

Årsberetning

Økt aktivitet og fremgang innen mange pasientrettede områder preget 2015. 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. Foretaksgruppens økonomiske resultat er styrket, men ikke tilstrekkelig sett opp mot det omfattende behovet for investeringer.

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 2015 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 78 200 ansatte. Omsetningen i 2015 var 79 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 2016 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 sammen med de andre regionale helseforetakene etablert syv felles eide selskaper. Det regionale helseforetaket har avtale med vel tusen avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører innen psykisk helsevern, 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 helse- og sykehusplan, 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 man kan 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 tjenestenivåer 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. Hovedfokus for gjeldende strategiperiode 2013-2020 er: 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

Regjeringen la i november 2015 frem Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Denne planen ble behandlet i Stortinget i mars 2016. Helse Sør-Øst RHF vil første halvår 2016 starte opp arbeidet med en regional utviklingsplan basert på Nasjonal helse- og sykehusplan.

PASIENTBEHANDLING

Hovedrapporteringen om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding for 2015" er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Aktivitet

Sammenlignet med 2014 er det en betydelig vekst i aktivitet innenfor alle tjenesteområder i 2015. Foretaksgruppen har arbeidet aktivt med å oppfylle målsettingen om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatikk økte med 4,3 prosent fra 2014 til 2015. Tilsvarende vekst innen psykisk helsevern var 5,4 prosent – og veksten innen TSB var 9,2 prosent.

Samlet aktivitet målt i antall DRG-poeng i henhold til "sørge for"-ansvaret ligger i 2015 3,8 prosent over fjoråret. Innen døgnbehandling er det en økning fra 2014 til 2015 på 1,8 prosent, dagbehandling gikk opp med 12,5 prosent og økning innen poliklinikk var på 5,6 prosent. Dreining av ressurser fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk er en ønsket utvikling.

For døgnaktivitet innen somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Flere momenter medvirker. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen ser ut til å gi færre utskrivningsklare pasienter. Fra 2016 skal alle kommuner ha ferdig utbygd øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Ventetider og fristbrudd

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

Innen spesialisthelsetjenesten er det nasjonale målet for gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet maksimalt 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er innen alle tjenesteområder redusert fra 72,7 dager i 2014 til 68,4 dager i 2015. Det er somatikk som gir en gjennomsnittlig ventetid på over 65 dager. Målet er dermed ikke nådd for den samlede pasientbehandling i 2015. Samtidig har det vært en betydelig fremgang i 2015, og gjennomsnittlig ventetid ved slutten av året gir grunn til å forvente måloppnåelse i 2016.

Arbeidet med å bistå helseforetakene og sykehusene i arbeidet med å bedre tilgjengeligheten ble ytterligere intensivert ved inngangen til 2015, blant annet ved etablering av et eget tilgjengelighetsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst RHF. Fra høsten 2015 ble også arbeidet med gode pasientadministrative rutiner (tidligere prosjektet "*Glemt av sykehuset*") innlemmet som et eget delprosjekt. Mye av innsatsen har vært rettet mot de som har ventet lengst på behandling.

Tilgjengelighetsprosjektet videreførte satsingen mot somatiske poliklinikker, der utfordringene fortsatt er størst. Økt ressursutnyttelse har både vært et mål og virkemiddel for å bedre pasientenes tilgjengelighet til tjenestene. Et innsatsteam har gitt bistand til utvalgte poliklinikker med særlig store utfordringer. I tillegg har ledelsen på alle nivåer i foretaksgruppen hatt ventetider og fristbrudd som fast tema på alle oppfølgingsmøtene.

Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert fra 6,3 prosent i 2014 til 4,3 prosent i 2015. Prosentandelen er fortsatt altfor høy og langt over målet om ingen fristbrudd. Samtidig har det også innen dette området vært betydelig fremgang gjennom året, og situasjonen ved slutten av året gir grunn til å tro at utfordringene knyttet til fristbrudd i stor grad vil være håndtert i løpet av 2016.

De størst problemene med å fjerne fristbruddene har vært innen somatiske tjenester. I tillegg er det høy andel fristbrudd ved private institusjoner for barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Omfanget av fristbrudd har ikke vært forenlig med god tilgjengelighet. At utredning og/eller behandling ikke starter innen fristen som er satt kan innebære at prognosen forverres.

Korridorpasienter

For å kunne ivareta pasientsikkerhet og god kvalitet skal pasienter ikke ligge på korridor. Korridorpasienter innen psykisk helsevern er betydelig redusert fra 2008. Det er praktisk talt ikke korridorpasienter innen denne delen av virksomheten. Innen somatikk er gjennomsnittlig andel korridorpasienter i 2015 uendret fra 2014 på 1,5 prosent. Problemet med korridorpasienter er i hovedsak konsentrert til tre-fire helseforetak. Flertallet av foretakene har en relativt lav andel korridorpasienter.

Epikrisetid

Helse Sør-Øst har som mål at epikrisene skal sendes ut senest syv dager etter at pasienten skrives ut fra sykehuset. Andel epikriser innen somatikk som er sendt ut innen syv dager ble redusert fra 84,0 prosent i 2014 til 80,0 prosent i 2015. Årsaken til denne reduksjonen er at Oslo universitetssykehus først rapporterte på dette forholdet i 2015. Ved å utelate dette foretaket i tallmaterialet for 2015, øker andel epikriser sendt ut innen syv dager til 84,1 prosent i 2015.

Kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet

I 2015 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Akershus og Oslo sykehusområder. Gjennom styrevedtak er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger. I arbeidet er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i sykehusområdene Akershus og Oslo kan møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus samt arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området. Arbeid og vurderinger i hovedstadsområdet skjer i nært samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, de private ideelle sykehusene og Oslo kommune. Rapport fra kapasitetsprosjektet som ble lagt frem for styret i desember 2015 er sendt på bred ekstern høring fram til april 2016.

Idéfaserapport fra Oslo universitetssykehus forelå tidlig i 2016. Det arbeides ved Akershus universitetssykehus med utviklingsplan for perioden frem til 2030. Disse arbeidene vil sammen med gjennomført høring av prosjektrapporten ligge til grunn når styret i Helse Sør-Øst våren 2016 vil bli forelagt en beslutningssak om kapasitetsutfordringene i sykehusområdene Oslo og Akershus. Dette sikrer en helhetlig og samordnet vurdering av kapasitet for hele hovedstadsområdet.

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

For mange pasienter rammes av uønskede hendelser. En vesentlig premisse for å skape en helsetjeneste med god kvalitet er å sikre trygg pasientbehandling. Kunnskapsbasert praksis, helhetlige pasientforløp og kontinuerlig kompetanseutvikling er en forutsetning for pasientsikkerhet og god pasientbehandling av høy kvalitet.

Styret 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 hele foretaksgruppens visjon, mål og strategier.

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. Det skal etableres 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 uønskede hendelser og drive et systematisk forbedringsarbeid. 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 sykehuset setter pasienten i sentrum og at helsetjenestene er av høy kvalitet.

Antallet meldte uønskede hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 viser fortsatt en økning etter omlegging av meldeordningen med rapportering til Kunnskapscenteret i 2012. Rapporten "Åpenhet om uønskede hendelser" og retningslinjen "Regional standard for publisering av uønskede hendelser" utarbeidet i 2014/2015 skal ligge til grunn for sykehuses publisering av uønskede hendelser til allmennheten. Det som publiseres er hendelser med systemårsaker, alvorlige pasienthendelser og hendelser med sammensatte årsaker.

Felles prosesser og deling av informasjon

Implementering av pakkeforløp for kreft har vært en suksess og er pasientens helsetjeneste i praksis. Andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent. Dette er et krav Helse Sør-Øst oppfyller meget godt. Ledelsens involvering og støtte for å iverksette forbedringer og allokere ressurser har vært avgjørende. Nasjonale mål og målinger har vært en driver for implementering.

Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid skal også være minst 70 prosent. Helse Sør-Øst har gode resultater å vise til for mange pasientgrupper. Samlet resultat ligger på over 70 prosent ved slutten av året. Videre arbeid med forløp er viktig for å oppnå målene for prostatakreft, gynekologisk kreft og brystkreft. Pakkeforløp for kreft har synliggjort viktigheten av å måle pasientflyt, der man følger den enkelte pasient for å sikre at pasienter i størst mulig grad skal unngå «ikke faglig begrunnet ventetid».

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.

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 reinnleggelse 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 (som ble publisert i september 2015) anslår at det i 13,9 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Tilsvarende tall var 15,9 prosent i 2010, 16,1 prosent i 2011, 13,7 prosent i 2012 og 13,0 prosent i 2013. Nivået i 2014 er ikke signifikant forskjellig fra 2013. Nivået for 2012, 2013 og 2014 er statistisk signifikant lavere enn for 2011. Skadetyperne som det er funnet mest av gjennom alle årene er

urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon og nedre luftveisinfeksjoner.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som er påført skade etter svikt innen helsevesenet. Antall saker som kom inn fra Helse Sør-Øst var 1 867 i 2014 og 1 982 i 2015. NPE ga i 2015 medhold i 561 saker og avslag i 1 120 saker. Utbetalingene fra NPE til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst gikk ned fra 426 millioner kroner i 2014 til 372 millioner kroner i 2015.

Infeksjoner

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, i 2013 4,2 prosent, i 2014 4,8 prosent og for 3. kvartal 2015 viser de 3,4 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.

Pasientundersøkelsen PasOpp

Kunnskapssenteret presenterte i august 2015 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp for 2014. Arbeidet med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst, og det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Det er gledelig at Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på fire av ni områder i siste treårsperiode, og at ingen områder ligger under landsgjennomsnitt.

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.

Helse Sør-Øst RHF har i 2015 initiert og finansiert en pilot med utvidelse av PasOpp-undersøkelsen til klinikk/postnivå, med presentasjon av resultat i 2016.

STYRKET SAMHANDLING

Samhandling med kommunehelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud er et prioritert innsatsområde. Regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner er etablert. 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 i Helse Sør-Øst. Disse aktivitetene er tidsavgrensede prosjekt eller arbeid i løpende drift. Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner, og det løpende utviklingsarbeidet som skjer i samarbeid mellom de ulike delene av helsevesenet, er de viktigste virkemidlene for å nå målene i samhandlingsreformen. 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.

Kommunene hadde frist ved utgangen av 2015 til å ha etablert nye ø-hjelpsplasser som skal avlaste sykehusenes øyeblikkelig hjelpfunksjon. De fleste kommunene er godt i gang, men det er foreløpig liten effekt på etterspørselen etter sykehustjenester. I de områder der tilbudene har høyt belegg er det registrert en liten nedgang i etterspørselen etter innleggelse i sykehus for de aktuelle pasientgruppene. Spesialisthelsetjenesten må bidra i etablering og oppbygging av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten. Gode prosedyrer og praksis ved utskrivning er av særlig betydning for pasienter som trenger omfattende hjelp etter utskrivning. Helse Sør-Øst RHF har, i lys av samhandlingsreformen, startet arbeid med evaluering av handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre.

Utvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene er en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå omlag 80 praksiskonsulenter. Helse Sør-Øst RHF har etablert 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 arbeider 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.

Norsk Helseatlas publiserte i 2015 rapporter som viste geografiske ulikheter i forbruksrater for et utvalg dagkirurgiske prosedyrer. På bakgrunn av disse data ble det igangsatt ulike tiltak for å sikre harmonisering av operasjonsindikasjon og sikre at disse er kunnskapsbasert. Dette blir nå fulgt opp på bakgrunn av aktivitetsdata fra Norsk pasientregister i forhold til offentlige og private leverandører. Nylig ble tilsvarende data for forbruksrater av medisinske tjenester for barn publisert og disse avdekket betydelig geografiske forskjeller. Fagråd for barnesykdommer i Helse Sør-Øst har startet arbeidet med å se på hvordan ulikhetene i forbruksmønster kan reduseres. Tilsvarende data fra andre nasjonale kvalitetsregister har også vært benyttet til dette formål.

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 16,3 prosent av befolkningen i Norge. Innvandretettheten varierer sterkt, med en betydelig konsentrasjon i sykehusområdene Akershus, Oslo og Vestre Viken. Arbeidet er avhengig av tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Den store tilstrømningen av flyktninger i 2015 har gitt økte utfordringer.

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 holdningsskapende tiltak og gode tolketjenester. Brukerutvalget er fortsatt bekymret for sykehusenes tilrettelegging for pasienter som ikke behersker nordiske/ vestlige språk og arbeidet med dette må styrkes.

BRUKERMEDVIRKNING

I Helse Sør-Øst er brukerrepresentanter involvert på strategisk nivå og i utvikling av helsetjenestene. I de senere årene er det nasjonalt og i Helse Sør-Østs strategiske plan fokusert sterkere på brukermedvirkning på individnivå. Dette er ytterligere forsterket i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er lagt ytterligere trykk på involvering av de enkelte pasientene og deres pårørende og at systemene skal tilpasses pasientene. Det arbeides i denne sammenheng med utvikling av samvalgsverktøy og med kompetanseløft innen området.

Målet er å styrke pasientens rolle og forsterke serviceleveransen, samt å utfordre tradisjoner og kulturer, profesjonsrollen, kunnskap og kompetanse, strukturer og systemer.

Pasientens opplevelser tillegges mer vekt, både fordi det er av betydning for den enkelte og fordi det bidrar til endring av en kultur som mer orienteres mot pasientenes og pårørendes opplevelse av kontakten med spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har i 2015 initiert og finansiert en utvidelse av PasOpp-undersøkelsen til klinikk-/postnivå, med presentasjon av resultat i 2016.

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 og brukererfaringsundersøkelser, viser at feil for ofte oppstår som følge av mangel på kommunikasjon og at situasjoner eskalerer av samme årsak. Pasientene opplever heller ikke i tilstrekkelig grad forventet service og forutsigbarhet, ofte i en sårbar situasjon.

Brukerutvalget i 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.

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

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskning

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst står for cirka 62 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,4 milliarder kroner i 2015.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet, regionalt helseforetak og helseforetak), hvorav en tredel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene består av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvorav 50 millioner kroner for 2015 var avsatt til tverregionale kliniske helseforskningsprosjekter, og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2015 hadde 615 pågående forskningsprosjekter- og tiltak støtte fra regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med Norges forskningsråd høsten 2014 utlyst, og i 2015 tildelt, midler til i alt tolv tverregionale, flerårige forskningsprosjekter med samlet ramme på 210 millioner kroner innenfor prioriterte fagområder.

Antall doktorgrader per år i regionen økte jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Det er sannsynlig at økningen flater ut de kommende år.

De regionale helseforetakene har i fellesskap utarbeidet retningslinjer for brukermedvirkning i forskning. I Helse Sør-Øst er flere tiltak for å styrke brukermedvirkningen gjennomført ved helseforetakene. Det arbeides videre med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser.

I Helse Sør-Øst har det vært nedlagt betydelig arbeid for å forbedre IKT-tjenestene for forskning i hele regionen. Fra 2016 vil forskning derfor være et eget program under IKT-satsningen Digital fornying. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen.

Innovasjon

Helseforetakene i regionen rapporterer om økende innovasjonsaktivitet på mange områder. 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 sykehusene som ikke er universitetssykehus. Nytt i 2015 er tildelinger innenfor kategorien strategisk innovasjon, der utlysningen tar utgangspunkt i et tema av strategisk stor betydning for Helse Sør-Øst. I årets to utlysninger var temaene reduksjon av ventetider og reduksjon av pasientskade.

LEDELSE, KOMPETANSE OG RESSURSTYRING

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 ressurstyring. 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.

Helse Sør-Øst har utviklet et eget konsept for lederutvikling som ligger som en felles ramme for helseforetakenes tilbud. 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.

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 2015 gjennomført to kull av Nasjonalt topplederprogram

I tillegg har Nasjonal ledelsesutvikling gjennomført lederrekrutteringsprogrammet "Frist meg inn i ledelse" i samarbeid med Legeforeningen og lederutviklingsprogrammet "Psyk meg opp i ledelse" i samarbeid med Psykologforeningen. Helse Sør-Øst har bidratt til å utvikle det nasjonale ledermobiliseringsprogrammet i samarbeid med Nasjonal ledelsesutvikling, som har som formål å vekke interesse for ledelse blant yngre fagfolk. Sykehuset Innlandet har vært regional pilot.

Kompetanse

Den regionale behovsanalysen i 2014 indikerte behov for økt utdanningskapasitet spesielt for sykepleiere (grunnutdanning), bioingeniører, legespesialister innen visse områder (psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi) og spesialsykepleiere (intensiv, anestesi og operasjon). Dette ble lagt til grunn for Helse Sør-Øst RHF's innsats i 2015.

På legesiden er det en rekke strategisk viktige oppgaver som må håndteres fremover, både knyttet til ny spesialistutdanning og dimensjonering av utdanningskapasitet. Det er også behov for faglig forankring av utviklingen innen sykepleie både med tanke på endringer i grunnutdanning, evt. jobb-/oppgavedeling samt behov og utvikling innenfor utdanning av spesialsykepleiere.

Legespesialistutdanningen

De fire regionale helseforetakene fikk i mars 2015 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utrede ny modell for spesialistutdanning for leger i Norge. Arbeidet ble ledet av Helse Sør-Øst RHF og rapport ble levert til departementet 30. august 2015. Det ble konkludert med at de regionale helseforetakene skal sørge for helheten i teori og praksis samt helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene, og at det etableres regionale utdanningssentre ved de store universitetssykehusene. For å imøtekomme de fire regionale helseforetakenes definerte ansvar, roller og oppgaver i ny ordning, besluttet de fire regionale direktørene i desember 2015 å organisere det tverregionale arbeidet som et prosjekt i etableringsfasen under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet gjennomføres i 2016 og frem til de regionale utdanningssentrene er i full drift og ordningen kan følges opp i ordinær styringslinje i alle helseforetakene. Den nye spesialistutdanningen er en viktig kvalitetsreform for å sikre utdanning av kompetente legespesialister.

Felles HMS rammeverk

Helseforetaksgruppens rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) ble vedtatt av styret i oktober 2015. Rammeverket omfatter policy og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området. For å få bedre og mer helhetlig oversikt over HMS-status i regionen er det innført fire nye styringsindikatorer. Andel enheter med HMS-handlingsplaner, antall registrerte HMS-hendelser per medarbeider, personskadefrekvens (H2-verdi) og tilbakemelding på meldte HMS-hendelser. Indikatorene vil bidra til å forbedre resultatoppfølging både for Helse Sør-Øst RHF og internt i helseforetakene.

Bemanningsutvikling, midlertidig ansatte og deltid

Helseforetakene har i 2015 fortsatt arbeidet med å gjennomgå og redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Samlet antall midlertidig ansatte ligger på omtrent 30 000 - tilsvarende om lag 36 prosent av den totale bemanning i foretaksgruppen. I dette tallet ligger det imidlertid en stor andel timelønnet ekstrahjelp (omtrent 19 000). I tillegg kommer utdanningsstillinger (omtrent 2 500). Antall ansatte i mer varige, midlertidige stillinger fordeler seg på to hovedgrupper - engasjementer og vikarer.

Bruken av engasjementer går svakt nedover, men ligger på noenlunde samme nivå gjennom året (omtrent 2 400). Antall vikarer har gått ned fra cirka 10 200 til cirka 9 000 i 2015. Også antall timelønnede går noe ned fra 19 500 til 18 700.

Bemanningsutviklingen skal være tilpasset pasientenes behov når det gjelder antall og kompetanse. I 2015 har bemanningen økt med 3,2 prosent tilsvarende 1 859 årsverk (brutto månedsverk). Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte vikartjenester, det vil si innleie av helsepersonell, for 475 millioner i 2015. Det tilsvarer 1,3 prosent av samlede lønnskostnader på 37,8 milliarder kroner.

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

Tidligere styringskrav om reduksjon av total andel deltidsansatte i foretaksgruppen er innfridd. Nivået ligger nå på cirka 34 prosent. Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er videreført i 2015. Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og eksternt tilsyn har rettet oppmerksomheten på helseforetakenes arbeidstidsordninger. Det er avdekket mange brudd på arbeidsmiljøloven. Mange av bruddene skyldes at riktig regelsett og inngåtte avtaler/ dispensasjoner ikke er registrert i systemet, at ansatte frivillig bytter vakter seg imellom, eller at det ikke er søkt om nødvendige dispensasjoner eller inngått avtaler om unntak fra reglene der det er mulig. Det har skjedd en positiv utvikling ved flere foretak. Til tross for dette er det samlede antall AML- brudd i Helse Sør- Øst fortsatt en utfordring. Helse Sør-Øst RHF samarbeider tett med tillitsvalgte og vernetjeneste for at disse lukkes.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst ønsker å være fagpersonellets 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 7,4 prosent i 2014 med 0,2 prosentpoeng til 7,2 prosent i 2015.

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 2015 mellom 4 og 14 prosent. Totalt for foretaksgruppen ligger andelen på 12 prosent, det samme som i 2014.

De mest utbredte HMS-avvikene i sykehusvirksomheten er mindre stikkskader og avvik i forbindelse med behandling innen psykisk helsevern. 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 syv eieroppnevnte medlemmer er fire kvinner og tre menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordeler seg med en kvinne og to menn. Ledergruppen består av fire kvinner og fem menn. Brukerutvalget består av syv menn og syv kvinner.

Etter nyvalg i februar 2016 er det fem kvinnelige styreledere og seks mannlige styreledere i styrene i helseforetakene, samt seks kvinnelige og fem mannlige nestledere. Totalt sett er det 55 prosent kvinner og 45 prosent menn i styrene. To av elleve administrerende direktører i helseforetakene er kvinne. Helse Sør-Øst RHF ønsker å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne.

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

600 ledere har til nå gjennomført topplederprogrammet i regi av Nasjonal ledelsesutvikling. Over 60 prosent av dagens deltakere er kvinner. Da programmet startet for ti år siden var kvinneandelen 40 prosent.

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 skal rapporteres i årsberetningene.

Medarbeiderundersøkelse

Den regionale medarbeiderundersøkelsen er et viktig underlag for arbeid med arbeidsmiljø, ledelse og medarbeiderskap. I 2015 mottok cirka 50 000 medarbeidere undersøkelsen og 78 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.

En analyse gjennomført i 2014 viste at enheter som skårer høyt på involvering av egne medarbeidere også skårer høyere på en rekke tema i undersøkelsen. De samme enhetene klarer også å få til signifikant forbedring.

I 2015 svarte 55 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, dette er likt med 2014. Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått 12 prosentpoeng frem, fra 43 prosent til 55 prosent.

IKT-FORNYINGSPROGRAMMET "DIGITAL FORNYING"

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, og for selvbetjening og involvering.

I januar 2015 ble "Digital fornying" omorganisert fra seks programmer til tre. Erfaringene etter ett år er at omorganiseringen var et riktig grep. Innen de kliniske løsningene er samarbeidet bedret og avhengighetene er bedre kontrollert. Den nye organiseringen er også mer kostnadseffektiv ved mindre administrative kostnader og bedret ressursutnyttelse mellom prosjektene.

Programmet *Regional klinisk løsning* har levert bra i 2015. Det største og mest sentrale prosjektet, PAS/EPJ, har stort sett levert i henhold til plan. DIPS-prosjektene Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF, BUP Sykehuset Innlandet HF samt BUP Akershus universitetssykehus HF er ferdigstilt. Det har vært enkelte forsinkelser i noen av prosjektene, og det har vært utfordringer med kvaliteten i leveransene fra enkelte av leverandørene.

Programmet *Infrastrukturmodernisering* har i hovedsak levert som planlagt og i tråd med økonomiske rammer. Det har vært noen mindre forsinkelser i flere av prosjektene.

Programmet *Virksomhetsstyring* har levert i henhold til plan og budsjett.

Det nye programmet i Digital fornying, *Regional IKT for forskning* har vært under etablering i 2015. Formell oppstart er i første kvartal 2016.

Ved tredje tertial 2015 er det samlede forbruket for Digital fornying 40 millioner kroner under budsjett. I kvalitetssikringsrapportene fra ekstern kvalitetssikrer i 2015 er det påpekt flere forbedringsområder, og særlig innen planverk, forretningsmessig forankring, program- og prosjektstyring samt kommunikasjon og overlevering. Alle forbedringsområdene er gjennomgått og fått tilhørende tiltak med tiltaksansvarlige.

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 680 millioner kroner for 2015.

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 69,5 milliarder kroner i 2014 med 13,6 prosent til 78,9 milliarder kroner i 2015. Hovedårsaken til denne relativt store økningen skyldes planendring pensjon i 2014, som førte til negativ pensjonskostnad. 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 2014 og 2015 er følgelig ikke direkte sammenlignbare. De samlede driftsinntektene i 2015 fordeler seg med 52 milliarder kroner i basisramme, 21,5 milliarder kroner i aktivitetsbaserte inntekter og 5,4 milliarder kroner som andre driftsinntekter. Refusjonssatsen for innsatsstyrt finansiering (ISF-satsen) var 50 prosent både i 2014 og 2015.

Lønns- og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 61,7 prosent av totale driftskostnader for 2015. Disse kostnadene økte fra 34,9 milliarder kroner i 2014 med 37,7 prosent til 48,0 milliarder kroner i 2015. Hovedårsaken til denne relativt store økningen skyldes at planendring pensjon i 2014 ga negative pensjonskostnader dette året. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell økte fra 468 millioner kroner i 2014 med 1,6 prosent til 476 millioner kroner i 2015.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen økte fra 3 188 millioner kroner i 2014 med 0,3 prosent til 3 197 millioner kroner i 2015. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 41 millioner kroner på varige driftsmidler i 2015.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen økte fra 3,5 millioner kroner i 2014 til 28,4 millioner kroner i 2015. Årsaken til denne økningen er i all hovedsak knyttet til lavere renteinntekter fra netto innskudd i konsernkontoordningen i 2015 sammenlignet med fjoråret.

Årsresultatet gikk ned fra 6 252 millioner kroner i 2014 til 1 046 millioner kroner i 2015. Tallene er på grunn av planendring pensjon i 2014 ikke sammenlignbare. De fleste helseforetakene hadde i 2015 positive resultater i underliggende drift. Resultatet for 2015 er imidlertid påvirket av utfordringene ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Det er positivt at Oslo universitetssykehus viser et overskudd i 2015.

Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2015 var 2 922 millioner kroner, hvorav bundne midler utgjør 1 788 millioner kroner. Investeringsnivået i foretaksgruppen ble redusert fra 6 449 millioner kroner i 2014 til 4 385 millioner i 2015. Dette skyldes i all hovedsak lavere investeringspådrag i nytt Østfoldsykehus, samt Digital fornying. Utover dette har både Oslo universitetssykehus og Sykehuset Innlandet lavere investeringspådrag i 2015. Investeringene i nytt østfoldsykehus var i 2015 foretaksgruppens største investeringspost på 1 337 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.

Foretaksgruppen har en driftskredittramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 3 339 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per 31.12.2015 er det trukket 3 312 millioner kroner på denne rammen. Trukket driftskreditt er redusert med 3 395 millioner kroner i 2015, mens driftskredittrammen er redusert med 3 412 millioner kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2015 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 112,2 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 20,7 milliarder kroner. Per 31.12.2015 er det i tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard 31,7 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 2015 et positivt resultat på 839 millioner kroner mot 750 millioner kroner i 2014. 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 52 prosent av totalkapitalen ved utgangen av 2015.

I pensjonsforpliktelsen ligger et ikke resultatført estimatavvik på 32 milliarder kroner som utgjør 97 prosent av egenkapitalen. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31. desember 2015 som tilfredsstillende.

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Netto reduksjon i rentebærende gjeld i 2015 er 172,6 millioner kroner. Ved utgangen av året utgjør langsiktig lån fra Helse- og omsorgsdepartementet 8,7 milliarder kroner. Av dette er 71 millioner kroner byggelån, mens 3,8 milliarder kroner ble konvertert til langsiktig lån. Lånene har en nedbetalingstid på opptil 25 år fra konverteringstidspunktet.

Av de langsiktige lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst RHF tilnærmet 90 prosent fast rente. Gjennomsnittlig rente på låneporteføljen er 1,9 prosent.

Rentebindingen har en durasjon på 5,7 år. Av porteføljens rentebinding forfaller 46 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 2015/2016 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 12. januar 2016 hadde Helse Sør-Øst RHF følgende eieroppnevnte styremedlemmer: Per Anders Oksum (styreleder), Sigrun E. Vågeng (nestleder), Eyolf Bakke, Anne Cathrine Frøstrup, Bernadette Kumar, Peer Jacob Svenkerud og Truls Velgaard.

I foretaksmøtet ble følgende eieroppnevnte styremedlemmer valgt for en periode på to år: Ann-Kristin Olsen (styreleder), Anne Cathrine Frøstrup (nestleder), Eyolf Bakke, Bernadette Kumar, Geir Nilsen, Truls Velgaard og Sigrun Vågeng.

Ansattvalgte medlemmer i styret fra 16. mars 2015 til 15. mars 2017 er Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn 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 besto revisjonsutvalget av Peer Jacob Svenkerud (leder), Bernadette Kumar og Kirsten Brubakk. Fra 4. februar 2016 består revisjonsutvalget av Geir Nilsen (leder), Eyolf Bakke og Kirsten Brubakk. Revisjonsutvalget skal bidra til å ivareta styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Se forøvrig avsnittet om "Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll" nedenfor.

Cathrine M. Lofthus tiltrådte som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2015.

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 samhørighet.

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. Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen også i 2015 gjennom revisjonen "Tilgjengelige helsetjenester". Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulik styringsinformasjon både arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet

Konsernrevisjonens årsrapport for 2015 er behandlet i styret og finnes på 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 foretar for foretaksgruppen.

Generelt vurderes det foreliggende risikobildet etter tredje tertial 2015 slik at det ikke foreligger vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt kunne ivareta sitt "sørge for"-ansvar på samme nivå som tidligere eller bedre. De tre mest krevende områdene på risikosiden er pasientsikkerhet og pasientadministrative rutiner/systemer, økonomisk handlingsrom og fellestjenester, inkludert teknologi. Det er i tilknytning til risikovurderingen utarbeidet tiltak på regionalt nivå. Disse følges opp i 2016. Styrets risikovurdering er tatt inn i Årlig melding for 2015.

SYKEHUSOMRÅDER OG HELSEFORETAK

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak. Ni av disse helseforetakene er organisert i syv sykehusområder. Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF driver ikke pasientbehandling og inngår ikke i sykehusområdene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte i februar 2016 nye eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i foretaksgruppen. Disse har funksjonstid til februar 2018. Alle styrer i Helse Sør-Øst består nå av fem eieroppnevnte og tre ansattvalgte representanter. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst unntatt Sykehuspartner HF har eksterne styreledere.

HELSETJENESTER FRA AVTALESPELIALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER MED KJØPSAVTALE

Private leverandører med kjøpsavtale og avtalespesialister er viktige bidragsyttere i ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2015 helsetjenester fra disse leverandørene for om lag 4,5 milliarder kroner. Dette utgjør om lag 5,8 prosent av brutto driftskostnader for foretaksgruppen.

ANSVARLIGE SELSKAPER OG FELLESEIDE AKSJESELSKAP

Hovedformålet med selskapene som de regionale helseforetakene eier sammen er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet. Selskapene skal bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien
- Luftambulansetjenesten ANS – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- Nasjonal IKT HF – etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg HF – etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim
- Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015. Selskapet skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøps kategorier. Det er forutsatt at Sykehuspartner HFs virksomhet innen innkjøp/logistikk og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF, og at og at alle de regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016.

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å finne gode løsninger for

styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en felles styresak fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015.

For nærmere informasjon om disse foretakenes resultater i 2015 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 35 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.

Sykehuset Østfold Kalnes åpnet dørene for de første pasientene den 4. mai 2015. Den 2. og 3. november flyttet resten av sykehuset i Fredrikstad til Kalnes. Over 900 arbeidere har i perioder vært i sving samtidig for å bygge det nye sykehuset, som er historisk med at det for første gang er både somatikk og psykisk helse integrert i et sykehusbygg.

Prosjekt Nytt østfoldsykehus leverte det nye sykehuset uten budsjettoverskridelse og et halvt år før planlagt. Investeringen i nytt østfoldsykehus ble 6 071 millioner kroner. Sykehuset ble offisielt åpnet av H.M. Kong Harald 30. november 2015.

I "Årlig melding" blir det foretatt en 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 i 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.helsesorost.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 miljøstyringssystem. Ved utgangen av 2015 var ti av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst miljøsertifisert etter ISO 14001. Oslo universitetssykehus HF vil bli sertifisert i løpet av 2016.

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.

Styret vedtok i desember 2014 et antikorrupsjonsprogram for Helse Sør-Øst. Arbeidet er fulgt med stor interesse både internt og eksternt. Helseforetakene er i gang med å implementere dette viktige programmet og rapporterer på dette arbeidet i Helse Sør-Østs rapport for miljø- og samfunnsansvar.

Samtlige helseforetak har etablert kliniske etikkomiteer 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 2015 ble flere av anskaffelsene i Helse Sør-Øst fulgt opp 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 RHF 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 2015.

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

Styret har i "Årlig melding for 2015" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål, og hvilke strategiske valg Helse Sør-Øst RHF planlegger å ta for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på www.helse-sorost.no.

Det forventes ikke realvekst i ressurstilgangen til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for aktivitetsvekst som følge av endring i befolkningens størrelse og sammensetning. I de nærmeste årene vil det være behov for å øke aktiviteten. Aktivitetsbehovet er dels demografisk betinget, dels betinget av sykdomsutvikling og medisinsk utvikling inklusive nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Fremover vil det også være behov for økt innsats innen forskning og utvikling samt et behov for økte investeringer i IKT-løsninger, bygg, vedlikehold og medisinsk teknisk utstyr.

