektmål faller på plass i 2015, forventes dette arbeidet å komme et langt stykke videre.

Med unntak av enkelte kvalitetsregistre som ennå ikke er i full drift/innhenter data, rapporterte de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst RHF i 2014 om at registerdata brukes (eventuelt planlegges å brukes i løpet av året) i lokalt forbedringsarbeid og forskning. I forbindelse med offentliggjøring av registerdata ultimo 2014, ble det referert til konkrete forbedringsarbeider og forskningspublikasjoner. Det fremgår imidlertid, blant annet av helseforetakenes årlige meldinger, at det er forbedringspotensial hva gjelder systematisk bruk av data fra kvalitetsregistrene. Manglende kjennskap til og kunnskap om eksistensen av registerdata, kan ha medvirket til beskjeden bruk. Publisering og offentliggjøring av data er ett av flere tiltak som forventes å øke oppmerksomheten om kvalitetsregisterdata.

- *Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.* Implementering av nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er godt i gang i 2014. Beslutningsforum for nye metoder er etablert og hadde første møte i mai. Beslutningsforum har hatt fem møter i 2014 og vil i det videre ha faste månedlige møter. Alle de regionale helseforetakene samarbeider om en felles beslutningsprosess etter metodevurderingene fra Kunnskapscenteret og/eller Legemiddelverket.

Helse Sør-Øst RHF har opprettet et regionalt kompetansesenter for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus, som jobber med konkret rådgiving og opplæring i metodikk mot helseforetakene. Bare ved Oslo universitetssykehus rapporterer kompetansetjenesten om omtrent 30 mini-HTA som er under utarbeidelse og 13 av disse er i 2014 registrert som påbegynt i databasen.

- *Det er etablert flere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner.* Alle helseforetaksområder melder at det er opprettet flere kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser i 2014. Helseforetakene deltar på ulike måter i arbeidet med å opprette tilbudene. Det er foreløpig ingen som rapporterer noen klar endring i bruken av øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten etter etableringen av de kommunale plassene. Noen av helseforetakene har inngått avtale med kommunene om at pasienter kan legges inn fra spesialisthelsetjenestens akuttmottak til det kommunale tilbudet.

De fleste helseforetak har opprettet ulike former for kliniske utvalg/samarbeidsutvalg sammen med kommunene for å kunne følge med på bruken av plassene. Flere av disse utvalgene har også mandat til å følge med på antall reinnleggelser, og arbeide for å forebygge unødvendige reinnleggelser. Det har blant annet vært gjennomført egne prosjekt ved Diakonhjemmet Sykehus og i Vestre Viken, Bærum sykehus for å se på mulighetene for å redusere antall (re)innleggelser.

- *Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.* Målet er ikke nådd fullt ut innen psykisk helsevern. Innen TSB vurderes målet samlet sett som oppfylt.

Aktivitetstallene for 2014 viser at det, med unntak av tilbudet til barn og unge innen psykisk helse, fortsatt er poliklinisk behandling som øker mest innen alle tjenesteområder. Innen somatikk har poliklinisk vekst vært betydelig på de fleste helseforetak og i de private ideelle sykehusene.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn, i 2014 er disse redusert med omtrent én prosent sammenlignet med 2013. DRG innen døgnbehandling har hatt en liten økning på 0,7 prosent fra 2013 til 2014. Veksten i somatiske tjenester totalt for hele regionen var, i tråd med budsjettforutsetningen, henholdsvis 1,3 prosent for døgnopphold og 3,8 prosent for dag- og poliklinikk i 2014.

Aktiviteten innen psykisk helsevern viser at døgnoppholdene øker for barne- og ungdomspsykiatri, mens det for voksenpsykiatri er en liten reduksjon. Antall liggedøgn er også redusert med 14 prosent (omtrent 7 000 liggedøgn) selv om det er en økning i antall døgnopphold innen barne- og ungdomspsykiatri. Aktiviteten innen TSB viser en økning med 3,9 prosent i 2014 sammenlignet med 2013 for antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er på 3,0 prosent. I 2014 ble det igangsatt et kjøp av en rekke heldøgns plasser fra private. De første plassene ble tatt i bruk fra juli 2014, men det har tatt tid å etablere tilbudet og man har derfor ikke full effekt av kjøpet i 2014. Det er først i 2015 at man forventer en full effekt av det private heldøgns tilbudet.

Ved helseforetakene og de aktuelle private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst har kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling vært lagt til grunn for virksomheten i 2014. Måloppnåelsen for Helse Sør-Øst som helhet må følges opp videre i 2015 slik at målkravet innfris fullt ut.

I 2015 vil Helse Sør-Øst utarbeide en plan som involverer alle helseforetakene der målsettingen er at man skal få til en samlet vekst i aktivitet, kostnad og personell innenfor disse tjenesteområdene som er større enn for somatisk spesialisthelsetjeneste. Det vil også bli vurdert en enda tettere oppfølging av avtalepartene, særlig innen TSB, for å sikre at aktiviteten økes i tråd med den utvidede kapasiteten i antallet døgnplasser.

Rapportering fra helseforetak viser en god utvikling med reduserte ventetider og økt pasientbehandling innen psykisk helsevern, men det er vanskelig å fastslå hvor nær målet om høyere vekst man er kommet fordi det har manglet en entydig felles definisjon for måling og sammenligning mellom fagområder og helseforetak i Helse Sør-Øst.

Helseforetakene og de aktuelle private ideelle sykehusene har alle utviklet tiltak for å prioritere disse fagfeltene. Dette omfatter både faglig omstilling og økt vekt på poliklinisk og ambulant behandling i DPS strukturen.

- *Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.* Målet for 2014 anses som oppnådd.

Det har vært systematisk og godt arbeid i helseforetakene og hos relevante private ideelle sykehus gjennom flere år med å oppnå dette målet. Alle helseforetak og sykehus har fortsatt innsatsen i 2014 og omstilt i forhold til målkravet. Oslo universitetssykehus har regionale funksjoner som må holdes utenom, men man har likevel arbeidet godt med tilsvarende omstilling.

- *Andel tvangsinnleggelses for helseregionen er redusert med 5 prosent sammenliknet med 2013.* Se rapportering i vedlegg *Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014.*

- *Døgnkapasiteten innen TSB er økt med om lag 110 plasser utover den kapasitet som gjeldende avtaler representerer for 2013. Plassene skal kjøpes fra ideelle virksomheter. Plassene skal bidra til mer mangfold i behandlingstilbudet, sikre at alle regioner har avtaler om TSB-plasser der rusfrihet er et mål i behandlingen (ikke LAR) og at det er tilgjengelige plasser innenfor behandlingsmetoden terapeutiske samfunn i alle regioner. Innkjøpet skal gjøres så raskt som mulig i 2014. Plassene skal kjøpes til følgende pasientgrupper:*

- *Langtidsplasser for rusavhengige*
- *Pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser*
- *Akutt- og abstinensbehandling*
- *Gravid/familier med rusproblemer*
- *Unge med mer omfattende hjelpebehov*

Helse Sør-Øst RHF kjøpte gjennom egen anbudsprosess i alt 110 nye behandlingsplasser innen alle de nevnte kategoriene med unntak av plasser for gravide/familiebehandling. Årsaken til at det ikke er kjøpt ytterligere plasser for gravide/familier er at kapasiteten på dette området allerede er god. Helse Sør-Øst RHF har etter ønske fra brukerorganisasjonene to avtaleparter som kun behandler pasienter som ikke er inkludert i LAR. Rusfrihet er en overordnet målsetting for alle behandlingstilbudene som Helse Sør-Øst RHF kjøper.

- *Det er etablert to dropout team for rusavhengige i Helse Sør-Øst.*  
Det er etablert to drop-out team i Helse Sør-Øst ved henholdsvis Oslo universitetssykehus og Sørlandet sykehus.
- *Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar.*  
Helseforetakene har etablert tilbud til pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar. Helseforetakene har også etablert tilbud til pasienter med CFS/ME hvor utmattelse er hovedproblemet, men hvor smerte av ukjent årsak er et av flere følgesymptomer. Noen av helseforetakene har etablert bruker-orienterte utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige utmattelsestilstander der årsaken er uklar. Noen av helseforetakene er fortsatt i prosess for å etablere effektive og brukerorienterte utrednings- og behandlingsforløp for pasientene.
- *Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med Helse Nord RHF om behandlingstilbud til samiske pasienter ved Samisk nasjonalt kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus (SANKS).*  
Helse Sør-Øst RHF tok initiativ og avtalte møte med Helse Nord RHF om saken sommeren 2014, der de andre regionale helseforetakene også ble invitert. Helse Nord RHF og SANKS har ledet arbeidet. Utkast til avtale er ferdig og den var forventet signert innen utgangen av året. Målet er ikke oppfylt, men det ansees som uproblematisk å inngå avtale tidlig i 2015, siden det kun gjenstår et møte med SANKS og Helse Nord RHF.

## **2.3 Personell, utdanning og kompetanse**

### **Mål 2014**

- *Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.*  
Det ble i 2013 gjennomført en regionalt koordinert kartlegging av kompetansebehov og særlig sårbare fagmiljøer i alle helseforetak. I 2014 er disse oversiktene oppdatert. Helseforetakene har analysert behov for kompetanse og kapasitet, og det er utarbeidet tiltaksplaner på kritiske fagområder. Rekrutteringsutfordringene varierer, men det er gjennomgående meldt inn behov for

flere spesialsykepleiere innen intensiv, anestesi og operasjon. De fleste helseforetak arbeider derfor med tiltak knyttet til rekruttering og videreutdanning i disse fagene.

På regionalt nivå har arbeidet vært konsentrert om å skape oversikt og etablere et felles kunnskapsgrunnlag i helseforetaksgruppen. Det har vært behov for å kartlegge aktuelle aktører, deres ansvar/myndighet samt struktur og forløp av de aktuelle beslutningsprosesser. Utviklingen i de ulike nasjonale reformprosjekter som pågår er fulgt nøye. Det er gitt løpende innspill til disse, blant annet når det gjelder praksiskrav for sykepleiere og konsekvenser av ny spesialiststruktur for leger.

Helse Sør-Øst bidrar til det nasjonale oppgavefordelingsprosjektet i regi av Helsedirektoratet. Herunder er det gjennomført et eget forprosjekt på bemanning ved operasjonsstue ved Oslo universitetssykehus. Samtidig pågår en rekke lokale oppgavedelingsprosjekter i helseforetakene.

For å få oversikt over den samlede kompetansen i regionen er det utarbeidet en overordnet behovsanalyse. Det har i denne forbindelse vært lagt ned en betydelig innsats i å kvalitetssikre data blant annet for spesialsykepleiere og leger. Samtidig er systemene for innsamling og analyse av kompetansedata kvalitetssikret og videreutviklet. Det er også arbeidet med et årshjul som fokuserer på milepæler og styringsdialogen med eier for det regionale kompetansearbeidet.

Oppsummert er det gjennomført en rekke tiltak knyttet til:

- kartlegging av aktører, roller og prosesser
  - oppfølging av nasjonale prosjekter
  - utprøving av oppgavedeling
  - kartlegging og analyse av samlet kompetanse
  - systemer for innsamling og analyse av data
  - årshjul og planleggingsrutiner
- *Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014.*  
Helseforetakene har ansvar for å opprette nye stillinger og forvalte eksisterende legestillinger i henhold til behovet og innenfor tildelte økonomiske rammer. Alle endringer skal registreres inn i legestillingsregisteret. ved utgangen av året det gjøres en felles gjennomgang og analyse av situasjonen basert på rapportering i Legestillingsregisteret (LSR).

Det gjennomføres en særskilt oppfølging i forhold til den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin.

I samråd med fagrådsleder for TSB har Helse Sør-Øst RHF innhentet opplysninger fra aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus om planlegging og sikring av nødvendige kurs i overgangsperioden for godkjenning av spesialitet samt godkjenningen av utdanningsinstitusjonen/avdelingen. Oversikten viser at alle følger opp kursene i år. De aktuelle helseforetakene og private ideelle sykehusene gis en samlet tilbakemelding om resultatet av datainnsamlingen. Helse Sør-Øst RHF vurderer om det er behov for koordinert oppfølging i forhold til utfylling av søknad om institusjonsgodkjenning.

Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetakene på generelt grunnlag i månedlige møter. Når det gjelder målsetningen om å ha tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for leger i spesialisering (LIS), viser rapporteringene en generell vekst på 6,5 prosent i LIS-årsverk fra 2012 til 2014.

Veksten viser at helseforetakene legger til rette for å ha utdanningsstillinger for legespesialister, slik sett har Helse Sør-Øst RHF ikke sett behov for å sette inn særskilte tiltak for å nå denne målsetningen. Det gjøres likevel kompetansekartlegging og analyser for å vurdere om det er en riktig sammensetning av stillinger i forhold til utdanningskapasitet innen de ulike fagområdene.

For spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin, møtte Helse Sør-Øst RHF i oktober 2014 alle aktuelle helseforetak samt Borgestadklinikken for å informere om status for arbeidet med etablering av den nye spesialiteten: I møtet ble også behov for et fellesopplegg for å sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall spesialister drøftet. Møtet ble fulgt opp med en bevilgning på 2,2 millioner kroner til Oslo universitetssykehus, slik at dette helseforetaket kan fungere som en ressursbase for de andre helseforetakene i det lokale arbeidet. Dette omfatter arbeid med å lage utdanningsplaner, sikre godkjente utdanningsinstitusjoner samt lage et fellesopplegg for deler av den obligatoriske undervisningen.

- *Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene.*

Parallelt med innsatsen for å redusere andel deltidsansatte i fast stilling, har helseforetakene i 2014 fortsatt arbeidet med å gjennomgå og redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Dette følges opp gjennom månedlig og tertialvis rapportering og det regionale helseforetakets faste oppfølgingsmøter.

Samlet antall midlertidig ansatte har ikke gått ned i 2014, men ligger fortsatt på omtrent 30 000-tilsvarende 36-37 prosent av den totale bemanning i helseforetaksgruppen. I dette tallet ligger det imidlertid en stor andel timelønnet ekstrahjelp (omtrent 20 000). I tillegg kommer utdanningsstillinger (omtrent 2 500). Antall ansatte i mer varige midlertidige stillinger fordeler seg på to hovedgrupper- engasjementer og vikarer. Det er først og fremst her innsatsen settes inn fremover.

Bruken av engasjementer holder seg relativt konstant gjennom året (omtrent 2 300). Når det gjelder vikarer, ser vi imidlertid en klar nedgang (fra omtrent 10 300 til 9 600). Også antall timelønnede går noe ned. Resultatene kommer som følge av en kombinert innsats med ryddejobb rundt bruken av vikarer og ekstrahjelp ved samtlige helseforetak samt økt bruk av bemanningscenter og felles vikaravtaler.

Samlet sett går utviklingen i riktig retning, men det er fortsatt et potensial for å øke bruken av fast ansatte.

- *Det er gjennomført oppgavedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.*

Det arbeides med oppgavedeling både regionalt i Helse Sør-Øst og ved at Helse Sør-Øst bidrar til det nasjonale oppgavedelingsprosjektet i regi av Helsedirektoratet. Mange lokale oppgavedelingsprosjekter pågår også i helseforetakene. Det er blant annet gjennomført et eget forprosjekt på bemanning ved operasjonsstue ved Oslo universitetssykehus.

Etter forberedelser og planlegging startet Helse Sør-Øst RHF i mars en ekstra satsing i hele helseforetaksgruppen for å få bedre tilgjengelighet gjennom kortere ventetider og færre fristbrudd. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene har i første omgang identifisert hvilke somatiske poliklinikker og fagområder som har de største ventetidsutfordringene. Disse poliklinikkene har fått hovedoppgaven med å gi pasientene raskere vurderinger og kortere ventetider.

Fremdriften i arbeidet har gått som planlagt, og noen helseforetak har allerede sett gode resultater. Arbeidet på innsatsområdet blir fulgt opp med tilsvarende fokus også i 2015.



## 2.4 Forskning og innovasjon

### Mål 2014

- *Det er etablert system for særskilt relevansvurdering, i tillegg til kvalitetsvurdering, ved tildeling av tilskuddsmidler til forskningsprosjekter og som implementeres senest i 2015. Relevans- og kvalitetsvurderinger skal benyttes ved tildeling av 100 mill. kroner til nasjonale samarbeidsprosjekter på prioriterte fagområder, jf. kap 732, post 78. Ved vurderingen av søknad om regionale forskningsmidler for 2015 ble det høsten 2014 gjort særskilt vurdering av prosjektets/tiltakets relevans (nytte).*

Alle søkere ble bedt om en særskilt begrunnelse av prosjektets forventede nytte for pasientbehandlingen og/eller helsetjenesten. Relevansvurderingen ble gjort av vurderingskomitéenes medlemmer og deretter vektlagt ved innstillingen stil støtte. Helse- og omsorgsdepartementet er holdt orientert om opplegget for relevansvurderingen.

I forbindelse med tildelingen av midler til de tverregionale forskningsprosjektene (Helseforsk) ble relevansvurderingen gjort særskilt av en komité med representanter fra alle regionale helseforetak, samt brukerrepresentanter. Relevansvurderingen ble gjort uavhengig av kvalitetsvurderingen og tillagt betydelig vekt ved tildelingen av midler.

- *De regionale helseforetakene har i samarbeid initiert minst 3 nye kliniske multisenterstudier på biotilsvarende legemidler, ME (rituximab) og fjøflekkreft (ipilimumab) gjennom NorCRIN nettverket eller Nordic Trial Alliance i 2014.*  
Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at Ipilimumabstudien, samt byttestudien (NOR-SWITCH) på biotilsvarende legemidler gjennomføres. Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus er valgt som ansvarlige institusjoner ved gjennomføringen av disse multisenterstudiene. Begge studiene har vært vellykket så langt med hensyn til gjennomføring. Helseforetak i Helse Sør-Øst deltar også i ME-studien, som ledes fra Helse Bergen.
- *Felles årlig resultatrapport synliggjør eksempler på hvordan resultater fra forskning og innovasjon har bidratt til forbedret klinisk praksis/ tjenestetilrettelegging, i tillegg til øvrig resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengelig statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).*  
Helse Sør-Øst RHF ledet det interregionale arbeidet med den første fellesrapporten som ble levert Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2014. Rapporten synliggjør gjennom eksempler nytten av forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet videreføres i 2015 under samme regionale ledelse.

### 3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014

#### 3.1 Transporttilbud for psykisk syke

- *Bevilgningen for transporttilbud for psykisk syke er styrket med 10 mill. kroner for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse.*

Rapport med beskrivelse av gjennomført arbeid i 2014 i forhold til de tildelte midler på fire millioner kroner er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15.oktober.

Det regionale fagrådsmøter har hatt til behandling vurderinger fra fagråd for prehospitaltjenester og fagråd psykisk helsevern. Sykehuset Innlandet og sykehusområdene Vestfold, Telemark og Vestre Viken har søkt om midler i prosjektet. Et fellesmøte med alle deltagende prosjekt er avholdt i 2014. Videre fremdrift 2015 er planlagt.

#### 3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetjenesten

- *Departementet viser til høringsnotat om reservasjonsordning for fastleger og til brev av 7. februar 2014 til regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal kvalitetssikre og styrke tilbudet til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.*

Målet er ikke nådd. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har fokus på å kvalitetssikre og styrke tilbudet til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus, men det gjenstår fortsatt å få alle til å legge ut på sin hjemmeside tydelig informasjon om hvor kvinnen skal henvende seg hvis hun vurderer abort eller har andre spørsmål under svangerskapet.

Så langt finnes slik informasjon hos to helseforetak. Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet videre i 2015.

#### 3.3 Implementering av pakkeforløp for kreft fra 2015

- *Det skal innføres 30 pakkeforløp for kreft i løpet av 2015. Pakkeforløp for de fire kreftformene brystkreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft skal implementeres fra 1. januar 2015. Helse- og omsorgsdepartementet ber videre de regionale helseforetakene om allerede nå å starte arbeidet med å forberede implementering av pakkeforløpene fra 1. januar 2015, herunder:*
  - *Etablere forløpskoordinatorer i alle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter, og gi disse nødvendige fullmakter slik at forløpstidene kan overholdes. Forløpskoordinatorene må være på plass før pakkeforløpene innføres fra januar 2015.*
  - *Sikre en økning i utrednings- og behandlingsskapasiteten i helseforetakene innen januar 2015.*
  - *Sikre etablering av en organisasjons- og ledelsesstruktur i helseforetakene som sørger for nødvendig samarbeid internt i det enkelte helseforetak, mellom ulike helseforetak og mellom helseforetak og fastlegene.*

Dette er et pågående arbeid med oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF. Alle helseforetak og private ideelle sykehus følges opp på dette området.

Implementering av de fire første pakkeforløp startet høst 2014. Fra regionalt hold er helseforetak og private ideelle sykehus fulgt opp i forhold til forløpskoordinatorer, tverrfaglige møter og kapasitet. Ordningen med forløpskoordinatorer er i etablering og ressursgruppe på regionalt nivå er etablert. Regionale erfaringsseminarer er planlagt for våren 2015.

## 4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

### 4.1 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Krav og rammer for 2014

- *Rapportering - økonomi*
- *Likviditet og driftskreditter*
- *Investeringer og kapitalforvaltning*

#### *Økonomisk resultatkrav*

Foreløpige tall for 2014 viser et positivt resultat på 6 148,4 millioner kroner. Endelig resultat for 2014 vil foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Foreløpig resultat er 712,3 millioner kroner bedre enn revidert resultatkrav fra eier, som er på 5 436,1 millioner kroner.

Omtrent 110 millioner kroner av resultatet skyldes at Helse Sør-Øst hadde større reduksjon i pensjonskostnaden enn hva som ble lagt til grunn fra Helse- og omsorgsdepartementet ved beregning av nytt resultatkrav for 2014.

Korrigert for disse forholdene er foreløpig resultat i ordinær drift for Helse Sør-Øst 603,3 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav, og 185 millioner kroner bedre enn budsjettet.

Flere av helseforetakene kan vise til betydelige positive resultater i 2014. Helseforetakene i hovedstadsområdet viser en positiv utvikling, med unntak av Akershus universitetssykehus som fortsatt har utfordringer med å få varig kontroll på sin driftsøkonomi.

#### *Låneopptak (kap. 732 post 82)*

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2014 tildelt og utbetalt 880,1 millioner kroner i lån, med henholdsvis 800 millioner kroner til nytt sykehus i Østfold og 80,1 millioner kroner til samlokaliseringstiltak ved Oslo universitetssykehus. Midlene er tilgjengeliggjort for disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

#### *Likviditet og driftskreditter*

Ved inngangen til 2014 er samlet driftskredittramme på 7 176 millioner kroner, jf. Prop 12 S (2013-2014), herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 411 millioner kroner. I Prop. 1S (2013-2014) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremien blir 510 millioner kroner høyere enn pensjonskostnaden i 2014. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 7. januar 2014 at samlet ramme for driftskreditt skulle økes med 510 millioner kroner ved utgangen av 2014, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 277 millioner kroner. Med utgangspunkt i at foretaksmøtet 30. januar 2013 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 millioner kroner i 2014. Samlet ville Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt således økt med 627 millioner kroner i 2014 med månedlige justeringer.

Ved behandlingen av Prop. 23 S (2014-2015) Endringer i statsbudsjett 2014 under Helse- og omsorgsdepartementet er det lagt til grunn at helseforetakene kan benytte 1 250 millioner kroner av premiefond til dekning av tilsvarende høyere pensjonspremier enn lagt til grunn i saldert budsjett 2014. Samtidig ble det besluttet å redusere bevilgningsnivået til de regionale helseforetakene med 1/3 av den reduserte pensjonskostnaden. For at de regionale helseforetakene skal ha likviditet til håndtering av pensjonspremien, ble det vedtatt å øke de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt med 5 040 millioner kroner fra 7 686 millioner kroner til 12 726 millioner kroner per 31. desember 2014.

Helse Sør-Øst RHF's bruk av premiefond i 2014 utgjør 673 millioner kroner og foretaksmøtet 17. desember 2014 vedtok å øke rammen for driftskreditt for Helse Sør-Øst RHF med 2 712,6 millioner kroner fra 4 038 millioner kroner til 6 750,6 millioner kroner per 31. desember 2014. Ved årsskiftet 2014/2015 er den samlede driftskredittrammen på 6 750,6 millioner kroner trukket opp med 6 707,3 millioner kroner dvs. med nær 100 prosent.

#### *Samlet vurdering*

Samlet sett er vurderingen at de økonomiske ressurser som er stilt til disposisjon fra eier i 2014 er benyttet i tråd med bestillingene gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Sør-Øst RHF.

- *Videreutvikling av nasjonalt samarbeid - bedre samordning på tvers av regionene*

#### *Sykehusbygg HF*

Helseforetaket ble stiftet høsten 2014. Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, og sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer helseforetakenes eiendomsforvaltning til nytte. Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de fire regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak samt parter som inngår i et sameie med disse.

Det felleseide helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim. Grunnlaget for helseforetakets virksomhet er konkretisert i helseforetakets stiftelsesdokumenter, herunder vedtekter og helseforetaksavtale samt i årlig oppdragsdokument fra eierne.

Det vil være en viktig oppgave for de fire helseregionene å bidra til at selskapet blir overført oppgaver og tilført ressurser for å kunne gjennomføre oppgaver som planlagt. Oppstartsperiode forventes å vare i 1-3 år med hovedvekt på 2015. Sykehusbygg HF vil være viktig leverandør av tjenester for gjennomføring av regionens strategiske målsetninger innen for eiendomsområdet.

Det nye helseforetakets virksomhet vil omfatte to hovedkategorier oppgaver:

- fellesoppgaver - oppgaver som det nye helseforetaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene (faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver)
- prosjektoppgaver - leveres etter bestilling fra et eller flere regionale helseforetak eller helseforetak

#### *Nasjonale IKT HF*

Helseforetaket ble stiftet i desember 2013. Det felleseide helseforetaket skal gi retningslinjer for IKT-utvikling i spesialisthelsetjenesten gjennom felles strategi (vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene), samarbeid og samordning. Gjeldende strategi skal understøtte et målbilde der IKT skal gi positive effekter for pasienter, påførende og helsepersonell, og bidra til bedre ledelse og styring. I tillegg skal Nasjonal IKT HF bidra til spesialisthelsetjenestens gjennomføring av nasjonale prosjekter og til dialog og samarbeid med relevante interessenter (for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten).

Nasjonale IKT HF 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 kommunchelsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett og Norsk Helsenett.

De regionale helseforetakene har aktivt bidratt til bedre samordning på tvers av regionene gjennom etablering av Nasjonal IKT HF, samt deltakelse i nasjonale fora som eHelsegruppen, Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) og Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur (NUFA).

#### *Innkjøpsamarbeid*

Helse Sør-Øst RHF gjennomfører, sammen med de andre helseregioner og HINAS, et felles prosjekt i 2015 for samordning og standardisering av innkjøpsfunksjonen. Rapport om utredning av nasjonal innkjøpsfunksjon ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. november. Prosjektet ferdigstilte planlagt arbeid i 2014 som forutsatt, og prosjektet ferdigstilles i løpet av 2015. De regionale helseforetakenes videre arbeid med samordningen er konkretisert i protokoll fra foretaksmøte 7. januar 2015. I dette arbeidet inngår også innorganisering av legemiddelinnkjøpsamarbeidet LIS.

De regionale helseforetakene satte i 2014 i gang et prosjekt for mer nasjonalt samarbeid om innkjøp. Prosjektet fokuserer på de tre områdene kategoristyring, retningslinjer og rutiner og støttesystemer. Prosjektet skal avsluttes i løpet av 2015.

## **4.2 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Øvrige styringskrav 2014**

- *Beredskap og sikkerhet*

#### *Beredskap*

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 18. desember 2014. Av de viktigste endringene vil en peke på følgende:

- Strukturen i dokumentet og beskrivelsen av nasjonale aktører og planelementer er harmonisert med Nasjonal helseberedskapsplan.
- Det er gjort mindre tekstlige justeringer på grunnlag av endrede forutsetninger.
- Omtale av regelverk, organisering, planer, rutiner med videre er oppdatert.
- Samhandling i planlegging og krisehåndtering er gitt bredere omtale.
- Forsyningsberedskap er implementert som delplan.
- HelseCIM beskrives som felles krisestøttesystem.

Planen understrekes at beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar og at beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig. I løpet av 2014 er også regionens smittevernplan og pandemiplan revidert.

Alle helseforetak rapporterer om gjennomførte revisjoner i 2014. Det foretas både hovedrevisjoner og nødvendige planjusteringer ved behov. Til grunn for revisjonene ligger erfaringer fra alle beredskapshendelser internt i de enkelte helseforetakene samt lokale og nasjonale øvelser.

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.

*Beredskap for kritisk infrastruktur, blant annet vann, strøm, IKT, legemidler*

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, dokument 3:2 (2014-2015) påpeker blant annet at helseforetakene mangler eller har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm, at helseforetakene gjennomfører få øvelser på disse innsatsfaktorene, at ledelsen i helseforetakene i liten grad følger opp beredskapsarbeidet, samt at regional og nasjonal oppfølging av beredskapsarbeidet har vært svak.

Riksrevisjonens funn og anbefalinger følges opp i helseforetaksgruppen både gjennom regional beredskapsplan og andre tiltak. For å forbedre og standardisere arbeidet med risikovurdering og tiltak av kritisk infrastruktur har en opprettet en temagruppe med representasjon fra alle helseforetak. Gruppen skal utrede og foreslå felles rutiner og metodikk for ROS-analyser og håndtering av sårbarhet innen aktuelle områder.

Helseforetakets oppfølging av Riksrevisjonens rapport vil også omfatte systemer for å håndtere bortfall av IKT i kjernevirksomheten. Det legges til grunn at helseforetakene gjennomfører øvelser knyttet til kritiske innsatsfaktorer.