I tillegg bidrar overføring av finansieringsansvaret for nye og kostbare legemidler til regionale helseforetak uten tilstrekkelig økonomisk kompensasjon til økt økonomisk utfordring.

Økt flyktningetilstrømning har også ført til noen ekstra oppgaver for enkelte helseforetak.

Når det innenfor de gitte rammene også skal genereres positive resultater for å skape handlingsrom for investeringer, betinger dette i sum mer effektiv bruk av ressursene

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til høyspesialiserte behandlingstilbud, fritt behandlingsvalg, 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.

Helse Sør-Øst er inne i en særskilt satsing for å unngå fristbrudd og redusere ventetidene. Arbeidet vil videreføres og intensiveres i 2016.

Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, er spesielt vektlagt og skal følges opp i 2016. Dette innebærer at Helse Sør-Øst i budsjettsammenheng har lagt til rette for at denne regelen skal innfris på regionalt nivå. Innen alle tjenesteområder er det også viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan "sørge for"-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet på bakgrunn av endringer vi vet kommer.

Videreføring av "Digital fornying", fornyingsprogrammet for standardisering og teknologiske løsninger i Helse Sør-Øst, er krevende. Programmet er et av regionens hovedtiltak for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet, effektivisering av helsetjenesten, samhandling, og 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. Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende om det er behov for tilpasninger i investeringsprogrammene.

Regjeringen la i november 2015 frem Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Planen er behandlet i Stortinget våren 2016. Helse Sør-Øst RHF vil første halvår 2016 starte opp arbeidet med en regional utviklingsplan basert på Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette strategiarbeidet vil blant annet adressere kapasitetsutfordringer regionalt.

Regjeringen oppnevnt 2. oktober 2015 et utvalg som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skal utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Det skal også vurdere hvor mange helseforetak det bør være og skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen 1. desember 2016.

DISPONERING AV ÅRSRESULTATET


Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF i 2015 ble 838,8 millioner kroner.

Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2015.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

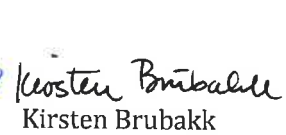
- | | |
|---|------------------------|
| - Overført fond for vurderingsforskjeller | 8,5 millioner kroner |
| - Overført til annen egenkapital | 830,3 millioner kroner |
| - Sum disponert | 838,8 millioner kroner |

Hamar, 21. april 2016


Ann-Kristin Olsen
styreleder


Anne Cathrine Frøstrup
nestleder


Eyolf Bakke


Kirsten Brubakk


Terje Bjørn Keyn

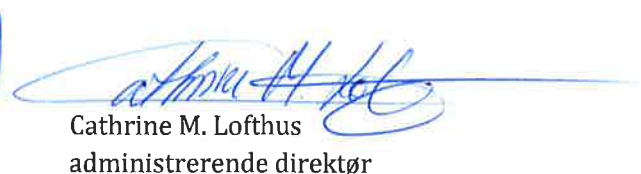

Bernadette Kumar


Geir Nilsen


Truls Velgaard


Sigrun E. Vågång


Svein Øverland


Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Resultatregnskap

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen			
2014	2015	Note	2015	2014	
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER					
44 172 098	52 024 138	Basisramme	2	52 024 138	44 172 098
18 630 152	19 606 029	Aktivitetsbasert inntekt	2	21 452 618	20 410 542
4 726 549	1 836 657	Annen driftsinntekt	2	5 448 453	4 917 518
67 528 799	73 466 824	Sum driftsinntekter		78 925 209	69 500 158
62 766 058	71 490 740	Kjøp av helsejenester	3	10 677 738	9 967 105
591 050	77 132	Varekostnad	4	8 505 613	7 913 640
861 699	214 860	Lønn og annen personalkostnad	5	48 037 316	34 877 723
774 737	3 281	Ordinære avskrivninger	10,11	3 196 879	3 187 936
17 171	4 525	Nedskrivninger	10,11	40 766	223 651
1 881 194	902 562	Annen driftskostnad	6	7 390 233	7 073 407
66 891 910	72 693 100	Sum driftskostnader		77 848 545	63 243 462
636 889	773 723	Driftsresultat		1 076 664	6 256 696
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
574 877	530 001	Finansinntekt	7	267 075	337 044
60 351	0	Verdiendring av finansielle anleggsmidler	12	0	0
521 715	464 969	Annen finanskostnad	7	295 479	340 546
113 513	65 032	Netto finansresultat		-28 405	-3 502
750 403	838 755	Resultat før skattekostnad		1 048 259	6 253 195
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	9	2 125	8 397
750 403	838 755	ÅRSRESULTAT		1 046 133	6 244 798
0	0	Minoriteters andel av årsresultatet	16	453	233
OVERFØRINGER					
8 541	8 502	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	16	8 502	8 541
741 862	830 253	Overført til/fra annen egenkapital	16	1 037 178	6 243 058
0	0	Overført minoritet	16	453	233
750 403	838 755	Sum overføringer		1 046 133	6 251 832

Balanse

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen			
2014	2015	Note	2015	2014	
EIENDELER					
Anleggsmidler					
Immaterielle eiendeler					
2 527 214	1 043 837	Immaterielle eiendeler	10	3 040 648	2 657 132
2 527 214	1 043 837	Sum immaterielle eiendeler		3 040 648	2 657 132
Varige driftsmidler					
81 892	79 532	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	34 772 075	30 731 327
740 790	4 206	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	11	5 781 911	4 701 992
5 863 763	1 152 486	Anlegg under utførelse	11	2 297 667	7 006 102
6 686 445	1 236 224	Sum varige driftsmidler		42 851 653	42 439 420
Finansielle anleggsmidler					
21 767 287	21 817 287	Investering i datterselskap/- foretak	12	0	0
71 053	79 554	Investeringer i felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskaper	12	99 655	91 153
25 578	12 713	Investeringer i andre aksjer og andeler	12	1 877 017	1 679 797
7 969 168	15 617 790	Andre finansielle anleggsmidler	13	51 104	50 423
4 544	2 203	Pensjonsmidler	17	8 694 680	11 790 023
29 837 629	37 529 548	Sum finansielle anleggsmidler		10 722 455	13 611 396
39 051 288	39 809 609	Sum anleggsmidler		56 614 756	58 707 949
Omløpsmidler					
80 989	0	Varer	4	469 958	487 661
9 432 171	6 490 857	Fordringer	14	2 113 442	1 863 863
1 909 905	1 269 224	Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	2 922 203	3 541 306
11 423 065	7 760 081	Sum omløpsmidler		5 505 602	5 892 830
50 474 354	47 569 690	SUM EIENDELER		62 120 359	64 600 779

Balanse

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2014	2015	Note	2015	2014	
EGENKAPITAL OG GJELD					
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
200	200		200	200	
32 470 631	32 470 631		32 470 631	32 470 631	
32 470 831	32 470 831	16	32 470 831	32 470 831	
Opptjent egenkapital					
35 561	44 063		44 143	35 641	
0	0		9 941	9 488	
-8 607 092	-7 782 140		-18 644	-1 071 417	
-8 571 531	-7 738 077	16	35 440	-1 026 288	
23 899 300	24 732 754		32 506 272	31 444 543	
Gjeld					
Avsetning for forpliktelser					
58 807	19 967	17	924 733	483 793	
0	0	9	12 252	12 138	
2 700	2 700	18	4 108 507	4 269 388	
61 507	22 667		5 045 492	4 765 319	
Annen langsiktig gjeld					
8 857 035	8 684 479	13	8 684 479	8 857 035	
8 376 896	8 049 311	13	428 188	288 994	
17 233 931	16 733 789		9 112 667	9 146 029	
Kortsiktig gjeld					
6 707 391	3 312 285	15	3 312 285	6 707 391	
0	0	9	2 011	0	
120 180	44 025		2 946 520	3 151 850	
2 452 045	2 724 168	19	9 195 111	9 385 648	
9 279 616	6 080 479		15 455 928	19 244 889	
26 575 053	22 836 935		29 614 087	33 156 236	
50 474 354	47 569 690		62 120 359	64 600 779	

Hamar, 21.april 2016


Ann Kristin Olsen
Styreleder

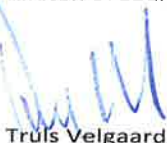

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder


Eyolf Bakke


Kirsten Brubakk


Sigrun E. Vågeng


Terje Bjørn Keyn


Truls Velgaard


Bernadette Kumar


Geir Nilsen


Svein Øverland


Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2014	2015	Note	2015	2014	
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:					
750 403	838 755	Årsresultat før skattekostnad	16	1 046 133	6 251 832
0	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-155 053	-49 297
774 737	3 281	Ordinære avskrivninger	10,11	3 196 879	3 187 936
17 171	4 525	Nedskrivning anleggsmidler	10,11	40 766	223 651
-68 893	-8 502	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		-8 502	499 839
-2 402 319	2 286 243	Endring i omløpsmidler	4, 14	-231 875	102 629
-1 210 524	934 136	Endring i kortsiktig gjeld	19	-215 125	499 964
-89 925	16 615	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	17	3 534 076	-9 491 976
0	0	Inntektsført investeringstilskudd	2	-207 507	-223 888
-2 229 350	4 075 053	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		6 999 793	1 000 689
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:					
3 020	0	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		338 983	203 029
-3 612 800	-2 134 324	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	10,11	-4 240 824	-6 297 575
0	6 867 581	Tilgang/avgang anleggsmidler		0	0
0	-50 000	Øvrige poster uten kontanteffekt		0	0
5 743	4 078	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		4 119	5 965
0	-4 800	Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)		-4 800	0
0	0	Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler		59 227	42 742
-21 368	-1 483	Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-258 891	-418 416
-3 625 405	4 681 052	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		-4 102 186	-6 464 255
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:					
942 942	238 580	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	238 580	942 942
-413 636	-411 136	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	13	-411 136	-430 535
3 306 851	-3 395 106	Endring driftskreditt	15	-3 395 106	3 306 851
427 053	-5 956 713	Utbetaling/Innbetaling av investeringstilskudd og lån		14 873	27 828
0	0	Endring øvrige langsiktige forpliktelses	18	32 965	67 689
0	127 589	Endring foretakskapital uten kontanteffekt		0	0
0	0	Endring foretakskapital med kontanteffekt		3 114	9 716
4 263 210	-9 396 786	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		-3 516 710	3 924 491
-1 591 545	-640 681	Netto endring i likviditetsbeholdning		-619 103	-1 539 074
3 501 450	1 909 905	Likviditetsbeholdning per 01.01.		3 541 306	5 080 380
1 909 905	1 269 224	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. per 31.12.	1,15	2 922 203	3 541 306
43 210	27 000	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank per 31.12.		27 000	43 210
1 953 115	1 296 224	Likviditetsreserve 31.12.		2 949 203	3 584 516
6 750 600	3 339 000	Innvilget kredittramme i Norges Bank per 31.12.		3 339 000	6 750 600

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF 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 mottakende helseforetak.

Generelt om inntekts- og kostnadsføringsprinsipper

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

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket. Grunnfinansieringen inntektsføres i 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), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-refusjoner er basert på koding i Norsk Pasientregister (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomganger har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektsall. 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 er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

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

Prinsipper for kostnadsføring

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

Klassifisering av balanseposter

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

Varige driftsmidler

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

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

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

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter balanseføres og avskrives over økonomisk levetid. Dette innebærer blant annet at utgifter i forbindelse med 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. Investeringstilskudd 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. Helse Sør-Øst vurderer 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 KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til anskaffelseskost.

Pensjoner

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

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

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

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende helseforetak. Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var én økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet 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- /kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkingen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerende av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen. Tilsvarende er enkelte tall i noter og balanseoppstilling endret.

Sikringsbøker

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

Helse Sør Øst benytter seg av sikringsbøker 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 til skattepliktig virksomhet i datterdatter foretak, samt publikumsdelen av Sykehusapotekenes virksomhet.

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.

Leieavtaler

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jf. Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til Helse Sør-Øst RHF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til kostpris og som langsiktig gjeld, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Proformatall

Sykehuspartner HF ble etablert som eget helseforetak 1.januar 2015. Frem til dette har Sykehuspartner vært en avdeling i Helse Sør-Øst RHF. I regnskapet for 2014 er regnskapstallene for Sykehuspartner konsolidert sammen med morselskapet. Regnskapstallene for Helse Sør-Øst RHF i 2015 er derfor ikke helt sammenlignbare med regnskapstallene for 2014. I tabellen nedenfor presenteres proforma tall for regnskapet til Helse Sør-Øst RHF i 2014 eksklusiv Sykehuspartner.

Regnskapsposter:

Balanse	2014	2015	Resultat	2014	2015
Immaterielle eiendeler	1 250 365	1 043 837	Basisramme	43 985 088	52 024 138
Varige driftsmidler	5 657 404	1 236 224	Aktivitetsbaserte inntekter	18 630 152	19 606 029
Finansielle anleggsmidler	33 016 342	37 529 548	Annen driftsinntekt	1 810 945	1 836 657
Omløpsmidler	11 094 825	7 760 081	Sum driftsinntekter	64 426 185	73 466 824
Sum eiendeler	49 768 799	47 569 690	Kjøp av helsetjenester	62 766 058	71 490 740
Egenkapital	23 763 210	24 732 754	Varekostnad	61 020	77 132
Avsetninger for forpliktelser	7 383	22 667	Lønn og annen personalkostnad	168 639	214 860
Annen langsiktig gjeld	17 233 966	16 733 789	Ordinære avskrivninger	3 726	3 281
Kortsiktig gjeld	8 764 241	6 080 479	Nedskrivninger	17 171	4 525
Egenkapital og gjeld	49 768 800	47 569 690	Annen driftskostnad	877 064	902 562
			Sum driftskostnader	63 893 678	72 693 100
			Driftsresultat	532 507	773 723
			Netto finans	140 737	65 032
			ÅRSRESULTAT	673 244	838 755

Note 1 - Virksomhetsrapportering

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen		
2014	2015	2015	2014	
Driftsinntekter per virksomhetsområde				
6 811 634	6 975 644	Somatiske tjenester	56 490 104	49 964 589
1 619 635	1 743 978	Psykisk helsevern VOP	11 134 861	9 889 765
191 828	222 552	Psykisk helsevern BUP	2 590 570	2 246 622
934 608	1 101 598	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	3 069 438	2 604 233
3 779 928	1 173 207	Annet	5 640 235	4 794 948
54 191 164	62 249 845	Det regionale foretakets overføringer til datterforetak	0	0
67 528 799	73 466 824	Driftsinntekter per virksomhetsområde	78 925 209	69 500 158
Driftskostnader per virksomhetsområde				
6 386 344	6 309 890	Somatiske tjenester	55 891 012	45 645 871
1 585 734	1 702 706	Psykisk helsevern VOP	11 005 032	8 688 476
175 497	191 803	Psykisk helsevern BUP	2 475 678	1 927 346
904 413	1 045 902	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 935 101	2 396 137
3 648 759	1 192 954	Annet	5 541 723	4 585 632
54 191 164	62 249 845	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
66 891 910	72 693 100	Driftskostnader per virksomhetsområde	77 848 545	63 243 462
Driftsinntekter fordelt på geografi				
67 261 875	73 333 283	Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	77 793 497	68 147 226
266 923	133 541	Pasienter hjemmehørende i resten av landet	1 016 323	1 244 285
0	0	Pasienter hjemmehørende i utlandet	115 389	108 646
67 528 799	73 466 824	Driftsinntekter fordelt på geografi	78 925 209	69 500 158

Driftsinntekter benevnt "Overføring til datterforetak" tilsvarer det regionale foretakets 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 og Sykehuspartner, samt kostnader vedrørende Sykehusapotekene.

Note 2 - Inntekter

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2014	2015	2015	2014
DRIFTSINNETEKTER			
Basisramme			
44 172 098	52 024 138	52 024 138	44 172 098
44 172 098	52 024 138	52 024 138	44 172 098
Aktivitetsbasert inntekt			
15 735 408	16 588 492	16 665 273	15 700 673
143 148	151 667	151 667	143 148
266 923	133 541	978 472	1 125 427
2 448 917	2 665 958	3 338 909	3 078 996
0	0	73 819	77 613
35 756	7 509	244 479	284 686
18 630 152	19 606 029	21 452 618	20 410 542
Annen driftsinntekt			
241 900	252 848	252 848	241 900
260 416	303 782	303 782	260 416
1 065 592	981 331	1 539 819	1 585 610
208 658	192 256	207 507	223 888
0	0	950 809	868 983
2 949 983	106 440	2 193 688	1 736 721
4 726 549	1 836 657	5 448 453	4 917 518
67 528 799	73 466 824	78 925 209	69 500 158

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon. Helseforetakene avsluttet sitt delvise finansieringsansvar overfor kommunal helsebehandling i 2014.

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk			
64 860	67 243	811 425	781 633
0	0	750 784	724 550
163 406	172 561	2 754 834	2 640 849
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge			
29	26	1 269	1 238
32 004	36 610	473 406	454 554
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne			
3 829	3 586	25 640	25 823
113 593	118 427	861 411	811 525
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige			
1 782	2 193	8 641	8 394
42 486	45 660	238 429	218 361

I tillegg til aktiviteten ovenfor er det 81 153 polikliniske konsultasjoner knyttet til "Raskere tilbake" i 2015.

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

Note 3 - Kjøp av helsetjenester

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
		KJØP AV HELSETJENESTER		
373 566	514 100	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner, somatikk	1 199 657	978 214
4 591 061	4 896 752	Kjøp fra private helseinstitusjoner, somatikk	5 099 342	4 814 962
18 795	11 844	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner, psykisk helsevern	57 198	66 718
1 483 956	1 598 365	Kjøp fra private helseinstitusjoner, psykisk helsevern	1 647 058	1 534 252
5 043	7 495	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	19 186	21 508
898 663	1 038 406	Kjøp fra private helseinstitusjoner, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	1 044 534	902 742
278	1 088	Kjøp fra utlandet	140 455	109 114
7 371 362	8 068 071	Sum gjestepasientkostnader	9 207 431	8 427 510
0	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	475 679	468 333
228 676	234 101	Kjøp fra Luftambulansetjenesten ANS	234 101	228 676
0	0	Kjøp av andre ambulansetjenester	108 008	104 368
974 856	938 723	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	652 519	738 218
8 574 894	9 240 895	Sum kjøp av helsetjenester	10 677 738	9 967 105
54 191 164	62 249 845	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
62 766 058	71 490 740	Sum kjøp av helsetjenester	10 677 738	9 967 105

Note 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen		
2014	2015	2015	2014	
VAREBEHOLDNING				
0	0	Råvarer	5 362	4 972
0	0	Varer i arbeid	5 170	5 233
0	0	Ferdigvarer	16 370	0
19 457	0	Handelsvarer	243 787	273 411
19 457	0	Sum lager til videresalg	270 689	283 616
61 532	0	Annet medisinsk forbruksmateriell	155 790	168 092
0	0	Andre varebeholdninger	43 477	35 953
61 532	0	Sum lager til eget bruk	199 268	204 045
80 989	0	Sum varebeholdning	469 958	487 661
82 019	0	Anskaffelseskost	472 318	491 250
-1 030	0	Nedskrivning for verdifall	-2 360	-3 590
80 989	0	Bokført verdi 31.12.	469 958	487 661
VAREKOSTNAD				
0	0	Legemidler	3 653 627	3 388 133
0	0	Medisinske forbruksvarer	3 895 999	3 603 379
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	888 397	851 961
591 050	77 132	Innkjøpte varer for videresalg	67 589	70 167
591 050	77 132	Sum varekostnad	8 505 613	7 913 640

Note 5 - Lønns- og personalkostnader

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2014	2015	2015	2014
LØNSKOSTNADER			
643 381	144 401	32 508 575	30 941 768
124 966	21 619	4 630 172	4 415 832
58 606	42 501	10 194 996	-1 192 496
34 746	6 341	712 578	716 487
0	0	-9 006	-3 867
861 699	214 860	48 037 316	34 877 723
	Sum lønn og andre personalkostnader		
1 442	176	78 205	77 606
1 425	165	59 788	58 627
	Gjennomsnittlig antall ansatte		
	Gjennomsnittlig antall årsverk		

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2014	2015	2015	2014
Godtgjørelse til revisor			
1 662	437	5 885	5 696
1 226	0	5 954	8 354
60	59	927	885
0	0	151	77
7 417	5 661	7 974	14 596
10 365	6 157	20 892	29 608
	Sum godtgjørelse		
Spesifisering av "Andre tjenester utenfor revisjon":			
3 470	5 113	5 113	3 470
3 550	0	296	3 550
237	266	265	237
0	0	110	4 813
0	0	1 336	1 659
160	282	855	867
7 417	5 661	7 974	14 596
	Sum "Andre tjenester utenfor revisjon"		

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

*) Av samlet honorar på 5,1 millioner kroner er 3/4 videregående de tre andre regionene. Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 1,3 millioner kroner.

Årsregnskap

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

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjons- kostnad	Annen godtgjørelse	Sum	Tjeneste- periode ¹⁾	Ansettelses- periode ²⁾
Cathrine M. Lofthus	Administrerende direktør	1 892 308	249 095	5 012	2 141 403	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende direktør	1 855 022	207 975	5 012	2 062 987	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Allie Brynestad	Konserndirektør	1 822 340	264 235	5 012	2 086 575	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Alice Bealthe Andersgaard	Direktør medisin og helsefag	1 683 496	391 765	41 665	2 075 261	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Tore Robertsen	Direktør for styre- og eieroppfølging	1 425 316	292 007	5 012	1 717 323	01.01.15-31.12.16	01.01.15-31.12.15
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 273 629	315 530	5 012	1 589 159	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Anne Biering	HR-direktør	1 357 075	425 485	5 012	1 782 560	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Thomas Bagley	Direktør teknologi og eHelse	1 632 112	314 957	5 012	1 947 069	01.01.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15
Per Morten Sandset ³⁾	Direktør forskning og innovasjon	0	0	0	0	01.03.15-31.12.15	01.01.15-31.12.15

1) Tjenestetid/periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært medlem av foretakets ledergruppe.

2) Ansettelsesperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

3) Per Morten Sandset er ansatt og lønnes av Oslo universitetssykehus med kr 1 300 652 og har pensjon/godtgjørelse på kr 319 368. Han feies ut i en 60 prosent stilling ved Helse Sør-Øst RHF.

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.

Styre honorar til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styre honorar	Periode
Per Anders Oksum	Styrets leder	335 000	01.01.2015-31.12.2015
Sigrun E. Vågang	Nestleder	228 000	01.01.2015-31.12.2015
Eyolf Bakke	Styremedlem	126 000	01.01.2015-31.12.2015
Anne Cathrine Frøstrup	Styremedlem	126 000	01.01.2015-31.12.2015
Bernadette Kumar	Styremedlem	161 000	01.01.2015-31.12.2015
Peer Jacob Svenkerud	Styremedlem	176 000	01.01.2015-31.12.2015
Truls Velgaard	Styremedlem	126 000	01.01.2015-31.12.2015
Kirsten Brubakk	Ansattrepresentant	161 000	01.01.2015-31.12.2015
Irene Kronkvist	Ansattrepresentant	26 000	01.01.2015-31.12.2015
Terje Bjørn Keyn	Ansattrepresentant	126 000	01.01.2015-31.12.2015
Svein Øverland	Ansattrepresentant	126 000	01.01.2015-31.12.2015

Revisjonskomiteen har i 2015 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.

Erklæring om lederens ansettelsesvilkår

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

Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak følger de nye "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt med virkning fra 13. februar 2015, hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2015

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 093-2015. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Den gjennomsnittlige lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2015 2,4 %.

Lønnsjusteringene for ledergruppa gjelder fra 1.juli med unntak av administrerende direktør som gjelder fra 1.januar. Lønn for ledende ansatte er i all hovedsak fast lønn.

Fastsattelse 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

Naturytelser

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

- Mobiltelefon
- Internett
- Utstyr til hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avisabonnement
- Forsikringsordninger

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinære vilkår i 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 selskaps godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

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

Helse Sør-Øst RHF har i 2015 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 2015 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2016

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

Note 6 - Andre driftskostnader

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
0	0	Transport av pasienter	1 083 652	1 031 143
112 537	19 629	Bygninger og kontorlokaler inkl. energi og forsikring	1 425 660	1 310 139
30 296	3 360	Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	562 558	554 504
313 673	255 788	Konsulenttjenester *)	470 720	551 596
168 662	120 146	Annen ekstern tjeneste	533 929	573 299
559 033	12 842	Reparasjon, vedlikehold og service	1 449 846	1 371 708
84 619	20 305	Kontor- og kommunikasjonskostnader	470 637	452 479
433	0	Kostnader forbundet med transportmidler	107 672	104 421
44 363	14 946	Reisekostnader	281 987	271 564
540	387	Forsikringskostnader	34 364	31 886
396 928	377 395	Pasientskadeerstatning	395 856	428 107
170 112	77 764	Øvrige driftskostnader **)	573 351	392 562
1 881 194	902 562	Andre driftskostnader	7 390 233	7 073 407

*) Av konsulenttjenestene benyttet i Helse Sør-Øst RHF kan 203 millioner kroner henføres til Digital fornying. Dette er i all hovedsak kjøp av tjenester fra Sykehuspartner.

**) I øvrige driftskostnader for Foretaksgruppen inngår programvarelisenser med 300 millioner kroner, kontingenter 151 millioner kroner, tap ved salg av anleggsmidler 45 millioner kroner, samt diverse mindre kostnadsposter.

Note 8 - Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaksgruppen	
	2015	2014
Øremerket tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning	590 287	591 341
Andre inntekter til forskning	465 107	403 313
Basisramme til forskning	1 334 607	851 281
Sum inntekter til forskning	2 390 001	1 845 935
Øremerket tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til utvikling	0	575
Andre inntekter til utvikling	43 410	37 891
Basisramme til utvikling	176 883	132 993
Sum inntekter til utvikling	220 293	171 459
Sum inntekter til forskning og utvikling	2 610 294	2 017 394
Kostnader til forskning :		
- somatikk	2 192 541	1 840 409
- psykisk helsevern	186 304	167 172
- tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengige	20 792	19 338
- annet	13 308	4 346
Sum kostnader til forskning	2 412 945	2 031 265
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	155 804	140 917
- psykisk helsevern	30 928	25 839
- tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengige	914	1 497
- annet	9 704	9 272
Sum kostnader til utvikling	197 349	177 525
Sum kostnader forskning og utvikling	2 610 294	2 208 790
Antall avlagte doktorgrader	161	184
Antall publiserte artikler	2 697	2 480
Antall årsverk forskning	1 759	1 866
Antall årsverk utvikling	216	172

Note 9 - Skatt

(Alle tall i NOK 1000)

Beskrivelse	Foretaksgruppen	
	2015	2014
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	61 941	55 867
Pensjon	23 536	24 671
Omløpsmidler	-4	6
Positive midlertidige forskjeller	85 473	80 538
Underskudd til fremføring	-57 666	-54 561
Negative midlertidige forskjeller	-57 666	-54 561
Grunnlag for utsatt skatt i balanse	49 008	44 955
Grunnlag for utsatt skattefordel i balanse	-21 606	-19 138
Utsatt skatt	12 252	12 138
Beregnet utsatt skattefordel	-5 402	-5 167
Ikke balanseført utsatt skattefordel	-5 402	-5 167
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	12 252	12 138
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	8 988	-351
Permanente forskjeller	46	77
Grunnlag for årets skattekostnad	9 033	-274
Endring i midlertidige forskjeller	-4 525	-6 401
Skattepliktig inntekt	4 508	-6 675
Bruk av fremførbart underskudd	2 381	-465
Grunnlag for betalbar skatt	7 448	-7 140
27 % av grunnlag for betalbar skatt	2 011	210
Endring i utsatt skatt	-656	150
For lite/for mye avsatt i fjor	770	1 003
Sum skattekostnad på ordinært resultat	2 125	1 363

Note 10 - Immaterielle eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF	IKT- løsninger	Anlegg under utførelse	Sum
			immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.15	3 226 082	1 266 606	4 492 688
Tilgang	0	592 459	592 459
Avgang virksomhetsoverdragelse	3 164 724	93 310	3 258 034
Fra anlegg under utførelse	0	705 760	705 760
Anskaffelseskost 31.12.15	61 358	1 059 995	1 121 353
Akkumulerte avskrivninger 31.12.15	61 275	0	61 275
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.15	0	16 242	16 242
Balanseført verdi 31.12.15	83	1 043 754	1 043 837
Årets ordinære avskrivninger	144	0	144
Årets nedskrivninger	0	0	0

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	IKT- løsninger	Anlegg under utførelse	Sum
			immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.15	3 942 678	1 379 782	5 322 460
Korrigeringer IB	40 503	-15 250	25 253
Åpningsbalanse korrigert	3 983 181	1 364 532	5 347 713
Tilgang	296	820 620	820 916
Utrangering anskaffelseskost	37 618	1 801	39 420
Fra anlegg under utførelse	446 880	-446 880	0
Anskaffelseskost 31.12.15	4 392 738	1 736 471	6 129 209
Akkumulerte avskrivninger 31.12.15	3 067 971	0	3 067 971
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.15	20 591	0	20 591
Balanseført verdi 31.12.15	1 304 177	1 736 471	3 040 648
Årets ordinære avskrivninger	427 536	0	427 536
Årets nedskrivninger	20 591	0	20 591

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

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF	Anlegg under			Sum varige driftsmidler
	Bygninger	utførelse	Transportmidler, IKT og annet	
Anskaffelseskost 1.1.15	100 599	5 864 692	2 211 768	8 177 059
Tilgang	0	1 541 865	50	1 541 915
Avgang ifm virksomhetsoverdragelse	0	81 785	2 183 801	2 265 586
Utrangering anskaffelseskost	0	4 525	0	4 525
Fra anlegg under utførelse	0	6 167 760	0	6 167 760
Anskaffelseskost 31.12.15	100 599	1 152 487	28 017	1 281 103
Akkumulerte avskrivninger 31.12.15	21 067	0	23 041	44 108
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.15	0	0	769	769
Balanseført verdi 31.12.15	79 532	1 152 486	4 206	1 236 224
Årets ordinære avskrivninger	2 360	0	777	3 137
Årets nedskrivninger	0	4 525	0	4 525

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	Tomter og boliger		Anlegg under utførelse		Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, IKT og annet	Sum varige driftsmidler
		Bygninger					
Anskaffelseskost 1.1.15	1 372 225	57 331 049	7 029 274		9 260 120	5 866 247	80 858 914
Korrigeringer IB	-18 294	-188 900	3 749		42 050	-37 223	-198 618
Åpningsbalanse korrigert	1 353 931	57 142 149	7 033 023		9 302 170	5 829 024	80 660 297
Tilgang	3 180	44 944	2 990 208		424 445	103 775	3 566 552
Avgang	60 455	1 496 492	2 783		53 744	26 303	1 639 776
Utrangering anskaffelseskost	0	4 140	4 525		26 035	44 281	78 981
Reklassifisering	11 440	-27 453	0		16 012	0	0
Fra anlegg under utførelse	656 305	5 338 987	-7 696 015		802 608	898 115	0
Anskaffelseskost 31.12.15	1 964 402	60 997 994	2 319 908		10 465 457	6 760 330	82 508 092
Akkumulerte avskrivninger 31.12.15	0	27 701 813	0		6 893 788	4 539 767	39 135 369
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.15	0	488 509	22 242		7 596	2 724	521 071
Balanseført verdi 31.12.15	1 964 402	32 807 672	2 297 667		3 564 072	2 217 839	42 851 653
Årets ordinære avskrivninger	0	1 616 721	0		615 244	537 377	2 769 342
Årets nedskrivninger	2 600	11 165	4 525		1 073	812	20 175

Herav finansiell leie

Bokført verdi 31.12.15	0	57 175	0	78 319	732 583	208 753
Årets ordinære avskrivninger	0	2 903	0	1 425	1 261	5 589
Hvilket år kontrakten(e) utgår	0	2025-2034	0	2022	2019-2020	

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

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

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger		Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, IKT og annet	Sum varige driftsmidler
		Bygninger			
Årlig leiebeløp	136 002	155 451	80 760	145 810	518 023
Varighet (år)	1-40 år	1-12 år	1-5 år	1-5 år	

Investeringsprosjekter	Påløpt per	Påløpt per	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt ferdigstillelse
	31.12.2015	31.12.2014			
Nytt Østfoldsykehus, Sykehuset Østfold HF	6 038 543	4 999 000	6 071 000	6 071 000	2015/16
Tønsbergprosjektet, Sykehuset Vestfold HF	30 640	0	2 535 000	2 535 000	2020
Nytt sykehus Drammen, Vestre Viken HF	71 851	16 285	ikke besluttet		
Nytt bygg ved Sunnaas sykehus HF	251 556	169 817	260 000	260 000	2015
Samlokalisering Oslo universitetssykehus HF	1 259 293	1 202 711	1 623 000	1 623 000	2017
Vedlikeholdsinvesteringer Drammen sykehus, Vestre Viken HF	278 773	221 757	400 000	400 000	2016
Digital fornying (IKT moderniseringsprogram)	3 166 052	2 466 052	7 500 000	7 500 000	2020
Sum	11 096 708	9 613 316	18 389 000	18 389 000	

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

(Alle tall i NOK 1000)
Helse Sør-Øst RHF

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning/ reversering av nedskrivning (-/+)
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	676 282	1 266 910	-97 411	0
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	6 783 614	8 143 231	111 662	0
Sunnans sykehus HF	Nesodtklangen	100 %	100 %	260 772	343 863	16 907	0
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	885 885	39 342	0
Sykehuset i Vestfold HF	Tjønsberg	100 %	100 %	1 793 755	2 557 636	74 027	0
Sykehuset i Innlandet HF	Brumunddal	100 %	100 %	3 815 309	5 292 132	-21 817	0
Sykehuset Telemark HF	Sløan	100 %	100 %	1 859 192	2 376 498	11 706	0
Sykehuset Østfold HF	Grårum	100 %	100 %	1 740 195	2 034 966	-305 090	0
Sykehuspartner HF	Drammen	100 %	100 %	50 100	62 488	42 388	0
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 892 105	3 261 096	226 833	0
Siefundet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 823 325	3 705 341	109 917	0
Sum datterforetak				21 617 287	29 440 047	208 364	0

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 vurderet til ikke å være forbigående. Tidligere nedskrivninger blir reversert dersom vitkår for nedskrivning ikke lenger er til stede. Årets reversering av investering i datterforetak er basert på de respektive helseforetakenes positive resultater de senere år.