*Etablering av sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, blant annet objektsikkerhetsforskriften*

Helse Sør-Øst RHF har i 2014, på grunnlag av gjennomførte skadevurderinger og planer for sikkerhetstiltak av skjermingsverdige objekter, fulgt opp og gjennomført nødvendige tiltak innen gitte frister. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med angjeldende helseforetak, Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal sikkerhetsmyndighet og Statens strålevern.

*Ferdigstilte oppfølgingsiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014.*

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene har arbeidet aktivt med oppfølgingen etter 22. juli 2011. Dette har skjedd i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Ansvar for oppfølging er også tatt inn i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og oppdrag og bestilling for 2013 og 2014 til helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst.

Utgangspunktet for arbeidet har blant annet vært Helsedirektoratets brev av 16.04.13 som beskriver 24 oppfølgingspunkter med ansvars- og oppgavefordeling mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Det har pågått en rekke aktiviteter både i regi av Helsedirektoratet (også i samarbeid med blant annet Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) der personer og fagmiljøer fra Helse Sør-Øst har bidratt.

Internt i Helse Sør-Øst er flere av oppfølgingsiltakene innarbeidet i regional beredskapsplan. Det er videre etablert prosjekter og utviklingsarbeider innen flere områder. Dette gjelder blant annet videreutvikling av prehospitaltjenester, herunder etablering av én AMK-LA-sentral, reserve AMK-løsning, felles arbeidsprosesser i ambulansetjenesten, organisering av AMK-sentraler og kravspesifikasjon for IKT-løsninger i prehospitaltjenester. Det er også etablert et prosjekt *Sikkerhet i sykehus* med hensikt å utarbeide en veileder og metodikk for tiltak innenfor securityområdet.

- *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven*

Helse Sør-Øst RHF har identifisert og bestilt fra leverandør de endringene som må gjennomføres i IKT-systemene for å ivareta kravene i den nye pasient- og brukerrettighetsloven. For de endringene som gjelder PAS/EPJ har kontakten med leverandør også vært koordinert på tvers av de helseregionene som har DIPS. Endringene er levert av DIPS og er nå under testing og implementering.

I Helse Sør-Øst vil implementering omfatte at et helseforetak skal være regional pilot for henvisninger på tvers av helseforetakene. Piloteringen er samkjørt med Helsedirektoratets arbeid.

- *E-helse*

Helse Sør-Østs strategiske plan 2013-2020 tydeliggjør satsningen på et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger ("*Digital fornying*") som et av hovedtiltakene for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet. I tillegg skal fornyingsprogrammet bidra til effektivisering av helsetjenesten, understøtte samhandling mellom aktører og nivåer i helsetjenesten og bidra til at Helse Sør-Øst møter samfunnets forventninger til bruk av IKT og muligheter for selvbetjening og involvering. I 2014 er det blant annet etablert et felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus slik at alle helseforetak i Helse Sør-Øst nå benytter sammen system. Løsningen ved Oslo universitetssykehus danner grunnlaget for videre regionalisering og konsolidering til en felles pasientjournal for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Videre utvikles det regionale løsninger innen radiologi, laboratorietjenester og kurve ved noen av helseforetakene. Dette arbeidet danner grunnlag for innføring av felles løsninger også på disse områdene. Helse Sør-Øst har kommet langt på utbredelsen av samhandlingsløsninger. Løsning for eResept er pilotert og autentiserings-løsning (PKI) er anskaffet som utgangspunkt for regional utbredelse av eResept. Det er gjort forberedelser for pilotering av kjernejournal, samt bredding og videreutvikling av pasientrettete tjenester, som MinJournal, i nært samarbeid med helsenorge.no.

En forutsetning for vellykket etablering av regionale tjenester er gjennomføringen av en modernisering av Helse Sør-Østs IKT-infrastruktur. Så langt er det blant annet implementert nytt kjernenett og gjort store moderniseringer av klientplattformen. Videre er det under planlegging konsolidering av tjenester og datarom til en felles sentral IKT-infrastruktur.

Høsten 2014 ble det nedsatt en regional arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst for å tydeliggjøre konsekvensene for helseforetakene av ny pasientjournallov og forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter (også kalt "tilgang på tvers").

Helse Sør-Øst vil, gjennom den pågående realiseringen av "*Digital fornying*", understøtte det nasjonale arbeidet (St.melding 9 og 10) og danne grunnlag for senere nasjonal standardisering og konsolidering. En ressurs er også utlånt til Helsedirektoratet for å arbeide dedikert med "*Én innbygger - én journal*".

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i prioritering av IKT-tiltak gjennom Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT). Flere av de prioriterte tiltakene blir gjennomført gjennom oppdrag til Nasjonal IKT HF, hvor Helse Sør-Øst RHF er aktiv som eier og faglig bidragsyter. Helse Sør-Øst RHF har også tatt direkte ansvar for nasjonalt prioriterte aktiviteter.

- *Teknologiskifte i Telenor*

Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for hele helseregionen, som følge av teknologiskifte i Telenor. Tiltak fra analysen følges opp, i samarbeid med Telenor.

- *Utvikling av nødmedietjenesten*  
Helse Sør-Øst har fortsatt utbygging av nødnett i samsvar med Stortingsvedtak og oppdrag.

### 4.3 Foretaksmøte 7. januar 2014 - Rapportering og oppfølging

- *Kostnader per pasient (KPP)*  
Målet er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Det ble etablert en nasjonal arbeidsgruppe bestående av representanter fra hvert av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Forslaget fra nasjonal arbeidsgruppe er behandlet i det faste møtet mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. I forslaget er det gjort tilrådinger som avgrensner hva som bør gjøres nasjonalt og dermed Helsedirektoratets oppgave. I tillegg er det gjort tilråding om hva som bør gjøres regionalt, underlagt det enkelte regionale helseforetak.

Helse Sør-Øst RHF vil videreføre sitt arbeid på grunnlag av nasjonal strategi for implementering av KPP i helseforetakene og ønsker å være en aktiv bidragsyter i det nasjonale arbeidet med innføring av KPP innen 1. januar 2017.

Det vil bli satt i gang arbeid i Helse Sør-Øst RHF for å utrede hvordan KPP best kan implementeres i helseregionen. Gjennom dette skal konsekvenser i form av kostnader, risiko og nytteverdi av innføring av KPP synliggjøres sammen med nytteverdi i form av effekter for pasientbehandling og kvalitet skal synliggjøres. Det er etablert en regional gruppe med representanter fra alle helseforetak som skal sikre fremdrift i arbeidet med implementering av regionens implementeringsplan. Arbeidet er kommet lengst ved Sykehuset i Vestfold og Oslo universitetssykehus.

### 4.4 Øvrige aktuelle saker i 2014

#### 4.4.1 Fra foretaksmøte 23. mai 2014

- *Planer for hovedstadsområdet*  
*Foretaksmøtet viste til at det fortsatt er behov for særskilt oppmerksomhet om hovedstadsområdet, jf. kapasitetsprosjektet i hovedstadsområdet som ble gjennomført 2. halvår 2013. Foretaksmøtet har merket seg at antall sengeplasser på Akershus universitetssykehus ble utvidet i 2013. Foretaksmøtet har videre merket seg at Helse Sør-Øst holder på med en samlet gjennomgang av den totale kapasiteten i hele regionen og at Oslo universitetssykehus arbeider med videre planer for sykehuset. Foretaksmøtet ba om å bli holdt godt orientert om de videre planene for hovedstadsområdet.*  
Helse Sør-Øst RHF har i 2013 og 2014 gjennomført tre utredninger av framtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. Med bakgrunn i behovet for å vurdere hvordan det regionale foretaket best skal ivareta sitt ”sørge for”-ansvar, har en i rekkefølge sett på utfordringene for Akershus universitetssykehus, hovedstadsområdet og til slutt for regionen samlet (SINTEF’s rapport “*Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF*”).

Første del av SINTEF’s rapport ble lagt fram for styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2014 (sak 042-2014), og omfattet en sammenstilling av regionens aktivitetsbehov frem mot 2030 for somatiske tjenester i hovedstadsområdet. Styret fattet følgende vedtak:



1. Styret tar redegjørelsen om SINTEFs delleveranse for analyse av fremtidig kapasitetsbehov for somatiske spesialisthelsetjenester i hovedstadsområdet 2030 til orientering.
2. Det arbeides videre med tilsvarende analyser for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, og en samlet fremstilling av kapasitetsbehovet i hele regionen. Styresak om dette legges frem høsten 2014.
3. Resultatet av kapasitetsanalysen inngår i vurderingene av helseforetakenes utviklingsplaner, idéfaseutredninger m.v. og innarbeides i regionale strategier.
4. Økt kapasitetsbehov i Oslo og Akershus sykehusområder løses på kort sikt ved optimalisering av dagens driftssituasjon og oppgaveoverføring mellom sykehusene. Arbeidet med vurdering og gjennomføring av hensiktsmessige endringer videreføres.
5. I tillegg planlegges også for utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus som bidrag til å sikre nødvendig behandlingsskapitet i hovedstadsområdet

Den endelige rapporten ble lagt fram for styret i Helse Sør-Øst RHF i desember 2014 (sak 090-2014) med følgende vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om SINTEFs analyse av fremtidig kapasitetsbehov til orientering.
2. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger legges til grunn for videre arbeid med helseforetaksgruppens utviklingsplaner, med følgende presiseringer:
  - a) Ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter beholdes høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning.
  - b) Aktiv samhandling med kommunale tjenester skal være en viktig forutsetning for helseforetakenes og sykehusenes arbeid med «pasientens helsetjeneste». Styret legger til grunn at potensialet i samhandlingsreformen realiseres.
  - c) Det gjennomføres en mulighetsstudie for etablering av diagnostiske sentre i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.
  - d) Det gjøres en samlet vurdering av forslagene i rapportene om videreutvikling og styrking av intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.
  - e) Helseforetakene må på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og TSB vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.
3. Arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres. Plan for tiltak og gjennomføring fremmes som egen sak for styret.
4. Styret legger til grunn at en utnytter potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.
5. Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold i 2015-16.

Styret for Helse Sør-Øst RHF har i sakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i sykehusområdene Oslo og Akershus kan møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Sykehusene i Osloområdet har lange tradisjoner for samarbeid og deling av oppgaver.

Det er igangsatt et eget prosjekt som har som mandat å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene. Arbeid og vurderinger i hovedstadsområdet skjer i nært samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo kommune.

Kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus følges tett. Akershus universitetssykehus har iverksatt tiltak i egen regi, samtidig er det inngått avtale med Diakonhjemmet Sykehus og Sykehuset Innlandet om avlastning.

Flere helseforetak er i ulike faser med sine utviklingsplaner/ idefaser som og kan ha betydning for hovedstadsområdet:

- Idefasearbeid Oslo universitetssykehus. Prosjektet har levert foreløpige anbefaling til styret ved Oslo universitetssykehus. Rapporten er sendt på offentlig høring. Styret ved Oslo universitetssykehus har bedt om at bearbejdet rapport med høringsuttalelser og plan for videre arbeid legges frem for styret, tentativt i løpet av vinteren 2015.
- Oslo universitetssykehus har på bakgrunn av blant annet situasjon med gamle bygg behov for vedlikehold/erstatningsbygg fremmet søknad om utvidet låneramme.
- Styret i Helse Sør-Øst RHF har godkjent at Vestre Viken viderefører planene for et evt. nytt sykehus i Drammen inn i en konseptfase.
- *Styrets årlige gjennomgang*  
*Foretaksrådet viste til krav stilt i mai 2013 om å utarbeide forslag til hvordan styrene og ledelsen kan gjennomføre årlig gjennomgang av virksomheten. Kravet var knyttet til oppfølging av Meld. St. 10 (2012-2013) "God kvalitet - trygge tjenester". I henhold til Lov om spesialisthelsetjenester (§3-4 a) skal enhver som yter helsetjenester sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det arbeides med en forskrift om hvilke krav som skal stilles til et slikt arbeid og styrets ansvar for dette arbeidet er også omtalt i departementets veiledning for styrearbeid i regionale helseforetak. Å sikre god og trygg pasientbehandling utgjør således kjernen i styrenes og ledelsens overordnede ansvar. Det er viktig at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeidet inngår i helseforetakenes samlede virksomhetsstyring slik at virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerheten på en god måte. Foretaksrådet forutsatte at styret minimum en gang i året har en samlet gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal legge vekt på å sikre at ledelsen understøtter dette arbeidet og at det gjøres sammenligninger og skjer læring mellom helseforetakene. Det rapporteres om opplegget for og resultatene av gjennomgangen i 2014 i årlig melding for 2014. 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 god organisering og riktig disponering av ledelsesressurser slik at dette understøtter prioriterte mål blant annet når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet.*

En systematisk tilnærming til dette er grunnlagt i Helse Sør-Østs prinsipper for god virksomhetsstyring. Styrene for Helse Sør-Øst RHF og de enkelte helseforetak forelegges månedlige ledelsesrapporter som omfatter en rekke indikatorer for kvalitet, aktivitet og økonomi med sammenligninger mellom de forskjellige helseforetakene. Forskjeller som registreres i kvalitet og måloppnåelse blir, i oppfølgingen av det enkelte helseforetak, vurdert og fulgt opp i en organisatorisk og ledelsesmessig sammenheng.

I tillegg forelegges styrene tertialvise rapporteringer som er utarbejdet for å gi samlet oversikt over tilstanden og graden av måloppnåelse i helseforetaksgruppen.

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. 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.

I 2014 har de regionale helseforetakene arbeidet med å utvikle og etablere et felles system for styrenes samlede gjennomgang. Dette arbeidet er ikke sluttført og videreføres i 2015 med særlig henvisning til forutsetninger gitt i foretaksmøteprotokoll fra 7. januar 2015. Helse Sør-Øst RHF vil i 2015 foreta sin gjennomgang i tråd med modell utviklet av Helse Nord RHF.

#### **4.4.2 Fra foretaksmøte 25. juni 2014**

- **Legemiddelberedskap**

*Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å overta beredskapssikring av legemidler som brukes i spesialisthelsetjenesten fra 01.01.2015 som en nasjonal beredskapsoppgave. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med overtakelsen. Foretaksmøtet legger til grunn at det blir utarbeidet en plan for overtakelsen og hvordan beredskapen skal organiseres som sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 01.09.2014. Helsedirektoratet sin ROS-analyse skal inngå i grunnlaget for hvordan ivaretagelsen skal etableres.*

*Det er behov for en gjennomgang for å klargjøre utfordringsbilde og strategier for nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Implementering av ytterligere tiltak bør starte fra 2016. Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å redegjøre for dette i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet innen 01.07.2015. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet. Relevante aktører bør delta i arbeidet med rapporten.*

Rapportering med plan for overtakelse av beredskapen er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2014 i henhold til krav. Overtakelsen av Helsedirektoratets beredskapslager fant sted ved årsskiftet som forutsatt i planen. Beredskapslageret eies ved årsskiftet av Sykehusapotekene HF på vegne av de fire regionale helseforetak og administreres av *Alliance Health Care Norge*. Innholdsmessig vil beredskapslageret videreføres som ved overtakelsen med mindre justeringer for å ivareta forutsetningen om minst samme beredskap i 2015 som i 2014.

Det er opprettet en interregional arbeidsgruppe med én representant fra sykehusapotekforetaket i hver region og én representant fra hvert av de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen skal utarbeide rapporten som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juli 2015.

Styringsgruppe for prosjektet består av fagdirektørene fra de fire regionale helseforetak og ledes av fagdirektør fra Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet har forløpt etter planen.

#### **4.4.3 Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF**

##### **Felles publiseringsløsninger**

I løpet av 2014 har alle helseforetakene i Helse Sør-Øst oppgradert felles publiseringsløsning for sine nettsider. Innen utgangen av 2016 skal alle helseforetak i Norge over på helsenorge.no-plattformen. Helseforetaksgruppen har med sin oppgradering gjort et viktig arbeid inn mot det nasjonale prosjektet ”*Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten - én helseportal*” som skal samle informasjon til pasienter, pårørende og fagfolk.

##### **Sykehuspartner som eget helseforetak**

Fra 1. januar 2015 er Sykehuspartner etablert som eget helseforetak (jf. styresakene 077-2014 og 093-2014). Hensikten med denne endringen har vært å tydeliggjøre Helse Sør-Øst RHF som strategisk eier og Sykehuspartner som fellestjenesteleverandør. Gjennom endring i strukturen skal Helse Sør-Øst RHF oppnå klarere ansvars- og styringslinjer i forhold til eier, klarere leverandør- og partnerrolle i forhold til helseforetakene samt legge til rette for en ytterligere profesjonalisering av organisasjonen

Sykehuspartner ivaretar oppgaver innen IKT (drift/forvaltning/brukerstøtte/prosjekt- og porteføljestyling mv), innkjøp/logistikk samt HR/økonomi/regnskap

Virksomheten har vært organisert som en avdeling av Helse Sør-Øst RHF, men med separat resultat- og balanseregnskap. Forankring til linjen har skjedd gjennom et eget driftsstyre. Sykehuspartner hadde per oktober 2014 om lag 1 320 ansatte.

Det er et mål at Sykehuspartner skal profesjonaliseres med hovedfokus på effektiv og stabil drift og forvaltning, understøtte ønsket faglig utvikling og bidra i det regionale utviklingsarbeidet.

Sykehuspartner har stor betydning for helseforetakenes kjernevirksomhet og øvrig drift. Sykehuspartner skal videreutvikles som profesjonell fellestjenesteleverandør innenfor en formalisert styringsstruktur, med forankring i lovverk og innenfor etablert styringspraksis i Helse Sør-Øst.

### **Ressursstyring**

Prosjekt “*Bedre ressursstyring*” ble ferdigstilt i 2014 og aktivitetene overført til drift. Helse Sør-Øst RHF viderefører en systematisk innsats for å støtte og følge opp helseforetakenes arbeid med ressurs- og aktivitetsanalyser, bemanningsplanlegging samt dokumentasjon og oppfølging av arbeidstidskonsekvenser.

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 og felles datavarehus som styrker styringsevnen og danner grunnlag for vurdering av utvikling (benchmarking).

### **Brukermedvirkning**

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

Brukermedvirkning skjer på flere nivå:

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

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som blant annet skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientene og de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og framtidsrettet.

Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjonene *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* (FFO), *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon*

(RIO), Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), Kreftforeningen og Pensjonistforbundet.

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

Det er etablert regelmessig kontakt mellom de regionale brukerutvalgene gjennom leder og nestlederforum som møtes to ganger per år, samt halvårlege møter med ledere og nestledere i brukerutvalg i helseforetakene.

Brukerutvalgets årsrapport finnes på [www.helse-sorost.no/brukerutvalg](http://www.helse-sorost.no/brukerutvalg).

Det vises også til brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2014 som er tatt inn som eget 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 og i nasjonale prosjekter. 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 sluttføres.

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. Med utgangspunkt i foreliggende avtaleverk og innspill fra tillitsvalgte, verneombud, ledere og øvrige ansatte er det formulert ”12 prinsipper for medvirkning i omstilling i Helse Sør-Øst”.

God pasientbehandling nås best gjennom medvirkning. I 2015 vil det bli arbeidet 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.

### **Risikovurdering 2. tertial 2014**

#### ***Om risikovurdering***

I arbeidet med videreutvikling av god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst inngår risikovurderinger som en naturlig del. Løpende risikovurdering forutsettes å være et av grunnlagene for styringsdialogen internt i det enkelte helseforetak, inn mot helseforetakets styre og mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene rapporterer hver måned på de fem prioriterte målene for Helse Sør-Øst og hvert tertial for alle aspekter ved driften til Helse

Sør-Øst RHF. Risikovurdering i forhold til månedsrapporter til eget styre danner grunnlag for tiltak for å redusere risiko og er styrenes ansvar.

Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Med bakgrunn i mål og krav er den et hjelpemiddel for styre og ledelse til å identifisere hvilke områder som bør ha størst prioritet i kommende periodes internkontrollarbeid. Videre vil risikovurderingen gi grunnlag for risikostyringen av virksomheten gjennom å angi tiltak og prioriteringer for hva som bør følges opp. Risikovurderingen i seg selv gir også en fremstilling som viser omverdenen hvilke områder som gis spesielt ledelsesmessig fokus i Helse Sør-Øst RHF og helseforetaksgruppen i 2014. Risikostyringen forutsetter at det utarbeides gode tiltaksplaner for de områdene som er forbundet med uakseptabel risiko.

Risikovurderingen for 2. tertial 2014 bygger på tidligere risikovurderinger for helseforetaksgruppen, korrigert for de nye utfordringene som fremkommer i oppdragsdokument 2014 og foretaksmøteprotokoller hittil i året. I det regionale helseforetaket er det gjennomført en vurdering av oppfølgingen av oppdragene som er gitt i styringsbudskapene fra eier ('halvårsrapportering'). Sammen med helseforetakenes løpende risikovurdering, danner denne grunnlaget for det regionale helseforetakets overordnede vurdering.

Som grunnlag for den overordnede risikovurderingen som fremmes for styret i tertialrapporteringen inngår også innspill fra brukerutvalg og konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF. Risikovurderingen legges frem for styrets revisjonskomité som blant annet vurderer behov for endringer i revisjonsplanene ut fra vurderingene av risikoområdene.

Risiko fremkommer etter en vurdering av *sannsynlighet* for at risikoområdet skal ha uønsket utvikling sammen med en vurdering av *konsekvens* dersom dette er tilfelle. Risiko fremkommer i en matrise som grupperer risiko i fire kategorier (*kritisk - høy - moderat - lav*) der Helse Sør-Øst RHF på forhånd har tatt stilling til hvilke kombinasjoner av sannsynlighet og konsekvens som gir forskjellig risiko:

Rød:	Kritisk
Oransje:	Høy
Gul:	Moderat
Grønn:	Lav

Sannsynlighet	5					
	4					
	3					
	2					
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

De områdene som vurderes å innebære mer enn akseptabel risiko etter 2. tertial er:

Risikoområdenes sannsynlighets- og konsekvensvurdering med risikovurdering		Sannsynlighet					Konsekvens					Vurdert risiko
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd				x				x			Høy
2	Pasientsikkerhet og pasientadministrative systemer				x			x				Høy
3	Arbeidsmiljø/HMS			x				x				Høy
4	Økonomisk handlingsrom			x					x			Kritisk
5	Teknologi				x			x				Høy
6	Behandlingskapasitet og fagutvikling		x					x				Moderat
7	Driften ved Akershus universitetssykehus				x				x			Kritisk
8	Ibruktageelse nytt østfoldsykehus			x				x				Høy

For helseforetaksgruppen blir områder som defineres med ”lav” risiko (grønn farge) ikke videre omtalt. For alle områder som er forbundet med ”moderat”, ”høy” eller ”kritisk” risiko er det utarbeidet egne risikoreduserende tiltak på regionalt nivå.

Risikobildet er først og fremst et hjelpemiddel for ledelsen for å identifisere hvilke områder som trenger særskilt oppmerksomhet i perioden fremover. Hensikten med den økte oppmerksomheten er å kunne korrigere utviklingen for å oppnå så gode resultater som mulig i løpet av året. I den daglige virksomheten vil det være glidende overganger mellom risikoområdene. Dette medfører at effekten av tiltak som iverksettes innen ett av risikoområdene i de fleste tilfellene også vil påvirke utviklingen innen andre områder. Selv om risikobildet inneholder et eget område som omfatter teknologi, vil tiltakene innen dette område også ha vesentlig betydning for området som omhandler pasientsikkerhet. På samme måte vil gode teknologiske løsninger også påvirke de ansattes arbeidsmiljø.

Helse Sør-Øst har i 2014 hatt et spesielt fokus på arbeidet med tilgjengelighet og pasientsikkerhet. Flere av risikoområdene er knyttet opp mot dette. Risikobildet er et ledelsesmessig hjelpemiddel som viser de områdene som akkurat nå må ha størst fokus for at arbeidet med tilgjengelighet og pasientsikkerhet skal gi så gode resultater som mulig i 2014.

Generelt vurderes det foreliggende risikobildet etter 2. tertial 2014 slik at det ikke foreligger vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst vil som helhet fortsatt kunne ivareta sitt ”sørge for”-ansvar på samme nivå som tidligere eller bedre. Det er likevel ikke tilfredsstillende at arbeidet med reduksjon av ventetid og fjerning av fristbrudd ikke ser ut til å føre til ønskede resultater fort nok.

Av de viktigste tiltakene som er iverksatt på regionale nivå kan nevnes:

- *“Tilgjengelighetsprosjektet”* og prosjektet *”Glemt av sykehuset”* der Helse Sør-Øst RHF deltar aktiv med helseforetakene og sykehusene. Fristbrudd/ventetider er et hovedtema på hvert oppfølgingsmøte Helse Sør-Øst RHF har med helseforetakene.
- Prevalensundersøkelser gjennomføres flere ganger årlig for å følge med på utviklingen innen sykehusinfeksjoner. Området følges også opp gjennom systematisk journalgjennomgang for å identifisert spesielle utfordringsområder (*Global Trigger Tool - GTI*).
- Løpende oppfølging i styringsdialogen med helseforetakene av deres årlige medarbeiderundersøkelse.
- Antikorrupsjonsprogram med tilhørende håndbok i 2014.
- Arbeid for å fremskaffe bedre oversikt over omfang og årsaker til brudd på arbeidstidsbestemmelsene i samtlige helseforetak.
- Løpende oppfølging av sykefravær i månedsrapporter til ledere. Tiltakene drøftes i relevante fagnettverk.
- Løpende oppfølging av og dialog med helseforetakene om resultatutviklingen, spesielt ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset Telemark.
- Prosjektet *“Digital fornying”* er et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger fremholdt som et av hovedtiltakene for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
- Det er etablert særskilt oppfølgingsregime for Sykehuset Østfold, Prosjekt nytt østfoldsykehus og Sykehuspartner.

### **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.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2014 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2014 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 5. februar 2015 sammen med revisjonsplan for perioden 2015-2016. Konsernrevisjonens årsrapport 2014 er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen).



## **5. Styrets plandokument**

### **5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser**

Endringer innenfor demografi, sykdomsutvikling og medisinsk teknologi og infrastruktur, gjør at det er et stadig økende behov for helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning med økt sykdomsbyrde og at flere lever lenger med kreft, kroniske og sammensatte sykdommer, samt den hurtige medisinskfaglige og teknologiske utviklingen, bidrar til at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker. Høye forventninger i befolkningen til disse tjenestene kan tolkes som et uttrykk for tillit til de offentlige helsetjenestene.

#### **Brukermedvirkning**

I Helse Sør-Øst er brukerrepresentanter involvert på strategisk nivå og i utvikling av tjenester. I de senere årene er det nasjonalt og i Helse Sør-Østs strategiske plan fokusert sterkere på brukermedvirkning på individnivå.

Målsetningen om å styrke pasientens rolle og fokusere sterkere på serviceleveransen, utfordrer tradisjoner og kulturer, profesjonsrollen, kunnskap og kompetanse, strukturer og systemer.

Det er lagt ytterligere trykk på involvering av de enkelte pasientene og deres pårørende og at systemene skal tilpasses pasientene. Pasientens opplevelser tillegges mer vekt, både fordi det er av betydning for den enkelte, og det bidrar til endring av en kultur som mer orienteres mot pasientenes og pårørendes opplevelse av kontakten med spesialisthelsetjenesten.

Kompetente og aktive brukere bidrar til rett diagnostisering, bedre etterlevelse, bedre tilpassede tjenester og reduksjon av feil. Samtidig skal ingen påtvinges en medvirkning de ikke ønsker. Erfaringer fra pasient- og brukerombudene, brukererfæringsundersøkelser, viser at feil for ofte oppstår som følge av mangel på kommunikasjon og situasjoner eskalerer av samme årsak. Pasientene opplever heller ikke i tilstrekkelig grad forventet service og forutsigbarhet, ofte i en sårbar situasjon.

#### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Disse områdene står sentralt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020. Økt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten skal bidra til at tjenestene er virkningsfulle, trygge, involverer brukerne, at de er samordnet, fremstår med kontinuitet og at ressursene utnyttes på en god måte. Dette krever blant annet en sterkere kvalitetsorientert ledelse, gode systemer for kvalitetsutvikling og en sikkerhetsfokusert og lærende kultur for hele tjenesten. Helse Sør-Øst vil i budsjettperioden følge med på at strategi 2014-2018 for det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, implementeres.

#### **Samhandling**

Samhandlingsreformen har som formål å forebygge sykdom og at pasienter skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud på rett nivå. 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 kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser skal komme i stedet for et akutttilbud i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunene med veiledning, kompetansedeling og kompetansebygging. 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. Gode pasientforløp krever klare ansvarsforhold, god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene, i tillegg til innovative medisinsk-faglige, organisatoriske og IKT-løsninger.

### **Medisinsk-teknisk utvikling**

Innovasjon innen genetikk, 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 pasientforløp eller mellom tjenestenivå. Dessuten skal helhetlige IKT-systemer være sentrale i arbeid med kvalitets- og pasientsikkerhet. Dette skal blant annet ivaretas gjennom satsing på digital fornying.

### **Kompetanse**

Innføring av ny teknologi anses som en av de viktigste driverne for kompetansebehov fremover. Dette vil blant annet medføre økt behov for kompetanse i bruk av ny teknologi og økt veiledningskompetanse. Økt bruk av genteknologi og non-invasive kirurgimetoder medfører behov for kompetanse innen medisinsk fysikk, medisinsk informatikk, bioteknologi og andre teknologifag i spesialisthelsetjenesten. Dette gir utslag i økt behov for spesialisert kompetanse innen nukleærmedisin, molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, hematologi og genetikk. I dag er rekrutteringen innenfor disse områdene lav. Det er blant annet registrert mangel på spesialister innen patologi, et behov som sannsynligvis vil bli forsterket i årene fremover. Det utdannes også få geriater.