				Innskudds- kapital	Tidligere kapitalforhøyelse	Balanseført verdi 01.01.	Årets resultatandel	Tidligere års resultat	Balanseført verdi 31.12.	Bokført EK 31.12.1)
Felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap										
Helseforetakenes regionale luftambulansetjeneste ANS	Bosla	40 %	40 %	6 990	0	21 874	-443	0	21 430	53 578
Helseforetakenes innkjøpservice AS	Vestse	40 %	40 %	200	600	9 165	-764	0	8 401	21 002
Helseforetakenes sentral for Pleientrener ANS	Slåen	40 %	40 %	3 000	4 000	15 185	5 448	0	20 633	51 582
Helseforetakenes driftorganisasjon for nødnett HF	Gjøvik	40 %	40 %	21 200	0	21 200	0	0	21 200	53 000
Sykehusbygg HF	Trondheim	25 %	25 %	1 250	0	1 250	19	0	1 269	5 074
Nasjonalt IKT HF	Bergen	25 %	25 %	1 250	0	2 378	4 290	-47	6 822	26 487
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av Helse Sør-Øst RHF				33 890	4 600	71 052	8 548	-47	79 554	210 721
Imvort AS	Oslo	50 %	50 %	0	0	20 100	0	0	20 100	0
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av foretaksgruppen				0	0	91 152	8 548	-47	99 655	

1) Bokført egenkapital i de respektive helseforetakene og tilknyttede selskap per 31.12.2015

Foretaksgruppens investeringer i aksjer og andeler	2015	2014
Andre aksjer og andeler	81 916	56 672
Egenkapitalinnskudd i pensjonskassor *)	1 815 101	1 623 126
Sum investeringer i aksjer og andeler	1 897 017	1 679 797

Vår pensjonsforvaltere 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 oppløst egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP/PKH kan endre seg noe fra år til år, selv om det verken er lagt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra en pensjonsforvalting til en annen pensjonsforvalting, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kundene faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 14 - Kortsiktige fordringer

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen		
2014	2015	2015	2014	
		Fordringer		
129 055	99 305	Kundefordringer	603 641	579 456
8 499 932	5 658 197	Konserninterne fordringer	0	0
421 689	439 736	Fordringer mot Helse- og omsorgsdepartementet	439 736	421 689
53 818	7 834	Opptjente pasientinntekter (inkl vedrørende pasienter i behandling)	432 489	262 992
327 676	285 784	Øvrige kortsiktige fordringer	637 575	599 726
9 432 171	6 490 857	Fordringer	2 113 442	1 863 863
		Avsetning for tap på fordringer 31.12.15		
571	0	Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.15	66 077	54 599
12 230	0	Årets endring i avsetning til tap på krav	50 758	11 478
12 801	0	Avsetning for tap på fordringer 31.12.15	116 835	66 077
0	0	Årets konstaterte tap	9 694	23 291
		Kundefordringer pålydende 31.12.15		
121 585	91 474	Ikke forfalte fordringer	458 880	400 826
3 821	6 533	Forfalte fordringer 1-30 dager	47 837	87 544
598	633	Forfalte fordringer 30-60 dager	9 383	13 705
874	0	Forfalte fordringer 60-90 dager	8 967	11 715
2 177	665	Forfalte fordringer over 90 dager	78 574	65 668
129 055	99 305	Kundefordringer pålydende 31.12.15	603 641	579 456

Note 15 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
59 255	21 069	Innestående skattetrekkmidler	1 495 218	1 536 973
137 387	195 834	Andre bundne konti	293 295	213 017
196 642	216 903	Sum bundne bankinnskudd	1 788 513	1 749 990
1 713 262	1 052 321	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	1 133 690	1 791 316
1 909 905	1 269 224	Sum bankinnskudd og kontanter	2 922 203	3 541 306

Helse Sør-Øst RHF har en driftskredittramme i Norges Bank på 3 339 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet 3 312 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 1000)

Helse Sør-Øst RHF

	Foretaks- kapital	Annen Innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 01.01.15	200	32 470 631	35 561	-8 607 092	23 899 300
Korrigerings av feil tidligere år	0	0	0	-5 436	-5 436
Elim.diff	0	0	0	135	135
Åpningsbalanse korrigert	200	32 470 631	35 561	-8 612 393	23 893 999
Resultatandel felleskontrollert virksomhet	0	0	8 502	0	8 502
Årets resultat	0	0	0	830 253	830 253
Egenkapital 31.12.15	200	32 470 631	44 063	-7 782 140	24 732 754

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Foretaks- kapital	Annen Innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- Interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 01.01.15	200	32 470 631	35 641	9 488	-1 071 417	31 444 543
Feil tidligere år innskutt/opptjent EK pensjon Vestre Viken HF	0	0	0	0	27 533	27 533
Ekstra avsetning pensjon adm.dir. Sørlandet sykehus HF	0	0	0	0	-2 144	-2 144
Feil tidligere år	0	0	0	0	-4 790	-4 790
Justert egenkapital 01.01.15	200	32 470 631	35 641	9 488	-1 050 821	31 465 141
Fordeling forskningsmidler Sophies Minde	0	0	0	0	-5 000	-5 000
Årets resultat	0	0	8 502	453	1 037 179	1 046 133
Egenkapital 31.12.15	200	32 470 631	44 143	9 941	-18 644	32 506 272

Publikumsalget ved Sykehusapotekene HF ble skattepliktig fra 1.januar 2015. Regnskapet for 2014 er omarbeidet med skatteforpliktelsen på innføringstidspunktet, ca 7 millioner kroner.

Adm. direktør ved Sørlandet sykehus har avtale som sikrer pensjon tilsvarende 66% av lønn fra fylte 65 år. Etter siste aktuarberegning for 2015 ble det i denne forbindelse foretatt en ekstra avsetning på kr. 2.143,818. Denne ekstra avsetningen skyldes for lite beregnet pensjonskostnad fra tidligere år og er derav ført direkte mot egenkapitalen.

Note 17 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2014	2015	2015	2014
		Pensjonsforpliktelse	
1 149 882	404 795	Brutto påløpte pensjonsforpliktelser	112 191 168
-716 976	-310 561	Pensjonsmidler	-91 469 263
432 905	94 234	Netto pensjonsforpliktelse	20 721 905
60 396	12 961	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	3 168 301
-439 038	-89 431	Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl arbeidsgiveravgift	-31 660 153
54 263	17 764	Netto balanseførte forpliktelser inkl arbeidsgiveravgift	-7 769 947
58 807	19 967	Herav balanseførte netto pensjonsforpliktelser inkl arbeidsgiveravgift	924 733
4 544	2 203	Herav balanseførte netto pensjonsmidler inkl arbeidsgiveravgift	8 694 680
		Spesifikasjon av pensjonskostnad	
111 447	25 121	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	5 702 386
42 965	9 691	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	2 837 092
154 412	34 812	Årets brutto pensjonskostnad	8 539 478
-29 354	-8 430	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-2 783 856
5 577	870	Administrasjonskostnad	342 543
130 635	27 252	Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	6 098 165
7 596	3 733	Arbeidsgiveravgift netto pensjonskostnad inkl adm kost	583 756
15 283	10 063	Resultatført aktuariat tap-/gevinst	2 925 255
0	1 453	Resultatført arbeidsgiveravgift av aktuariat tap-/gevinst	403 304
-94 908	0	Resultatført planendring	184 516
58 606	42 501	Årets netto pensjonskostnad	10 194 996
2 368	403	Antall personer omfattet av helseforetakenes pensjonsordning	200 603
1 469	168	- herav aktive personer med i ordningen	61 253
775	195	- herav oppsatte personer i ordningen	95 744
124	40	- herav pensjonister med i ordningen	43 606
2014		Økonomiske forutsetninger	2014
2,30 %	2,70 %	Diskonteringsrente	2,70 %
3,20 %	3,30 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,30 %
2,75 %	2,50 %	Årlig lønnsregulering	2,50 %
2,50 %	2,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50 %
1,73 %	1,48 %	Pensjonsregulering	1,48 %

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 oppnådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og bamepensjon.

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 2015 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2014 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2014. Basert på avkastningen i de forskjellige pensjonskassene for 2015 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2015.

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 framtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette ble innregnet som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og medførte betydelig reduserte pensjonskostnader.

Note 17 - Pensjoner - forts.

AFP-førtidspensjoner

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

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

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen				
31.12.2014	31.12.2015	Demografiske forutsetninger	31.12.2015	31.12.2014			
		Forventet uttakshyppighet AFP fra 62 år					
	33 %	Sykepleiere	33 %	33 %			
	45 %	Sykehusleger	15 %	15 %			
33 %		Fellesordning 65 års aldersgrense	33 %	33 %			
45 %		Fellesordning 70 års aldersgrense	45 %	45 %			
Frivillig avgang for sykepleiere (i prosent)							
Alder	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>55
Sykepleiere	20	6	6	6	4	1	0
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i prosent)							
Alder	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>55
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	10	7,5	5	2	0

Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
0	0	Legepermisjoner	646 369	613 019
0	0	Investeringsstilskudd	3 122 838	3 228 574
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	15 748	15 613
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	323 551	412 182
2 700	2 700	Sum andre avsetning for forpliktelser	4 108 507	4 269 388

Avsetning for lege- og spesialistpermisjoner omfatter 4 464 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2015 satt fra 38 % til 85 % for overlegestillingene og 30 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2014 var for overlegestillingene 45 til 85 %, mens for psykologspesialister 20 % til 100 %. Overordnede leger og psykologspesialister i foretaksgruppen Helse Sør-Øst har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og psykologspesialistene 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 ble tidligere gitt over statsbudsjettet til særskilte byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Denne tilskuddsformen ble avsluttet i 2010. Tilskuddet inntektsføres i det enkelte helseforetak i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen. Denne ordningen omfatter kun Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus.

Se også note 2 for inntektsført beløp av investeringsstilskuddet.

Note 19 - Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
		Annen kortsiktig gjeld		
513 942	304 203	Leverandørgjeld	1 960 745	2 195 540
800 298	1 562 607	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
95 820	15 602	Påløpte feriepenger	3 737 093	3 560 737
29 492	1 985	Påløpte lønnskostnader	752 273	770 478
0	0	Forskudd fra kunder	3 828	3 812
1 012 493	839 772	Annen kortsiktig gjeld	2 741 173	2 855 081
2 452 045	2 724 168	Sum annen kortsiktig gjeld	9 195 111	9 385 648

Note 20 - Pantstillelser og garantiansvar

Som sikkerhet for lån fra DNB opprinnelig på 35 millioner kroner, restlån per 31.12.2015 7 millioner kroner, er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i Norsk medisinsk Syklotronsenter AS med bokført verdi på 18 millioner kroner.

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DNB løper.

Det langsiktige lånet Radiumhospitalet parkeringsselskap AS har i DNB er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 156 millioner kroner.

Tekstilvask Innlandet AS har et lån på 35 millioner kroner med pant i driftsmidler og kundefordringer. Bokført verdi av pant er 51 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 Radiumhospital 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/stallig eierskap er per 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

Note 22 - Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak

Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo og høyskolene 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 Kunnskapsdepartementet, 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 utgjorde 531 millioner kroner i 2015 mot 422 millioner kroner i 2014, tilsvarende salg utgjorde 987 millioner kroner i 2015 mot 1 125 millioner kroner i 2014. 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 2015 utgjorde 8 651 millioner kroner. Sykehusapotekene HF sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 25 prosent av dette, mens den regionale IKT-enheten (Sykehuspartne HF) sitt tjenestesalg til øvrige enheter utgjorde om lag 36 prosent. Konserninterne kjøp/salg av helsetjenester utgjorde 29 prosent av total konsernintern omsetning.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf. note 12, er å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS dekkes av helseregionene. Helse Sør Øst sitt kjøp fra denne leverandøren i 2015 utgjorde 235 millioner kroner. Tilskudd til Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF utgjorde 57 millioner kroner i 2015.

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 2015 for 64 millioner kroner.

Alle helseforetakene har kartlagt og dokumentert hvorvidt ledende ansatte og styremedlemmer eller disses nærstående har verv eller eierinteresser som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Ingen slike relasjoner er avdekket.

Note 24 - Eiers styringsmål

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen		
2014	2015	2015	2014	2002-2015
750 403	838 755	1 046 133	6 244 798	-2 861 675
0	0	0	0	2 239 186
0	0	0	0	2 932 379
750 403	838 755	1 046 133	6 244 798	2 309 890
0	0	0	0	153 774
750 403	838 755	1 046 133	6 244 798	2 463 664
0	0	0	5 436 100	4 556 100
750 403	838 755	1 046 133	808 698	-2 092 436

¹⁾ Resultatet for Foretaksgruppen i 2014 er omarbeidet med skatteforpliktelsen i Sykehusapotekene, jf note 16

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 rammer 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 ble 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 for Helse Sør-Øst ble derfor fastsatt til et positivt resultat på 5 436,1 millioner kroner.

For 2015 forutsetter eier at Helse Sør-Øst innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop 1 S (2014-2015), Foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Note 25 - Sikringsbokføring

Kraftprisisiko

Helse Sør-Øst 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 RHF 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 vil bli betydelig redusert. Per 31.12.2015 er det inngått finansielle kontrakter via Nasdaq OMX frem til 2018. Disse inngåtte kontraktene har en negativ markedsverdi på om lag 109 millioner kroner.

Årlig melding 2015
for
Helse Sør-Øst RHF

til
Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2016

Innhold

1.	INNLEDNING	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2	Sammendrag av resultatoppnåelse og utfordringer i 2015	3
1.3	Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF	18
2.	RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT	22
2.1	Pasientens helsetjeneste	22
2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	24
2.3	Personell, utdanning og kompetanse	29
2.4	Forskning og innovasjon	30
3.	RAPPORTERING PÅ KRAV FRA REVIDERT OPPDRAGSDOKUMENT AV 30. JUNI 2015	32
3.1	Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere	32
3.2	Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser	32
3.3	Samfunnskontrakt for flere læreplasser	33
4.	RAPPORTERING PÅ KRAV FRA FORETAKSMØTET	35
4.1	Krav og rammer for 2015	35
4.2	Øvrige aktuelle saker i 2015	43
5.	STYRETS PLANDOKUMENT	48
5.1	Brukermedvirkning	48
5.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	48
5.3	Samhandling	49
5.4	Utviklingstrender og rammebetingelser	50
5.5	Utfordringsbilde	53
5.6	Det regionale helseforetakets strategier og planer	61
6.	VEDLEGG	68
6.1	Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015	68
6.2	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2015	73
6.3	Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst	77

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Øst RHF's 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 resultatoppnåelse og utfordringer i 2015

1.2.1 Måloppnåelse i 2015 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

Selv om helseforetaksgruppen i 2015 heller ikke har nådd målene, har fremgangen vært betydelig og økende utover året. Arbeidet med å bistå helseforetakene og sykehusene ble ytterligere intensivert ved inngangen til 2015, bl.a. ved etablering av et eget tilgjengelighetsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst RHF. I 2015 ble også prosjektet "*Glemt av sykehuset*" innlemmet i dette arbeidet.

Tilgjengelighetsprosjektet har i 2015 fokusert på somatiske poliklinikker, der utfordringene fortsatt er størst. Økt ressursutnyttelse har både vært et mål og virkemiddel for å bedre pasientenes tilgjengelighet til tjenestene. Et innsatsteam har gitt bistand til utvalgte poliklinikker med særlig store utfordringer. I tillegg har ledelsen på alle nivåer i foretaksgruppen hatt ventetider og fristbrudd som fast tema på alle oppfølgingsmøtene.

Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt pr. 31. desember 2014 og 2015 bekrefter fremgangen:

- Den polikliniske aktiviteten er vesentlig høyere:
 - Samlet for alle tjenesteområder ca. 195 000 (+4,7 prosent) flere konsultasjoner.
 - Herav er økningen innen somatikk på ca. 107 000 (+4,0 prosent).
- Færre pasienter som venter:
 - 120 677 ventende pasienter mot 145 492 ved forrige årsskifte. I løpet av året er dermed "køen" redusert med 24 815 pasienter (-17,1 prosent).
- Ventetidene er redusert:
 - 9 dager kortere ventetid for avviklede pasienter (gjennomsnitt for året: -5 dager).
 - 31 dager kortere for ventende pasienter (gjennomsnitt for året: -17 dager).

- Lavere antall og andel fristbrudd:
 - Redusert fra 1206 fristbrudd for avviklede pasienter i desember 2014 (4,9 prosent) til 380 (1,0 prosent).
 - Redusert fra 2 831 fristbrudd for ventende pasienter i desember 2014 (11,5 prosent) til 526 (1,4 prosent).

Forbedringstakten har økt gjennom hele året og mest i annet halvår, Mye av innsatsen har vært rettet mot de som har ventet lengst på behandling. Ved utgangen av 2014 ventet ca. 145 000 pasienter på sin helsehjelp. I gjennomsnitt hadde de ventet 108 dager. Ett år senere var antall ventende ca. 120 000 pasienter med en ventetid på 77 dager. Nærmere analyser viser at halvparten av effekten kan tilskrives reduksjonen av pasienter med ventetid over ett år.

For å nå målene i 2016, vil helseforetaksgruppen ta utgangspunkt i de uløste utfordringene. En grunnleggende forutsetning for å kunne etterleve lovkrav, og et premiss for å lykkes i prosjektarbeidet, er utvidelse av planleggingshorisonten. Dette følges opp i det enkelte helseforetak, og har vært prioritert gjennom 2015. Resultatene for andel med tildelt time i første svarbrev og reell timetildeling viser likevel at alle helseforetak/sykehus ligger langt unna målet om minimum seks måneder planleggingshorisont i alle poliklinikker per 1. januar 2016, jf. departementets tilleggsoppdrag gitt helseforetakene i august 2015. Det er behov for forsterket støtte og oppfølging i 2016, og tilgjengelighetsprosjektet skal bidra ved at målet om seks måneders planleggingshorisont legges som en forutsetning for alle aktiviteter.

I 2016 vil prosjektet utvide satsingen, ved at en arbeider mer med hele pasientforløpet og i større grad får med alle tjenesteområdene. Bl.a. vil en mer systematisk samle og spre erfaringer og læring fra arbeidet samt stille områdespesifikke mål for reduksjon av antall ventende, ventetider og antall pasienter hvor forventet tid for time er passert. I 2015 har Helse Sør-Øst RHF sendt brev til alle avtalespesialistene og bedt disse bistå i arbeidet. De nye rammeavtalene gir større muligheter til å få avtalespesialistene mer konkret med i dette arbeidet, jf. samarbeidsavtalene som nå skal opprettes mellom helseforetakene og avtalespesialistene i sykehusområdene.

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

Helse Sør-Øst har definert et eget måltall for dette styringsparameteret. Andel sykehusinfeksjoner skal reduseres til under tre prosent. Dette målet er samlet sett ikke nådd i løpet av 2015.

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, i 2013 4,2 prosent, i 2014 4,8 prosent og første kvartal 2015 viser 4,9 prosent. Alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst rapporterer som pålagt i *Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS).

Reduksjon av sykehusinfeksjoner er utfordrende og økning av multiresistente bakterier krever større innsats ved helseforetakene. Samtidig er også antibiotikaresistens en økende utfordring. Alle helseforetak og sykehus har iverksatt tiltak for å forbedre resultatene.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner. Regional smittevernplan ble revidert i 2015 og de aller fleste helseforetak har handlingsplaner for smittevern i tråd med denne. I tillegg er det i 2015 fra det regionale helseforetaket lagt til rette for etablering av antibiotikastyringsprogram som operasjonaliseres i 2016.

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

Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2015. Ved utgangen av 2015 hadde 63 prosent av pasientene fått bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller

behandling i samme brev. Det skjedde en tydelig økning i antallet måneden før endringen i pasient- og brukerrettighetslovens ikrafttredelse 1. november 2015 og antallet økte ytterligere fra november til desember. Med lovendringen skal henvisninger til spesialisthelsetjenesten vurderes innen ti virkedager, med skriftlig informasjon til pasient og henviser om utfallet og hvor det også skal opplyses om en konkret time eller uke for oppstart av helsehjelp. En grunnleggende forutsetning for å kunne etterleve lovkrav, og et premiss for de aktiviteter som kreves gjennomført for å lykkes i arbeidet med tilgjengelighetsprosjektet, er utvidelse av planleggingshorisonten til minimum seks måneder i alle poliklinikker. Dette er det enkelte helseforetaks ansvar, men det er behov for regional understøttelse og oppfølging. Helseforetakene er fulgt opp gjennom oppfølgingsmøter, fagspesifikke møter og ved bruk av innsatsteam. Det erkjennes at dette ikke har gitt tilstrekkelig resultat og at området krever fortsatt sterk regional oppfølging i 2016.

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

Medarbeiderundersøkelsen er en sentral 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 gjennomført i 2014 viste at enheter som skårer høyt på involvering av egne medarbeidere også skårer høyere på en rekke tema i undersøkelsen, som konflikter, sosialt samspill, forbedring, medvirkning, kvalitet, tilhørighet, motivasjon og faglig utvikling. De samme enhetene har også en signifikant forbedring på disse temaene fra året før.

I 2015 svarte 55 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, hvilket er likt med 2014. Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått tolv prosentpoeng frem, fra 43 prosent til 55 prosent.

For å øke måloppnåelsen gjennomføres det faste møter mellom det regionale helseforetaket og foretakene, både knyttet til gjennomføring og til resultatoppfølging. Alle foretak behandler resultatene i styre og i arbeidsmiljøutvalg. Det stilles klare krav til ledere om etablering av tiltaksplaner på alle nivåer. Forbedringsarbeidet følges opp i flere kanaler, gjennom arbeidsmiljøutvalg, faste rapporterings- og oppfølgingsprosesser, ledelsens gjennomgang mv. Det regionale helseforetaket følger dette målet kontinuerlig for å påse at medarbeiderne er delaktige i oppfølgingsarbeidet.

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

Helseforetaksgruppens resultatutvikling i 2015 er positiv og bedre enn i 2014, og samlet er det god kontroll med økonomien i foretaksgruppen. Den positive resultatutviklingen legger et grunnlag for økt investeringsevne i foretaksgruppen. Det samlede investeringsbehovet til helseforetaksgruppen er stort, og det må foretas riktige prioriteringer av investeringsprosjekter for å sikre god kvalitet i pasientbehandling samtidig som helseforetaksgruppen har økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektene. 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

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Sør-Øst RHF har i regelmessige oppfølgingsmøter fulgt opp helseforetakenes prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette arbeidet er også fulgt opp i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (ØLP) og budsjettarbeid.

Målt i aktivitet (polikliniske konsultasjoner) har Helse Sør-Øst oppnådd målet om en sterkere vekst innen psykisk helsevern (PHV) og rusbehandling (TSB) enn somatikk. Innen psykisk helsevern barn og unge (BUP) er veksten marginalt større, mens både psykisk helsevern voksne (VOP) og rusbehandling har langt større vekst enn somatikk. Dette skjer på tross av en betydelig innsats i Helse Sør-Øst innen somatikk for å redusere antall pasienter som har ventet lenge og forekomst av fristbrudd.

Mye av veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling kan også tilskrives volum i avtaler med private leverandører. Den økte aktiviteten gir utslag på ventetidene. Spesielt gjelder dette for rusbehandling, der ventetiden har gått jevnt ned og ved slutten av året er rundt 43 dager i gjennomsnitt. Dette er tolv dager lavere enn ett år tidligere. Psykisk helsevern ligger også godt innenfor målkravet om ventetid under 65 dager.

Den sterkere veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk skal også måles i bemanning og kostnader. Forhold knyttet til registrering og rapportering gjør det utfordrende å sammenligne veksten målt i bemanning og kostnader. Videre er kostnadsbildet i somatikken preget av sterk økning bl.a. av kostnader til legemidler. Samlet innebærer disse faktorene at det er vanskelig å foreta en entydig tolkning av utviklingen.

På bakgrunn av utfordringer knyttet til tolkning og ulik rapportering samarbeidet Helse Sør-Øst RHF med de andre regionale helseforetakene høsten 2015 om utvikling av en felles rapporteringsmetodikk. Resultatet av arbeidet ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Døgnbehandling/poliklinisk behandling

Budsjettert aktivitet på ISF (kap. 732.76) og polikliniske refusjoner (kap. 732.77) ligger noe over forutsetninger i statsbudsjett. Budsjettert aktivitet på ISF ligger noe under det som ble budsjettert i Helse Sør-Øst, noe over for polikliniske refusjoner.

Aktivitet målt i antall DRG-poeng ligger samlet 3,4 prosent over fjoråret. Innen døgnbehandling er det en økning fra 2014 til 2015 på 2,3 prosent, dagbehandling opp med 12,5 prosent, og økning innen poliklinikk er på fem prosent. Dreining av ressurser fra døgn til dagbehandling og poliklinikk er en ønsket utvikling.

Sammenlignet med 2014 er det en betydelig vekst i aktivitet innenfor alle tjenesteområder. Foretaksgruppen har arbeidet aktivt med å ivareta regelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk. Aktivitet vært noe lavere enn budsjettert innen psykisk helsevern for enkelte aktivitetskategorier, bl.a. har enkelte helseforetak meldt om rapporteringsutfordringer i forbindelse med overgang fra BUP data til DIPS.

Vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2014 til 2015:

- Somatikk 4 prosent.
- PHV 5,3 prosent (VOP 6,1 prosent, BUP 3,9 prosent).
- TSB 8,2 prosent.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Flere momenter medvirker. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen ser ut til å gi færre utskrivningsklare pasienter. Behov for sykehusinnleggelse kan også bli redusert gjennom at flere kommuner har bygget opp egne øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Forbedret samarbeid og riktig bruk av private leverandører

Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler med private leverandører innen kirurgi som innebærer at helseforetakene samlet sett kan gjøre avrop på 25 prosent ut over det volumet som er kjøpt via anbudskonkurransen. Dette gjøres for å legge forholdene til rette for et tettere samarbeid mellom private leverandører og helseforetakene slik at leverandørene kan bidra innen de områder hvor helseforetakene har størst utfordringer med lange ventetider.

Ved siste anbudskonkurranse innen TSB ble leverandørene tilført midler til økt ambulant virksomhet for å styrke samarbeidet mellom leverandørene, kommunene og helseforetakene. Hensikten med dette er å lette overgangene for denne pasientgruppen basert på erfaringene som viser at mange ikke møter opp til behandling eller får mangelfull oppfølging i etterkant av døgnbehandlingen.

Aktivitetsrapporter viser stor variasjon i måten praksisene drives av private avtalespesialister. Dels er det stor variasjon i antall konsultasjoner, men det kan også se ut som om selve profilene på de ulike praksisene er ulike. På bakgrunn av ny rammeavtale for avtalespesialister er det igangsatt et arbeid med en regional plan for avtalespesialistområdet hvor man vil se på geografisk fordeling og fordeling per spesialitet, samt på hvilke indikatorer som skal brukes for å sikre en best mulig utnyttelse av ressursene til beste for pasientene. I tillegg starter arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og helseforetakene hvor det er ønskelig at det inngår gode rutiner for oppgavedeling knyttet til pasientgrupper og pasientforløpene. Arbeidet starter opp med et pilotprosjekt i samarbeid Sykehuset Østfold for utarbeidelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i sykehusområdet, herunder en vurdering av et mulig samarbeid om utdanning av leger.

1.2.3 Samhandling

Avtaler mellom helseforetak og kommuner

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. Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner, og det løpende utviklingsarbeidet som skjer i samarbeid mellom de ulike delene av helsevesenet, er de viktigste virkemidlene 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.

Kommunene hadde frist ved utgangen av 2015 til å ha etablert nye øyeblikkelig hjelp-plasser som skal avlaste sykehusenes øyeblikkelig hjelp-funksjon. De fleste kommunene er godt i gang, men

det er foreløpig liten effekt på etterspørselen etter sykehustjenester. Spesialisthelsetjenesten må bidra i etablering og oppbygging av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten. 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 har, i lys av samhandlingsreformen, startet arbeid med evaluering og revisjon av handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre.

Praksiskonsulentordningen

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 omlag 80 praksiskonsulenter. Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget nettverk for koordinatorene i praksiskonsulentordningene.

1.2.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i Helse Sør-Øst er etablert i alle sentrale administrative og faglige fora. I samarbeid med brukerutvalget arbeides det målrettet for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet, herunder i valg mellom aktuelle behandlingsformer (samvalg). E-læringskurs for samvalg har i 2015 vært utviklet ved Sørlandet sykehus, regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Målgruppen for e-læringskurset er pasienten, men dette er også meget nyttig for helsepersonell.

Regionale fagråd, fagutvalg og kompetansetjenester

Helse Sør-Øst RHF har etablert 13 fagråd. Fagrådene er rådgivende organ for fagdirektør/ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Fagrådene bidrar til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig. Det er utarbeidet et standardmandat for fagrådene. Flere av fagrådene har i tillegg fått konkrete bestillinger for sitt arbeid som en konkretisering av mandatet. I 2015 ble det også opprettet fire fagutvalg for å understøtte og styrke arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen konkrete fagområder med særlige faglige utfordringer. Fagutvalgene har også et standardmandat og får i tillegg en konkret bestilling for sitt arbeid.

Fagrådernes og fagutvalgenes anbefalinger bygger på dokumentert kunnskap og god praksis og det sikres legitimitet gjennom gode prosesser i dialog med fagmiljøet, brukere og tillitsvalgte. Fagrådene er oppnevnt permanent, mens fagutvalg oppnevnes midlertidig med tanke på å løse en konkret utfordring innenfor et definert fagområde.

Helse Sør-Øst RHF har etablert flere regionale kompetansetjenester for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det gjennomføres en systematisk oppfølging av tjenestene gjennom en årlig evaluering av innleverte årsrapporter.

Pakkeforløp og standardisere pasientforløp

Andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent. Dette er et krav Helse Sør-Øst oppfyller meget godt. Implementering av pakkeforløp for kreft har vært en suksess og er pasientens helsetjeneste i praksis. Ledelsens involvering og støtte for å iverksette forbedringer og allokere ressurser har vært avgjørende. Nasjonale mål og målinger har vært en driver for implementering og forbedringsarbeid.

Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid skal være minst 70 prosent. Helse Sør-Øst har gode resultater å vise til for mange pasientgrupper, og resultatet ligger samlet på over 70 prosent ved slutten av året. Videre arbeid med forløp er viktig for å oppnå målene for prostatakreft, gynekologisk kreft og brystkreft. Pakkeforløp for kreft har synliggjort viktigheten av å måle pasientflyt, der man følger den enkelte pasient for å sikre at pasienter i størst mulig grad skal unngå «ikke faglig begrunnet ventetid»

For å sikre læring på tvers har det vært arrangert flere regionale samlinger som generelle samlinger for klinikere og ledere, samlinger for forløpskoordinatorer og samlinger for monitoreringsansvarlige. På helseforetaksnivå har det vært positiv holdning til innføring av pakkeforløp kreft og helsepersonell har uttalt at de gjennom denne ordningen kan yte bedre service overfor pasientene. Pakkeforløpene for kreft utfordrer etablerte strukturer med den tradisjonelle avdelingsinndelingen. Faglig og administrativ ledelse har allokert ressurser og bidratt til bedre samarbeidet både innad på helseforetak og mellom helseforetak og sykehus. Flaskehals er blitt avdekket og forbedringstiltak er iverksatt. For å sikre rask hjelp for prioriterte pasienter har en avsatt bestemte tidspunkt (“slot-tider”) på poliklinikker, innen radiologi og på operasjonsprogrammene. Det er iverksatt konkrete tiltak med innkjøp av nytt utstyr, reforhandlet avtaler med private tjenesteleverandører og ansatt nøkkelpersonell som for eksempel patologer.

Spesielle tiltak ble iverksatt sommeren 2015 for å forebygge at pasientene skulle få lengre ventetid gjennom sommerferien. I stor grad handlet dette om å være bevisst på å ha spesialister til stede gjennom hele sommerferieavviklingen. Helseforetakene har arrangert egne informasjons- og kommunikasjonsmøter der fastleger innenfor opptaksområdet er invitert.

Det har vært arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige pasientforløp for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, samt for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol i regionalt nettverk for pasientforløp og pakkeforløp. Regional erfaringsutveksling som sikrer læring på tvers har vært gjennomført. Både innenfor helhetlig pasientforløp og pakkeforløp er samvalg vesentlig, slik at pasientene deltar i beslutning om valg av behandlingsoalternativer.

Det er en utfordring å ha system for kontinuerlig forbedring på helseforetaksnivå. Erfaringsutveksling mellom alle helseforetak i regionen der brukere har deltatt aktivt har vært nyttig for videreutvikling av tjenestetilbudene.

Kvalitetsregistre

Data fra nasjonale kvalitetsregistre brukes i stadig større grad til å sikre kvalitet i behandlingen. Blant annet viste data fra Norsk hjertekirurgiregister en vedvarende reduksjon i antall utførte koronar bypass inngrep i en slik grad at volumet begynner å nærme seg et kritisk lavt volum som er nødvendig for å opprettholde kvaliteten ved de fire universitetsklinikene som utfører slike inngrep. For alle hjertekirurgiske operasjonstyper er det betydelige forskjeller i behandlingsrater mellom de fire helseregionene, noe som har utløst en prosess for å sikre harmoniserte indikasjoner for denne typen behandling.

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. Alle innsatsområder skal være implementert i alle relevante enheter innen 2016. Pasientskader følges som nasjonale måltall ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT) og rapporteres årlig.

GTT-undersøkelsen i 2014 (som ble publisert i september 2015) anslår at det i 13,9 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Estimert var på 13,0 prosent i 2013, 13,7 prosent i 2012, 16,1 prosent for 2011 og 15,9 prosent i 2010. Nivået i 2014 er ikke signifikant forskjellig fra 2013. Nivået for 2014, 2013 og 2012 er statistisk signifikant lavere enn for 2011. Skadetyperne som det er funnet mest av gjennom alle årene er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon og nedre luftveisinfeksjoner. 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 prosent innen 2018.

I 2015 har Helse Sør-Øst og pasientsikkerhetsprogrammet etablert et ekstra læringsnettverk for samstemming av legemidler. Dette er det vanskeligste innsatsområdet og krever nært samarbeid mellom fastleger, pasient og flere enheter innad i helseforetakene.

Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet har besluttet at fire nye innsatsområder vil bli inkludert som frivillige innsatsområder i 2016. De nye områdene er:

1. Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis
2. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
3. Ernæring
4. Klinisk forbedringsprosjekt.

Brukererfaringer og pasienttilfredshet

Kunnskapssenteret presenterte i august 2015 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp for 2014. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst, og det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Det gjenspeiles i de relativt få endringene som er observert fra 2013-2014, men det er gledelig at Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på fire av ni områder i siste tre-årsperioden, ved at ingen områder ligger under landsgjennomsnitt.

1.2.5 Kapasitetsvurderinger

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan ”sørge for”-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Dette ansvaret ivaretas gjennom tilbud ved egne helseforetak og ved supplerende kapasitet anskaffet fra private tilbydere. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Det er avgjørende for Helse Sør-Øst RHF å legge et godt grunnlag for å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene i tråd med forventede endringer som vil påvirke behov og kapasitet. Kapasitetsvurderinger gjøres blant annet i forbindelse med strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved etablering av framskrivningsmodell for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

Det arbeides med utviklingsplaner og idéfaser i de fleste sykehusområdene i Helse Sør-Øst. I 2016 vil det også bli igangsatt arbeid med en regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette arbeidet vil også adressere kapasitetsutfordringer regionalt.

Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet

I 2015 har det vært spesielt oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Det er gjennom styrevedtak etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige

kapasitetstilpasninger. 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, samt 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.

I styresak 082-2015 er det lagt et grunnlag for videre arbeid knyttet til gjennomføring av tiltak for å møte kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder. Rapport fra kapasitetsprosjektet som ble lagt frem for styret i nevnte styresak er sendt på bred ekstern høring fram til april 2016.

Idéfaserapport fra Oslo universitetssykehus er oversendt Helse Sør-Øst RHF tidlig i 2016, og det arbeides ved Akershus universitetssykehus med utviklingsplan for perioden frem til 2030. Disse arbeidene vil sammen med gjennomført høring av prosjektrapporten ligge til grunn når styret i Helse Sør-Øst våren 2016 vil bli forelagt en beslutningssak om kapasitetsutfordringene i sykehusområdene Oslo og Akershus. Dette sikrer en helhetlig og samordnet vurdering av kapasitet for hele hovedstadsområdet.

Videre følger Helse Sør-Øst RHF tett opp kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus. Tidligere inngåtte avtaler med Diakonhjemmet Sykehus og Sykehuset Innlandet om avlastning er videreført.

1.2.6 Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

Ledelse

Virksomheten innen lederutvikling har fortsatt i 2015 etter de samme føringer og retningslinjer som tidligere. Helse Sør-Øst RHF's "konsept for lederutvikling" ligger som en felles ramme for helseforetakenes 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 RHF bidrar til erfaringsdeling mellom helseforetakene gjennom konferanser, nettverk og med konkret bistand til utvikling og gjennomføring av tiltak.

Det fokuseres i økende grad på ledergruppeutvikling hvor temaene "resultatutvikling" og "resultatsikring" blir prioritert høyt. I lederutviklingsseminarene vektlegges mer og mer hvordan ledere, på en involverende måte, kan sikre nødvendig kompetanseutvikling og ressursstyring.

Helse Sør-Øst har bidratt til å utvikle det nasjonale ledermobiliseringsprogrammet i samarbeid med *Nasjonal ledelsesutvikling*, som har som formål å vekke interesse for ledelse blant yngre fagfolk. Sykehuset Innlandet har vært regional pilot. I 2016 går Sykehuset i Vestfold inn i programmet.

Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å sikre involvering av tillitsvalgte og medarbeidere i både løpende drift og prosesser knyttet til prosjekter og anskaffelser. Det avholdes regelmessige møter med tillitsvalgte på ulike nivåer. Både ansatte, tillitsvalgte og ledere fra helseforetakene deltar i ulike regionale råd og utvalg.

Det gjennomføres også årlig medarbeiderundersøkelse der ledere og medarbeidere gir tilbakemelding på involvering og medvirkning. Dette følges igjen opp i handlingsplaner.

Strategisk kompetanseutvikling

Den regionale behovsanalysen i 2014 indikerte behov for økt utdanningskapasitet spesielt for sykepleiere (grunnutdanning), spesialsykepleiere (intensiv, anestesi og operasjon), bioingeniører og legespesialister innen visse områder (psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi). Dette er lagt til grunn for Helse Sør-Øst RHF's innsats i 2015.

Arbeidet har vært konsentrert om følgende hovedområder:

- Nasjonal helse- og sykehusplan: Fremskrivningsmodellen har blitt utredet under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Dette resulterte i utvikling av en nasjonal bemanningsmodell. I tillegg er det gitt løpende innspill til departementets bestillinger i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.
- Ny spesialiststruktur for leger: Helse Sør-Øst RHF ledet det nasjonale utrednings- og prosjektarbeidet knyttet til konkretisering og implementering av ny legespesialistutdanning.
- Spesialsykepleiere: Det er gitt føringer og iverksatt ulike tiltak for å stimulere ansatte til videreutdanning som spesialsykepleier innenfor utsatte områder.
- Bedre planprosesser: Det er tatt initiativ til en mer sammenhengende planprosess både internt i regionen og i forhold til myndigheter og høyskoler. Det er også gitt konkrete innspill til høyskolenes utdanningskapasitet.
- Organisatoriske tilpasninger: Det er gjennomført flere organisatoriske endringer for å styrke og samordne den felles regionale innsatsen innenfor utdannings- og kompetanseområdene. Det regionale helseforetakets arbeid innen kompetanse og utdanning er dessuten styrket ressursmessig i 2015.

På legesiden er det en rekke strategisk viktige oppgaver som må håndteres fremover, både knyttet til ny spesialistutdanning og dimensjonering av utdanningskapasitet. Det er også behov for faglig forankring av utviklingen innen sykepleie både med tanke på endringer i grunnutdanning, evt. jobb-/oppgaveglidning samt behov og utvikling innenfor utdanning av spesialsykepleiere.

Bedre ressursstyring

I 2015 er ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring overført til helseforetakene som driftsoppgave. Dette basert på den systematikken (BRASSE) som det er gitt opplæring til i hele foretaksgruppen. I tillegg har det regionale "*Tilgjengelighetsprosjektet*" arbeidet særskilt for bedre ressursstyring og ressursprioritering innen utvalgte områder med lange ventetider, med særskilt prioritering for å nå de nasjonale målsetningene om 65 dagers gjennomsnittlig ventetid. Videre er det etablert felles forum i regional regi med representasjon fra helseforetakenes HR-, økonomi- og fagavdelinger, for å arbeide videre med kravene fra revidert oppdragsdokument om seks måneders planleggingshorisont for poliklinikker samt funnene i Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

Tidligere styringskrav om reduksjon av total andel deltidsansatte i foretaksgruppen er innfridd. Nivået ligger nå på ca. 34 prosent. Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er fortsatt viktig. Innsatsen er videreført i 2015 i tråd med Helse Sør-Østs felles policy for heltidskultur. Denne legger opp til at stillinger i helseforetakene skal lyses ut som heltidsstillinger. Alle deltidsansatte som ber om det, skal dessuten få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger.

Parallelt med innsatsen for å redusere andel deltidsansatte arbeides det også med å redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Innsatsen rettes spesielt mot korttidsansatte på timelønn.

Foretaksgruppen har fortsatt vekst i bemanningen målt i brutto månedsverk. I de fleste helseforetakene var bemanningen ved årets utgang høyere enn budsjettert og høyere enn foregående år. Helse Sør-Øst RHF følger denne utviklingen nøye gjennom månedlige oppfølgingsmøter og foretakene følges tett opp mht. aktuelle tiltak.

Samlet gir styringsmålene til Helse- og omsorgsdepartementet og funnene i Riksrevisjonens rapport om pleieressurser i helseforetakene nye utfordringer for planlegging av arbeidskraft og god ressursstyring som vil måtte følges opp fremover.

Innsats innen HMS-området

Helseforetaksgruppens rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i oktober 2015 (sak 067-2015). Rammeverket omfatter policy og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området. For å få bedre og mer helhetlig oversikt over HMS-status i regionen er det innført fire nye styringsindikatorer:

1. Andel enheter med HMS-handlingsplaner
2. Antall registrerte HMS-hendelser per medarbeider
3. Personskadefrekvens (H2-verdi)
4. Tilbakemelding på meldte HMS-hendelser

Indikatorene vil bidra til å forbedre resultatoppfølging både for Helse Sør-Øst RHF og internt i helseforetakene.

Rammeverket beskriver seks satsningsområder for perioden 2015-2018 som er definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen. Det er i 2015 iverksatt arbeid på to av satsningsområdene, *sikkerhet i sykehus* og *kompetanseheving i vernetjenesten*. Det er utarbeidet en veileder for sikkerhet i sykehus og en sikringsrisikoanalyse som beskriver hvordan arbeidet kan planlegges, organiseres og gjennomføres. I arbeidet med kompetanseheving i vernetjenesten er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal utrede et regionalt opplæringsprogram for vernetjenesten. Opplæringsprogrammet vil vektlegge læring av beste praksis og erfaringsoverføring mellom helseforetakene. HMS-ledermøte og hovedverneombudene i regionen er involvert i arbeidet som vil bli ferdigstilt i løpet av våren 2016.

1.2.7 Meldekultur og avvikshåndtering

Meldekultur, oppfølging av uønskede hendelser og håndtering av avvik

Helsetjenestens kvalitet skapes og måles i møtet med den enkelte pasient. Grunnlaget for god kvalitet 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. Et slikt engasjement er også vesentlig for at regjeringens mål om å utvikle pasientens helsetjeneste skal kunne bli virkelighet. 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 gjennomføres slik at tjenestene forbedres.

En god meldekultur gir godt grunnlag for å lære av uønskede 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 sykehuset setter pasienten i sentrum og er av høy kvalitet.

Antallet meldte uønskede hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 viser fortsatt en økning etter omlegging av meldeordningen til Kunnskapssenteret i 2012. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette. Dialog med pasienter og pårørende og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid.

For alle typer uønskede hendelser som omfatter pasienter, ansatte eller virksomheten som helhet, må det arbeides systematisk med å videreutvikle god meldekultur, uavhengig av om hendelsen omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Rapporten “*Åpenhet om uønskede hendelser*” og retningslinjen “*Regional standard for publisering av uønskede hendelser*” utarbeidet i 2014/2015 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 Kunnskapssenteret, 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. Dette gir oversikt over antall avvik fra de ulike eksterne tilsynsmyndighetene, samt hvilke internkontrollkrav hendelsene 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. 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.

1.2.8 Forskning og innovasjon

I 2014 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 62 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,1 milliarder kroner i 2014.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet, regionalt helseforetak og helseforetak), hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene består av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvorav 50 millioner kroner for 2015 var avsatt til tverregionale kliniske helseforskningsprosjekter og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2015 var det 615 pågående forskningsprosjekter- og tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med Norges forskningsråd høsten 2014 utlyst, og i 2015 tildelt, midler til i alt 12 tverregionale, flerårige forskningsprosjekter med samlet ramme på 210 millioner kroner innenfor avsatte prioriterte fagområder.

Antall doktorgrader per år i regionen økte jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Det er sannsynlig at økningen flater ut de kommende år. Dette er blant annet en konsekvens av relativt økt finansiering av forskningstiltak ut over doktorgradsnivå. Antall vitenskapelige publikasjoner har økt vedvarende også de siste årene. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I henhold til oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomføres det en egen nyttevurdering av prosjektene, i tillegg til kvalitetsvurdering ved søknad om regionale forskningsmidler.

De regionale helseforetakene har i fellesskap utarbeidet retningslinjer for brukermedvirkning i forskning. I Helse Sør-Øst er flere tiltak for å styrke brukermedvirkningen gjennomført ved helseforetakene. Det arbeides videre med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser.

I Helse Sør-Øst har det vært nedlagt betydelig arbeid for å forbedre IKT-tjenestene for forskning i hele regionen, og fra 2016 vil forskning derfor være et eget program under *Digital fornying*. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen.

Helseforetakene i regionen rapporterer om økende innovasjonsaktivitet på mange områder. 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 sykehusene som ikke er universitetssykehus. Nytt i 2015 er tildelinger innenfor kategorien strategisk innovasjon, der utlysningen tar utgangspunkt i et tema av strategisk stor betydning for Helse Sør-Øst RHF. I årets to utlysninger var temaene hhv. reduksjon av ventetider og reduksjon av pasientskade.

1.2.9 Miljø, etikk og samfunnsansvar

Alle helseforetak i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus, er sertifisert etter ISO-miljøstandarden 14001. Oslo universitetssykehus vil etter planen bli sertifisert i 2016. Helseforetakene arbeider etter nasjonale miljømål og det er særlig på innkjøpssiden arbeidet grundig med miljøkrav i alle foretak i 2015. Helseforetakene har i ulik grad implementert det felles antikorrupsjonsprogrammet som styret i Helse Sør-Øst vedtok i sak 094/2014. De fleste foretak har implementert deler av programmet, mens fire foretak planlegger å igangsette programmet i 2016.

1.2.10 IKT – fornyingsprogram

Ved Oslo universitetssykehus er fase 2 av innføringsprosjekt for regional PAS/EPJ løsning gjennomført i henhold til forventet tidsplan og kostnad. Standard klientplattform og informasjonssikkerhet er nå innført ved de fleste helseforetak i regionen. Dette ferdigstilles medio 2016 med Oslo universitetssykehus som siste helseforetak.

I Sykehuset Østfold er regional pilot for gjennomgående kurve og helhetlig medikasjonstjeneste i en lukket sløyfe satt i drift. Det forventes å sikre avtalegrunnlag medio 2016 for videre regional implementering av elektronisk kurveløsning. Nytt regionalt IKT-system for generell laboratoriemedisin, mikrobiologi og patologi er også innført ved helseforetaket. Gjenstående leveranser og tilpasninger av IKT-løsningene er løftet over i et oppfølgingsprosjekt innenfor *Digital fornying*, “*Sykehuset Østfold HF - Program IKT-Fase 3*”, som gjennomføres i 2016.

I Sykehuset Innlandet nærmer det seg ferdigstilling av innføring av nytt regionalt IKT-system for Radiologi (RIS/PACS). Produksjonssetting for den nye radiologi-løsning er, som en konsekvens av endringer i gjennomføringsplanen, forskjøvet til 2016.

En regional ERP-løsning er etablert ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Østfold. Det gjennomføres nå et forprosjekt ved Oslo universitetssykehus.

Fire helseforetak har fått eResept, og videre implementering i regionen ferdigstilles i 2016. Av andre løsninger nærmer det seg slutføring for innføring av pleie- og omsorgsmeldinger i regionen. Innføring av integrert og helhetlig adressering er gjennomført og løsning for interaktiv henvisning og rekvirering er etablert. Det gjennomføres også en pilot med nasjonal kjernejournal ved Akershus universitetssykehus. Det er utført et betydelig arbeid med tilgjengeliggjøring av tjenester både regionalt og nasjonalt knyttet til publikumsportaler som minjournal.no (en Helse Sør-Øst-tjeneste) og helsenorge.no.

Det er gjennomført en forstudie for modernisering og konsolidering av den totale IKT-infrastrukturen i regionen, inklusive driftskonsept, leveranseansvar, finansieringsmodeller og regime for vedlikehold og videreutvikling. Basert på dette er det startet en prosess for anskaffelse av et eventuelt strategisk partnerskap for IKT-infrastruktur-modernisering.

Gjennom *Digital fornying* vil Helse Sør-Øst RHF i perioden 2013-2016 investere for i underkant av 5,3 milliarder kroner og ha tilhørende driftsutgifter på 730 millioner kroner, totalt 5,9 milliarder kroner.

1.2.11 Nytt østfoldsykehus

Sykehuset Østfold har gjennomført den største flytteoperasjonen i norsk helsevesens historie. Et helt nytt sykehus på Kalnes har blitt tatt i bruk etappevis. Mandag 2. november klokken 08.00 stanset akuttmottaket i Fredrikstad mottak av nye pasienter. Samtidig åpnet akuttmottaket på Kalnes for pasienter.

Daglig drift, rutiner og organisering vil tilpasses de muligheter som åpner seg med nytt sykehusbygg og nye teknologiske løsninger. Etter innflytting har Sykehuset Østfold beskrevet enkelte utfordringer knyttet til uventet stor pasientpågang, innarbeiding av nye rutiner og innkjøring av IKT-systemer (laboratedatasystem) og rørpost. Flere tiltak er iverksatt for å sikre god sortering av pasienter inn i akuttmottaket samt for å bedre pasientflyt internt.

Sykehuset Østfold har satt høye krav til IKT-utvikling, inkludert forsering av flere regionale løsninger. Dette gjelder særlig IKT-infrastruktur og kliniske applikasjoner innenfor kurve og medisinerings. Innenfor disse områdene, samt nytt regionalt laboratorie-datasystem og nytt regionalt ERP-system, har Sykehuset Østfold vært pilot for nye regionale løsninger som deretter breddes videre i regionen i henhold til gjennomføringsplan for *Digital fornying* og rammer fastsatt i økonomisk langtidsplan. Samlede IKT-investeringer innenfor *Digital fornying* knyttet til det nye sykehuset i Østfoldsykehus beløper seg til 830 millioner kroner.

1.2.12 Beredskap og sikkerhet

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst beskriver rammer for helseforetaksgruppens beredskapsarbeid. Planen bygger på regional ROS-analyse der bl.a. kritisk infrastruktur, IKT- og legemiddelberedskap inngår. Planen angir rammene for helseforetakenes beredskapsplaner og rulleres årlig. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har utarbeidet beredskapsplaner som også dekker områdene vann, strøm, IKT og legemidler.

På bakgrunn av rapporten fra Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, dokument 3:2 (2014-2015), som ble lagt fram i november 2014, har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene styrket arbeidet for å redusere sårbarhet og risiko innen kritisk infrastruktur. Det ble stilt ytterligere krav om dette i oppdrag og bestilling til helseforetakene for

2015, og det er satt i gang et regionalt prosjekt for å utarbeide regionale metoder og praksisveiledere innenfor sikker drift og beredskap for kritisk infrastruktur. Målsettingen med prosjektet er å etablere en gjennomgående metode og systematikk for ROS-analyser innen tekniske områder, slik at helseforetakene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift. Dette arbeidet videreføres i 2016.

De regionale helseforetakene overtok ansvaret for beredskapssikring av legemidler som brukes i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2015. Det er arbeidet videre for å klargjøre utfordringsbilde og strategier for nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Rapport om dette ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2015. Helse Sør-Øst RHF arbeider videre med å klarlegge beredskapsmessige forhold både innen legemiddelberedskap og forsyning av medisinske forbruksvarer og utstyr.

I tilknytning til regional beredskapsplan pågår også et arbeid med et felles regionalt rammeverk for personellplanlegging. Dette omfatter en gjennomgang og vurdering av tiltak og rammebetingelser knyttet til bemanningsplanlegging, innleie, omdisponering av personell, arbeidstidsrammer mv. Det er en utfordring at helseforetakene hittil har hatt lite standardiserte rutiner for prioritering og iverksetting av tiltak. Dette både for forberedende tiltak og tiltak ved akutte krisesituasjoner. Forsvarets endrede rutiner for disponering av personell kompliserer også helseforetakenes beredskapsplanlegging. Det forventes at dette og andre forhold vedrørende sivilt-militært samarbeid konkretiseres gjennom samvirkekonseptet i regi av Helseberedskapsrådet.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet munnet ut i rapporten *Oversikt over risiko og sårbarhet i Helse- og omsorgssektoren* som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2015. Rapporten beskriver seks hendelser som kan utfordre kapasiteten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester og det angis hvilke tiltak som er pågående og nye tiltak som anbefales. Helse Sør-Øst RHF vil delta i den videre oppfølgingen av rapporten bl.a. inn mot revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

Beredskap øves på mange nivåer innen helseforetaksgruppen. Akuttpersonell øver rutinemessig Øvelse HarbourEx15 ble avviklet 27.-29. april 2015. Aktivitetene omfattet både fullskala øvelse og en strategisk diskusjonsøvelse. Det gjennomføres også en årlig øvelse blant topplederne med strategisk vinkling basert på overordnet planverk

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at de regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av sikkerhetsloven. Helse Sør-Øst RHF oversendte egenerklæring om etablert sikkerhetsorganisasjon og rutiner for informasjonssikkerhet 1. juni 2015. Det arbeides videre i 2016 med tilsvarende oppfølging i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har satt fokus på sikkerhet i sykehus med sikte på en mer systematisk og helhetlig innsats mot sikkerhetsfaget og å innarbeide gode systemer og rutiner for sikkerhetsarbeidet i helseforetakene. Oppfølging av dette arbeidet er implementert i helseforetaksgruppens HMS-strategi.

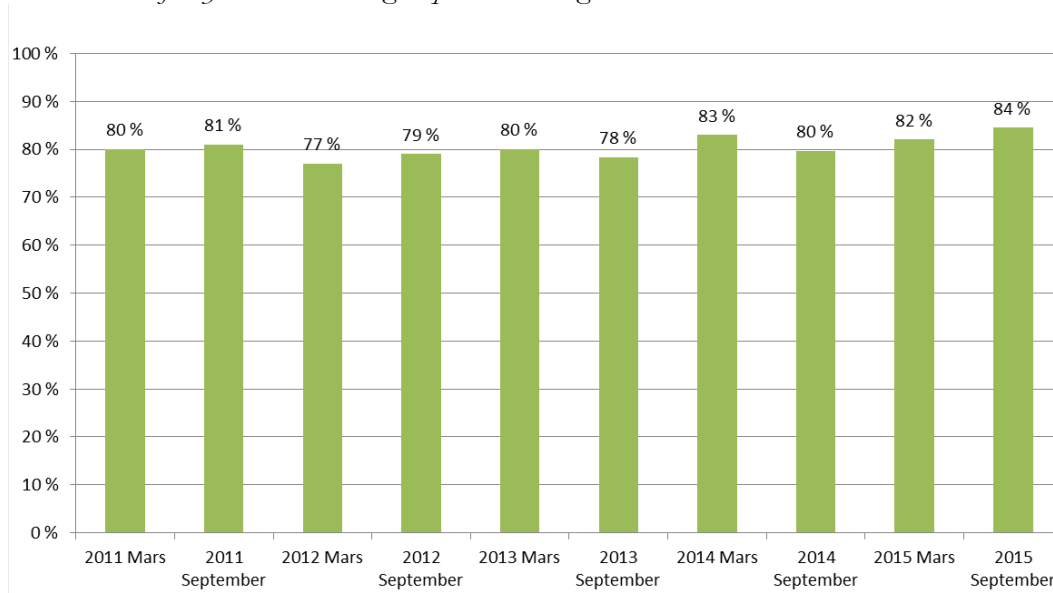
1.2.13 Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen

Andelen av innbyggerne i Helse Sør-Øst som er svært eller ganske godt fornøyd med sykehusstilbudet der de bor har økt signifikant gjennom 2015. Nå er mer enn 70 prosent av innbyggerne svært eller ganske godt fornøyd med sykehusstilbudet.

Mer enn 80 prosent av befolkningen har meget stor eller ganske stor tiltro til at de vil få den sykehusbehandlingen de trenger dersom de blir syke eller skadet. Kun to 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 er 4 900 personer over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst intervjuet.

Figur: *Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og å behov for sykehusbehandling. Septermålingen 2015.*



1.3 Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF

1.3.1 Brukermedvirkning

Ambisjonen er at helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst skal 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
- kompetanse og metoder for brukermedvirkning

De 13 prinsippene er retningsgivende for medvirkningen både på system- og tjenestenivå.

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som bl.a. 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. Det er styrevedtatte kriterier for sammensetning slik at det blir representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og TSB, at ulike aldersgrupper er representert og det er representant med flerkulturell bakgrunn.

I henhold til brukerutvalgets mandat skal årsrapporten fra brukerutvalget innarbeides i Helse Sør-Østs årlige melding. Det skal videre framgå av oversendelsen av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet at denne har vært forelagt brukerutvalget.

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

1.3.2 Medbestemmelse - Tillitsvalgte og verneombud

Regionalt og ved de underliggende helseforetak legges til grunn Hovedavtalen, Arbeidsmiljøloven samt ”de 12 prinsipper for omstilling” som er etablert av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de konserntillitsvalgte for de ansattes hovedorganisasjoner. Dette legger grunnlaget for samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud, slik at ønsket medvirkning ivaretas. Medvirkningen utgjør et viktig og nyttig korrektiv/innspill til de vurderinger og beslutninger som skal treffes. Det er etter behov ved det enkelte helseforetak etablert supplerende retningslinjer (utfyllende rutiner) for gjennomføringen av samarbeidet.

1.3.3 Risikovurdering for foretaksgruppen

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 til Helse Sør-Øst RHF på de fem prioriterte målene for Helse Sør-Øst og hvert tertial for alle aspekter ved driften. 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. Risikostyringen forutsetter at det utarbeides gode tiltaksplaner for de områdene som er forbundet med uakseptabel risiko.

Risikovurderingen for tredje tertial 2015 bygger på tidligere risikovurderinger for foretaksgruppen. For alle områder gjøres en vurdering av hva som er sannsynligheten for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt. Samtidig vurderes risikoområdene i forhold til hva som vil bli konsekvensen av at området ikke håndteres på en god nok måte. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

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.

Helse Sør-Øst har i 2015 arbeidet spesielt med tilgjengelighet og pasientsikkerhet. Flere av risikoområdene er knyttet opp mot dette og risikobildet vil derfor være et viktig ledelsesmessig hjelpemiddel i dette arbeidet.

Generelt vurderes det foreliggende risikobildet etter tredje tertial 2015 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. På tross av stor fremgang i 2015 er målene for ventetid og fristbrudd fortsatt ikke nådd.

Det er i tilknytning til risikovurderingen utarbeidet tiltak på regionalt nivå. Disse følges opp i 2016.

Risikokart etter tredje tertial 2015

Risikokart etter tredje tertial 2015					
Sannsynlighet	5				
	4				
	3			2 5	4
	2			1 3 6	7 8
	1				
		1	2	3	4
		Konsekvens			

Sannsynlighet

1: Meget liten
2: Liten
3: Moderat
4: Stor
5: Svært stor

Konsekvens

1: Ubetydelig
2: Lav
3: Moderat
4: Alvorlig
5: Svært alvorlig

Farge

Rød	Kritisk
Oransje	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

- Risikoområder vurdert til lav risiko, rapporteres ikke.

Risikoområdene i tabellen	
1	Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
2	Pasientsikkerhet og pasientadministrative rutiner/systemer
3	Arbeidsmiljø/HMS
4	Økonomisk handlingsrom
5	Fellestjenester, inkludert teknologi
6	Behandlingskapasitet, rekruttering og fagutvikling
7	Kapasitet ved Akershus universitetssykehus
8	Drift av nytt østfoldsykehus

1.3.4 Intern revisjon

Styret i Helse Sør-Øst følger opp utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i linjestyrte aktiviteter. I tillegg ivaretas styrets tilsyn 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.

Revisjonsarbeidet tar utgangspunkt i relevante deler av lover og forskrifter samt styrende dokumenter og skal understøtte mål og krav fra eier som gjelder både pasientene og de ansatte i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet samt godt arbeidsmiljø.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2015 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2015 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 17. desember 2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2015 er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen også i 2015 gjennom revisjonen "Tilgjengelige helsetjenester". Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon både arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Konsernrevisjonen skal gjennom sitt arbeid bidra til å skape forbedringer i helseforetakenes system for styring og kontroll, samt bruk og etterlevelse av dette. Det betyr å bidra til at det i større grad enn tidligere forebygges for uønskede hendelser, feil og mangler, eller at disse avdekkes i tide og kan korrigeres. Det skal redusere behovet for "brannslukking" og "ryddeaktiviteter", og gjøre helseforetakene bedre i stand til å oppfylle de mål og krav som stilles.

I 2015 er arbeidet med å bidra til forbedring ytterligere forsterket ved at en av revisjonene som er startet opp undersøker hvordan helseforetakene har fulgt opp vedtatte handlingsplaner og sikret at tiltakene har gitt ønsket effekt. Dette gjelder både i de reviderte enhetene og om forbedringene overføres andre deler av helseforetaket eller regionen, og om det gir læring på tvers.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Pasientens helsetjeneste

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

Gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter er redusert fra 72,7 dager i 2014 til 68,4 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 59,6 dager.

For somatikk er tilsvarende tall en reduksjon fra 74,4 dager i 2014 til 70,0 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 60,7 dager.

For VOP er det en liten reduksjon fra 49,5 dager i 2014 til 49,3 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 44,1 dager.

For BUP er det en liten reduksjon fra 49,9 dager i 2014 til 49,4 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 42,9 dager.

For TSB er det en reduksjon fra 61,1 dager i 2014 til 45,1 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 35,2 dager.

- *Ingen fristbrudd.*

Andel fristbrudd for alle pasienter er redusert fra 6,3 prosent i 2014 til 5,3 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,0 prosent.

Andel fristbrudd for somatikk er redusert fra 6,8 prosent i 2014 til 5,7 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,1 prosent.

Andel fristbrudd for VOP er redusert fra 2,2 prosent i 2014 til 1,5 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 0,3 prosent.

Andel fristbrudd for BUP er redusert fra 2,5 prosent i 2014 til 1,8 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,1 prosent.

Andel fristbrudd for TSB er redusert fra 3,9 prosent i 2014 til 3,1 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,6 prosent.

- *Etablert flere standardiserte pasientforløp iht. nasjonale retningslinjer.*

Helse Sør-Øst har implementert 28 pakkeforløp i 2015 og er i implementering av pasientforløp for skadelig bruk av alkohol/alkoholisme, som vil pågå også i 2016.

- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.*

Andel nye pasienter i et definert kreftforløp var i Helse Sør-Øst på 73 prosent i 2015, ifølge tall fra Helsedirektoratet/NPR. Dette gjelder totalt for alle kreftforløpene som har blitt innført underveis i løpet av startåret 2015. Helse Sør-Øst ligger derfor innenfor målsetningen på minst 70 prosent. For de fire vanligste kreftformene (brystkreft, lungekreft, prostata- og ende/tykktarmskreft) er Helse Sør-Øst også over målsetningen på 70 prosent, med unntak av prostata som ligger så vidt under (69 prosent). Helse Sør-Øst har i stor grad lykket med å definere pasienter med kreftmistanke inn i de ulike kreftforløpene. Foretakene i Helse Sør-Øst har vært godt forberedt på innføringen av pakkeforløp og har etablert gode rutiner. Etter hvert som opplæringen og rutinene er effektivt, er registreringskvaliteten gått opp utover i 2015. Det

har vært noen utfordringer knyttet til informasjonsutveksling når kreftpasienter mottar behandlinger fra ulike sykehus i behandlingsforløpet.

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.*

Andel pasienter som er behandlet innen standard forløpstid var i Helse Sør-Øst på 64 prosent (ifølge tall fra Helsedirektoratet/NPR) i 2015. Dette gjelder totalt for alle kreftforløpene som har blitt innført underveis i løpet av startåret 2015. Helse Sør-Øst ligger noe under målsetningen på minst 70 prosent andel. For de fire vanligste kreftformene er utfordringene knyttet til bryst- og prostatakreft. Her er andelen behandlet innen standard forløpstid lavere enn de andre kreftformene. I arbeidet med standardiserte forløp er det avdekket kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det er satt i gang tiltak både lokalt og regionalt som tar sikte på å forbedre dette. Det er for tidlig å si noe helhetlig om erfaringene med pakkeforløpene, men tilbakemeldingene så langt er at det fungerer godt for de pasientene som er omfattet av ordningene og at det fører til ryddighet og bedre pasientforløp. Resultatene skyldes også i stor grad engasjementet til forløpskoordinatorerne som er et viktig element i denne ordningen.