Imidlertid er det en økt erkjennelse i fagmiljøene av behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse. Denne erkjennelsen kan omfatte en økt kombinasjon av både bredde- og dybdekompetanse på flere områder og kan kreve ulike typer insentiver for å fremme ønsket utvikling.

### **Felles løsninger og samarbeid mellom de regionale helseforetakene**

I helseforetakslovens § 41 er det forutsatt at *helseforetak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme helseforetakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Helseforetaket skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger helseforetaket skal ivareta.* Med bakgrunn i dette har de regionale helseforetakene etablert samordning og samarbeid underlagt interregionalt AD-møte. Dette samarbeidet omfatter også seks felles eide selskaper.

Per i dag har de regionale helseforetakene etablert følgende felles eide selskaper:

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) - etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) - etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) - etablert i 2009 Med hovedkontor i Skien

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) - etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Nasjonal IKT HF (NIKT HF) - etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg HF - etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim

Videre arbeider de regionale helseforetakene med en plan for etablering av et felles eid helseforetak for samordning av innkjøp. Dette omfatter også innorganisering av det interregionale Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS).

Det er også etablert samarbeidsstrukturer blant annet innen det medisinske området, økonomi og HR.

Hovedformålet med det interregionale samarbeidet og de felles eide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Dette samarbeidet vil videreutvikles innen flere områder:

- Mer standardisering, bedre samordning og organisering på tvers av regionene der det er hensiktsmessig.
- Styringsmodellen for selskapene gjennomgås med sikte på mer enhetlig styring, oppfølging og strategiutforming slik at potensialet ved felles organisering og eierskap utnyttes optimalt.
- Samordning med hensyn til hvordan selskapene fremstår og profileres som en del av det samlede tjenestetilbudet innenfor RHF-styrenes ansvar.
- Videreutvikle nettverkssamarbeidet innen alle fagområder.

### **5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet**

Behovet for spesialisthelsetjenester vokser innenfor helseregionen delvis pga. demografiske endringer, økt sykdomsbyrde i befolkningen, medisinsk teknologisk utvikling og høyere forventninger blant innbyggerne i regionen. Samhandlingsreformen skal bidra til å sikre oppfølging i primærhelsetjenesten der det er behov for spesialisert behandling.

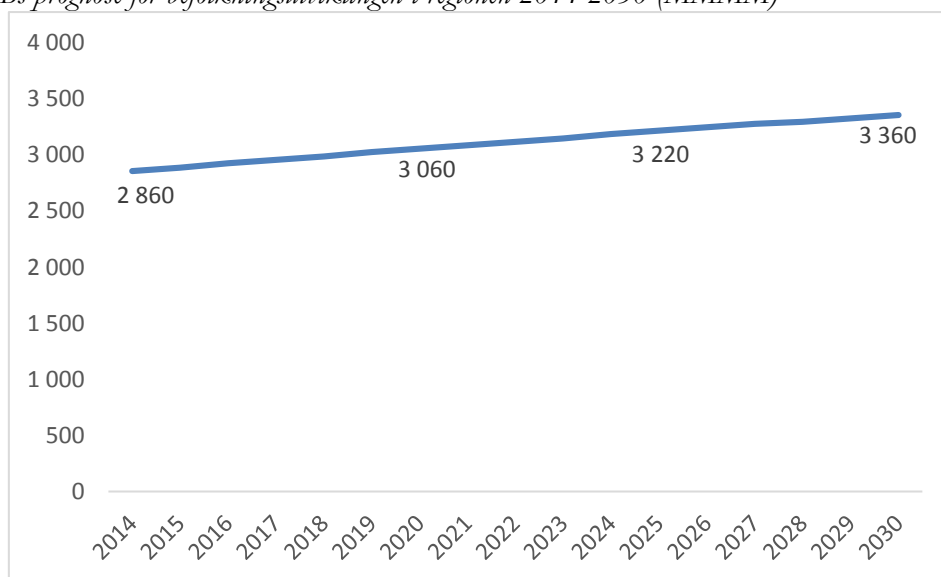
#### **Befolkningsutvikling**

Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som utgjør opp mot 2,86 av landets 5,1 millioner innbyggere. Ut fra SSBs prognose<sup>1</sup> forventes at befolkningen i regionen øker til i overkant av 3,0 millioner i 2020 og 3,2 millioner i 2025. Størst vekst forventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

---

<sup>1</sup> Fremskrivningstall fra SSB. Mellomalternativ Tabell 10213. Juni 2014

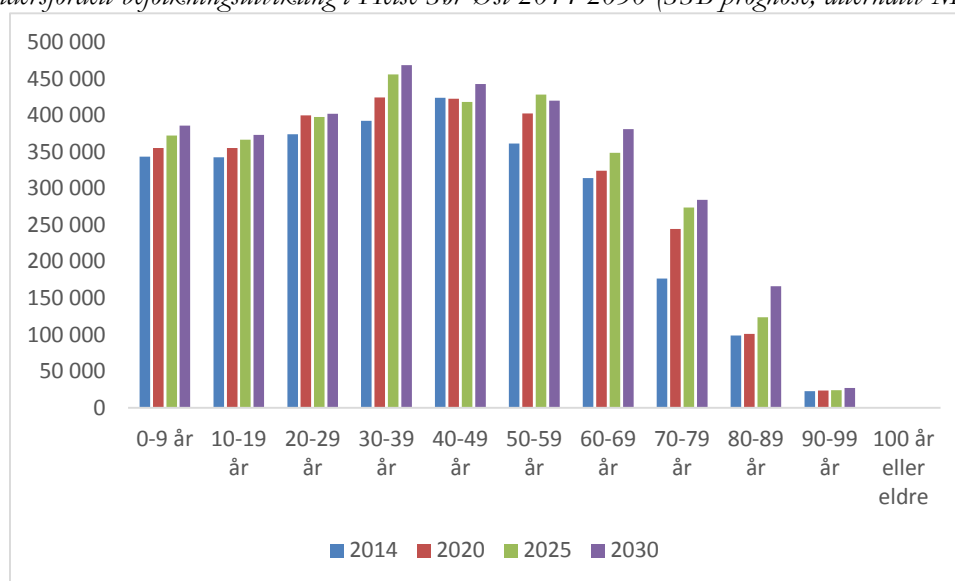
Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutviklingen i regionen 2014-2030 (MMMM)



### Alderssammensetning

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. Denne gruppen har et relativt høyt forbruk av spesialisthelsetjenester.

Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i Helse Sør-Øst 2014-2030 (SSB prognose, alternativ MMMM)



Demografisk faktor er viktig for utvikling av behov for helsetjenester. Men også andre faktor som sykkelighet i befolkningen, sosioøkonomiske faktorer, tilbud og forventninger har betydning.

### Innvandring

I 2014 var det i alt 759 185 personer bosatt i Norge som enten hadde innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrereforeldre (126 075). Til sammen utgjør denne gruppen 14,9 prosent av befolkningen. 6,5 prosent har bakgrunn fra EU/EØS og 8,4 prosent har bakgrunn fra ikke vestlige land. Innvandrere fra Polen er den klart største innvandrerguppen i landet.

Både i sosioøkonomisk og i et helseperspektiv er innvandrerguppen en heterogen gruppe. Sosioøkonomiske problemfaktorer som lav utdanning, lav inntekt og høy arbeidsledighet forekommer hyppigere blant enkelte grupper innvandrere enn blant etnisk nordmenn.

Per 1.1.2014 var det bosatt 151 700 innvandrere og 45 900 norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo. Det er 31 prosent av folketallet i hovedstaden. 9,8 prosent fra EU/EØS og 21,2 prosent fra ikke vestlige land. Siden 2000 har innvandrerbefolkningen i Oslo økt med 99 prosent. I Bydel Søndre Nordstrand har halvparten av befolkningen innvandrerbakgrunn. I bydelene Stovner og Alna er innvandrerandelen på litt under 50 prosent. Mellom 85 og 90 prosent 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**

### ***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.

### ***Helsefaglig og teknologisk 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 pasientforløp 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), intervensjonsradiologi, robotkirurgi og minimal-invasive kirurgiteknikker. Nanoteknologi, genterapi, farmakogenetikk og stamcellebehandling skal også brukes i økende grad til diagnostikk, forebygging og tilpasset behandling.

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

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 det nye nasjonale 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 av helseforetakene som lokalt

beslutningsverktøy for å sikre kunnskapsbasert prioritering og et sikkert og likeverdig tilbud til pasienten.

### ***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 2014 viser at økonomiske barrierer bidrar til et udekket helsebehov og redusert tilgang til helsetjenester blant personer med lav inntekt (OECD *Health at a Glance 2014*, [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf)). Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

### ***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.

Eldre over 70 har fem ganger større forbruk av sykehustjenester enn øvrig del av befolkningen (Hdir 2012: *Behov for spesialist kompetanse i helsetjenesten*). Imidlertid viser internasjonale trender at antall år folk lever med god helse øker, og at utviklingen går i retning av at det er særlig eldre over 80 år som gir større forbruk av sykehustjenester. Det betyr at netto innvirkning på samfunnet fortsatt er uklar og avhengig av helsetilstand for eldre under 80 år.

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 innleggelse (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 pasienter som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) økes samtidig som antall sprøytemisbrukere er stabilisert.

Det skal sikres god kompetanse og kvalitet i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetslidelser. Behandlingsplaner med behandlingsmål og resultatoppfølging vil være vesentlig i dette arbeidet. 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 *Nasjonale 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, forventes 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.

### ***Normative kreftforløpstider skal innfris***

Det er et mål i Nasjonal kreftstrategi, *Sammen mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*, at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Et av virkemidlene for å nå dette målet er Pakkeforløp for kreft.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Helsedirektoratet har i samarbeid med fagfolk fra sykehusene, fastleger og brukerrepresentanter utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter dansk modell. Pakkeforløpene skal implementeres i helsetjenesten i 2015.

Det skal gjennomføres en trinnvis innføring av pakkeforløpene. De fire første pakkeforløpene og diagnoseveiledere implementeres 1. januar 2015. Det er pakkeforløp og diagnoseveileder for brystkreft, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og lungekreft. I løpet av 2015 vil resten av de totalt 28 pakkeforløpene og diagnoseveiledere implementeres.

Det skal utarbeides egne regionalt tilpassede planer for implementering i alle de fire regionale helseforetakene og ved det enkelte sykehus som utreder eller behandler kreftpasienter.

### ***Ventetider og fristbrudd***

Ventetid for alle (med og uten rett) er redusert fra 73,4 dager i 2013 til 72,7 dager i 2014. For somatikk er gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter (med og uten rett) redusert fra 75,1 til 74,4 dager fra 2013 til 2014, og det er en svak reduksjon fra 60,9 dager til 60,3 dager for rettighetspasienter. Vel 90 prosent 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, plastikk-kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og øyesykdommer.

### ***Antall nyhenviste***

Antall nyhenvisninger innen somatikk har økt fra 2013 til 2014 med 2,4 prosent, altså mer enn svarende til befolkningsveksten. Innen psykisk helsevern voksne har det vært en reduksjon på 1,8 prosent, men nyhenvisninger til psykisk helsevern for barn og ungdom har økt med 0,8 prosent.

For andre året på rad har det vært en reduksjon i antall nyhenvisninger til TSB. Nedgangen fra 2013 til 2014 er oppsiktsvekkende stor med 18,6 prosent (2131 færre henvisninger). Årsaken til nedgangen er uklar, men noe kan forklares med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB.

### ***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 innspill til arbeid med statsbudsjett for 2015. I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovene for tjenester. Vurderinger er basert på demografisk betinget vekst og realvekst. Det vil også være viktig å øke innsatsen innen forskning og utvikling og å øke investeringer i bygg og utstyr. Dette setter krav til økte ressurser og mer effektiv bruk av ressursene. Aktivitetsbehovet vil bli påvirket av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av sykdomsutvikling, nye og kostnadskrevenende behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og et ønske om kortere ventetid.

I tråd med dette og oppdragsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet legger Helse Sør-Øst RHF for 2015 som planforutsetning en høyere vekst innen alle tjenesteområdene enn i 2014. Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2,15 pst. inkl. 0,15 pst. til fritt behandlingsvalg fra 2014 til 2015. Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, videreføres i 2015. På alle tjenesteområder er det viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

### ***Samhandling/samhandlingsreformen***

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 utenfor 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.

Samhandlingsreformen har som formål å forebygge sykdom og at pasienter skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud på rett nivå, og om mulig nær pasientens bosted. For at målene skal nås har spesialisthelsetjenesten krav om å bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt å bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevede tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtalesfestes.

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 blir det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til sin befolkning. 2012-2015 er opptrappingsperiode for etablering av slike tilbud. Hensikten er å gi aktuelle pasienter et tilbud i kommunen istedenfor innleggelse i sykehus. Det er en forutsetning at tilbudene gir pasientene et like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og aktuelle kommuner. Det enkelte helseforetak skal bidra til at tilbudene får den ønskede kvalitet og har plikt til å vurdere effekten av tilbudene. Dette gir utfordringer for det regionale helseforetakets prognoser som grunnlag for eventuelt reduksjon av egne akuttfunksjoner. Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten, vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene i tilsvarende omfang. Det er vanskelig å forutse hvilke konsekvenser dette vil få for planleggingen også i et langsiktig perspektiv. Foreløpig er det ikke mulig å se klare effekter på forbruk av sykehustjenester.

Samhandlingsreformen gjelder alle fagområder selv om de økonomiske virkemidlene så langt har vært i forhold til somatisk virksomhet. Det er derfor viktig at samarbeidsavtalene også gjelder pasienter som behandles for sykdommer knyttet til psykisk helsevern og rusavhengighet.

Spesialisthelsetjenesten skal yte god støtte til kommunene for at mest mulig av den behandling som kan skje utenfor sykehus, blir gjort i kommunalt regi. Spesialisthelsetjenesten skal også bidra i 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 og å bistå samarbeid om kompetansebygging og brukervedvirkning.

### ***Kapasitetsvurderinger og sykehusstilørighet***

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. Helse Sør-Øst har



over flere år arbeidet med å legge et godt grunnlag for å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene i tråd med endringer som påvirker både behov og kapasitet.

Langtidsplanlegging, herunder kapasitetsplanlegging, er viktig oppgave og ansvar for Helse Sør-Øst RHF.

Gjennomførte utredninger og arbeid 2014:

- Regional aktivitets- og kapasitetsanalyser (analyse og fremskrivning aktivitet og kapasitet 2030)
- Videreført arbeid i hovedstadsområdet med vekt på sykehusområdene Oslo og Akershus
- Regionalt arbeid knyttet til intensivkapasitet (rapport levert)
- Arbeid med utviklingsplaner og idefaser i de fleste helseforetak og private ideelle sykehus

I tillegg til foretaksmøter og jevnlig oppfølgingsmøter legges opp til tettere oppfølging og analysearbeid av helseforetak med særskilte utfordringer.