Helseforetak og sykehus følges per måned på måloppnåelse. For mange pasientgrupper er målet svært nær eller målet er nådd. For noen pasientgrupper vil det være behov for å arbeide videre med fjerning av flaskehals, samt forbedret koding utover i 2016. For prostatakreft, som er det området en ikke er i mål på, er det en utfordring med uttrekk av korrekte NPR data, samt at det er en sykdom som varer over flere år.

- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

Alle sykehus og helseforetak har opprettet forløpskoordinatorer. Avhengig av hvilken yrkesgruppe som er forløpskoordinator er det ulik myndighet og organisering. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette overfor helseforetakene også i 2016.

- *Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.*

Det er planlagt etablering av diagnosesentre i alle helseforetak. Flere helseforetak er godt i gang med etablering av slike sentre. Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Vestre Viken har kommet lengst i etableringen. Arbeidet med å etablere diagnosesentre i alle helseforetak følges videre opp 2016.

- *Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.*

Det er etablerte flere prostatasentre i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har etablert prostatasenter som er et sentralt element i pakkeforløpet for prostatakreft. Sykehuset Østfold har dialog vedrørende samarbeid med Oslo universitetssykehus.

Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Vestre Viken har opprettet et felles prostatasenter; *Prostatakreftsenteret i Vestfold, Telemark og Vestre Viken*. Utredning og behandling av prostatakreft ved sykehusene i de tre helseforetakene blir gjort etter samme metode og prosedyrer. Sykehuset Innlandet har etablert prostatasenter i Hamar, i tett samarbeid med stråleenheten på Gjøvik. Sørlandet sykehus har etablert prostatasenter i Arendal.

Akershus universitetssykehus har ikke søkt om status som prostatasenter i Helse Sør-Øst, men driver virksomheten på lik linje med prostatasentre i regionen når det gjelder pakkeforløp, utredning, operativ behandling og tverrfaglige møter.

- *Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematiske forbedringsarbeid.*

Helse Sør-Øst RHF ønsker at pasienter skal kunne gi systematisk tilbakemelding om sine erfaringer med spesialisthelsetjenesten, at resultatene brukes i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet og at de publiseres på nett. Helse Sør-Øst RHF har stor oppmerksomhet på de nasjonale PasOpp undersøkelsene som i samarbeid med Kunnskapssenteret presenteres i ulike fora.

Helseforetakene/sykehusene i helseregionen foretar i tillegg til dette lokale brukerundersøkelser som er utviklet ut fra egne behov.

Hovedbildet er at undersøkelser gjennomføres, resultat offentliggjøres på hjemmesidene og følges opp. For å videreutvikle arbeidet med standardisering av pasienterfariingsundersøkelser inngikk Helse Sør-Øst RHF i juni 2015 avtale med Kunnskapssenteret om gjennomføring av PasOpp på lokalt nivå (avdeling/post) ved Akershus universitetssykehus og Vestre Viken og ytterligere utvidelse ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Arbeidet bygger på erfaring fra Lovisenberg Diakonale sykehus fra tidligere år.

Med dette initiativet ønsker Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret å bidra til standardisert og systematisk bruk av pasienterfariingsundersøkelser, samt øke kunnskap om sammenheng mellom pasienterfaringer og pasientsikkerhetskultur.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.*

De nasjonale kvalitetsregistrenes årsrapporter for 2014 (siste oppdaterte informasjon), viser at 16 av de 22 registrene Helse Sør-Øst RHF har ansvar for, har en dekningsgrad på institusjonsnivå på 90 prosent eller mer. Når det gjelder dekningsgraden på individnivå, er det større variasjoner. Flere av kvalitetsregistrene er fremdeles under omstilling/oppstart. Forklaringer som oppgis for mangelfull dekningsgrad er bl.a. at innregistreringsløsninger ikke er utviklet eller implementert, pasientpopulasjonen er ikke endelig definert, lovmessige hindringer og ressursbegrensninger. Innenfor mange av registrene arbeides det svært aktivt for å sikre en bedre dekningsgrad. Blant tiltak for å øke dekningsgraden nevnes besøksrunder til registrerende enheter, utvikling og distribusjon av veiledere, opplæring av personell som registrerer data, forankring hos linjeledere mv. Ett av registrene, Gastronet, påpeker at dobbeltregistrering og manglende tilrettelegging for integrering av kvalitetsregistrene i sykehusenes EPJ reduserer motivasjon for å registrere.

Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre har utarbeidet en oversikt, med status per mai 2015, over hvilke enheter som skal rapportere til hvilke nasjonale kvalitetsregistre. Oversikten viser, sammen med årlig melding fra helseforetakene og de private avtalesykehusene, at sykehusene i Helse Sør-Øst registrerer til de fleste relevante nasjonale kvalitetsregistre. Helseforetakene oppgir at det arbeides for å øke registreringene, men i flere tilfeller er det mangler knyttet til de nasjonale registrene som skal ta imot registreringene.

I 2015 er det arbeidet aktivt for at de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst skal ha høy datakvalitet, noe som er dokumentert i årsrapportene og gjennom arbeidet som er utført i det regionale servicemiljøet i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført en rekke tiltak med god datakvalitet som målsetting, blant annet dekningsgradsanalyser mot Norsk Pasientregister, skolering av registrenes medarbeidere, intensivering av kontakt med registrerende enheter, oppgradering av registreringsskjemaer mm. Under ledelse av det regionale servicemiljøet pågår et nasjonalt dekningsgradsprosjekt, der registre med en utilfredsstillende dekningsgrad som ikke kan forklares

med mangelfull teknisk løsning, får bistand. Fra Helse Sør-Øst deltar Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk hjertestansregister.

For en systematisk gjennomgang av de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst med hensyn til departementets styringskrav for 2015, vises det til vedlegg 3 [Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst.](#)

- *Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.*

Åpenhet om uønskede hendelser er viktig for læring og forbedring, og det gir pasienter og publikum mulighet for å ha en realistisk forventning til helsetjenesten. Publisering av uønskede hendelser bør gjøres på en enhetlig måte og slik at hensynet til taushetsplikt, personvern og arbeidsmiljø blir ivaretatt. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en rapport og en regional standard (prosedyre) for åpenhet på nett og publisering av uønskede hendelser i regionens helseforetak og sykehus.

Data for 30 dagers overlevelse innhentes fra to ulike kilder. Kunnskapscenteret publiserer årlig 30 dagers diagnosespesifikk overlevelse for pasienter innlagt med hjerneslag, hjerteinfarkt og hoftebrudd. Ved siste publisering hadde ingen helseforetak i Helse Sør-Øst overlevelse for disse tilstandene som var signifikant avvikende fra landsgjennomsnitt. 30 dagers overlevelse for pasienter med hjerneslag var på regionalt nivå signifikant lavere enn landsgjennomsnittet. Det er nedsatt et midlertidig fagutvalg hjerneslag som skal evaluere organiseringen av hjerneslagsbehandlingen i Helse Sør-Øst og vurdere hvorvidt det er behov for å endre fag- og funksjonsfordeling for å bedre overlevelsen.

Variasjon i forbruksrater av dagkirurgiske prosedyrer som fremkom i oversikten publisert i *Norsk Helseatlas* har vært gjenstand for diskusjon i det regionale fagdirektørmøtet samt møte med de private leverandørene for å sikre harmonisering av operasjonsindikasjon. Basert på dette arbeidet er det iverksatt flere tiltak for å harmonisere indikasjon for kirurgi, særlig for kne og skulderartroskopi.

- *Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.*

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet systematisk med oppfølging av krav om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utviklingen på dette området er fulgt opp gjennom året i oppfølgingsmøter med helseforetak og private ideelle sykehus. Målkravet er i tillegg tatt opp i andre aktuelle møtefora, slik som fagdirektørmøte, brukerutvalg og i møte med konserntillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helse og omsorgsdepartementets arbeid for å avklare måleparametre, med sikte på iverksetting i 2016. Rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målet skal oppnås ble oversendt i henhold til fristen (1. mars 2015).

De samlede aktivitetsparametrene innen TSB og psykisk helseverk viser høyere vekst enn innen somatikken. Innen TSB skyldes dette særlig det økte kjøpet av behandlingstilbud hos private avtaleparter i 2014, hvilket har fått full effekt i 2015.

Når det gjelder øvrige måleparametre; utvikling i kostnader, årsverk og ventetider er det mer krevende å påvise grad av måloppnåelse. Helse Sør-Øst RHF kan ikke vise til full måloppnåelse for disse parametrene.

- *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Departementet viser til brev av 24. november 2015 om medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern til de regionale helseforetakene. Vi ber det regionale helseforetaket rapportere på dette kravet i henhold til de fristene som er angitt i brevet.*

Helse Sør-Øst RHF laget egen plan som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen jf. krav i oppdragsdokument for 2015. Alle helseforetak/sykehus samt regionalt fagråd psykisk helsevern har fått oversendt planen for oppfølging. Planen er også oversendt de øvrige regionale helseforetakene. I henhold til planen vil det pågå viktig arbeid innen dette området de neste to årene. Fagrådet psykisk helsevern har fått et eget oppdrag om oppfølging i 2015/2016. Det arbeides systematisk med dette målkravet i alle helseforetak og private ideelle sykehus, men det er ingen som har etablert egne enheter for medisinfri behandling. Det pågår ulike typer utviklingsarbeid i helseforetakene/sykehusene. Arbeidet må fortsette i 2016.

Helseforetak/sykehus rapporterer at det legges stor vekt på ikke-medikamentell behandling bl.a. i form av kognitiv terapi og musikkterapi, men det er også oppmerksomhet på riktig bruk av medikamenter. Eksempler som beskrives er bl.a. etablert samarbeid om felles kompetanseløft i kognitiv terapi ved psykoser. Det beskrives videre eksempler på omfattende opplæring i kognitiv terapi for både døgnetenhet og at FACT-teamene utdanner flere i kognitiv terapi, det samme gjør Rus og Psykiatri-team. I tillegg arbeides det i større grad med å bevisstgjøre behandlere om medikamentfrie behandlingstilbud for alvorlig psykisk lidelser, samt inkludering av brukerutvalget i utviklingsarbeid. Helse Sør-Øst RHF fikk på slutten av 2015 et tilleggsoppdrag som skal realiseres i 2016.

- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsykiatriske sentre.*

Ambulant virksomhet og arenaflexibelt arbeid er meget godt innarbeidet i alle helseforetak/sykehus. Leger og psykologer inngår i dette arbeidet og det er et utstrakt samarbeid med de nevnte tverretatlige instanser. Helse Sør-Øst RHF vektlegger ambulant virksomhet i egne plandokument og ser denne innsatsen også som viktig for å komme tidlig inn i et forløp, redusere bruk av tvang, øke pasientsikkerheten og redusere selvmordsfare.

Det fremgår av de årlige meldingene fra helseforetakene at man omstiller behandlingstilbudene for å øke de polikliniske og ambulante aktiviteten innen TSB. Det er i oppfølgingen av avtalepartene vektlagt betydningen av ambulant virksomhet og tett samarbeid med andre, noe som har ført til bedre oppmøte og færre brudd i behandlingen. Det ble i 2014 som et ledd i denne satsningen lagt inn betydelige ressurser til fire avtalepartnere innen TSB for å arbeide ambulant i forkant og etterkant av døgnbehandling.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til krav i oppdragsdokumentet for 2015 utarbeidet og oversendt Regional plan i Helse Sør-Øst "Hvordan sikre barn i barneverns-institusjoner tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging". Planen beskriver bl.a. hvordan tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg kan styrkes og inneholder tiltak som helseforetak/sykehus må arbeide med. Videre har Helse Sør-Øst RHF basert arbeidet på allerede etablerte samarbeidsstrukturer og regionale samarbeidsavtaler med henholdsvis BUF-etat Øst og BUF-etat Sør.

- *Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.*

Arbeidet som skulle starte i samarbeid med Helsedirektoratet med innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, er ikke ferdig i 2015. Arbeidet har startet i regi av Helsedirektoratet, men modellen med nasjonal kartlegging er foreløpig ikke innført. Alle helseforetak og sykehus arbeider like fullt aktivt med selvmordsforebygging i henhold til alle plandokument og faglige føringer.

- *Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Andelen årsverk ved DPS var i 2014 på tilnærmet samme nivå som i 2013 (38 prosent). Målet om en øking i andelen kan derfor ikke sies å være oppfylt.

Dette målet har vært førende for tjenesteutviklingen i alle helseforetak/sykehus over flere år. Helse Sør-Øst RHF er, på tross av at målet ikke er oppfylt ut fra tall for 2013 og 2014, tilfreds med omstillingen som har funnet sted samlet sett.

DPSene har særlig styrket egen lege- og psykologdekning og det er også en god fordeling mellom de ulike profesjonene. Kravene til økt aktivitet innen psykisk helsevern stilles primært til poliklinisk virksomhet, hvilket også bidrar til en vekst i årsverk ved DPS.

Samtidig pågår det ved DPSene en utvikling for å øke kompetanse, spesialistnivå og antall spesialister. Dette skjer bl.a. ved konvertering av årsverk med lavere kompetanse/utdanning (og lønn) til lege- og psykologspesialister. Dette er en ønsket utvikling for at DPSene skal være i stand til og fremstå som en kompetent og forsvarlig, desentral og kommunenær spesialisthelsetjeneste. Men det kan isolert redusere den relative økningen i årsverk ved DPSene ift psykisk helsevern ved sykehus og gjør at årsverk som måleparameter kan være mindre hensiktsmessig.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.*

Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern. Den regionale planen "*Økt frivillighet*" er implementert og det arbeides systematisk med målene.

Helse Sør-Øst RHF vektlegger tall for bruk av tvang målt opp mot befolkning i eget opptaksområde som den viktigste indikator på utviklingen. Fem av helseforetakene har nådd målet om redusert bruk av tvang i 2015.

Arbeidet med å redusere bruk av tvang videreføres, men utfordres av det aktuelle sykdomsbildet. "Nye" rusmidler skaper også utfordringer. Helse Sør -Øst RHF vurderer likevel at egen regional plan fortsatt er godt egnet for videreføringen av arbeidet med å redusere tvangsbruken.

- *I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2015 arbeidet med avtalene om studenthelsetjeneste. Det er mottatt søknader om tilskudd fra studentsamskipnader i flere fylker. Det vil i 2016 bli gjort et videre arbeid med å vurdere omfanget og innretningen av tilbudet, samt Helse Sør-Øst RHF's økonomiske bidrag.

- *Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/ eller rusproblemer.*

Helseforetakene/sykehusene beskriver en betydelig økt innsats i 2015 for å sikre dette målet. Liaison-tjenester er godt etablert og det rapporteres om et stort antall utviklingsprosjekt i virksomhetene. Det er utarbeidet overordnede prosedyrer for:

- Overdose, mistanke om opioidoverdose (2015)
- Selvmord – kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (2015)
- Prosedyrer knyttet til ECT

Det er etablert samarbeidsrutiner mellom somatikk og PHV & TSB for å sikre dette målet. Flere steder vurderes det som utfordrende å få dette til bl.a. som en følge av at rusmisbrukeres behov for somatiske tjenester i utgangspunktet burde vært ivaretatt på et lavere tjenestenivå.

Pasientforløp alkohol er under utarbeidelse for implementering i 1. halvår 2016. Her vil kartlegging av alkoholvaner hos innlagte pasienter i somatikk initieres. Samlet sett vurderer Helse Sør-Øst RHF måloppnåelsen som god, men innsatsen på området må fortsette.

- *Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.*

Tre helseforetak har etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og i barneavdeling. To av helseforetakene som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde har likevel avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingene. Dette er i form av sosialpediatriske team. Ett av helseforetakene har ikke hatt sosialpediatriske ressurser, men har opprettet en legestilling fra og med 1. januar 2016. To av helseforetakene har ikke opprettet sosialpediatriske ressurser og begrunner dette med ressursituasjonen. Helse Sør-Øst RHF vil følge de aktuelle helseforetakene slik at dette realiseres i 2016.

- *Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med aktuelle helseforetak forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. De fleste helseforetak har valgt å overta ansvaret ved å videreføre allerede eksisterende overgrepsmottak i kommunene gjennom avtaler. Ett helseforetak overtar ansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep ved å bygge opp en egen tjeneste for dette i eget helseforetak og ett helseforetak viderefører allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket.

- *Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.*

Abortsøkende kvinner kan henvende seg direkte til sykehusene og blir mottatt raskest mulig der. Informasjon om dette, samt kontaktinformasjon, ligger på sykehusenes nettsider. Helseforetakene har gitt informasjon til abortsøkende kvinner og tydeliggjort informasjonen der hvor det ikke har vært tydelig nok. Noen helseforetak har styrket tilbudet ved å opprette ekstra overlegestillinger og styrket ressursene i abortkomitèen. Helse Sør-Øst RHF vurderer at målet med styrket tilbud i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus er nådd.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

- *Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.*

Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst RHF, høyskolene og Universitet i Agder har i 2015 spesielt lagt vekt på hvordan helsesektoren og utdanningssektoren kan samarbeide tettere om forskning og innovasjon. I tillegg har samarbeidsorganet gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF's strategiske plan for kompetanseutvikling hvor fremtidige utdanningsbehov og utfordringene i forhold til praksisdelen av utdanningen er et sentralt tema. Dimensjonering av utdanningskapasitet og kvalitet i praksisstudier vil ha styrket oppmerksomhet i helseforetaksgruppen.

Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo arbeider for på overordnet nivå å styrke forskning, innovasjon og utdanning og bidra til strategisk samordning mellom spesialisthelsetjenesten og universitetet på disse områder.

- *Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, berunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.*

Helse Sør-Øst RHF følger opp foretakene på generelt grunnlag i månedlige møter. Når det gjelder målsetningen om å ha tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for leger i spesialisering, viser rapporteringene fortsatt vekst. Veksten i 2015 er på 3 prosent for LIS-stillinger. Dette dokumenterer at foretakene legger til rette for utdanningsstillinger. Det regionale helseforetaket har derfor ikke sett behov for å sette inn ytterligere tiltak for å nå denne målsetningen.

Stillingsgruppe fordeling utvidet (månedsværk)	Ahus	OUS	Sun	SiV	SI	ST	SØ	Ss	VV	SUM	Vekst antall pr. år	Vekst % pr. år
(3b) LIS-leger 2015	395	902	13	182	182	147	244	256	370	2 841	83	3,0 %
(3b) LIS-leger 2014	391	880	13	162	162	141	233	257	357	2 758	111	4,2 %
(3b) LIS-leger 2013	362	852	12	160	160	142	211	242	345	2 647	59	2,3 %
(3b) LIS-leger2012	356	849	13	154	154	136	198	228	337	2 589		

Det foretas likevel kompetansekartlegging og gjøres analyser for å vurdere om det er en riktig sammensetning av stillinger i forhold til utdanningskapasitet innen de ulike fagområdene. Det er utfordringer knyttet til utdanningskapasitet for enkelte spesialiteter. Dette gjelder både store og små spesialiteter. Spesialitetene nevnt nedenfor vurderes å ha størst utfordring innen utdanning de neste tre til fem år. Det er ikke korrigeret for den medisinske utviklingen i fagområdene, som kan påvirke kapasitetsutfordringen.

(10) Generell kirurgi: gastroenterologisk kirurgi
(13) Generell kirurgi: urologisk kirurgi
(37) Ortopedisk kirurgi
(17) Indremedisin (generell)
(21) Indremedisin: geriatrik
(45) Øre-nese-halssykdommer
(46) Øyesykdommer

Når det gjelder den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin, er utdanning etablert ved Oslo universitetssykehus. Dette helseforetaket fungerer nå som en ressursbase for de andre foretakene i arbeidet med å lage utdanningsplaner, godkjenne utdanningsenheter og etablere et fellesopplegg for deler av den obligatoriske undervisningen.

- *Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.*

Alle helseforetak har stor oppmerksomhet knyttet til veiledningsplikten og hvordan den kan brukes både i forhold til enkeltpasienter og til generell veiledning for å bidra til økt kompetanse i kommunene.

Alle helseforetakene har inngått tjenesteavtaler med sine kommuner knyttet til kompetanseutveksling og disse avtalene sees i sammenheng med dette oppdraget. Noen helseforetak har startet arbeidet med å utvikle en konkret strategi i samarbeid med kommuner/bydeler, mens andre rapporterer at de fortsetter arbeidet på de måter som allerede er innarbeidet. Det skjer for eksempel ved at det arbeides systematisk med pasientforløp fra hjem til hjem. Andre eksempler er gjensidige hospiteringsordninger, felles kursutvalg mellom sykehus og kommune, egne nettsider for kompetansedeling, ulike fagnettverk for sykepleiere, bruk av ambulante tjenester, bruk av elektroniske verktøy, samarbeid med utdanningsinstitusjoner og innhenting av informasjon om hverandres arbeidsformer og tilbud. Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen har i 2015 utviklet prosjektet "Gjensidig samarbeid om kompetanseutveksling basert på e-læring". Prosjektet har som mål å anbefale en modell for gjensidig kompetansedeling basert på e-læring, som kan sikre kvalitet, systematikk og effektivitet i delingsarbeidet. Det er utviklet forslag til en egen samarbeidsavtale i regionen og nye samarbeidsrutiner for deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus. Prosjektet er planlagt implementert i løpet av første kvartal 2016.

- *Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.*

Oslo universitetssykehus har avtale med Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette omfatter både en samarbeidsavtale og en rekke underavtaler, blant annet innen radiologi og nevropatologi. Avtalene er innrettet for å regulere ytelser mellom partene, men gir også en ramme og arena for kontakt mellom det rettsmedisinske miljøet og beslektede miljøer i sykehuset. Som eksempel kan nevnes at sykehuset i avtalen om radiologiske tjenester har en gjensidig avtale på deltakelse i aktuelle fagmøter.

Akershus universitetssykehus rapporterer at avdeling for patologi samarbeider med politi, retts toksikologi og rettspatologer ved Folkehelseinstituttet ved behov. Helseforetaket har ikke etablert formelt nettverk innen klinisk rettsmedisin. Dette vil bli vurdert i 2016. De øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst har ikke oppnådd målet om å etablere et kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Helse Sør-Øst RHF er ikke i mål med å etablere et kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin for alle helseforetakene i regionen. Måloppnåelsen kan bli bedre og Helse Sør-Øst RHF vil intensivere arbeidet overfor helseforetakene for å bedre måloppnåelsen.

2.4 Forskning og innovasjon

- *Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.*

En rekke aktiviteter og tiltak som omfattes av anbefalingene i HelseOmsorg21-rapporten er allerede iverksatt i Helse Sør-Øst og er i samsvar med vedtatt regional strategi. Dette gjelder både forskning og innovasjon. Helse Omsorg21 anbefalingene har vært behandlet av Samarbeidsorganet med universitetet i Oslo og drøftet på eget tematisk internseminar. Dialog mellom de regionale helseforetakene er etablert gjennom deres strategigruppe for forskning. Evt. regional koordinering av nye spesifikke tiltak etter HO21-rapporten vil skje med utgangspunkt i

regjeringens handlingsplan for HO21 og anbefalinger fra HO21-rådet. Det vises ellers til samarbeidet mellom de regionale helseforetakene om brukermedvirkning i forskning (se under).

- *Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.*

For å fremme før-kommersielle anskaffelser har Helse Sør-Øst RHF engasjert seg som partner i Nasjonalt Program for Leverandørutvikling, administrert av NHO, KS og Difi. Helse Sør-Øst RHF deltar videre i "Team innovative offentlige anskaffelser" som er tilknyttet Leverandørutviklingsprogrammet. Helse Sør-Øst RHF har også tatt direkte initiativ overfor prosjektledelsen for hhv. nytt sykehus i Drammen og nybygg i Tønsberg. I begge prosjektene har Helse Sør-Øst RHF fått bistand fra Leverandørutviklingsprogrammet for kartlegging av behov og dialog med potensielle leverandører av innovative løsninger. Begge prosjektene følges nå aktivt opp av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Leverandørutviklingsprogrammet.

Helse Sør-Øst RHF arrangerte et inspirasjonsseminar for innkjøpsavdelingen i Sykehuspartner med tema *Innovative anskaffelser*. Helse Sør-Øst RHF deltok som partner i det nordiske prosjektet – *Nordic PPI Net – Innovative Public Procurement in the Nordic Health Sector* – finansiert av Nordic Innovation. I prosjektet, som ble avsluttet i 2015, hadde Helse Sør-Øst RHF - i samarbeid med Oslo Medtech - ansvaret for delprosjektene *Overview of existing analyses and existing projects within innovative procurement* og *Knowledge sharing within innovative procurement (PCP/PPI)*.

- *Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.* Oslo universitetssykehus har egne utprøvningsenheter for kliniske studier og/eller medisinsk utstyr. Både ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus er dedikerte støttefunksjoner for kliniske studier bygget opp, blant annet finansiert med basis i regionale forskningsmidler. Samarbeidet med Inven2 er styrket, også ved bruk av regionale insentivmidler. Omfanget av kliniske studier i regionen har økt. Dette tilskrives økt satsing på slike studier.
- *For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nytttevurderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.*

De regionale helseforetakene har i fellesskap og under ledelse fra Helse Nord RHF utarbeidet felles retningslinjer med forslag om tiltak for alle regionale helseforetak. Dette er styrebehandlet i samtlige regioner og tiltak for å styrke brukermedvirkningen er under implementering i helseforetakene. Temaet har også vært behandlet i regionale forskningsfora. Helse Sør-Øst RHF implementerte et eget system for nyttevurdering ved søknad om regionale forskningsmidler i 2014 og har i 2015 videreutviklet dette. Det pågår nå et eget arbeid mellom de regionale helseforetakene for å utvikle felles opplegg for nyttevurdering av prosjekter som søker om regionale forskningsmidler.

- *Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, berunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.*

Det er i 2015 påbegynt en evaluering av eksisterende nasjonale forskningsnettverk i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten (NSG). Det er enighet mellom de regionale helseforetakene om å avvente resultatet av denne evalueringen (første halvår 2016) før nye nasjonale nettverk etableres.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015

3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

- *De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: "Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning, IS-2129."*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har i 2015 hatt flere blodgivere enn tidligere år. Det er arbeidet med tiltak for å rekruttere, samt beholde eksisterende blodgivere. Ulike tiltak er iverksatt som understøttes av Helsedirektoratets rapport. Helseforetakene gjør større bruk av sosiale medier, med vekt på synlighet i mediene og på offentlige og private arrangement. Det legges også til rette for mer og bedre tilgjengelighet for blodprøvetaking. Bl.a. tilrettelegges det for å yte god service til blodgivere, som er en viktig kilde til rekruttering av nye blodgivere.

3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser

- *De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at Helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.*

Helse Sør-Øst RHF involverer representanter for kommunesektoren i prosjekter av prinsipiell og overordnet karakter. Eksempler på dette er arbeid med kapasitetsvurderinger og anskaffelse av tjenester innenfor rehabiliteringsfeltet. Det avholdes møter mellom politisk ledelse/rådmenn i enkeltkommuner/sammenslutninger av kommuner og det regionale helseforetaket i samråd/samarbeid med helseforetakene.

Helse Sør- Øst RHF har i tillegg inngått egne samarbeidsavtaler med KS i regionen og med Oslo kommune, som understreker betydningen av samarbeid og involvering på alle nivåer. Det gjennomføres en fast møtestruktur og det er etablert et arbeidsutvalg bestående av direktør samhandling i Helse Sør-Øst RHF og KS' regiondirektør i Agder, som løpende avklarer behovet for involvering i ulike saker på RHF nivå.

Det gjennomføres halvårlige dialogmøter/kontaktmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen. Styreleder og administrerende direktør med stab og relevante helseforetak, ansatte og brukere møter ledere for rådmannsutvalgene, fylkesstyrene (ordførere) og de ansatte regiondirektørene.

Møtene benyttes i hovedsak til å drøfte saker av betydning for hele regionen, herunder kompetanseutveksling, oppgavedeling innenfor relevante områder og samarbeid om utviklingsplaner, kapasitetsvurderinger mv. Det er etablert samarbeidsprosjekter knyttet til å fremskaffe relevant styringsinformasjonen (samhandlingsportal) og utvikling av et systematisk samarbeid om kompetanse basert på E-læring.

Det gjennomføres årlig to til fire kontaktmøter mellom Oslo kommune (ved kommunaldirektør for helse og velferd) og Helse Sør-Øst RHF (ved administrerende direktør). Helseforetakene/sykehusene deltar i disse møtene etter behov. I tillegg avholdes et utvidet kontaktmøte minst en gang i året der styreleder og administrerende direktør møter politisk ledelse i Oslo kommune.

Det gjennomføres også et årlig stormøte der ledere av relevante etater og bydeler i Oslo kommune og ledelsen i det regionale helseforetaket samt ledelsen på de fem oslosykehusene, inklusive Sunnaas sykehus, inviteres. Temaene er av overordnet strategisk karakter. Kapasitet i hovedstadsområdet har vært hovedtema ved de to siste møtene.

I alle planprosesser av et visst omfang er det tett dialog med lokale representanter, både i form av møter, men også gjennom høringer. Dette skjer bl.a. i forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Det finnes flere gode eksempler på dette, bl.a. i Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Sørlandet sykehus.

Innenfor samhandlingsreformen arbeider Helse Sør-Øst RHF sammen med samhandlingssjefene i de ulike helseforetakene med å konkretisere målene i reformen. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen og har dialogmøter med KS i regionen. Målet er å dele erfaringer og sammen finne fram til gode og effektive eksempler som understøtter reformens mål. Det arbeides også med en statusrapport for samhandling som skal vise hva som er gjort fram til nå.

Innenfor helseforetaksgruppen er det også etablert nettløsninger som legger til rette for helseforetakenes kommunikasjon med omverdenen om aktuelle prosesser, styrebeslutninger mv. alle helseforetak har utviklet stor åpenhet i styremøter, offentliggjøring av styresaker mv.

3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser

- *Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører. Vi viser til krav i foretaksmøte i januar 2013, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser. Samfunnskontrakten er inngått mellom partene i arbeidslivet og har til hensikt å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Regjeringen har etter dette utarbeidet en strategi for å få flere lærlinger i staten, og et viktig tiltak i denne sammenheng er at alle statlige virksomheter skal knytte til seg minst én lærling. Vi forutsetter at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.*

Helse Sør-Øst RHF arbeider i tråd med Regjeringens strategi. Styringskravet er derfor videreført i oppdrags- og bestillingsdokumentene til alle underliggende helseforetak unntatt Sykehusapotekene, som ikke har fag under lærlingeordningen.

Alle de aktuelle helseforetakene, inklusive Sykehuspartner, har det siste året rekruttert egne lærlinger på aktuelle fagområder. Nye lærekontrakter etableres fortløpende. I tillegg kommer samarbeid med kommuner og fylkeskommuner om gjennomføring av kontrakter i kommunal regi.

Sykehusene har i hovedsak lærlinger innen helsefag, ambulans og tekniske fag (byggfag, elektrofag). De har også lærlinger innen kontorfag, kokkefag, og renhold. Det har skjedd en betydelig økning i antall egne lærlinger de siste årene:

Helse Sør-Øst	2011	2012	2013	2014	Utvikling 2011-2014
Samlet antall lærlinger	214	280	323	346	+ 109

Per september 2015 var det registrert til sammen 365 lærlinger i HR-systemet. Ved særskilt innrapportering på fag samme måned ble det følgende fordeling registrert:

Helse Sør-Øst september 2015	Antall læreplasser	Herav ambulansesfag	Herav helsefag	Andre fag (samlet)
Registrert på fag	342	223	95	24

Differansen mellom lærlinger registrert i HR-systemet (365) og antall innrapporterte plasser (342) har sammenheng med etterslep i registreringen av avsluttede og nye kontrakter og spesifisering på fagområder.

Antall lærlinger er i hovedsak tilpasset behovene slik de konkretiseres i dag. Behovene vil imidlertid endre seg i årene fremover. Dette både som følge av økende etterspørsel etter helsepersonell, nye investeringsbehov og faglig/medisinsk samt teknisk utvikling mv. Nye tiltak for å øke rekrutteringen på prioriterte områder er derfor regelmessig tema på aktuelle fellesarenaer, herunder regionale HR-direktørmøter og møter i det interregionale nettverket for utdanning og kompetanse.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

4.1 Krav og rammer for 2015

- *Styring og oppfølging – gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene*

Det regionale foretaket har i møter med styreledere i helseforetakene og i oppfølgingsmøter med helseforetakets ledelse fulgt kvalitetsindikatorerne gjennom året og presentert tall for alle helseforetak for å kunne sammenlikne resultater, inkludert tall ned på de enkelte fagområder / medisinske spesialiteter. De samme kvalitetsmål har vært benyttet regelmessig i rapporter til styret i det regionale foretaket gjennom rapportering samt analyser og benchmarking.

Det har gjennom 2015 vært et prioritert mål at pasienter ikke skal oppleve fristbrudd og en gjennomsnittlig ventetid for avviklede på 65 dager. Dette har vært fulgt i månedsrapporter gjennom hele året til styrene sammen med resultater for indikatorer knyttet til korrekt oppfølging av det pasientadministrative system. Det har også vært viktig å for styrene å følge aktivitetstall innen psykisk helsevern og TSB samt data for implementering av pakkeforløpene for kreft.