Som grunnlag for videre utvikling og planlegging utarbeidet *SINTEF Teknologi og samfunn* en analyse av regionens aktivitets- og kapasitetsbehov frem mot 2030. Denne ble forelagt styret i 2014. I arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner og idefaser vil kapasitetsvurderingene som er gjort av SINTEF legges til grunn. Videre pågår det et arbeid for å se på hvordan kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet kan løses i et mellomlangt perspektiv.

### **5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger**

I tillegg til demografiske faktorer vil også framvekst av og tilhørende krav om bruk av nye behandlingsmetoder være kostnadsdrivende. Med de krav og behov som foreligger og som er knyttet til økte investeringer, særlig innen IKT- sektoren, men også sett i lys av de store utbyggingsprosjektene i regionen, vil dette i sum kreve økt fokus på effektiv drift og tilhørende positive resultater.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler årlig en økonomisk langtidsplan som går over de fire kommende årene, med regionale vurderinger knyttet til investeringer og investeringsstrategi over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2015 -2018, og ble styrebehandlet i juni 2014. Økonomisk langtidsplan skal gi et grunnlag for en samlet, regional vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utbyggingsprosjekter i helseforetaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Denne vurderingen er 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 foretaksmøteprotokoll for det enkelte år.

For å sikre langsiktig handlingsrom for investeringer er det nødvendig at det genereres likviditet gjennom positive resultater i helseforetakene. Det er forutsatt at helseforetakene planlegger sine resultatmål ut i fra realistiske forutsetninger knyttet til kostnadstilpasning og gevinstrealisering slik at det muliggjør nødvendige investeringer gjennom perioden. Resultatkravene fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF, og gjøres gjeldende for helseforetakene gjennom de årlige dokumentene med oppdrag og bestilling.

Det legges opp til en positiv resultatutvikling for helseforetaksgruppen sett under ett i inneværende økonomiplanperiode, men resultatene gir ikke et tilstrekkelig grunnlag for å realisere de investeringsplanene som helseforetakene har lagt til grunn i sine økonomiske langtidsplaner.

Dette vil legge press på resultatutviklingen i helseforetaksgruppen, 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

Realisering av en forventet positiv resultatutvikling i helseforetaksgruppen er avhengig av at det skjer en faktisk bemanningstilpasning og produktivitetsvekst i tråd med det som er lagt til grunn i helseforetakenes økonomiplaner. 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.

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 helseregionen. 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 regionen.. Dette arbeidet vil 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.

### **5.1.3 Personell og kompetanse**

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 2015 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 helseforetakene i stand til å etablere et helhetlig system for styrket ledelse.

Videre skal det i forbindelse med oppfølgingen av overenskomstrevisjon og lønnsoppgjør 2015 gjennomføres tiltak for å understøtte linjeledelsen i utøvelsen av arbeidsgiverpolitikken.

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

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

- Videreutvikle helseforetaksgruppens felles konsept for ledelsesutvikling med tanke på økt kvalitet og effekt for virksomheten.
- Bistå utvalgte helseforetak i utvikling og gjennomføring av lederutviklingstiltak samt støtte Nasjonal Ledelsesutvikling i utvikling og gjennomføring av nasjonale program og tiltak. Videreutvikle nettverk og møteplasser for lederutviklere i regionen for å sikre erfaringsdeling på tvers av helseforetaksgruppen og regionene.
- Utarbeide kunnskapsgrunnlag og anbefalinger knyttet til hensiktsmessige rammebetingelser for utøvelse av ledelse.
- Følge opp medarbeiderundersøkelsen og koordinere gjennomføring samt videreutvikling og bredning av denne i tilknytning til pasientsikkerhetsarbeidet

### **Riktig kompetanse**

Arbeidet med strategisk kompetanseutvikling, som ble initiert som eget prosjekt i 2013-14, videreføres med prioriterte tiltak i 2015.

Helse Sør-Øst har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lede arbeidet med Fremskrivningsprosjektet knyttet til utvikling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette innebærer utarbeidelse av et felles innspill til aktivitetsutvikling frem mot 2030 fra de regionale helseforetakene. Dataene skal også benyttes til å utlede samlet behov for personell og spesifikke kompetanseprofiler. Resultatene herfra vil derfor gi viktig input til vår langsiktige kompetanseplanlegging. For øvrig vil vår innsats i 2015 konsentreres om følgende tiltaksområder:

- *Beslutningsprosesser (aktører og møtearenaer)*, herunder blant annet organisering av samarbeidsorganer, oppfølging av nasjonale utviklingsprosjekter og tilrettelegging av arenaer for samordning og erfaringsdeling mellom helseforetakene i egen region
- *Systemer for innsamling og analyse av personelldata*, spesielt kvalitetssikring av data i Legestillingsregisteret og Personalportalen samt implementering av nytt web-verktøy til støtte for arbeidet med strategiske analyser
- *Oppdatering av kunnskapsgrunnlaget*, dvs. ajourføring av regional behovsanalyse basert på rapportering fra helseforetakene, resultater fra Fremskrivningsprosjektet og data fra evt. andre eksterne og interne kilder

### **Bedre ressursstyring**

Prosjekt bedre ressursstyring ble ferdigstilt i 2014 og aktivitetene overført til drift. Vi vil imidlertid videreføre en systematisk innsats for å støtte og følge opp helseforetakenes arbeid med ressurs- og aktivitetsanalyser, bemanningsplanlegging samt dokumentasjon og oppfølging av

arbeidstidskonsekvenser. I tilknytning til dette vil vi videreutvikle og formidle regionale nøkkeltall (HR faktagrunnlag m.v.). Vi vil særskilt overvåke helseforetakenes bemanningsutvikling i 2015.

Prioriterte tiltak i 2015 vil blant annet omfatte aktiviteter knyttet til:

- videreutvikling av metodikk for god ressursstyring
- samlet og effektiv organisering av HR-funksjonen i helseforetaksgruppen
- rutiner for å sikre dekkende og oppdaterte bemanningsplaner
- planer og dokumentasjon for håndtering av arbeidstidsbestemmelsene
- oppfølging av arbeidet med flere faste og hele stillinger
- bruk av personalpolitiske virkemidler som bidrar til reduksjon av ventetider og færre fristbrudd
- bruk av bierverv ved innføring av Fritt behandlingsvalg

#### **5.1.4 Bygningskapital - status og utfordringer**

##### **Bygg og eiendom**

Helseforetaksgruppen forvalter omtrent 2,7 millioner m<sup>2</sup> brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen utgjør omtrent 35 milliarder kroner (regnskap 2014). Årlig brukes det omlag 2,0 milliarder kroner til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader. Årlige investeringsbudsjetter knyttet til utvikling av bygg og eiendommer utgjør anslagsvis 2,5-3,0 milliarder kroner.

##### **Strategien**

Den vedtatte eiendomsstrategi har følgende fokusområder for perioden 2013-2020:

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

##### **Tilstandsregistrering og vedlikehold**

Helse Sør-Øst RHF har gjennom prosjekt- og nettverksarbeid utviklet verktøy for tilstandsbasert vedlikehold og implementert disse i helseforetakene. Oppfølging av planarbeid samt prioritering av vedlikehold vil være et hovedfokusområde i de nærmeste årene.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse-miljø og sikkerhetsarbeid samt klima og miljø.

##### **Kostnadsoppfølging og benchmarking**

Det er utviklet kontering og rapporteringsformat for eiendomskostnader ved å benytte Life Cycle Cost i henhold til standarden NS 3454. Mål om redusert areal og redusert ressursbruk i

eiendomsdriften skal kvantifiseres ved utløpet av 2015, relatert til utgangsåret 2010. Det er gjennomført benchmarking internt og eksternt i løpet av det siste året. Dette vil videreføres innenfor hele eller flere av eiendomsvirksomheten og er et svært viktig virkemiddel i kontinuerlig forbedringsarbeid for kvalitet og reduserte kostnader.

### ***Klima og miljø***

Forbruk av energi, vann og avfall inngår i årlig rapportering. Disse og andre data (scope 1-3) for klimaregnskap sammenstilles som grunnlag for rapporten Miljø og samfunnsansvar.

Det arbeides kontinuerlig med energireducerende tiltak som både gir reduserte utslipp og lavere kostnader. Det er etablert regional låneordning som helseforetakene kan benytte etter søknad (intern EPC ordning). Det regionale helseforetaket har jevnlig kontakt med Enova for å kunne optimalisere bruk av virkemidler de forvalter. Det er en målsetting i Q1 2015 å formalisere dette arbeidet med etablering av intensjonsavtale.

Kunnskap fra FOU-prosjektet *Lavenergisykehuset* som ble avsluttet i 2014 skal implementeres i drift og prosjektorganisasjonene i regionen. Det er i dette prosjektet utarbeidet om lag 30 veiledere innenfor ulike fagområder. Disse er basert på oppdatert kunnskap om beste praksis og vil gi nyttig kunnskap både for prosjektering av nye bygg og ved drift/vedlikehold/utskifting i eksisterende bygg.

### ***Universell utforming***

Det er en overordnet nasjonal målsetting at alle bygg skal være universelt utformet innen 2025. I nybygg ivaretas dette ved prosjektgjennomføringen. I eksisterende bygg er det planlagt en pilotstudie som erfaringsgrunnlag for å finne kostnadseffektive metoder for implementering i alle våre bygg.

*Nettverksarbeid* har gjennom flere år fungert godt og fra helseforetakene meldes det behov for flere fagnettverk, siste år ble nettverk IK -el etablert. Denne arbeidsformen er svært nyttig for kunnskapsdeling og "best praksis" arbeid på alle plan og i alle fag. I 2015 vil en ny arbeidsgruppe innen for robust drift av kritisk infrastruktur bli etablert.

### ***Bruk av BIM***

Helse Sør-Øst har intensjonsavtale sammen med flere større offentlige eiendomsbesittere om krav til bruk av åpne standardiserte løsninger- "open BIM". BIM som verktøy har et stort potensiale for å effektivisere og forbedre kvalitet i byggeprosesser. For rasjonell samhandling av informasjon mellom aktører og andre IKT programmer er det viktig at åpne standarder for kommunikasjon benyttes. Praktisk bruk av BIM i regionen er kommet godt i gang og Prosjekt nytt Østfoldsykehus er tildelt internasjonal pris for å arbeide i front med denne teknologien. Det arbeides også aktivt for å kunne implementere dette i forvaltning og drift av bygningsmassen.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med andre offentlige byggherrer undertegnet et statement ovenfor leverandører med krav om at det etter juli 2016 kun skal benyttes åpen BIM i prosjektene.

### ***ByggIT***

Det er stort behov for gode moderne IKT-tjenester for å kunne utvikle bygg og eiendom i takt med endrede krav til leveranser og dokumentasjon.

Det er igangsatt et prosjekt for å utvikle og samordne IKT-systemer for god samhandling ved gjennomføring av prosjekter, effektiv drift, kostnadseffektiv etablering og lagring av god dokumentasjon gjennom hele livsløpet for bygget.

Prosjektet skal vare i tre år med følgende hovedmålsettinger:

- Bygginformasjon fra ”vugge til grav”. Informasjon fra byggesak og driftsfase skal være tilgjengelig og oppgradert gjennom byggets levetid. Bruk av åpen BIM.
- Mobile løsninger
- Sømløs kommunikasjon internt og eksterne med rådgivere, arkitekter og myndigheter

### ***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. Antatt prosjektkostnad er i overkant av 400 millioner kroner, og det vil bli tatt stilling til eventuell videreføring til konseptfase i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2016-2019

#### *Oslo universitetssykehus*

Helseforetaket vil fullføre arbeidet med en samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i helseforetaket - Campus Oslo i 2015. Denne vil danne grunnlag for beslutning om videre prosess.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2014 både nasjonal rapport om etablering av regionalt protonsentert og under rapporten om etablering av et protonsentert ved Oslo universitetssykehus. Videre prosess vil bli basert på tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet, som har bestilt oppdraget gjennom foretaksmøteprotokoll i september 2013.

I tillegg til ordinære løpende investeringer i helseforetaket er det etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innenfor brann og arbeidsmiljø, og som vil danne grunnlag for søknad om lånefinansiering.

#### *Sykehuset i Vestfold*

Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent for gjennomføring i juni 2014. Prosjektet er kostnadsberegnet til omtrent 2,5 milliarder kroner, og er foreløpig planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2020.

#### *Sykehuset Innlandet*

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente, med bakgrunn i helseforetakets utviklingsplan oppstart av idéfase.

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 Innlandets utviklingsplan.

#### *Sykehuset Telemark*

Sykehuset Telemark vedtok i 2014 en strategisk utviklingsplan for helseforetakets virksomhet og struktur. Helseforetaket har parallelt utarbeidet planer på idéfasenivå for utvidelse og oppgraderinger i Skien, med samlede investeringer på i underkant av en milliard kroner Helse

Sør-Øst RHF vil ta stilling til eventuell videreføring av prosjektet i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2016-2019.

#### *Sykehuset Østfold*

Nytt østfoldsykehus på Kalnes er i ferd med å bli fullført, og vil bli gradvis tatt i bruk fra april til november 2015.

#### *Sørlandet sykehus*

Sørlandet sykehus har arbeider med en utviklingsplan, som er planlagt ferdigstilt etter at den nasjonale helse- og sykehusplanen er framlagt i ultimo 2015. Helseforetaket arbeider parallelt med konseptfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette konseptet vil bli avstemt med hovedtrekkene i den foreløpige utviklingsplanen, og forventes å kunne bli behandlet i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2016-2019.

Ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand, er avsluttet etter fase 1, og videre oppgradering vil bli sett i sammenheng med videre utvikling av sykehuset.

#### *Vestre Viken*

Planene for nytt sykehus på Brakerøya i Drammen ble vedtatt videreført til konseptfase i styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2014, og antatt byggeperiode er 2017-2021/22.

Det foreligger styrebehandlete idéfaser for samlet akuttpsykiatri på Blakstad, som en midlertidig løsning, og nybygg for distriktskykiatri i Drammen. Helse Sør-øst RHF vil ta stilling til eventuell videreføring til konseptfase i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2016-2019.

## **5.2 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.

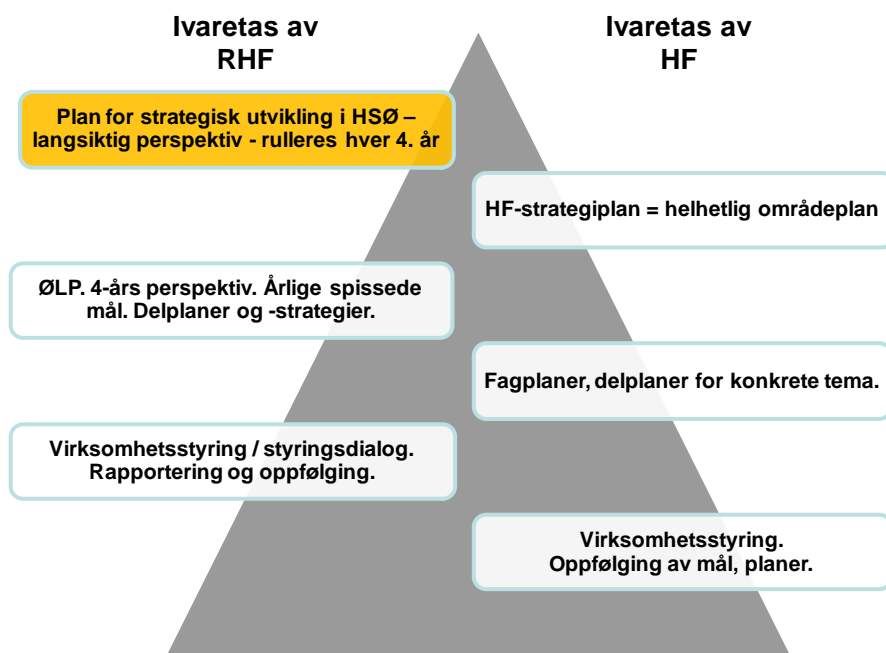
For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

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:*



### 5.2.2 Strategier for perioden 2013-2020

Nedenfor gjengis utdrag fra *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

#### Pasientbehandling

*Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.*

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

*Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.*

1. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet bygges på kunnskap og engasjement blant ansatte, tydelig ledelse og forankring i styret



2. Åpenhetskultur utvikles gjennom systematisk måling og oppfølging av resultater og brukererfaringer, identifisering av risikoområder og forbedringstiltak
3. Forbedringsarbeid ledes av sentrale helsearbeidere.
4. Ledelsen i pasientnær virksomhet får synlig støtte i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

*Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.*

1. Sikre gjensidig kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning mellom helseforetakene og kommunchelsetjenesten
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 prehospitaltjenester 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 kryssningen 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 kompetanseutvikling 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, opptre 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 Forsyningssenter

### *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

### **5.2.3 Regionale delstrategier og planer**

- Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
- Regionalt fagsenter for kvalitetsregistres strategi og handlingsplan for 2015
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- 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
- "Økt frivillighet" - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
- Videreutvikling av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst
- 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
- Regional HR-strategi 2014-2017
- Strategisk kompetanseutvikling
- HMS-policy
- 13 prinsipper for brukermedvirkning
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (investeringsprosjekter fram til 2035). 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)
- Strategisk utvikling av innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst
- Strategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester
- Plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister mot 2020
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

## Vedlegg

### Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål
<i>Antall produserte DRG-poeng</i>	<i>Regionale helseforetak</i>	780 003	774 425
<i>Refunderte polikliniske inntekter</i>	<i>Regionale helseforetak</i>	1 909 563	1 879 519

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	73,3	73,4	72,7	<i>Under 65 dager</i>	I 2014 har Helse Sør-Øst RHF forsterket innsatsen i arbeidet med å nå målet. Det har vært en systematisk oppfølging av helseforetakenes arbeid og status i måloppnåelse. Arbeidet med tilgjengelighet har stått øverst på dagsordenen i oppfølgingsmøter og andre sammenhenger. Videre har Helse Sør-Øst RHF etablert et eget prosjekt med dedikerte personalmessige og økonomiske ressurser. I regi av dette har det vært iverksatt regionale og lokale tiltak. I arbeidet deltar også <i>Kontoret for fritt sykehusvalg</i> og et eget ressursteam i Sykehusparter. Disse er operative ute i helseforetakene med konkret rydding i ventelister og organisatorisk bistand. Innsatsen opprettholdes og forsterkes i 2015.	Målet er ikke nådd. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter er redusert med 0,7 dager fra 2013 til 2014, men ligger fortsatt for høyt i forhold til målet på 65 dager. Årsaken til dette kan for det meste finnes i ventetiden for somatiske pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, men også i noen grad i ventetiden for pasienter uten rett som er søkt til døgnopphold <i>Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB)</i> i private institusjoner. Til tross for forsterket innsats i 2014 er måloppnåelsen ikke tilfredsstillende. Dette viser at arbeidet med å nå målene er svært utfordrende, spesielt på noen fagområder innen somatikk.

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	7,6 %	7,2 %	6,3 %	0 %	Arbeidet for å bedre pasientenes tilgjengelighet omfatter både ventetider og fristbrudd. Det regionale helseforetakets vurderinger og utvidede tiltak/satsing framgår under omtalen av ventetidsmålet.	Målet er ikke nådd. Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert med 0,9 prosent fra 2013 til 2014, men er med en andel på 6,3 prosent, fortsatt altfor høy og langt over målet om null fristbrudd. Her finnes årsaken spesielt innen somatiske tjenester. I tillegg er det høy andel ved private institusjoner for barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2013	2. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>Norske pasientregister</i>	13,0	14,2	14,4	12,2	20 %	De tiltakene som har vært gjennomført i 2014 er knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet. Det vurderes å styrke tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet på dette området, blant annet med folkeopplysning om alarmsymptomer for å redusere tid fra symptomer oppstår til behandling iverksettes. Helse Sør-Øst RHF vil i februar/mars 2015 etablere et regionalt midlertidig fagutvalg for hjerneslag hvor hensikten er å styrke kvaliteten på slagbehandlingen gjennom hele pasientforløpet. Målet med midlertidig fagutvalg hjerneslag er å styrke tilgjengeligheten for spesialisert slagbehandling, sørge for et bedre fungerende tverrfaglig behandlingsopplegg slik at alle slagpasienter får et faglig godt og likeverdig behandlingstilbud, samt sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten på dette området.	Målet er ikke nådd blant annet fordi det ikke har vært tilstrekkelig tiltak utover pasientsikkerhetsprogrammet. Arbeid med å nå målet intensiveres nå gjennom etablering av midlertidig fagutvalg for hjerneslag.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2013	2. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	54,4	54,8	55,2	53,3	80 %	Helseforetakene har hatt fokus på å bedre resultatoppnåelse spesielt ved å øke kapasiteten på koloskopi, og også i forhold til kapasitet ved patologiske avdelinger som skal gi prøvesvar. Basert på anbefalinger fra regionalt nettverk for behandlingslinjer har de fleste helseforetak utviklet helhetlig pasientforløp for tykktarmskreft i 2013 og 2014.	Målet er ikke nådd. Noen helseforetak har tidvis forbedret resultatene, men på regionalt nivå er sluttresultatet ved det samme. Resultatene helseforetakene imellom svinger. Blant annet henger dette sammen med at rekrutteringssituasjonen for spesialister er sårbar. Det spesielle for dette området er også at etterspørselen på undersøkelser er sterkt økende, men at bare en liten andel av de undersøkte går videre i behandling. Betydelig kapasitet brukes på screening og undersøkelse av pasienter som viser seg å ikke ha kreft..
<i>Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	33,0	33,6	31,6	34,5	80 %	Kirurgien for dette kreftområdet er funksjonsfordelt på to helseforetak (Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus). Det er en utfordring ikke å miste tid i første del av undersøkelsesfasen. Det er tidstap knyttet forflytninger av pasientene mellom avdelinger/sykehus. På bakgrunn av svak måloppnåelse vil dette området bli gjenstand for forsterket fokus og ytterligere innsats i 2015.	Måloppnåelsen på dette området er spesielt svak. Diagnostiseringsfasen er krevende med stor risiko for avbrudd og tidstap.



Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2013	2. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	<i>Norske pasientregister</i>	61,2	60,0	49,9	48,1	80 %	<p>For å øke andelen pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager er blant annet undersøkelseskapasiteten ved Oslo universitetssykehus økt. Basert på anbefalinger fra regionalt nettverk for behandlingslinjer har de fleste helseforetak utviklet helhetlig pasientforløp for brystkreft i 2013 og 2014.</p> <p>Etableringen av pakkeforløp med konkrete frister for hele undersøkelsesfasen, dedikerte koordinatorene som følger opp og økt bevissthet hos pasienter og pårørende om å få definert sin ”pakke”, vil øke resultatoppnåelsen.</p> <p>Oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2015 inneholder krav om etablering av forløpskoordinatorene som spesielt skal følge opp slik at de normative utredningstidene følges. Det arbeides aktivt med flaskehalser og kapasitetsutfordringer. Fortløpende monitorering er under etablering.</p>	<p>Målet er ikke nådd, og resultatoppnåelsen har gått i feil retning. En flaskehals har vært kapasiteten for undersøkelse og prøvesvar. Det er et stort og økende antall pasienter som må til videre undersøkelse etter screening, men hvor det bare hos en mindre andel bekreftes kreftsykdom. Målene er satt høyt i utgangspunktet, slik at oppnåelsen vil ta tid.</p>

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>	<i>Helse-direktoratet (SSB)</i>	DPS: 40,8 % Sykehus: 59,2 %	DPS: 43,4 % Sykehus: 56,6 %	Systematisk og godt arbeid med dette målet gjennom flere år. Alle helseforetak/sykehus viser hvordan man i 2014 har fortsatt innsatsen og omstilt i forhold til målkravet om å øke andel årsverk innen DPS i forhold til sykehus. Oslo universitetssykehus har regionale funksjoner som må holdes utenom, men man har arbeidet godt med tilsvarende omstilling også ved Oslo universitetssykehus. Målet for 2014 anses som oppnådd.

Styringsparametre	Datakilde	mai 2014	november 2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Folkehelseinstituttet</i>	4,9	Tallene blir publisert i april 2015 og vil bli ettersendt når de foreligger	<p>Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har definert et eget måltall for dette styringsparameteret. Andel sykehusinfeksjoner skal reduseres til under tre prosent. Det egendefinerte målet er samlet sett ikke nådd i 2014.</p> <p>Det er ikke mulig å identifisere måloppnåelsen i forhold til Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav før Folkehelseinstituttet publiserer sine tall i april 2015.</p> <p>Alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst rapporterer som pålagt i <i>Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS)</i>.</p> <p>I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. I 2011 viste målingene et nivå på 5,2 prosent. Målingene har etter dette vist reduksjoner, slik at resultatet ble 4,2 prosent i målingen 2. kvartal 2013. Ved målingen 2. kvartal 2014 ble det imidlertid påvist en økning til 4,85 prosent. Gjennomsnittlig prevalens ved Oslo universitetssykehus er etter 2 kvartal 2014 mål til 4,7 prosent. Det rapporteres om en gradvis økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier og helseforetaket har ledelsesbehandlet egen strategi, risikoanalyse og handlingsplan innen smittevern, samt beskrevet forventet utvikling av infeksjoner frem mot 2018.</p> <p>Alle helseforetak har iverksatt tiltak for å forbedre resultatene. Av tiltak som er iverksatt på helseforetaksnivå kan nevnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• egen prosjektgruppe ved Sørlandet sykehus som arbeider med å redusere infeksjoner hos pasienter som gjennomgår keisersnitt</li> <li>• gjennomført risikoanalyser med påfølgende handlingsplaner i</li> </ul>

Styringsparametre	Datakilde	mai 2014	november 2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				forbindelse med infeksjoner ved Vestre Viken <ul style="list-style-type: none"> <li>forebygging av infeksjon er en del av de årlige lederavtalene ved Sykehuset i Vestfold</li> </ul> <i>Pasientsikkerhetsprogrammet</i> er en del av satsningen for å forebygge infeksjoner.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>30-dagers overlevelse</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	94,5	94,3		<i>Tall for 2013 er publisert: 94,7</i> Tiltak iverksatt i forhold til dette styringsparameteret vil omfatte alt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet samt pasientforløp i Helse Sør-Øst.
<i>Andel tvangsinnleggelse (antall per 1 000 innbyggere i helseregionen)</i>	<i>Norsk pasientregister</i>	2,1	2,1	<i>Redusert med 5 % sammenlignet med 2013</i>	Det har vært arbeidet systematisk og godt med målet om redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i flere år i henhold til regional og lokale planer. Tallene har blitt fulgt opp svært nøye. Helse Sør-Øst har bl. a. egen nettside hvor alle tall legges ut. For 2014 har NPR ikke levert tall og dette målet kan derfor ikke besvares. Enkelte helseforetak/sykehus beskriver, at basert på egne tall, så er målet med 5 prosent reduksjon nådd. De fleste viser til manglende tall fra NPR. På regionalt nivå ansees målet som ikke oppnådd grunnet manglende rapportering fra NPR.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
		<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>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Pleiepersonalet</i></li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>76 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Resultatet er på samme nivå som landsgjennomsnittet. Det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskaps-senteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
		<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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informasjon</li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>71 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Resultatet er på samme nivå som landsgjennomsnittet. Det er en signifikant forbedring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Legene</li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>74 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Resultatet er ikke signifikant lavere enn landsgjennomsnittet. Det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pårørende</li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>76 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Resultatet er likt med landsgjennomsnittet. Det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisering</li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>66 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er ikke signifikant under landsgjennomsnittet og det er signifikant forbedring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasientsikkerhet</li> </ul>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>88 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er uendret fra 2013 og er ikke signifikant under landsgjennomsnittet.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
<ul style="list-style-type: none"> <li>Standard</li> </ul>	Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)	<p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>72 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er signifikant bedre enn landsgjennomsnittet. Det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskapssenteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventetid</li> </ul>	Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>65 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er noe, men ikke signifikant over landsgjennomsnittet og det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskapssenteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sambandling</li> </ul>	Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>63 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er noe, men ikke signifikant under landsgjennomsnittet og det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskapssenteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utskrivning</li> </ul>	Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>56 % av pasientene i Helse Sør-Øst var fornøyd eller meget godt fornøyd med standarden. Dette er likt med landsgjennomsnittet og det er ingen signifikant endring i forhold til forrige år.</li> <li>Kunnskapssenteret har presentert Pasopp-undersøkelsene i styremøte, HF-direktørmøte og fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst med fokus på å bruke slike data til forbedringsarbeid.</li> <li>Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskapssenteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerundersøkelsen innen TSB er ikke satt opp slik at den egner seg for sammenligninger mellom regionene eller mellom institusjonene innen den enkelte region.</li> <li>• Mange av helseforetakene og våre avtaleparter scorer om lag på samme nivå i 2014 som i 2013. Det scores bra på mange områder, men generelt lavt på forhold som omhandler avslutning av behandlingen og videre oppfølging i kommunene.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF har både behandlet brukerundersøkelsen i Fagrådet innen TSB og drøftet resultatet av brukerundersøkelsen med den enkelte avtalepart i oppfølgingsmøtene.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<i>Fastlegers vurdering av distriktspyskiatriske sentre</i>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I store trekk tyder resultater fra denne undersøkelsens at det skjer en positiv, men langsom utvikling.</li> <li>• I alt sju områder er undersøkt: bemanning, epikriser, veiledning, akutte situasjoner, kompetanse, henvisninger og ventetid. Undersøkelsen er tidligere gjennomført i 2006, 2008 og 2011 og gir derfor også et bilde på utviklingen over tid.</li> <li>• Tallene for Helse Sør-Øst viser en klar positiv utvikling sammenlignet med 2011 på områdene veiledning og epikriser, men tilbakegang på området henvisninger. Skårene for Helse Sør-Øst i 2014 er statistisk signifikant (<math>p \leq 0,05</math>) høyere enn i 2011 på indeksene Veiledning og Epikriser, men lavere på indeksen Henvisninger.</li> <li>• Resultatene følges godt opp i de respektive helseforetak og DPS.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Kunnskaps-senteret om å gjennomføre supplerende undersøkelser på avdelings- og post nivå slik at dataen i større grad er egnet til forbedringsarbeid.</li> </ul>
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Kunnskaps-senteret (Nasjonale bruker-erfarings-undersøkelse)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetakene i Helse Sør-Øst skårer 8,3 % på indeksen over reinnleggelser innen 30 dager for pasienter som ble skrevet ut uten hjelp fra kommunens pleie- og omsorgstjenester. Dette er litt lavere enn de andre regionene. For pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag eller neste dag ble 20,4 % av pasientene reinnlagt innen 30 dager. Dette er høyere enn de andre regionene som har fra 15,1-18,9 % reinnleggelser. For de pasientene som lå utskrivningsklare i sykehus 2 dager eller mer, er ikke forskjellene mellom regionene like store. HELSE SØR-ØST hadde 17,8 % reinnleggelser, de andre 15,1-17,5.</li> <li>• Liggetiden før en pasient meldes utskrivningsklar er i Helse Sør-Øst 6,2 dager, for de andre regionene varierer dette mellom 7,2 og 9,1 %.</li> <li>• Asker og Bærum kommuner drev sammen med Vestre Viken, Bærum sykehus og Helse Sør-Øst RHF et reinnleggelsesprosjekt i 2013-14. Dette prosjektet bidro blant annet til å redusere antall reinnleggelser for hjertesviktpasienter.</li> <li>• I Kunnskaps-sentrets notat fra nov 2014 om 30-dagersoverlevelse og reinnleggelser finner vi at helseforetakene i Sør-Øst skårer 15,44 % på indeksen over reinnleggelser. Dette er nært det nasjonale gjennomsnittet på 15,41 %. Resultatene varierer mellom 14,65 og 15,82.</li> </ul>