30 dagers overlevelse data fra alle helseforetak i Helse Sør-Øst har vært brukt til forbedringsprosjekter og det registreres at antall helseforetak med signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnitt er redusert. 30 dagers overlevelse for pasienter med hjerneslag er signifikant lavere i Helse Sør-Øst enn resten av landet, på denne bakgrunn er det etablert et midlertidig fagutvalg som skal vurdere organisering og innhold av tjenestene. Arbeidet forventes å resultere i en styresak i Helse Sør-Øst som beskriver tiltak for å bedre kvalitet på behandling av pasienter med hjerneslag

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst med akuttfunksjon har tegnet medlemskap i *Dr Fosters Global Comparator Program*. Dette gir tilgang på et web-basert dashboard med sykehusdødelighet, gjennomsnittlig liggetid, reinnleggelsesrate samt forekomst av komplikasjoner for en rekke diagnoser og prosedyrer basert på NPR-data. Ved hjelp av dette verktøyet kan man følge utvikling i eget foretak og sammenligne foretakets data med andre sykehus i Helse Sør-Øst samt andre sykehus i utlandet som er medlemmer i *Dr Fosters Global Comparator Program* for 2016 vil dette også kunne danne grunnlag for å gi styrene i foretaksgruppen et godt grunnlag for å vurdere kvalitet innen ulike sykdomsgrupper.

- *Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet*

Helse Sør-Øst RHF har en omfattende og bred tilnærming til arbeidet med reduksjon av variasjoner i ventetider og effektivitet mellom sykehusene. Styringsoppdraget ble fulgt opp med konkrete tiltak i egen plan, utarbeidet av hvert enkelt helseforetak/sykehus. En regional tiltaksplan ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i april 2015. Etter tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det levert en særskilt plan 21. mai 2015 med månedlige prognoser for fristbruddutviklingen 2015, både for hvert enkelt helseforetak/sykehus og samlet for regionen. Disse planene og prognosene har ligget til grunn for den regionale og lokale oppfølgingen gjennom 2015. Helse Sør-Øst RHF intensiverte i starten av 2015 bistanden til helseforetakenes og sykehusenes arbeid med å redusere ventetider og unngå fristbrudd ved bl.a. å etablere tilgjengelighetsprosjektet med fire delprosjekter/innsatsområder:

- Analyser og benchmarking
- Effektivitet i poliklinikkene
- Langtidsventende
- Opplæring og erfaringsoverføring

Fra 2015 ble arbeidet med “*Glemte av sykehuset*” tatt inn i “*Tilgjengelighetsprosjektet*”, med forsterket oppmerksomhet på å innarbeide gode pasientadministrative rutiner. Arbeidet har utover 2015 vist tydeligere og bedre resultater. Tallene per desember og samlet for hele året bekrefter fremgangen. Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt pr. 31. desember 2014 og 2015 viser:

- Den polikliniske aktiviteten er vesentlig høyere:
 - Samlet har antall polikliniske konsultasjoner økt med 195 000 (+4,9 prosent).
 - Herav er økningen innen somatikk på drøyt 107 000 konsultasjoner (+4,0 prosent).
- Færre pasienter som venter:
 - Antall ventende er nå 120 677 mot 145 492 ved forrige årsskifte.
 - Antall som venter er dermed redusert med 24 815 pasienter (-17,1 prosent).
- Ventetidene er redusert:
 - Ventetiden for avviklede pasienter (pasienter som har fått helsehjelpen påstartet) er ni dager kortere (på årsbasis fem dager kortere).
 - Ventetiden for ventende pasienter er 31 dager kortere (på årsbasis 17 dager kortere)
- Lavere antall og andel fristbrudd:
 - Fristbrudd for avviklede pasienter (pasienter som har fått helsehjelpen påstartet) er redusert fra 1 206 til 380, tilsvarende at andelen er redusert fra 4,9 prosent til 1,0 prosent.
 - Fristbrudd for ventende pasienter er redusert fra 2 831 til 526, tilsvarende at andelen er redusert fra 11,5 prosent til 1,4 prosent.

Fremgangen er et resultat av planmessig arbeid på alle helseforetakene og sykehusene med god ledelsesmessig oppfølging, støttet med god bistand fra Kontoret for fritt sykehusvalg, regionalt tilgjengelighetsprosjekt med innsatsteam og særskilt innsats innen noen fagområder. [Arbeidet med pakkeforløp](#) har også gitt effekter knyttet til ventetid og effektivitet. I tillegg har man faglige arenaer og erfaringsutveksling der dette blir ivaretatt.

Det utarbeidet en ROS-analyse knyttet til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. På bakgrunn av denne er det utarbeidet en egen veiledningsrapport om lovendringene og konsekvenser for arbeidsprosesser i DIPS. ROS-analyse har også resultert i liste over endringsbehov i det elektroniske systemet som er håndtert via systemeier. Det er avholdt jevnlig arbeidsmøter de siste år for å forberede implementering av lovendringer, herunder avklaringer, endringsbehov, rutinebeskrivelser, utarbeidelse av ovennevnte rapport mm. Arbeidet har gitt god effekt, og helseforetakene rapporterer om at det er gjennomført en rekke opplæringstiltak og at veiledningsmaterieil er gjort kjent og tatt i bruk, noe som bl.a. vises gjennom kort vurderingstid og klar nedgang i antall fristbrudd. Det har vært arrangert samarbeidsmøter (regionale PKO-møter) mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å gjøre kjent reviderte prioriteringsveiledere, hvor også gode erfaringer med samhandling mellom fastleger og helseforetak samt forbedringsområder har vært diskutert.

Til tross for mye bra målrettet arbeid og bedring innen flere områder, historisk korte ventetider samtidig som flere pasienter får utredning og behandling, er ikke nasjonale mål nådd, eksempelvis gjennomsnitt ventetid og fristbrudd. Det har derfor vært behov for ytterligere innsats og en tettere oppfølging av helseforetakene gjennom året. Nye tiltak og virkemidler er vurdert for å understøtte en bedre måloppnåelse, herunder å bedre kapasitetsutnyttelse og tilføre kapasitet i eget helseforetak, utnytte kapasitet på tvers av helseforetak samt bruke private ideelle eller private leverandører. I hele regionen har det pågått et omfattende arbeid for å bedre tilgjengeligheten. Gjennom regionalt arbeid med bedre organisering og drift av poliklinikkene har målet vært ytterligere å redusere ventetider og fjerne fristbruddene. Det vises og til eget oppdrag i revidert

oppdragsdokument og rapportering ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 15. november i samarbeid med øvrige regionale helseforetak. Oppdraget er videreført i en ytterligere konkretisert form i styringsbudskapene for 2016 fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene. Vedrørende faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp vises til egen rapportering angående standardiserte pasientforløp samt kreft-/pakkeforløp.

- *Samarbeid med private aktører*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet med planlegging av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter. Det har vært nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF, som har sett på planlegging av en pilot på området. Helsedirektoratet skal utarbeide en rapport om pilotprosjektet basert på arbeidsgruppens vurderinger. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å finne kandidater (helseforetak og avtalespesialister) til pilotprosjekt for utdanning av legespesialister i avtalepraksis, Takstbruken i ordningen er hjemlet i en egen forskrift for forsøksordning, som går ut 30. april 2017. Det er behov for en snarlig forlengelse av forskriftens varighet for å få en tidshorison for nye pilotprosjekter, som gjør det meningsfylt å starte.

- *Øvrige tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester*

Oppdraget til Helse Sør-Øst RHF omfatter egne helseforetak, men også de private ideelle sykehusene er invitert til å delta i arbeidet. Implementeringsstrategien for KPP (kostnad per pasient) i Helse Sør-Øst ble utarbeidet høsten 2014. Strategien er inndelt i tre trinn der laveste nivå er godkjent leveranse til kostnadsvekstarbeidet og en viss styringsverdi. Alle helseforetak skal som minimum nå dette nivået innen 1. januar 2017, og allerede nå er fire helseforetak på dette eller et høyere nivå. Alle helseforetak har ved utgangen av 2015 etablert lokale KPP-prosjekt og behandlet lokal KPP-strategi i respektive ledergrupper.

Helse Sør-Øst RHF leverte sin plan for innføring av KPP innen fastsatt frist.

- *Økonomiske resultatkrav*

Foreløpige tall for 2015 viser et positivt resultat på 1 046 millioner kroner. Endelig resultat for 2015 vil først foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Foreløpig resultat er 366 millioner kroner bedre enn budsjettet for 2015.

Flertallet av helseforetakene har positive resultater i 2015. Helseforetakene i hovedstadsområdet viser en positiv utvikling, med unntak av Akershus universitetssykehus som fortsatt har noen utfordringer med å få varig kontroll på driftsøkonomien, men som viser fremgang fra 2014. I november 2015 ble det nye sykehuset i Østfold åpnet. Flyttekostnader og utfordringer knyttet til oppstart i nytt bygg har medført betydelige merkostnader ved Sykehuset Østfold. Samlet for foretaksgruppen er det et tilfredsstillende resultat for 2015.

Bærekraftig utvikling

Foretaksgruppens årsresultat for 2015 er bedre enn budsjett, og dette bidrar til å styrke økonomisk bæreevne fremover. Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år økonomiske langtidspaner hvor formålet er å sikre at foretaksgruppen skal ha tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til drift og planlagte investeringer. Planleggingsarbeidet innebærer blant annet å prioritere mellom investeringsprosjekter og fordele investeringsprosjekter over tid slik at foretaksgruppen til enhver tid skal ha økonomisk bæreevne. Det stilles krav til økonomisk bæreevne for enkeltprosjekter. Helseforetak som har gjennomført store bygningsprosjekter har utfordringer med å realisere planlagte økonomiske resultater, men det arbeides løpende med å identifisere konkrete tiltak for å bedre situasjonen.

Foretaksgruppen har utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelige midler for å kunne gjennomføre standardisering av IKT i ønsket takt, samt å få prioritert vedlikehold av bygningsmasse i tråd med gjeldende eiendomsstrategi. Videre er gjennomsnittlig alder på medisinsk teknisk utstyr fortsatt for høy. Samlet medfører dette fortsatt et behov for å styrke foretaksgruppens resultatutvikling.

- *Investeringer*

Sykehusbygg HF

I arbeidet med å sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg har Sykehusbygg HF arbeidet planmessig på flere områder bl.a. med erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter. Det er etablert et prosjekt med en referansegruppe med medlemmer fra helseforetak og rådgivermiljøene. Prosjektet har i 2015 hovedsakelig arbeidet med standardisering av planprosessen.

Det er nær sammenheng og koordinering mellom dette prosjektet og prosjektene Sykehusbygg HF har igangsatt innen erfaringsoverføring/evaluering, revidering av veileder for tidligfaseplanlegging og utvikling av framskrivningsmodellen.

Når det gjelder erfaringsoverføring gjennomførte Sykehusbygg HF i september en erfaringskonferanse for helseforetak og rådgivere, hvor en bl.a. tok opp erfaringer med tidligfaseplanlegging, veileder, dimensjonering, valg av konsepter, forholdet mellom bygg og virksomhet og entrepriserformer. Det ble med utgangspunkt i konferansen etablert et prosjekt med en referansegruppe som har hatt to møter og som drøfter relevante områder for erfaringsutveksling og evaluering.

Sykehusbygg HF-konferansen, som Sykehusbygg HF inviterte til i november 2015, hadde 240 deltakere og var en del av det samlede arbeid med standardisering, erfaringsoverføring og evaluering. Hovedtematikken på konferansen gjenspeilte dette.

For å sikre større oppmerksomhet på standardisering, erfaringsoverføring/evaluering er det videre etablert samarbeid med NTNU, Chalmers i Göteborg, Danske Regioner, European Health Design, TNO og EuHpn (EU-nettverket). I de pågående prosjektene til Sykehusbygg HF er det satt i gang samarbeid mellom likeartede prosjekter, for eksempel:

- Prosjekter for sykehuspsykiatri for voksne (Sørlandet/PSA, St. Olavs Hospital/Østmarka, Helse Fonna, Helse Førde, Vestre Viken, NØS, Tønsberg-prosjektet)
- Bruk av framskrivningsmodellen (Telemark, Innlandet, UNN, Stavanger)
- Planlegging av LMS/DMS (Alta, Brønnøysund, Kristiansund)
- Nye PET-sentra og syklotroner for produksjon av radiofarmaka

Sykehusbygg HF har etablert et eget prosjekt der målet er å overta databasen og support fra og med første januar 2017. I fjerde kvartal 2015 ble det etablert kontakt med helseforetakene og oppdatert status for registrerte areal, samt etablert brukerforum. Rapport utarbeides januar 2016.

Videre utvikling av framskrivningsmodellen er etablert som et utviklingsprosjekt med en referansegruppe med deltakere fra helseforetak. Dette er styrket ved at Sykehusbygg HF har fått konsesjon på aktivitetsdata fra NPR for hele Norge og kan gjennomføre analyser og videreutvikle modellen. Det legges vekt på utvikling av framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og rus, på kobling mellom pasientforløp og framskrivning, beskrivelse av scenarier og følsomhetsanalyser for beregning av dimensjonering. Forholdet mellom forutsetning i bygg og konsekvenser for framtidig drift er viktig.

Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter er etablert som et prosjekt. Denne oppgaven er både rettet mot revidering av dagens veileder og i tillegg videreutvikling av planprosessen der et utbyggingsprosjekts totale «divsløp» sees i en sammenheng. Det er startet en prosess som knytter veileder for tidligfaseplanlegging til standardisering av planprosesser, utvikling av styringssystemer og digitalisering. Det er behov for å utvikle veiledere for OTP, IKT, brukermedvirkning og en formveileder.

Evaluering av sykehusprosjekter er samordnet med prosjektet for erfaringsoverføring og skal gi input til standardisering.

I arbeidet med oppgradering av helikopterlandingsplasser ved sykehus, forankret i Justis- og beredskapsdepartementets anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre (NAWSARH), er det identifisert åtte helikopterlandingsplasser der Sea King-helikoptere lander i dag som anbefales oppgradert for nytt redningshelikopter av typen AgustaWestland AW101. Helikopterlandingsplassene er utredet i egen rapport fra Sykehusbygg HF, datert 1. september 2015, med anbefalt teknisk løsning og kostnadskalkyle. Et viktig forbehold i rapporten er at effekt av rotorvind fra nytt redningshelikopter, og konsekvens for sikkerhet mot omgivelser, må avklares før prosjektene igangsettes. Alle prosjekter er satt på hold til effekt av rotorvind er avklart. For landingsplasser ved sykehus som betjenes fra Sola og Ørlandet, bør dimensjonerende forhold rundt rotorvind være avklart innen 2016, slik at det er tilstrekkelig tid til å oppgradere disse innen det nye redningshelikopteret settes i drift, hhv mars 2018 fra Sola og oktober 2018 fra Ørlandet.

Ordningen med ekstern kvalitetssikring er evaluert. Rapporten ligger til grunn for en anskaffelse som ble sendt ut i oktober. Utlysingen omfatter kvalitetssikring av både konseptfaser og utviklingsplaner. Frist for tilbud var 22. desember 2015. Sykehusbygg HF forventer å inngå kontrakter i løpet av første kvartal 2016.

Oljefyring

Helseforetakene er gitt oppdraget med utfasing av fossil olje innen 2018. Det er gjennomført en kartlegging av gjenværende anlegg i per 2015, som viser at det er liten andel som er basert på oljefyring som primærkilde. Dette arbeidet følges opp i 2016.

• *Lån til investeringer*

Nytt østfoldsykehus er ferdig bygget og overlevert til Sykehuset Østfold, som åpnet sykehuset i henhold til planene 2. november. Prosjektet er ferdigstilt innenfor økonomisk styringsmål. Tønsbergprosjektet er i gang med forprosjektet, i henhold til planlagt fremdrift.

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2015 tildelt og utbetalt 184,1 millioner kroner i lån, med henholdsvis 114,1 millioner kroner til nytt østfoldsykehus og 70 millioner kroner til Tønsbergprosjektet. Midlende er tilgjengeliggjort disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektene likviditetsbehov.

• *Endringer i driftskreditrammen*

Likviditet og driftskreditter

Ved inngangen til 2015 er samlet driftskreditramme på 12 726 millioner kroner, jf. Prop 1S (2014-2015), herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 6 750 millioner kroner. I Prop. 1S (2014-2015) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremie blir 2 400 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2015. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksrådet 7. januar 2015 at samlet ramme for driftskreditt skulle reduseres med 2 400 millioner kroner ved utgangen

av 2015, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 1 290 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 100 millioner kroner i 2015. Samlet ville Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt således reduseres med 1 190 millioner kroner i 2015 med månedlige justeringer.

Ved behandling av Prop. 119 S (2014-2015) ble det bevilget 1 750 millioner kroner til dekning av antatt høyere pensjonskostnad i 2015, da anslått til 18 450 millioner kroner. Driftskredittrammen ble på denne bakgrunn satt ned ytterligere med 1 750 millioner kroner. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde dette 941 millioner kroner.

Ved behandlingen av Prop. 27 S (2015-2016) Endringer i statsbudsjett 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet ble driftskredittrammen foreslått redusert med ytterligere 2 380 millioner kroner nasjonalt, som følge av en tilsvarende reduksjon i pensjonspremie i 2015. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde reduksjonen 1 280 millioner kroner.

Endringene i driftskredittramme som beskrevet over, gir et nasjonalt nedbetalingskrav i 2015 på 6 530 millioner kroner grunnet pensjon. Av dette utgjør Helse Sør-Øst RHF's andel 3 511 millioner kroner. Ved også å hensynta økt driftskredittramme på 100 millioner kroner, jf. fordeling av driftskredittrammer i henhold til ordinær inntektsfordeling, ble det samlede nedbetalingskravet for Helse Sør-Øst RHF i 2015 på 3 411 millioner kroner. Dette gir en driftskredittramme ved årsskiftet 3 339 millioner kroner, trukket opp med 3 312 millioner kroner, dvs. nærmere 100 prosent.

- *Samordning på tvers av regionene*

Hovedformålet med de felles eide selskapene er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- 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
- Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- Nasjonal IKT HF (NIKT HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg HF – etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim
- Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å finne gode løsninger for styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en felles styresak fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015. Saken omhandlet drøftinger og prinsipper bl.a. innen følgende tema:

- Selskapsform
- Eierstyring
- Prinsipper for styresammensetning mv.
- Deltakelse fra andre instanser/observatør
- Prinsipper for utarbeidelse og behandling av selskapenes strategier
- Opplegg for samordning og oppfølging av de felles eide selskapene

De felles eide selskapene styres gjennom et årlig oppdragsdokument. De avgir også årlig melding på linje med helseforetakene underlagt det enkelte regionale helseforetak. I tillegg til rapportering på gitte oppdrag omfatter årlig melding også økonomisk langtidsplan og redegjørelse for selskapets planer og strategier. Meldingene er grunnlag for videre behandling i de regionale helseforetakene.

Etablering av Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015 gjennom stiftelsesprotokoll, foretaksavtale samt styrevedtak i de fire regionale helseforetakene. Selskapet skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier. Det er forutsatt at Sykehuspartners virksomhet innen innkjøp/logistikk og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF, og at og at samtlige regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016.

- *Felles retningslinjer for brukermedvirkning*

Arbeidet med felles retningslinjer for brukermedvirkning ledes av Helse Nord RHF og vil bli ferdigstilt våren 2016.

- *Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)*

Gjennom fornyingsprogrammet “*Digital fornying*” videreutvikler Helse Sør-Øst RHF sine IKT-systemer i tråd med målene i Meld. St. 9 *Én innbygger – én journal*. Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til utvikling og innføring av nasjonale IKT-løsninger og regionen har støttet Helsedirektoratets myndighetsrolle på feltet gjennom deltakelse i nasjonale arenaer for prioritering og styring av nasjonale satsninger innenfor e-helse, og styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området.

Helse Sør-Øst RHF har videreutviklet og økt utbredelsen av digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere gjennom prosjektet *MinJournal*. Sammen med Helsedirektoratet (nå Direktoratet for e-helse) arbeides det for tilgang til de digitale pasient- og innbyggertjenestene gjennom portalen www.helsenorge.no.

Elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten har vært et strategisk satsningsområde. Innføring av pleie og omsorgsmeldinger i regionen er gjennomført. Løsning for interaktiv henvisning og rekvirering er etablert. eResept er implementert i fire helseforetak og videre implementering i regionen ferdigstilles i 2016.

Helse Sør-Øst RHF har etablert “Regionalt senter for kliniske IKT løsninger”, for forvaltning og ivaretagelse av regionale standarder (inkludert arbeidsprosesser, informasjonsgrunnlag, systemløsninger og koordinert opplæring) og videreutvikling av eksisterende regionale løsninger.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i strategisk arbeid på nasjonalt nivå innenfor IKT-området, med målsetning om at IKT-tiltak i størst mulig grad realiseres på nasjonalt nivå, der dette er kostnadseffektivt og hensiktsmessig. Utvikling og gjennomføring av fellesregionale IKT-tiltak har vært adressert gjennom Nasjonal IKT HF. Det har vært særskilt oppmerksomhet på det prehospitale området, hvor Helse Sør-Øst RHF har bidratt i Nasjonal IKT HF's arbeid med felles anskaffelse av nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene, samt sikring av felles nasjonalt kodeverk og terminologi.

Et betydelig arbeid er iverksatt for lukking av avvik avdekket i Riksrevisjonens rapport fra 2014, knyttet til de elektroniske pasientjournalene (EPJ) og de pasientadministrative systemene (PAS). Det er behov for stor grad av teknisk understøttelse av tildeling, forvaltning og kontroll av tilganger for å oppnå automatisk tilgangskontroll ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Oppgraderinger av eksisterende PAS/EPJ løsninger med beslutningsstyrt tilgang på de ulike helseforetak er gjennomført i 2015. Regional standardiseringen av PAS/EPJ løsning og parallell innføring av automatisert tilgangskontroll ved bruk av IDM-løsning vil fullføres innen utgangen av 2017. Prosjektet viser til den store arbeidsmengden knyttet til hvert helseforetak, både når det gjelder endring i eksisterende systemer og at det dreier seg om prosessendringer i åtte store virksomheter.

Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Helse Sør-Øst RHF har startet en foranalyse som vurderer alternativer for hurtig implementering av "tilgang på tvers" med tanke på kostnad, tid- og ressursbruk, og risiko. At pasientinformasjon er tilgjengelig til riktig tid, sted og person på tvers av institusjon, vil blant annet utnyttes gjennom regionale satsninger for IKT-støtte til kreftpakkeforløp, Fritt behandlingsvalg, pasientrettighetsarbeid, og samhandling med kommune- og omsorgstjenester.

Helse Sør-Øst RHF har implementert en regional rapporteringsmal for tilsyn og avvik som helseforetakene rapportert på hvert tertial.

- *Miljø- og klimaarbeid*

I Helse Sør-Øst gjøres regionale anskaffelser i regi av Sykehuspartner innkjøp og logistikk. For å sikre oppfølging av styringsmålet, er det i 2015 satt av ekstra ressurser til særskilt oppfølging av miljøkrav. Miljøkrav er blitt systematisert og videreutviklet, og målinger dokumenterer at det er satt relevante og konkrete miljøkrav ved alle vareanskaffelser i 2015. I anskaffelser av tjenester er det stilt relevante og konkrete miljøkrav i alle anskaffelser unntatt for konsulenttjenester, hvor miljøkrav er mindre relevant. Det arbeides kontinuerlig ved å utvikle gode miljømål innen de ulike innkjøpskategoriene.

Helse Sør-Øst RHF er medlem av Svanens Innkjøperklubb og samarbeider tett med Svanemerket om miljøkrav. Helse Sør-Øst RHF har også gjennomført et prosjekt i 2015 for å se på forbruksbasert klimaregnskap med mål om i framtiden kunne se på muligheten for å sette krav til klimafotavtrykk per produkt i framtidige anskaffelser til sykehusene.

Helse Sør-Øst RHF har i flere år rapportert på miljøindikatorerne energi, avfall, vann og CO₂ i årlig regional rapport for miljø- og samfunnsansvar. I 2015 har Helse Sør-Øst RHF deltatt i arbeidsgruppe for nasjonale miljøindikatorer i regi av samarbeidsprosjektet *Grønt sjukehus*. Målet er å innføre miljøindikatorer i de fire helseregionene i 2016 og fremstille resultatene i en årlig nasjonal rapport for miljø- og samfunnsansvar.

- *Beredskap*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet munnet ut i rapporten *Oversikt over risiko og sårbarhet i Helse- og omsorgssektoren* som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2015. Rapporten beskriver seks hendelser som kan utfordre kapasiteten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester:

- Stor ulykke langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet
- Uvarslede naturkatastrofer
- Smitteutbrudd på skip
- Bortfall av kritisk infrastruktur (nett for overføring/distribusjon av energi, nett for telekommunikasjon, nett for transport av gods og personer (veg, luft, bane og sjø, luft og veibasert syketransport), vannledningsnett, avløp/kloakknnett)
- Pandemi i Norge
- Terrorangrep

For hver av de seks hendelsene er det gitt en kort scenariobeskrivelse samt angitt hvilke tiltak som er pågående og evt. nye tiltak som anbefales.

Helse Sør-Øst RHF vil delta i den videre oppfølgingen av rapporten bl.a. inn mot revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

For øvrig omtale av helseforetaksgruppens arbeid innen beredskap og sikkerhet vises det til kapittel 1.2 Sammendrag av resultatoppnåelse og utfordringer i 2015.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015

4.2.1 Protonterapi

Fra foretaksmøte 09.04.2015: Sak 3 Idéfaserapport regionale sentre for protonterapi

- *Etablering av partikkelterapi i Norge - Ekstern kvalitetssikring av idéfaserapporten inklusiv de forutgående prosessene og samfunnsøkonomiske analyser knyttet til etablering. (Arbeid i regi av Sykehusbygg HF innen 1. august 2015.)*

Sykehusbygg HF ble gitt i oppdrag å kvalitetssikre idéfaserapporten for protonterapi, inklusiv en samfunnsøkonomisk analyse i henhold til oppdraget i foretaksmøtet 9. april 2015.

Rapporten ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 8. august, med kommentarer gitt av de fire regionale helseforetakene i eget brev.

Fra foretaksmøte 09.04.2015: Sak 4 Nasjonal kompetanseoppbygging protonterapi

- *Langsiktig nasjonal kompetanse- og kunnskapsoppbygging innen protonterapi i tråd med anbefalinger i idéfaserapporten om regionale sentre for protonterapi.*

Planlegging og utvikling av protonsentre er kommet godt i gang gjennom Sykehusbygg HF.

Oslo universitetssykehus har utviklet kompetanse på protonterapi i kontakt med sine avtalepartnere og har også hatt kontakt med Skandionklinikken i Uppsala.

Fra foretaksmøte 10.12.2015: Sak 3 Etablering av partikkelterapi og protonbehandling – mandat for konseptfase

- *Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Frist for oppdraget settes til 1. august 2016.*

Oppdraget med utarbeidelse av konseptrapport for protonbehandling i Norge ble gitt til Sykehusbygg HF i eget brev.

4.2.2 Opptaksområde

Fra foretaksmøte 17.08.2015: Sak 3 Vurdering av opptaksområde

- *Foretaksmøtet ba om at det i det videre arbeidet med å analysere kapasitetsbehovet vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.*

Oppfølging av dette punktet er tatt inn i arbeidet med kapasitetsvurderinger i Helse Sør-Øst og vil bli avklart i forbindelse med regional utviklingsplan.

4.2.3 Ventetider og effektivitet

Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 2. Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet

Det vises til foretaksmøte 7. januar 2015 der de regionale helseforetakene innen 1. april 2015 ble bedt om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet. På bakgrunn av de innsendte planene og senere oppfølgingsmøter ble kravene til det videre arbeid i 2015 presisert til å omfatte:

- a) Utarbeidelse av forslag til indikatorer og fagområder for prioritert styringsmessig oppfølging
- b) Etablering av nettverk for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak
- c) Etablering av regionale innsatsteam og arenaer for utveksling av erfaring om endringsprosesser
- d) Innføre lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker
- e) Bruke innsikt i variasjon i liggetid og andel dagbehandling i forbedringsarbeid
- f) Bruke innsikt om variasjon i forbruk av helsetjenester i forbedringsarbeid
- g) Bedre samhandling med private og avtalespesialister

Helse Sør-Øst RHF deltok aktivt sammen med de andre regionale helseforetakene i arbeidet med å svare på revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015. Det vises til samlet rapport fra de regionale helseforetakene som ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet 15. november 2015. Arbeidet fra 2015 vil bearbeides videre i 2016, jf. Oppdragsdokument for Helse Sør-Øst RHF 2016.

4.2.4 Betaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time

Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 1. Tildeling av midler

- *Vilkår om at de regionale helseforetakene "bes om å utvise skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser".*

Dette kravet er videreført i oppdragene som ble gitt til helseforetakene for 2015 og inngår i etablerte rutiner for innkreving av egenandeler fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser..

4.2.5 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg

Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 1. Tildeling av midler

Det har vært arbeidet med ny oppgjørsordning for h-resepter, i samarbeid med de andre helseregionene. Per i dag foreligger bl.a. utkast til løsningsbeskrivelse og kravspesifikasjon. I tillegg er det svart opp diverse forhold og gitt oversikter over bl.a. faktureringsnøkler og forskrivningsrett. Pilotforetak for testing av ordningen er Sykehuset i Vestfold.

Gjennom året har det også vært arbeidet med oppgjørsordning knyttet til fritt behandlingsvalg i samarbeid med de andre regionene. De første fakturaer er mottatt fra HELFO. Det gjenstår fremdeles noen avklaringer rundt behov for informasjon utover det som framkommer av fakturaen. Det er avklart at HELFO ikke kan formidle nødvendige data til foretakene/sykehusene for inntektsberegning og videre analyseformål. Av denne grunn er det en dialog direkte med NPR for å få klarhet i hva NPR kan formidle til foretakene/sykehusene i form av rapporter basert på innrapportering fra FBV¹-aktørene. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt, og innhold i disse rapportene er ikke fastsatt.

4.2.6 Statusrapport prosjektmidler til "Transport av mennesker med psykiske lidelser"

Oppfølging av rapporteringskrav i Oppdragsdokument 2014 - tilleggskrav etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)

Helse Sør-Øst RHF har fått 8 millioner kroner til formålet i 2015. Disse midlene er benyttet til tre prosjekter i 2015. Det er avsatt om lag 1,8 millioner kroner til spredning av erfaringer i slutten av 2016.

Sykehuset Innlandet startet 1. november 2015 med en ambulanse dedikerte for transport av psykisk ustabile personer. Bilen er ombygget og utstyrt slik at den er tilpasset denne type transport. Ambulansen er stasjonert i Moelv og kan nå ca. 200 000 innbyggere i løpet av 50-60 minutter. Ambulansen er bemannet både med ordinært ambulansepersonell og ansatte fra akuttambulante team. Bilen skal inngå i ordinær drift og kan disponeres for akutt medisinske oppdrag og som "first responder" der det er hensiktsmessig. Ambulansen er i drift hverdager fra kl. 12 til 20.

I forkant av oppstart er det gjennomført fagdager for personell både fra ambulansetjenesten og psykisk helsevern.

Resultat etter 1 måneds drift:

- Totalt 40 oppdrag – ca. 2 per vakt.
- 27 psykisk helsevern oppdrag/13 somatikk.
- 1,74 timer per oppdrag.
- Kjørt 2 097 km – gjennomsnitt 53,8 km per oppdrag.

Vestre Viken har i 2015 arbeidet med kompetanseheving, utarbeidelse av felles rutiner og det er bygget om en ambulanse som skal brukes til transport av psykisk ustabile pasienter. Ambulansen settes i drift 1. februar 2016 og bemannes med to helsepersonell, en fra psykiatrisk avdeling og en ambulansearbeider. Ambulansen skal brukes ved akutt innleggelse og transport av pasienter mellom institusjoner. Bilen skal inngå i den ordinære ambulanseflåten og disponeres for somatiske oppdrag.

¹ Fritt behandlingsvalg

Helseforetakene i Vestfold og Telemark har i flere år hatt et fungerende samarbeidsforum hvor spesialisthelsetjenesten, politi og kommunene har møtt regelmessig. Det er et ønske om å utvikle dette videre. Hensikten med dette prosjektet er å styrke kompetansen til alle slik at alle transporter som foregår med ambulanser skal være trygge og verdige, uansett oppdrag. I prosjektet har en kartlagt erfaringer og synspunkter fra brukere og pårørende, ambulanspersonell, helsepersonell og politi. Alle ambulansoppdrag er kartlagt og det er designet en brukerundersøkelse.

4.2.7 Behandlingsreiser til utlandet

Oslo universitetssykehus har sendt 2 966 personer i 2015 fordelt på 2 732 pasienter og 234 ledsagere, fordelt i følgende diagnosegrupper:

1. Barn og ungdom med kronisk lungesykdom og atopisk eksem	144 barn/144 ledsagere og 42 ungdom
2. Barn og ungdom med revmatisk leddsykdom	70 barn/70 ledsagere og 34 ungdom
3. Barn og ungdom med psoriasis	20 barn/20 ledsagere og 20 ungdom
4. Voksne med psoriasis	488 pasienter
5. Voksne med revmatisk leddsykdom	1 754 pasienter
6. Voksne med polio	160 pasienter

4.2.8 Tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø

Det er etablert en forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig sykehusmiljø både på Oslo universitetssykehus og på Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Oslo universitetssykehus: ØNH-avdelingen fikk i 2014 i oppdrag å sette i gang arbeidet med forsøksordning med orale tjenester i tverrfaglig sykehusmiljø. Samme året ble det ansatt en allmenntannlege/prosjektkoordinator og spesialtannlege i oral protetik og tannpleier (i deltid). Sykehuset økte tilbudet av tannpleiertjenester til kreftpasienter som får strålebehandling. Det ble også satt i gang protetisk rehabilitering av kreftpasienter etter munnhulereseksjoner i forbindelse med kreftbehandling i hode- og halsområdet. Innkjøp av utstyr til tannbehandling i narkose er foretatt og tilbudet om tannbehandling i narkose er økt. I tillegg er tannbehandlingstilbudet i narkose til en del andre pasientgrupper økt. Mangel på behandlingsrom og kontorplass for den nye tannhelsegruppen samt utfordringer i forbindelse med registrering av HELFO-takster og innslagspunkt i DIPS for å få HELFO-refusjon er tatt opp mellom sykehusledelsen og Helsedirektoratet.

I desember 2015 ble det sammen med Avdeling for barnemedisin på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet lagt en plan for oppstart av behovsundersøkelser og klinisk screening av pasientene i løpet av januar 2016. Prosjektet avdekker nye behov for utredning og behandling for pasienter i sykehuset, og er et verdifullt tilskudd til i det tverrfaglige miljøet. Aktiviteten rapporterer direkte til Helsedirektoratet i forsøksperioden.

Lovisenberg Diakonale Sykehus: TAKO-senterets sykehustannklinik har mottatt statlig tilskudd på 3,3 millioner kroner for å videreutvikle forsøksordning med sykehusodontologi. Denne ordningen skal skaffe kunnskap om behov for tannhelsetjenester i sykehus til pasienter som har behov for dette pga. alvorlig somatisk og/eller psykisk sykdom. Det rapporteres til Helsedirektoratet i forsøksperioden. Sykehustannklinikken har etablert et samarbeid med andre forsøkssykehus (UNN, St. Olav, Oslo universitetssykehus, Haukeland og Stavanger

universitetssykehus) og koordinerer jevnlig i videokonferanser med disse for å dele erfaringer med å etablere et nytt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

4.2.9 Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve å få god informasjon og opplæring.

Det regionale utviklingsarbeidet ivaretas særlig gjennom regionfunksjon for kunnskapsstøtte i Sykehuset Innlandet og Regional kompetansetjeneste for pasient og pårørendeopplæring ved Sørlandet sykehus. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes, og pasienter skal trekkes aktivt inn i beslutninger om egen behandling. Det er under utvikling samvalgsverktøy og relevante opplæringsprogrammer for pasienter, pårørende og pasienter.

Alle helseforetak rapporterer at de følger opp regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring. Det gjenstår å analysere rapporteringene og deretter vurdere behovet for nærmere kontakt med helseforetakene. Arbeidet ses i sammenheng med digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten, arbeid med behandlingslinjer mv.

Pasienters og brukeres erfaringer skal brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet. Alle helseforetak har velfungerende brukerutvalg, det arbeides med oppfølging av PasOpp og andre lokale og nasjonale brukererfaringsundersøkelser i helseforetakene, og det gjennomføres pilotprosjekt i to helseforetak samt Lovisenberg Diakonale Sykehus for å innføre PasOpp undersøkelsen på postnivå. Erfaringer fra Lovisenberg Diakonale Sykehus er at undersøkelser på postnivå gir bedre grunnlag for forbedringsarbeidet.

5. Styrets plandokument

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 der 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. Endringer i befolkningsutviklingen vil øke behovet for årsverk med 27 prosent fram mot 2030, og med 40 prosent fram mot 2040. Økt innvandring av flykninger og asylsøkere som får opphold vil kunne ha stort behov for tjenester, særlig i psykisk helsevern. Høye forventninger i befolkningen til disse tjenestene kan tolkes som et uttrykk for tillit til de offentlige helsetjenestene. Imidlertid viser nasjonale kvalitetsindikatorer større forskjeller i helsetilbudet mellom helseregioner og mellom sykehus i organisering, effektivitet, pasienttilfredshet og medisinsk praksis.

5.1 Brukermedvirkning

I Helse Sør-Øst RHF 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. Dette er ytterligere forsterket i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Målet om å styrke pasientens rolle og forsterke 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. Regionfunksjon for kunnskapsstøtte ved Sykehuset Innlandet, utvikler samvalgsverktøy og bidrar til kompetanseløft innen området, i samarbeid bl.a. med Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring, Sørlandet Sykehus HF.

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. Helse Sør-Øst RHF har i 2015 initiert og finansiert en pilot med utvidelse av PasOpp- undersøkelsen til klinikk/postnivå, med presentasjon av resultat i 2016.

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 og brukererfaringsundersøkelser, viser at feil for ofte oppstår som følge av mangel på kommunikasjon og at situasjoner eskalerer av samme årsak. Pasientene opplever heller ikke i tilstrekkelig grad forventet service og forutsigbarhet, ofte i en sårbar situasjon.

5.2 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 vektlegging av 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 RHF vil i budsjettperioden følge med på at strategi 2014-2018 for det nasjonale

pasientsikkerhetsprogrammet, implementeres. Pakkeforløp for kreft bidrar til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for læring på tvers og har tett oppfølging av utvikling og implementering.

5.3 Samhandling

Målet med samhandlingsreformen er i større grad at pasienter skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud på rett nivå. Ansvaret 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 akuttilbud i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal 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.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste 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.

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 kompetansehevende 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. Stortinget har vedtatt at ordningen skal utvides til å gjelde for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, med innføring tidligst i 2017.

Fra 2016 er det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til sin befolkning. 2012-2015 var 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. Foreløpig er det på generelt grunnlag ikke mulig å se klare effekter på forbruk av sykehustjenester. Men noen av de kommunale tilbudene er godt

innarbeidet og har høyt belegg, og det er gjort kartlegginger som viser at disse pasientene slipper innleggelse i spesialisthelsetjenesten ettersom de får behandling i det kommunale tilbudet.

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 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 brukermedvirkning.

5.4 Utviklingstrender og rammebetingelser

5.4.1 Medisinskteknisk utvikling

Bedre behandlingsmetoder som følge av medisinskteknisk utvikling gir bl.a. en generell økning i standarden på pleie, utredning og behandling samt utstyr, sykehusbygg og service.

Behandlingsmetodene blir mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Utviklingen går også i retning av enklere og mer mobilt utstyr som kan gi utredning og behandling nærmere pasienten.

Innovasjon innen genetik, bioteknologi og bioinformatikk har allerede kommet noen grupper pasienter til gode (kreft, hjertekarsykdom). Etter hvert kan farmakogenetikk og farmakogenomikk bidra til individuelt tilpasset medisiner som er mer effektive og har mindre bivirkninger.

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

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. Utviklingen av persontilpasset medisin vil bl.a. være avhengig av integrerte IKT-systemer som gir grunnlag for analyser, datalagring, simuleringer og beslutningsstøtte til klinikere og pasienter. Dessuten skal helhetlige IKT-systemer være sentrale i arbeid med kvalitets- og pasientsikkerhet.

5.4.2 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. Bruk av mer persontilpasset medisin i helsetjenesten krever også ny kompetanse og mer tverrfaglig samarbeid. 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 genetik. 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-

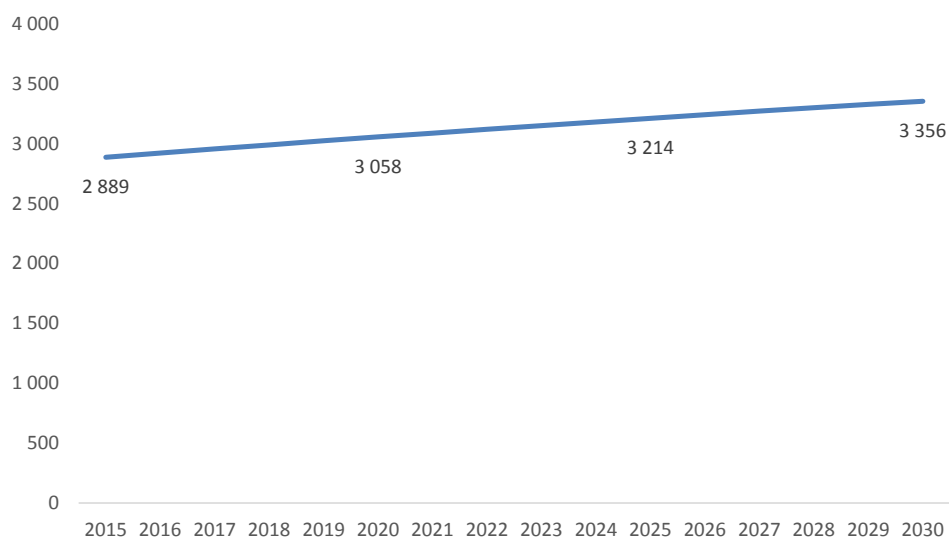
og dybdekompetanse på flere områder og kan kreve ulike typer insentiver for å fremme ønsket utvikling.

De hurtige endringene i helse- og omsorgstjenesten må tas raskere inn i utdanningene. Det er behov for et enda tettere samarbeid mellom helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren, ansvarlige for aktuelle fagutdanninger og utdannings- og helsemyndighetene, som kan bidra til å sikre at utdanningene fortsetter å være relevante slik at pasientene får en trygg, moderne og effektiv behandling.

Gjennom endret oppgavedeling kan ansattes kompetanse benyttes bedre. Helsepersonell som arbeider nær pasienten, har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen kan brukes på en god måte. Derfor bør arbeidet med oppgavedeling hovedsakelig skje lokalt. Men spesielt på områder som kan redusere flaskehals og gi generelt bedre kapasitet og kvalitet, bør det tas nasjonale initiativ.

5.4.3 Befolkningsutvikling

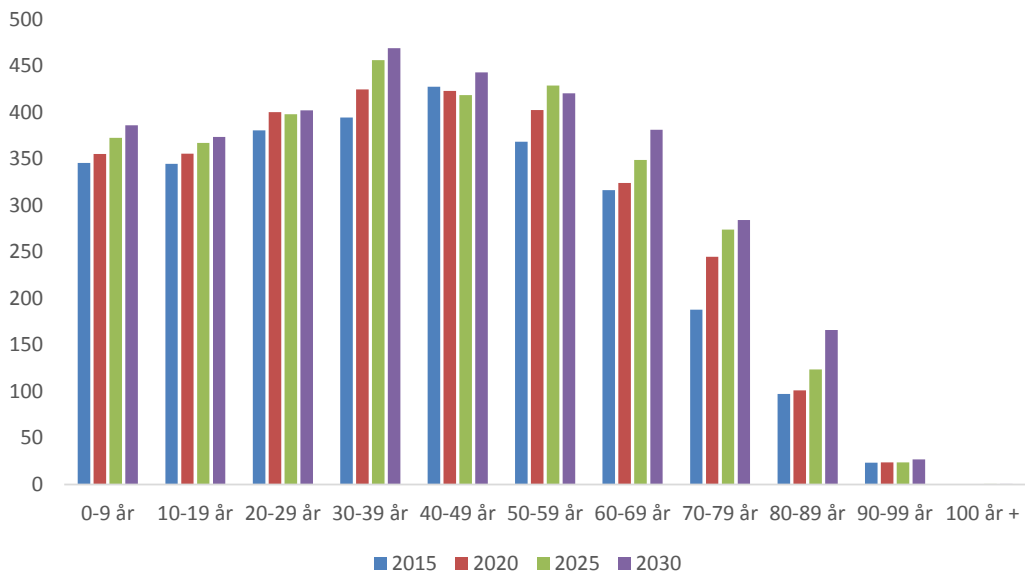
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som omfatter i overkant av 2,9 av landets 5,2 millioner innbyggere ved utgangen av tredje kvartal 2015. Ut fra SSBs² prognose forventes at befolkningen i regionen øker til i overkant av 3,0 millioner i 2020 og 3,2 millioner i 2025. Størst vekst ventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.



Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutvikling i regionen 2015-2030 (MMMM. /1000)

Alderssammensetning/demografisk faktor er viktig for utvikling av behov for helsetjenester. 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.

² Fremskrivningstall fra SSB. MMMM



Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i regionen 2015-2030 (SSB prognose, MMMM, /1000)

Innvandring

1. januar 2015 var det i alt 805 000 innvandrere bosatt i Norge, hvorav 669 000 er innvandrere og 136 000 er norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør denne gruppen 15,6 prosent av befolkningen (henholdsvis 13 prosent og 2,6 prosent). 57 prosent kommer fra Europa, 26 prosent fra Asia, 12 prosent fra Afrika, 2 prosent fra Sør-Amerika og 2 prosent fra Nord-Amerika. Med nær 100 000 personer er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Polen den desidert største gruppen med innvandrerbakgrunn i Norge per 1. januar 2015.

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

Beregninger viser at om lag 16 prosent (450 000 personer) av innbyggerne i Helse Sør-Øst er innvandrere (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) og antallet er stadig økende. Majoriteten av disse er bosatt i Oslo sykehusområdet med 27 prosent (143 000) og Akershus sykehusområdet med 21 prosent (104 000) av totalt antall innbyggere. Vestre Viken følger med 14 prosent (67 000), Telemark/Vestfold, Østfold, Sørlandet og Innlandet sykehusområdet med rundt 10 prosent (30 000 til 40 000) av totalt innbyggere. På landsbasis har innvandringsbefolkningen økt fra 59 196 (1,5 prosent) i 1970 til 805 000 (15,6 prosent) i 2015. 56 prosent av alle innvandrere i Norge bor innenfor Helse Sør-Østs opptaksområde.

Samtlige av Oslos femten bydeler (Marka og Sentrum er ikke inkludert) ligger over landsgjennomsnittet på 15,6 prosent. Bydelene med høyest andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre var Stovner, Søndre Nordstrand og Alna hvor andelen med innvandrerbakgrunn var over 50 prosent. Lavest andel fant man i Nordstrand med 16 prosent, Vestre- og Nordre Aker med 17 prosent hver, og bydel Ullern med 18 prosent.

5.4.4 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 (Helsedirektoratet 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 innleggelseser (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 Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB) og nøkkelstruktur for videreutvikling av behandlingstilbudet innen TSB.

Forekomsten for mange krefttyper har vært stabil eller på vei nedover, men med flere eldre, særlig de over 70, 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.

5.5 Utfordringsbilde

Forventninger til helsetjenesten øker blant annet i forhold til tilgang til høyspesialiserte behandlingstilbud, fritt behandlingsvalg, 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.

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.

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.

5.5.1 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. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet og førende for innretningen av spesialisthelsetjenestetilbudet.

5.5.2 Pakkeforløp kreft

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.

I 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert ved alle helseforetak og sykehus som behandler kreft. Det vil være behov for å følge arbeidet videre i 2016, for å oppfylle nasjonale indikatorer.

Erfaringene fra arbeidet med pakkeforløp kreft er viktig å ta med i arbeidet ved innføring av nye pakkeforløp som kommer innen hjerneslag, psykisk helsevern og rus.

5.5.3 Ventetider og fristbrudd

På årsbasis er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter redusert fra 72,7 dager i 2014 til 68,4 dager i 2015. Nedgangen har blitt tydeligere utover året, og ventetiden var 9 dager kortere for dem som ble tatt inn i desember i 2015 sammenlignet med tilsvarende året før. For dem som fortsatt venter pr. 31. desember 2015, er ventetiden 31 dager lavere enn på samme tid 2014. Samtidig er antall ventende redusert med 25 000 fra 145 000 til 120 000. Antall langtidsventende >1 år er også betydelig redusert gjennom året, fra 5 770 til 1 984 pasienter.

Antall og andel fristbrudd har det siste året blitt redusert i enda større grad. I desember 2015 var den regionale andelen 1,0 prosent for avviklede pasienter mot 4,9 prosent i desember 2014. Tilsvarende andel for ventende pasienter var redusert fra 11,5 i fjor til 1,4 prosent nå. Med lovendringen fra 1. november 2015 tyder disse tallene på at helseforetakene og sykehusene gjennom 2015 har fått en helt annen og mye bedre kontroll på utviklingen og i større grad klarer å forhindre fristbrudd.

Fokus på ventetider og fristbrudd vil fortsette i 2016.

5.5.4 Antall nyhenviste

I årene 2012-2014 var årlig antall nyhenvisninger ganske uendret for alle tjenesteområdene, bortsett fra en betydelig reduksjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I 2015 har det imidlertid vært en vekst på de andre tjenesteområdene. Nyhenvisninger innen somatikk har økt med 2,0 prosent, psykisk helsevern voksne med 0,5 prosent, mens psykisk helsevern for barn og ungdom har fått en økning med 4,0 prosent fra 2014 til 2015.

Antall nyhenvisninger til TSB har fortsatt vist nedgang i 2015 med en reduksjon fra 2014 på 3,8 prosent. Årsaken til nedgangen er uklar, men noe kan sannsynligvis forklares med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB. Likevel er nedgangen fra 2012 påfallende stor, fra 12 328 nyhenvisninger i 2012 til 8 869 i 2015, som gir en samlet nedgang på 28 prosent på tre år.

5.5.5 Behovet for aktivitetsvekst

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehov som innspill til arbeid med statsbudsjett 2016. I de nærmeste årene vil det være behov for å øke aktivitet. Vurderinger er basert på demografisk betinget vekst og realvekst. Aktivitetsbehov påvirkes av befolkningsendring, sykdomsutvikling, nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Fremover vil det også være behov for å øke innsats innen forskning og utvikling samt å øke investeringer i bygg og utstyr. Aktivitetsforutsetninger gjenspeiler overordnede mål, behov, utfordringer og prioriteringer. Det foreligger for 2016 særlige nasjonale føringer og prioriteringer om en sterkere vekst innen TSB og psykisk helsevern enn for somatikk. Det er innen somatikken løftet frem utfordringer knyttet til kreftbehandling, pakkeforløp, intensivkapasitet, samt kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet. Videre gir den økte flykningetilstrømmingen utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Samlet vil dette også forandre mer effektiv bruk av ressurser.

I tråd med dette og oppdragsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet legger Helse Sør-Øst RHF for 2016 som planforutsetning en høyere vekst enn i 2015. Ressursrammen legger til rette for å øke pasientbehandlingen med 2,5 prosent. Bruk av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosentenheter av budsjettet aktivitetvekst.

Oppdaget om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, er spesielt vektlagt og skal følges opp i 2016. Dette innebærer at Helse Sør-Øst RHF i budsjettssammenheng har lagt til rette at veksten skal være størst for disse tjenesteområdene. Innen alle tjenesteområder er det også viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

5.5.6 Kapasitetsvurderinger

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan ”sørge for”-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Dette på bakgrunn av endringer som kommer og som vil påvirke behov og kapasitet. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet.

I 2015 er det rettet spesiell oppmerksomhet på kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. I de tidligere 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, samt arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Gjennom styrets behandling av styresak 082-2015 er det lagt et grunnlag for videre arbeid knyttet til gjennomføring av tiltak for å møte kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder. Rapport fra kapasitetsprosjektet som ble lagt frem for styret i nevnte styresak er sendt på bred ekstern høring fram til april 2016.

Videre arbeides det med utviklingsplaner og idéfaser i de fleste andre sykehusområdene i Helse Sør-Øst. Idéfaserapport fra Oslo universitetssykehus er oversendt Helse Sør-Øst RHF tidlig i 2016, og det arbeides ved Akershus universitetssykehus med utviklingsplan for perioden frem til 2030. Disse arbeidene vil sammen med gjennomført høring av prosjektrapporten ligge til grunn når styret i Helse Sør-Øst våren 2016 vil bli forelagt en beslutningssak om kapasitetsutfordringene i sykehusområdene Oslo og Akershus. Dette sikrer en helhetlig tilnærming til kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet.

I tillegg til foretaksmøter og jevnlig oppfølgingsmøter finner det sted tett oppfølging av helseforetak med særskilte utfordringer. Herunder følger Helse Sør-Øst RHF tett opp kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus.

I 2016 vil det også bli igangsatt arbeid med en regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette arbeidet vil adressere kapasitetsutfordringer regionalt.

5.5.7 Økonomiske rammeforutsetninger

Det forventes ikke økt ressurstilgang til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for aktivitetsvekst som følge av endring i befolkningens størrelse og sammensetning.

Aktivitetsbehovet påvirkes i tillegg av nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og ønske om kortere ventetid. Det legges til grunn at foretaksgruppen samlet årlig skal realisere en aktivitetsvekst som er høyere enn befolkningsveksten innen alle tjenesteområder, og veksten skal være større innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling enn innen somatikk, i samsvar med nasjonale føringer.

Uten forventet realvekst i de årlige bevilgningene er et slikt situasjonsbilde utfordrende og krever effektiv drift og positive resultater for over tid å opprettholde og øke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Dersom de regionale helseforetakene i tillegg gis nye oppgaver og krav uten økonomisk kompensasjon fra eier vil den økonomiske utfordringen øke ytterligere.

Styret i Helse Sør-Øst behandler årlig en økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen for de fire kommende årene, med regionale vurderinger knyttet til handlingsrom for investeringer over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2016 – 2019, og ble styrebehandlet i juni 2015. 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 må 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 planperioden. De årlige resultatkravene fastsettes av styret i

Helse Sør-Øst, og gjøres gjeldende for helseforetakene gjennom dokumentene med oppdrag og bestilling.

Realisering av en tilstrekkelig positiv resultatutvikling i helseforetaksgruppen er avhengig av at det skjer en faktisk kostnadstilpasning 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 flaskehalsen i behandlingsforløpene, og ta ut effektiviseringsgevinster i alle deler av virksomheten. For å få dette til er det avgjørende at alle prosesser er forankret med de ansatte og deres organisasjoner, og de ansatte må trekkes inn i planene på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov og perspektiv. Det regionale helseforetaket spiller en viktig rolle i dette ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer gir regionalt større finansieringsvevne for store prosjekter som IKT og bygg, og medfører at regionen kan gjennomføre prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere selv. I tillegg sikrer dette sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som f.eks felles IKT løsninger, og unngår at hvert enkelt helseforetak har ulike IKT systemer. Dette vil over tid sikre en effektiv regional samhandling som vil ha kvalitetsmessige og økonomiske positive konsekvenser.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse-miljø og sikkerhet samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Det er derfor viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt.

Etablering av gode styringsregimer samt riktig og tilstrekkelig prioritering innen IKT vil 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 medisinteknisk utstyr må bedres, og helseforetakene må både ha 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 forutsetter blant annet hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling innenfor og mellom sykehusområdene i helseregionen. Det er utarbeidet en samlet gjennomgang og vurdering av kapasitet og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen. Det videre arbeidet med dette vil bli sett i sammenheng med føringer som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

5.5.8 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

Helse Sør-Øst RHF's HR-innsats i 2016 vil særlig være rettet mot følgende mål og aktiviteter innen disse områdene:

Riktig kompetanse

Arbeidet med strategisk kompetanseutvikling, som ble initiert som eget prosjekt i 2013-14, videreføres med prioriterte tiltak i 2016.

Helse Sør-Øst RHF har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ledet arbeidet med Fremskrivningsprosjektet knyttet til utvikling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette innebar utarbeidelse av et felles innspill til aktivitetsutvikling frem mot 2030 fra de regionale helseforetakene.

Dataene fra dette prosjektet 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 at nasjonal bemanningsmodell skal være et nyttig scenarieverktøy lokalt, regionalt og nasjonalt må det i 2016 gjennomføres prosesser for å kvalitetssikre og videreutvikle datagrunnlaget, spesielt vil kvalitetssikring og videreutvikling av HR data i modellen kreve en innsats i 2016. For øvrig vil vår innsats i 2016 konsentreres om følgende tiltaksområder:

- 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
- Utarbeide en plan for å møte kompetansebehovet for leger og sykepleiere i årene fram mot 2030
- Implementering av verktøy for kompetanseplanlegging

Bedre ressursstyring

Bedre ressursstyring har i 2015 vært en del av ordinær drift og gjennomført i foretakene i henhold til modell for regional modell for bemanningsplanlegging- "BRASSE". Det regionale helseforetaket har arbeidet systematisk med å støtte og følge opp helseforetakenes arbeid med ressurs- og aktivitetsanalyser, bemanningsplanlegging samt dokumentasjon og oppfølging av arbeidstidskonsekvenser.

Riksrevisjonen kom høsten 2015 med en rapport knyttet til styring og ledelse av pleieressurser som påpeker at foretakene fortsatt har et potensial for å utvikle enda bedre systemer for god bemanningsplanlegging. Helse - og omsorgsdepartementet kom i revidert oppdragsdokument for 2015 med klare føringer for 6 måneders planleggingshorisont på poliklinikker, noe som forsterker kravet til langtidsplanlegging av bemanningsressurser.

Med dette som grunnlag vil Helse Sør-Øst RHF forsterke innsatsen og prioritere følgende tiltak for 2016:

- videreutvikling av metodikk for god ressursstyring og langtidsplanlegging
- rutiner for å sikre dekkende og oppdaterte bemanningsplaner i tråd med intensjonene om aktivitetsstyrt og tilpasset bemanning
- planer og dokumentasjon for håndtering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- oppfølging av arbeidet med flere faste og hele stillinger

- personalpolitiske tiltak rettet mot reduksjon av ventetider og fristbrudd (retningslinjer for bierverv, kveldspoliklinikk, sommerferieavvikling m.m.)
- monitorering av bierverv ved innføring av Fritt behandlingsvalg

Styrket ledelse

Helse Sør-Øst RHF's "konsept for lederutvikling" ligger som en felles ramme for helseforetakenes lederutviklingstiltak og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt.

Arbeidet med å gjennomføre tiltak for ledere og ledergrupper, som tar utgangspunkt i det utfordringsbilde foretakene står overfor, skal i tråd med tidligere føringer videreføres og videreutvikles i 2016. Innholdsmessig vil arbeidsgiverrollen, effektiv ressursstyring og kompetanseutvikling og -tilpassing styrkes.

5.5.9 Bygningskapital – status og utfordringer

Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst drives og følges opp i henhold til vedtatt eiendomstrategi, som på sikt skal føre til bedre bygg for bedre helsetjenester.

Strategien

Den vedtatte eiendomstrategi har følgende fokusområder for perioden 2013-2020

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

Tilstandsregistrering og vedlikehold

Fra regionalt hold er helseforetakene pålagt å drive tilstandsbasert vedlikehold, og lukke myndighetspåviste avvik og avvik fra lover og forskrifter. Oppfølging av planarbeid samt prioritering av vedlikehold vil fortsatt være et hovedsatsingsområde i de nærmeste årene. Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, sikkerhetsarbeid samt klima og miljø. I statsbudsjettet for 2016 er det gitt lånetilsagn for planlagte vedlikeholdsprosjekter ved Oslo universitetssykehus. Dette prosjektet skal lukke avvik og gjøre det mulig å drive forsvarlig klinisk virksomhet i definerte bygg.

Klima og miljø

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.

Bruk av BIM

Helse Sør-Øst RHF har intensjonsavtale sammen med flere større offentlige eiendomsbesittere om krav til bruk av åpne standardiserte løsninger- "open BIM". BIM (Bygningsinformasjonsmodellering) som verktøy har et stort potensial 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.

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

Prosjektet *ByggIT* har levert en forprosjektrapport som beskriver målbildet for IKT-tjenester og satsingsområder innen eiendomsområdet.

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.

Prosjektet har pekt på en rekke hovedmålsettinger som det må arbeides videre med i årene fremover, f. eks.:

- Bygg informasjon fra ”vugge til grav”. Informasjon fra planlegging, bygging og driftsfase skal være tilgjengelig og oppgradert gjennom byggets levetid. Bruk av åpen BIM skal utvikles videre fra erfaringene med prosjekt *Nytt østfoldsykehus*.
- Mobile løsninger, bruk av nettbrett og applikasjoner for disse.
- Sømløs kommunikasjon internt og eksterne med rådgivere, arkitekter og myndigheter

Etablering og bruk av Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF ble formelt etablert høsten 2014. Det vil være en viktig oppgave for regionen å bidra til at selskapet blir overført oppgaver og tilført ressurser for å kunne gjennomføre oppgaver som planlagt. Oppstartsperiode må forventes å vare i ett til tre år med hovedvekt på 2015.

Sykehusbygg HF vil være viktig leverandør av tjenester for gjennomføring av regionens strategiske målsettinger innen for eiendomsområdet.

Det nye helseforetakets virksomhet omfatter hovedkategoriene fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som det nye helseforetaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra et eller flere RHF/HF. Fellesoppgavene vil bestå av faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver.

Det settes krav til at Sykehusbygg HF skal ha prosjektledelse for de store nye prosjektene, og være involvert i planlegging av disse. Det er etablert et interregionalt brukerforum som følger opp leveransene fra Sykehusbygg HF's fellestjenester.

Oslo universitetssykehus

Foretaket er i ferd med å fullføre arbeidet med en samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i foretaket. Ut fra dette arbeidet foreslås det hvilken hovedretning for utbyggingen ved Oslo universitetssykehus som velges, og hvilke selvstendige delprosjekter som først skal føres videre i planleggingen.

Styret i Helse Sør-Øst behandlet i 2014 både nasjonal rapport om etablering av regionale protonsentre og regional rapport om etablering av et protonsentre ved Oslo universitetssykehus. De fire regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utarbeide felles konseptrapport. Arbeidet skal ledes av Sykehusbygg HF og konseptrapporten skal ferdigstilles innen 1. august 2016. Det er i statsbudsjettet for 2016 meddelt at etableringa av protonterapi blir delvis tilskudsfinansiert.

I tillegg til ordinære løpende investeringer i foretaket er det etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innenfor brann og arbeidsmiljø. Det er gitt lånemidler til dette i

statsbudsjettet for 2016, med et totalt tilsagn på ca. 1,3 millioner kroner i lån i perioden 2016-2019. Dette er første trinn i en vedlikeholdsplanlegging som skal sørge for at byggene er forsvarlig å bruke fram til nye bygg helt eller delvis kan overta funksjonene.

Sykehuset i Vestfold

Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent for gjennomføring i juni 2014. Prosjektet er kostnadsberegnet til ca. 2,5 mrd. kr. og er foreløpig planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2020. Sykehuset i Vestfold er i gang med forprosjektfasen.

Sykehuset Innlandet

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente, med bakgrunn i foretakets utviklingsplan oppstart av idéfase i styresak 066-2014.

Sykehuset Telemark

Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppstart idéfase når en komplett revidert utviklingsplan foreligger fra Sykehuset Telemark våren 2016.

Sykehuset Østfold

Sykehuset ble tatt i bruk som planlagt i perioden april til november 2015.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus har arbeider med en utviklingsplan, som ferdigstilles etter at nasjonal helse- og sykehusplan er vedtatt. Helseforetaket arbeider parallelt med konseptfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette konseptet vil bli avstemt med hovedtrekkene i den foreløpige utviklingsplanen, og har blitt bearbeidet i en prosess hvor Helse Sør-Øst RHF også har deltatt og ledet en prosjektgjennomgang/kvalitetssikring. I denne prosessen har prosjektet blitt noe redusert i størrelse og investeringsbehov. Konseptfasen er planlagt behandlet i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2017-2020.

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 i Drammen ble vedtatt videreført til konseptfase i styret i Helse Sør-Øst i juni 2014, og antatt byggeperiode er 2017-2021/22.

Konseptfasearbeidet er fulgt tett av Helse Sør-Øst RHF gjennom egen oppfølgingsgruppe.

Det er lagt opp til at konseptfasen behandles i Helse Sør- Øst RHF i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2017-2020.

5.6 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Plan for strategisk utvikling 2013-2020 er Helse Sør-Øst RHF's 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.

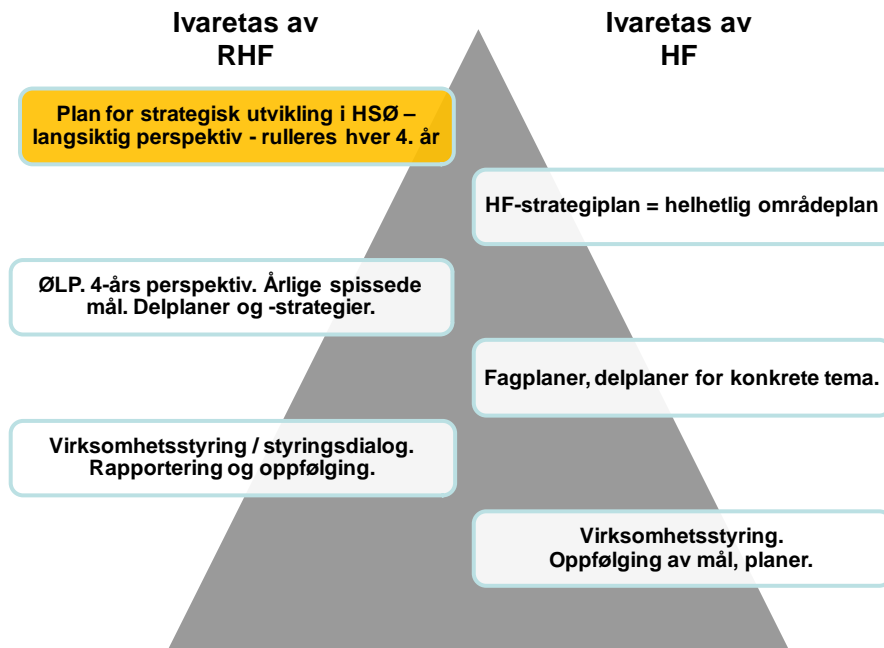
For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

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:



5.6.1 Strategier for perioden 2013-2020

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

Pasientbehandling

Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.

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

Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.

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

Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.