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er målet nådd?</li> <li>• Hvis nei, hvorfor ikke?</li> </ul>
<i>Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helsetjenesten</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved årets utgang er det sendt fem minimetodevurderinger til databasen (hvorav en først er publisert i jan 2015).</li> <li>• Det er registrert 13 påbegynte minimetodevurderinger i Helse Sør-Øst i 2014, som ikke er ferdigstilt.</li> </ul>		Det har vært fem møter i Beslutningsforum i 2014.	Antallet mini-metodevurderinger er i kraftig stigning i 2015. Det er ikke definert noe måltall for antall mini-metodevurderinger og heller ikke gjort noen vurdering av hva som er "rett eller nødvendig" antall.
<i>Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. Nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Regionale helseforetak</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ni metoder ble vedtatt innført</li> <li>• Fem metoder ble vedtatt ikke innført i 2014</li> <li>• Noen metoder ble det ikke tatt endelig stilling til av ulike grunner og disse vil bli behandlet når ny informasjon foreligger.</li> </ul>			

## Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2014

Brukerutvalget har gitt leder og nestleder fullmakt til å ta del i arbeidet med Hovedprosesser i Helse Sør-Øst RHF. Dette har skjedd i de regelmessige samarbeids- og innspillmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og representanter fra brukertvalget.

En gruppe bestående av leder, nestleder og ett medlem har hatt fullmakt til å utforme brukertvalgets uttalelse til Årlig melding 2014. Samlet brukertvalg er forelagt Årlig melding i møte 10. og 11. mars 2015. Meldingen tar for seg den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst i 2014 og vier stor oppmerksomhet på hva som skal skje i 2015 og videre framover. Brukertvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Uttalelsen til Årlig melding organiseres i samsvar med det regionale brukertvalgets veileder om brukertvalgenes medvirkning i helseforetakenes arbeid med årlig melding. Brukertvalget ser positivt på at oppdrags- og bestillerdokument og årlig melding blir kortet ned og at dette arbeidet bør fortsettes.

### **Kvalitet og pasientsikkerhet:**

*Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet:* Brukertvalget bidro aktivt til strategien for kvalitet og pasientsikkerhet som ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i desember 2013 og er opptatt av at den følges opp. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som er videreført som et nasjonalt program er sentral i Helse Sør-Øst RHF sin strategi. Det er fortsatt nødvendig å holde kontinuerlig fokus på løpende oppfølging og varig endring. Brukertvalget er positive til Helse Sør-Øst sin satsning på kvalitetsregistre og målinger som gir helseforetakene tilgang til sammenlignbare resultat ved ulike sykehus nasjonalt og internasjonalt.

*Pasientskader:* Brukertvalget registrerer med glede at GTT- tallene indikerer at andel pasienter som skades er redusert, og håper dette er en utvikling som vil fortsette. Brukertvalget forutsetter at resultat for sykehusinfeksjoner følges opp med sikte på å avdekke årsak til høyere forekomst i 2. kvartal 2014.

*Kunnskapsbasert praksis:* Brukertvalget ser positivt på arbeidet med utvikling av gode pasientforløp, basert på prinsippet om kunnskapsbasert praksis. Utvalget er opptatt av at helseforetakene standardiserer tjenestene, men også at tjenestene tilpasses den enkelte pasients situasjon. Det registreres fortsatt at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at det helhetlige pasientforløpet ikke nødvendigvis alltid ivaretas. Brukertvalget ønsker at det holdes sterkt fokus på å fase ut udokumentert og mindre effektiv behandling.

*Strategisk kompetanseutvikling:* Brukertvalget har merket seg at Helse Sør-Øst RHF også i 2014 har arbeidet med strategisk kompetanseutvikling for å møte framtidens behov for helsepersonell. Dette er et arbeid som må prioriteres videre. Dette er av avgjørende betydning for en god framtidig helsetjeneste.

*Digital fornying:* Brukertvalget mener at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Brukertvalget er opptatt av at arbeidet i programmet Digital fornying gis meget høy prioritet, og styres stramt. Brukertvalget mener de økonomiske rammene for prosjektet er for lave for å nå programmets mål. Utvalget stiller seg også positive til større grad av nasjonal standardisering.

*Pasientadministrative system:* Brukertvalget følger prosjektet "Glemt av sykehuset" nøye og mener det fortsatt må arbeides aktivt med prosjektet. Det er avgjørende at det er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Brukertvalget registrerer at det i 2014 er etablert bedre kommunikasjonssystemer mellom sykehus og primærhelsetjenesten og ser meget positivt på dette.

*Prehospitale tjenester og akuttmottak:* Brukertvalget har lenge vært opptatt av forbedring av de prehospitale tjenester og bedre organisering av akuttmottakene i de somatiske sykehusene. Brukertvalget ser fram til snarlig videreutvikling av disse tjenestene og tror dette vil påvirke hele sykehusstrukturen, og gi pasientene en bedre



helsetjeneste. Brukerutvalget støtter opp under sluttrapporten for prehospitaltjenester og forutsetter at anbefalingene følges opp med økonomiske midler gjennom økonomisk langtidsplan.

*Informasjon og kommunikasjon:* Brukererfæringsundersøkelser 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 diagnostisering og behandling samt manglende egenoppfølging. God kommunikasjon løftes fram som høyt prioritert. Det registreres at prosjekt for systematisk forbedring av kommunikasjon pågår i flere helseforetak. Brukerutvalget ønsker at slike tiltak iverksettes i alle deler av helsetjenesten, og ser positivt på at Helse Sør-Øst RHF i 2014 har etablert en regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring, som bl.a. vil ha helsepedagogikk og kommunikasjon som satsningsområde.

*Meldekultur og avvikshåndtering:* Brukerutvalget oppfatter god meldekultur og åpenhet som en nødvendig forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner som gir trygge og forutsigbare tjenester. Brukerutvalget ser rapporten "Åpenhet om uønskede hendelser" som ble utarbeidet i 2014 etter initiativ fra brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF som viktig. Denne gir rammer for hvordan helseforetakene skal publisere uønskede hendelser. Brukerutvalget har tro på at oppfølging av dette arbeidet vil bidra både til bedre omdømme og en tryggere helsetjeneste. Brukerutvalget registrerer med beklagelse at prosjektet for felles dokument- og forbedringssystem under programmet Digital fornying ikke ble tilstrekkelig høyt prioritert for videreføring. *Regionale strategier, handlingsplaner og veiledere:* Brukerutvalget mener det fortsatt er behov for å holde oppmerksomhet på de regionale strategiene innen TSB, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering. Det er bekymringsfullt at handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre ikke er revidert i samsvar med føringene i samhandlingsreformen og positivt at dette arbeidet tas opp igjen.

*Fordeling av oppgaver og funksjoner:* Helse Sør-Øst RHF har de senere år vedtatt funksjonsfordeling innen flere områder. Vedtakene må følges opp og kvalitet må måles. Brukerutvalget ønsker ytterligere standardisering og stiller seg positiv til funksjonsfordeling når dette kan lede til bedre kvalitet.

*Forskning og innovasjon:* Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges vekt på at forskningsresultat overføres til praksis og gir bedre behandling. Det registres at fordeling av forskningsmidler i 2014 følger føringene i den regionale strategien fra 2013. Brukerutvalget er representert i interregionalt arbeid for å utvikle felles retningslinjer for brukervedvirkning i forskning som forventes vedtatt i 2015. Brukerutvalget ser positivt på at det innen forskning og innovasjon legges større vekt på relevansvurdering og brukerdreven innovasjon. Muligheter og utfordringer som følger av genteknologi og persontilpasset medisin følges med interesse.

*Utsending av epikriser og korridorpasienter:* Brukerutvalget beklager at det etter mange år med fokus på disse områdene samlet sett kun er marginale forbedringer.

### **Pasientrettigheter og ventetider:**

*Ventetider:* Brukerutvalget merker seg at det fortsatt kun er marginale endringer i gjennomsnittlig ventetid. Antallet pasienter som får behandling øker, men ikke i tilstrekkelig stor grad. Også andelen fristbrudd er for høy. Brukerutvalget ser positivt på Tilgjengelighetsprosjektet og det regionale innsatsteamet som er etablert. Tilgjengelighetsprosjektet er i tråd med tidligere ønsker fra brukerutvalg om sterkere satsning på ventetider i poliklinikk.

Det er også positivt at pasientene i stadig større grad blir varslet om timer på SMS. Dette er god service og bør resultere i bedre frammøte og bedre utnyttelse av kapasitet. Brukerutvalget mener arbeidet med å gi pasientene bekreftelse og tidspunkt i samme brev er viktig, og vil bidra til forutsigbarhet for pasientene og bedre planlegging i sykehusene. Selv om utviklingen er positiv, er det fortsatt hele 42 % av pasientene som ikke får bekreftelse og tidspunkt i samme brev.

*Kapasitet:* I 2014 har det vært særlig stort fokus på kapasitetsanalyser og –utnyttelse, særlig i hovedstadsområdet. Brukerutvalget er opptatt av at dette viktige arbeidet fortsetter i 2015 i samarbeid med aktuelle HF og sykehus og deres brukerutvalg, slik at man kommer fram til gode og varige løsninger. Brukerutvalget understreker at det er et betydelig potensial for kapasitetsøkning i regionen dersom poliklinikkene holder lenger åpent og dyrt utstyr

anvendes større deler av døgnet. Brukerutvalget mener også at avtalespesialistene bør integreres tettere i øvrig spesialisthelsetjeneste og deres kapasitet utnyttes mer målrettet. Kapasiteten i offentlig sykehus og private avtaler innen Raskere tilbake må utnyttes optimalt.

Det er positivt at Helse Sør-Øst RHF raskt fulgte opp nasjonale pålegg om anskaffelser av ytterligere privat kapasitet innen TSB. Brukerutvalget har forventninger til innføring av regjeringens varslede Fritt behandlingsvalgreform og mener denne bør gi mulighet for bedre bruk av kapasiteten i helseforetakene.

*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. Det er positivt at tolkesentralen er satt i drift ved Oslo universitetssykehus HF. Dette bør snarest mulig bli et regionalt tilbud.

### **Et koordinert helsetilbud:**

*Samhandlingsreformen:* Samhandlingsreformens mål støttes av brukerutvalget og det registreres at det er mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. Det er viktig at tilbud i spesialist-helsetjenesten 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. Om dette reelt handler om kapasitet i spesialisthelsetjenesten eller systemsvikt i samhandlingen vites ikke. Rapporter som kom ved årsskiftet viser at dette er et område som må følges nøye.

Gjensidig faglig veiledning, samarbeid gjennom ambulante team/lokalbaserte tilbud og gjensidig hospitering er viktig. Det bør utvikles indikatorer for samhandling. Det må holdes fokus på god samhandling innad i spesialisthelsetjenesten.

*Pakkeforløp kreft:* Implementering av pakkeforløp kreft som er forberedt i 2014 må følges nøye også med sikte på å bruke erfaringer fra dette arbeidet innenfor flere diagnoseområder.

### **Brukermedvirkning:**

*Brukermedvirkning på systemnivå:* Brukerutvalgene er de viktigste organer for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at det i 2014 ble etablert systemer for brukerdeltagelse i interregionale / nasjonale fellestiltak og HF og at det er lagt vekt på ytterligere styrking av regionale nettverk, samt regionalt brukerutvalgsnettverk.

*Brukermedvirkning på tjenestenivå:* Parallelt med at arbeid med forbedring av brukerutvalgenes funksjon videreføres, rettes medvirkningen i større grad mot forbedring av tjenester og forløp.

*Brukermedvirkning på individnivå:* 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. Etablering av den regionale kompetansetjenesten for pasient- og pårørende opplæring er positivt. Begrepet ”samvalg” har slått inn i den offentlige debatten, delvis med fokus på språk. Det viktigste er at pasienter deltar i beslutninger om behandlingsform i alle forløp der det er ulike kunnskapsbaserte behandlingsformer.

Brukerutvalget ser med interesse på utviklingen av det regionale prosjektet Min Journal ledet fra Oslo universitetssykehus. Brukerutvalget ønsker tydeligere føringer fra Helse Sør-Øst RHF/Digital fornying om at helseforetakene pålegges å implementere Min Journal slik at pasienter får tilgang til egen journal, tilgang til støttesystem for administrasjon av helsetilstanden og også anledning til å endre time. Dette vil gi bedremulighet for den enkelte pasient for å følge opp egen helsetilstand, og også bidra til bedre kapasitetsutnyttelse og kortere ventetider.

*Brukererfaringsundersøkelser:* Brukerutvalget ser positivt på at Helse Sør-Øst RHF aktivt følger opp og bidrar til å holde fokus på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring. 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.

#### **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 av den oppfatning at mangelfull måloppnåelse i stor grad handler om organisering av tjenester og utilstrekkelig etterlevelse av sykehusenes egne prosedyrer og sjekklister, og at det således er rom for forbedring innenfor rammene.

Brukerutvalget vil avslutningsvis gi uttrykk for at pasienter som kommer til sykehusene i helseregionen i all hovedsak får god behandling, og at vi i Norge har en helsetjeneste som gjennomgående viser gode medisinske resultat. Dette er godt grunnlag for videre arbeid.