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

Rett behandling på rett sted.

1. Spesialisthelsetjenestene skal organiseres i helhetlige pasientforløp som bidrar til rett behandling på rett sted
2. Effektive og trygge 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 fem prosent 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 hovedsakelig 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 kompetansutvikling er avgjørende for samhandling og god pasientbehandling.

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

Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere

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

1. Være en resultatorientert arbeidsgiver som sørger for planlegging av drift og utvikling av virksomheten i henhold til fastsatte mål, 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

5.6.2 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 prehospitale tjenester 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
- Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) 2015 - 2020
- "God virksomhetsstyring" - Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
- 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 2015-2020 – et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- Gjennomføringsplan 2015 ”*Digital fornying*” (prioriteringer og tildeling 2014, rulleres årlig)
- Strateginotat IKT i prehospitale tjenester 2015-2020
- 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
- Veileder for styrearbeid i helseforetak
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

6. Vedlegg

6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

I vedlegg til årlig melding 2015 vises i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for aktuelle styringsparametre. Den informasjon som disse tallene gir, inngår i grunnlaget for vurderinger og tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet fra helseforetakene. Det vises for øvrig til omtale annet sted i årlig melding av arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon.

Styringsparametre	Data-kilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	73,4 H: Ahus 86,8 L: DS 61,1	72,7 H: OUS 86,0 L: DS 54,7	68,4 H: LDS 89,2 L: Sun 51,7	<i>Under 65 dager</i>

Styringsparametre	Data-kilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	7,2 % H: OUS 15,8 % L: DS 0,5 %	6,3 % H: OUS 14,5 % L: Sun 0,0 %	5,3 % H: OUS 13,2 % L: DS 0,2 %	<i>0 %</i>

Forkortelser som er benyttet i tabellene:

Ahus	Akershus universitetssykehus	H: høyeste
OUS	Oslo universitetssykehus	måloppnåelse
Sun	Sunnaas sykehus	L: laveste
SiV	Sykehuset i Vestfold	måloppnåelse
SI	Sykehuset Innlandet	
ST	Sykehuset Telemark	
SØ	Sykehuset Østfold	
Ss	Sørlandet sykehus	
VV	Vestre Viken	
Bet	Betanien Hospital	
DS	Diakonhjemmet Sykehus	
LDS	Lovisenberg Diakonale Sykehus	
MHH	Martina Hansens Hospital	
Rev	Revmatismesykehuset	

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	14,1 H: ST 25,0 L: SiV 11,3	12,2 H: Ss 24,7 L: SI 6,7	13,0 H: Ss 25,7 L: SI 8,0	13,3 H: OUS 18,5 L: SI 10,7	<i>20 %</i>	Det arbeides aktivt og målrettet med slagbehandlingen i Helse Sør-Øst. Våren 2015 ble det etablert et midlertidig fagutvalg hjerneslag i Helse Sør-Øst som skal utarbeide en overordnet modell for hjerneslagbehandlingen i Helse Sør-Øst. Fagutvalgets rapport er planlagt styrebehandlet juni 2016.	Annet tertial 2015 13,3 prosent. Målet er ikke nådd.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	Helse- direktoratet			75 %	75 %	70 % ved årsslutt	Helseforetakene følges opp per måned på måltallene	Tredje tertial 2015: 72 prosent Helse Sør-Øst hadde ved årsslutt en andel på 73 prosent på kreftpasienter som er definert i et pakkeforløp (tall fra Helsedirektoratet/NPR).
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	Helse- direktoratet			70 %	58 %	70 % ved årsslutt	Helseforetakene følges opp per måned på måltallene. Det arbeides både med korrekt og harmonisering av koding og med å bedre kapasitetsutfordringer	Tredje tertial 2015: 67 prosent Helse Sør-Øst hadde ved årsslutt en andel på 64 prosent på kreftpasienter som er behandlet innen standard forløpstid (tall fra Helsedirektoratet/NPR). Det er knyttet noe usikkerhet til tallene, men det er særlig utfordringer knyttet til pasienter med prostata- og brystkreft. Dette skyldes kapasitetsutfordringer knyttet til radiologi, patologi og kirurgisk behandling.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	Helse- direktoratet	<i>Indikatoren reinnleggelser uavhengig av diagnose og alder rapporteres ikke lenger på Helsenorge.no. Indikatoren reinnleggelser for eldre er publisert og viser at Helse Sør-Øst ligger på gjennomsnittet sammenlignet med de andre helseregionene. (Andelen for reinnleggelser for eldre er 15,4 %.)</i>					Utviklingen i antall reinnleggelser følges. Dette gjelder spesielt for de pasienter som har hatt status som utskrivningsklare ved sist innleggelse. Godt samarbeid med kommunehelsetjenesten, utveksling av nødvendig informasjon, videreutvikling av elektronisk meldingsutveksling og oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammets punkt om medikamentsamstemming er viktige tiltak som er iverksatt.

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	<i>Indikatoren foreligger ikke for 2013</i>	91,4 % H: Ahus 99,7 L: SI 81,3	Annet tertial 2015 91,4 prosent. Det store flertallet av pasienter med akutt hjerneslag i Helse Sør-Øst legges direkte inn på slagenhet. Syv av totalt 20 sykehus som tar imot slagpasienter, har ifølge Norsk hjerneslagregister, imidlertid en lav dekningsgrad i registrert. Tallet er derfor beheftet med en viss usikkerhet. Det er behov for videre arbeid slik at rapporteringen til hjerneslagregisteret kan bli mer komplett.

Styringsparametre	Datakilde	mai 2015	november 2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Folkehelse-instituttet</i>	4,9 % H: Ahus 3,3 % L: LDS 12,3 %	4,5 % H: Sun 2,0 % L: Ss 6,4 %	I 2015 er det gjennomført 4 prevalensmålinger av helsetjenesteassosierte sykehusinfeksjoner i Helse Sør-Øst. Første halvår er offisielt tall for hele regionen på 4,9 prosent. Prevalenstall for annet halvår 2015 foreligger først i mars fra Folkehelseinstituttet FHI. Alle helseforetak og sykehus rapporterer som pålagt i NOIS, og alle deltar aktivt i pasientsikkerhetsprogrammet som med sine satsninger relatert til sykehusinfeksjoner bidrar til fokus og forbedring på sikt. Det er økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, spesielt ved Oslo universitetssykehus. Det er tatt initiativ i regionen til MRSA-prøvetaking av flyktninger. Regional Smittevernplan ble revidert i 2015 og de aller fleste helseforetak har handlingsplaner for smittevern i tråd med denne. Mot slutten av 2015 er det fra regionalt hold lagt til rette for etablering av antibiotikastyringsprogram, noe som vil operasjonaliseres i 2016.

Rapporteringskrav	Datakilde	2013		2014		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>	Sykehus	5 147 59 %	Sykehus	5 277 59 %	Alle helseforetak/sykehus følger fortsatt dette målet som utgangspunkt i egen tjenesteutvikling. Det er en god fordeling av de ulike profesjoner og DPSene har særlig styrket egen lege- og psykologdekning. De økte krav til aktivitet til psykisk helsevern stilles primært til poliklinisk aktivitet, og det beskrives også en vekst i årsverk ved DPS. Årsverk som måleparametere kan være lite egnet til å måle/dokumentere den helsepolitiske prioritering. Ved DPSene pågår det en utvikling for å øke kompetansen, på spesialistnivå og antall spesialister. Dette skjer bl.a. ved at personellturnover og -omstilling konverterer årsverk med lavere kompetanse/utdanning (og lønn) til lege- og psykologspesialister. Det betyr i praksis at to årsverk kan bli til ett. Statistisk kan det da se ut som antall årsverk ved DPS er redusert. Omstillingen er en ønsket og villet utvikling for at DPSene skal være i stand til og fremstå som en kompetent og forsvarlig, desentral og kommune-nær spesialisthelsetjeneste. Måling og sammenligning av antall årsverk, er ikke nødvendigvis lenger et like egnet parameter for å kvalitetssikre en ønsket utvikling som det var de første årene etter opptrappingsplanperioden.
		DPS	3 375 38 %	DPS	3 405 38 %	
		Andre inst.	265 3 %	Andre inst.	286 3 %	
		Totalt	8 787	Totalt	8 968	

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	94,7 H: SiV og LDS 95,4 L: SØ 92,8	95,1 H: DS 95,8 L: SØ 93,7		30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus har økt fra 94,7 i 2013 til 95,1 i 2014.
<i>Antall tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere i helseregionen</i>	<i>Helse- direktoratet</i>	1,7 H: OUS 0,5 L: ST 2,3	1,8 H: OUS 0,7 L: ST 2,3	<i>Redusert sammenlignet med 2013</i>	Andel tvangsinnleggelser har økt fra annet tertial 2014 (18,0 prosent) til annet tertial 2015 (20,4 prosent).

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	Kunnskapssenterets pasienterfaringundersøkelse for 2014 viste at det var mindre forskjeller mellom helseregionene på pasienterfaringindikatorerne. På regionnivå fikk Helse Midt-Norge den høyeste skåren på samtlige pasienterfaringindikatorer og kom signifikant bedre ut enn gjennomsnittet på fire av indikatorerne. Basert på resultatene fra Kvalitetsbasert finansiering (KBF) der pasienterfaringindikatorerne var en betydelig del av indikatorsettet gjorde Helse Sør-Øst det dårligere sammenlignet med tidligere år og mot de andre regionale helseforetakene.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helse-tjenesten</i>	Basert på Kunnskapssenterets siste undersøkelse om temaet (2014) finner ikke Helse Sør-Øst entydige konklusjoner om pasientenes erfaringer ved døgnavdelinger. Rapporten påpeker at det er forbedringspotensial på flere områder, herunder samarbeid med pårørende, forberedelse på tiden etter utskrivning, medvirkning, informasjon, forståelse og mestring av psykiske plager, tro på et bedre liv etter utskrivning og hvilket utbytte pasienten har hatt av behandlingen. I tillegg viste undersøkelsen forbedringsområder når det gjelder hjelp fra kommunen, hjelp fra helsetjenesten og samarbeid mellom ulike helsetjenester. Rapporten konkluderer imidlertid ikke om dette er forbedringer som gjelder enkelte helseforetak eller alle helseforetak generelt.
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helse-tjenesten</i>	Vi har tall for 2 målinger, i 2011 og 2014. Fastlegers tilfredshet i forhold til bemanning har økt fra 45,0 (2011) til 46,1 i 2014. For kompetanse er det en reduksjon fra 55,7 i 2011 til 55,4 i 2014. For veiledning en økning fra 33,4 i 2011 til 35,6. For henvisninger en reduksjon fra 52,2 i 2011 til 47,9 i 2014. For epikriser en økning fra 55,1 i 2011 til 56,6 i 2014. For ventetid er det konstant i begge årene på 42,5. For akutte situasjoner en økning fra 51,7 i 2011 til 52,8 i 2014. Samlet ligger Helse Sør-Øst under landsgjennomsnittet for alle variablene i 2014.
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helse-tjenesten</i>	<i>Denne indikatoren er hos Nasjonalt kunnskapssenter oppdelt i 5 diagnoser, for brudd, hjerneslag, lungebetennelse, hjertesvikt og astma/kols. Siste tall er fra 2013.</i> Andel reinnleggelser for eldre innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter viser en reduksjon fra 15,8 i 2012 til 15,4 i 2013.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2015
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helse-tjenesten</i>	Indikator er foreløpig ikke publisert fra Helsedirektoratet

6.2 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2015

Brukerutvalget har gitt arbeidsutvalget fullmakt til å ta del i arbeidet med hovedprosesser i Helse Sør-Øst. Dette har skjedd i de regelmessige samarbeids- og innspillmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og arbeidsutvalget. Arbeidsutvalget har også hatt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til Helse Sør-Øst RHF's årlig melding 2015. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 8. og 9. mars 2016. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet

Brukerutvalget bidro aktivt til utvikling av strategien for kvalitet og pasientsikkerhet fra 2013 og er opptatt av at denne følges opp. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er sentralt i strategien. Det er nødvendig å holde kontinuerlig fokus på løpende oppfølging og varig endring. Brukerutvalget er positiv til Helse Sør-Øst RHF's satsning på kvalitetsregistre og -målinger som gir helseforetakene tilgang til sammenlignbare resultater fra ulike sykehus nasjonalt og internasjonalt.

Pasientskader

Det er knapt endringer i endringer i resultatene for sykehusinfeksjoner i foretaksgruppen. Samtidig øker utfordringen med multiresistente bakterier og antibiotikaresistens. Heller ikke GTT-tallene viser særlig positiv endring. Brukerutvalget mener Helse Sør-Øst RHF bør vurdere å sette mer ressurser inn på læring og forbedring på tvers for å redusere skader. Brukerutvalget har merket seg at det har vært problem med sikkerhet for leveranser av legemidler og mener dette må få økt oppmerksomhet.

Kunnskapsbasert praksis og pasientforløp

Utvikling av gode pasientforløp basert på prinsippet om kunnskapsbasert praksis er positivt. Arbeidet med innføring av pakkeforløp kreft er fulgt nøye. Brukerutvalget ønsker at innsatsen både på pasientforløp og pakkeforløp må forsterkes ytterligere og at erfaringer fra pakkeforløp kreft må overføres til andre diagnosegrupper. Arbeidet med pakkeforløp innen kreft må ikke resultere i nedprioritering av andre pasientgrupper. Det registreres fortsatt at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at det helhetlige pasientforløpet "fra hjem til hjem" ikke alltid ivaretas. Brukerutvalget ønsker, sett i lys av innføring av ny og mer effektiv behandling, at det holdes sterkt fokus på å fase ut udokumentert og mindre effektiv behandling.

Strategisk kompetanseutvikling

Brukerutvalget har merket seg at Helse Sør-Øst RHF også i 2015 har arbeidet med strategisk kompetanseutvikling for å møte framtidens behov for helsepersonell. Dette må prioriteres videre, samt ha økt oppmerksomhet mot nye yrkesgrupper for å møte behovene i framtidens helsetjeneste.

Digital fornying

Brukerutvalget mener at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Brukerutvalget har gitt innspill til og støttet oppdatert strategi for *Digital fornying*. Arbeidet i programmet må gis meget høy prioritet, styres stramt, og ha større grad av nasjonal standardisering. Brukerutvalget har forståelse for arbeidets kompleksitet og risiko, men mener likevel innsatsen bør intensiveres med sikte på raskere gjennomføring. Brukerutvalget merket seg at *Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten* (DIS) fikk større oppmerksomhet i den oppdaterte versjonen, og ser fram til videre satsning i samarbeid med Nasjonal IKT og direktoratet for e-Helse. Brukerutvalget er særlig opptatt av

bredding av MinJournal bl.a. som et verktøy for innsyn i journalnotater. Videre er brukerutvalget opptatt av at det legges til rette for god informasjon til og kommunikasjon med pasienter som ikke bruker digitale verktøy. Selvbetjening vil bli mer og mer viktig, men det må også være papirbaserte løsninger.

Pasientadministrative system

Det er avgjørende at det er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Brukerutvalget mener arbeidet må videreføres med uforminsket styrke. Pasienter som "blir glemt" i systemet er uakseptabelt. Felles pasientadministrativ journal for alle helseforetak i regionen vil bidra til økt pasientsikkerhet. Brukerutvalget registrerer at alle sykehusene nå utveksler Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO meldinger) med kommunene, og at nær alle kommuner sender og tar imot slike meldinger. Dette er en viktig milepel for kvalitet og pasientsikkerhet, og av særlig stor betydning for gruppen av eldre pasienter.

Prehospitale tjenester og akuttmottak

Brukerutvalget har fulgt arbeidet med forbedring av de prehospitale tjenestene og bedre organisering av akuttmottakene. Brukerutvalget støtter opp under sluttrapporten for prehospitale tjenester og forutsetter at anbefalingene følges opp med økonomiske midler.

Samvalg - Informasjon og kommunikasjon

Brukererfaringsundersøkelser og tilbakemeldinger fra Pasient- og brukerombud viser at det for ofte er svikt i informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/pårørende. Dette kan lede til feil i diagnostisering og behandling, manglende egenoppfølging, samt at konflikter kan eskalere og bidra til svekket omdømme. Informasjon basert på beste kunnskap og god kommunikasjonskompetanse må prioriteres ytterligere i årene som kommer. Som ledd i dette arbeidet ønsker brukerutvalget at alle deler av helsetjenesten implementerer "samvalg"- en tilnærming der helsepersonell og pasient på likeverdig grunnlag deler den beste tilgjengelige kunnskap når beslutninger skal tas. Samvalg vil gi pasienter som ønsker det, støtte til å vurdere ulike alternativer for å kunne gjennomføre et informert valg av behandling.

Meldekultur og avvikshåndtering

Brukerutvalget legger til grunn at Helse Sør-Øst har varslingskultur og åpenhet om håndtering av feil og mangler knyttet til pasientsikkerhet. God meldekultur og åpenhet er en nødvendig forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner som gir trygge og forutsigbare tjenester. I 2015 ble det laget en regional standard som gir tydelige rammer for hvordan helseforetakene skal publisere uønskede hendelser. Brukerutvalget mener helseforetakene må følge denne standarden og har tro på at dette vil bidra både til en tryggere helsetjeneste og bedre omdømme. Det er også viktig at det er gode systemer der pasienter og pårørende enkelt kan gi sine tilbakemeldinger. Løpende orientering og tilbakemeldinger til pasienter, pårørende og ansatte som melder og varsler, må ivaretas.

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 funksjonsfordeling når optimal bruk av utstyr og personalressurser kan lede til bedre kvalitet for pasientene. Samtidig må det arbeides aktivt med desentralisering av tjenester til lokalsykehus og overføring til kommunene.

Forskning og innovasjon

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges økt vekt på at forskningsresultat overføres til praksis og resulterer i bedre behandling. Interregionale

retningslinjer for brukermedvirkning i forskning er styrebehandlet i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at arbeidet med brukermedvirkning i forskning følges opp.

Utsending av epikriser - korridorpasienter

Det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder korridorpasienter innen somatikk. Når det gjelder antallet pasienter innen somatikk som får epikrise første dag synes det å være en positiv utvikling, mens andelen som får epikrise innen 7 dager ikke viser endring. Innen TSB er det færre som får epikrise innen 7 dager, mens voksenpsykiatrien har en mindre endring i positiv retning. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF om å følge opp sykehusene med størst utfordringer på disse områdene.

Pasientrettigheter og ventetider

Ventetider

Brukerutvalget merker seg at det nå er færre pasienter som venter og at ventetiden er kortere. Det er også lavere antall og andel fristbrudd. Brukerutvalget har siden etablering vært positiv til "*Tilgjengelighetsprosjektet*". I tråd med ønske fra brukerutvalget, arbeides det med bedre bruk av kapasitet i poliklinikk. Brukerutvalget forutsetter at arbeidet med reduksjon i ventetid og fristbrudd ikke går på bekostning av oppfølging av andre pasienter i forløpet, samt voksne og barn som er kronikere. Målet må være å unngå all venting som ikke er faglig begrunnet. Det må være åpenhet om antall henvisninger som "avvises". Spesielt bør dette følges innen psykisk helsevern og TSB hvor kommunene i varierende grad har bygd opp sine tilbud.

Brukerutvalget mener arbeidet med å gi pasientene bekreftelse og tidspunkt i samme brev er viktig. Det vil bidra til forutsigbarhet for pasientene og bedre planlegging i sykehusene. Brukerutvalget er tilfreds med økning i andel som får bekreftelse og tidspunkt i samme brev, men merker seg at alle helseforetak/sykehus ligger langt unna målet om minimum 6 måneders planleggingshorisont som er et viktig virkemiddel for å nå målet. Det forutsettes at innsatsen styrkes.

Kapasitet

I 2015 er arbeidet med kapasitetsutnyttelse videreført, særlig i hovedstadsområdet. Brukerutvalget er tilfreds med at det har vært et konstruktivt samarbeid med aktuelle helseforetak og sykehus og deres brukerutvalg. Brukerutvalget understreker at det er et betydelig potensial for kapasitetsøkning i regionen dersom poliklinikkene holder lenger åpent og utstyr anvendes større deler av døgnet.

Pasientrettigheter

Brukerutvalget har merket seg endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. november 2015 og innsatsen for å møte lovkravene. Det er fortsatt behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, slik at pasientene gis rett informasjon på alle steg i forløpet. Dette gjelder også fastleger, som mer aktivt bør gi pasientene informasjon om valgmuligheter.

Opgaver knyttet til utvikling av gode og likeverdige helsetjenester som ivaretar utfordringene i et flerkulturelt samfunn må fortsatt vektlegges. 2015 har gitt økte utfordringer med stor tilstrømming av flyktninger. Det er flere positive innsatser under utvikling og etablering. Brukerutvalget er fortsatt bekymret for sykehusenes tilrettelegging for pasienter som ikke behersker nordiske/ vestlige språk.

Et koordinert helsetilbud

Samhandlingsreformen

Brukerutvalget støtter samhandlingsreformens mål og merker seg mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. Tilbud i spesialisthelsetjenesten må opprettholdes inntil likeverdige eller bedre kommunale tilbud er bygget opp. Meldinger om at pasienter fortsatt skrives ut for tidlig og overføres til utilstrekkelige tilbud i kommunen registreres med bekymring.

Brukerutvalget har i flere runder gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF sin statusrapport om samhandling, som i endelig versjon blir presentert for utvalget tidlig i 2016. Brukerutvalget har merket seg Riksrevisjonens rapport som påpeker at sårbare pasienter i kritiske overganger ikke ivaretas godt nok. Brukerutvalget mener videre at Helse Sør-Øst RHF må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å ta imot sykere pasienter. Gode rutiner for utskrivning er sentralt. Brukerutvalget ser fram til at "Samhandlingsportalen" blir tilgjengelig slik at sykehusene og kommunene får et godt verktøy for sammenligning og forbedring. Det blir viktig å utvikle og sammenstille flere relevante indikatorer for samhandling. Brukerutvalget merker seg økt samarbeid gjennom gjensidig faglig veiledning og hospitering, ambulante tjenester og utvikling av lokalbaserte tilbud. Initiativ bør evalueres og deles.

Brukermedvirkning

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermedvirkning på systemnivå i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at det i 2015 er etablert systemer for brukerdeltagelse i interregionale/nasjonale fellestiltak og helseforetak og at det er lagt vekt på ytterligere styrking av regionale nettverk, samt at det gis anledning til å styrke regionalt brukerutvalgsnettverk. Mange helseforetak har i 2015 etablert ungdomsråd. På tjenestenivå har det i 2015 vært lagt særlig vekt på medvirkning i pakkeforløpene. På individnivå vil satsning på samvalg og pasient- og pårørendeopplæring være viktig.

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. Det ses meget positivt på pilotprosjekt i samarbeid med Kunnskapscenteret og tre sykehus i regionen om å gjennomføre brukererfaringsundersøkelse på avdeling/post nivå. Det er ønskelig at dette videreføres, evalueres og spres til hele regionen.

Avslutning

Brukerutvalget er svært tilfreds med resultatene i 2015 for ventetider og fristbrudd. Det er også positivt at Helse Sør-Øst RHF samlet viser positive økonomiske resultater som på sikt gir grunnlag for nødvendige investeringer. Det registreres imidlertid at for mange helseforetak fortsatt har betydelige økonomiske utfordringer. Brukerutvalget er av den oppfatning at mangelfull måloppnåelse i stor grad handler om mangel på systematisk etterlevelse av egne systemer, rutiner og prosedyrer.

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.

6.3 Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt register for barne- og ungdomsdiabetes (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 % (både for nyoppdaget diabetes og årskontroll)	93 % (nyoppdaget diabetes, validert mot NPR) 97 % (utført årskontroll)	<p>Kontinuerlig jobbing med informasjon for å redusere antall nei til samtykke.</p> <p>Dekningsgradsanalysen mot NPR viste mangler, skal søke REK om få identifisert disse behandlingsstedene og deretter invitere til samarbeid, slik at disse pasientene kan inkluderes i BDR, hvis de ønsker.</p> <p>Registeransatte besøker avdelinger ved behov for hjelp til datainnsamlingen. Når elektronisk datainnsamling ved hjelp av eReg innføres, vil registeret besøke hver avdeling og gi opplæring/veiledning.</p> <p>Skriftlig veileder skal distribueres og er også tilgjengelig på www.barnediabetes.no</p>	<p>Datakvalitet alltid tema på årlig nasjonalt heldagsmøte. Forventer kvalitetsforbedring av data ved overgang til eReg-løsningen.</p> <p>Avdelingene kontaktes alltid ved mangler, avvik og senkomplikasjoner.</p> <p>Lagring og tilgang til data er i henhold til gjeldende lover og forskrifter.</p> <p>Prosjektkoordinator i BDR alltid tilgjengelig for spørsmål om dataregistrering og rapportering, og info lagt på registerets hjemmeside.</p>
<i>Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister (Oslo universitetssykehus, del av Medisinsk fødselsregister)</i>			
100 %	99 %		<p>Årlig tilbakemelding/rapporter til deltakende avdelinger om datakvalitet i form av kompletthet og korrekthet i registreringene.</p> <p>Årlige brukerkonferanser for fagmiljøene om bl a bruk av dataprogrammet (Neonatal)</p>
<i>Norsk nefrologiregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 %	100 %	<p>Gode og innarbeidede systemer for kontroll av at dekningsgrad (f.eks. sammenligner antall transplantasjoner ved Oslo universitetssykehus, som utfører samtlige transplantasjoner, med antallet i registeret).</p>	<p>Systemer for kvalitetssikring av data, bl.a. logiske regler for registrering samt faglig kvalifiserte registrarer.</p>

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt traumeregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
3 av 4 traumesentre (75 %) og 15 av 36 sykehus (42 %) registrerte ≥ 1 traumer/hendelser med ulykkesdato i 2014.	605 traumer/hendelser ble innregistrert i 2014. Disse dataene er samlet kun i forbindelse med pilotering av den elektroniske løsningen. Dette representerer en liten del av traumepopulasjonen og er ikke representativ for traumebehandlingen i Norge. Beregning av dekningsgrad på individnivå ikke gjennomført.	Oppstart ordinær, fullskala drift startet januar 2015. Per september 2015 har tre traumesentre og 34 sykehus etablert tilgang til Nasjonalt traumeregister via Norsk helsenett, hvilket utgjør 93 prosent av alle institusjoner som skal levere data til Nasjonalt traumeregister. Utviklet klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasienter skal registreres. Definisjonskatalog for hvilke variabler, herunder kodeveiledning og brukermanual. Kodekurs for alle som skal registrere, for bl a sikre felles forståelse mm. Arbeides med prosedyrer for pasienter som ikke har møtt traumeteam (bl.a. de som dør på skadested) for å forbedre dekningsgraden.	Planlagt prosjekter for å sikre validitet og reliabilitet for variabler/målemetoder med tanke på skadegradering samt kartlegge div faktorer med betydning for datakvalitet (organisatoriske forhold, registrars erfaring mm og arrangere kodekurs for sistnevnte gruppe).
<i>Norsk kvalitetsregister for døvblinde (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 %	40,30 %		Det oppgis å være varierende kvalitet på data om syn og hørsel, da registerets ansatte per 2014 verken hadde medisinsk eller annen spesifikk kompetanse. Kodeverket for medisinske diagnoser for døvblinde er svært mangelfullt.
<i>Kvalitetsregister for demens (Oslo universitetssykehus)</i>			
16 poliklinikker deltar.	Innsendte registreringer fra de 16 poliklinikkene varierer fra 60 til 95 %.	Pågår kartlegging av totalt antall poliklinikker som utreder demens og som kan være aktuelle for deltakelse i registeret. Planlagt besøk til alle helseregioner for å informere og rekruttere flere sentre. Markedsføring av registeret ved hjemmeside, artikler i fagtidsskrifter, presentasjoner på konferanser.	Startet prosess for enklere datasett og revisjon av brukerveiledning. Samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om felles kartleggingsmetoder/ instrumenter. Prosess startet, i samarbeid med Regionalt servicemiljø for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, om elektronisk innregistreringsløsning.

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Norsk kvinnelig inkontinensregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
89,20 %	73,90 %	Jobbes aktivt med inkludering av ikke-registrerende avdelinger.	Utviklet og prøvd ut komplikasjonsmodul for å finne ikke-registrerte komplikasjoner (som opptrer etter operasjoner). Siste versjon av dataprogrammet muliggjør kontroll av at alle pasienter finnes i PAS-systemet og omvendt, og tilbakemelding til avdelinger om feilregistreringer kan gis. Nye rutiner for intern kvalitetssikring av data.
<i>Nasjonalt register for HIV (Oslo universitetssykehus)</i>			
Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)
<i>Nasjonalt hjertestansregister (Oslo universitetssykehus, del av Hjerte- og karregisteret)</i>			
For hele 2014: 52,6 % (10 av 19 HF). F.o.m. oktober 2014: 68 %	Ikke oppgitt, vanskelig å beregne	Arbeides kontinuerlig opp mot alle lokale kvalitetsregistre for å sikre at alle pasienter som fyller inklusjonskriteriene legges inn i registeret. To årlige samlinger for registrarer, der bl.a. IT-løsning for innrapportering gjennomgås.	Anbefalt helseforetakene å opprette lokale kvalitetsregistre, kan gi økt engasjement, økt effekt av registeret og bedre datakvalitet. Utviklet e-læring for prehospitallt personell for å sikre lik og nøyaktig rapportering. Minnet helseforetakenes fagdirektørene om ansvar. Fulgt opp lokale registrarer ved besøk. Samling for registrarer i forkant av registerets formelle åpning mars 2015. Planlegger årlige samlinger. Når større datamateriale foreligger ønskes validering opp mot eksterne kilder som rapporterer til svenske og danske hjertestansregistre. Er opprettet samarbeid og gjøres studier på tvers av land i Europa (EuReCa).
<i>Det norske hjertekirurgiregisteret (Oslo universitetssykehus, del av Hjerte- og karregisteret)</i>			
100 %	100 %	FHIs koblinger mot NPR-data verifiserer den høye dekningsgraden. Koblinger hittil har kun avslørt mindre forskjeller. DRG-refusjon tilknyttet hvert inngrep sannsynliggjør at dekningsgraden er tilnærmet komplett.	
<i>Norsk pacemaker og ICD-register (Oslo universitetssykehus, del av Hjerte- og karregisteret)</i>			
100 %	100 %	Fordi registrering gjøres "bedside" og er nødvendig for oppfølging av pasienten, antas dekningsgraden å være nær komplett.	Nåværende register består av lokale registre som eksporterer data som summeres, er en utfordring for å unngå dobbeltregistrering. Det arbeides med en ny løsning som skal eliminere nevnte feilkilder samt identifisere komplikasjonsdata.

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Cerebral pareseregisteret i Norge (Sykehuset i Vestfold)</i>			
100 %	86 %	<p>Dekningsgradsanalyse utført, har gitt økt oppmerksomhet om innhenting av manglende samtykker.</p> <p>Mottatt prosjektmidler til å besøke habiliteringstjenestene der det mangler flest skjemaer/registreringer.</p> <p>Dekningsgradsanalysen har økt antall samtykker, men andelen 5-årsregistrering blir naturlig nok da lavere enn antall nyregistrerte.</p> <p>Arbeidet med den elektroniske innregistreringsløsningen (MRS) fortsetter.</p>	<p>I forbindelse med at anonymiserte data sendes den europeiske CP-databasen, kjøres algoritmer for kvalitetssikring av sentrale variabler.</p> <p>Data kobles også mot CP-oppfølgingsprogram (CPOP) og Medisinsk fødselsregister. Sistnevnte koblinger har ikke avdekket systematiske feil.</p> <p>MRS-løsning for registeret, som er under utvikling, vil forbedre datakvaliteten ved bruk av datavalideringsregler og kontroller.</p> <p>Kontinuerlig arbeid med eksterne koblingskilder.</p>
<i>Nasjonalt register for gynekologisk endoskopi (Sykehuset i Vestfold)</i>			
59 % (23 av 39 gyn avd i Norge)	32 % for behandlingssteder som rapporterer til NGER, 24 % når alle behandlingssteder inkluderes.	<p>Data ble koblet opp mot Folkeregisteret og NPR (startet dekningsgradsanalyse mot sistnevnte).</p> <p>NGER er ett av to utvalgte registre i Helse Sør-Øst som inngår i et nasjonalt dekningsgradsprosjekt.</p> <p>Kontinuerlig forbedringsarbeid med teknisk løsning.</p> <p>Arbeider for at skriftlig samtykke blir erstattet med reservasjonsrett.</p> <p>Øke kontakten med relevante avdelinger som ikke registrerer.</p> <p>Vektlegging av samarbeid med regionale IKT-partnere.</p> <p>Forbedre veileder for å innhente samtykker og pasientregistreringer i daglige rutiner.</p> <p>Planlagt utvidelse av inklusjonskriterier.</p> <p>Forbedre veileder for å integrere innhenting av samtykker og pasientregistrering i daglige rutiner.</p>	<p>Oppgradert registreringsskjema.</p> <p>Forbedret oppfølgingsrutiner, bl.a. kontakt med avdelingene.</p> <p>Laget brukermanual i samarbeid med SKDE.</p>
<i>Gastronet (Sykehuset Telemark)</i>			
41 %	33 %	<p>Pga. ressursituasjon er utvidelse til flere sykehus (og dermed økt dekningsgrad) ikke mulig før elektronisk løsning (integret i strukturert journal) er på plass. Arbeider for integrert rapportering som del av sykehusenes standard EPJ (og en egen nettbasert modul for pasienttilbakemeldinger). Forventer utprøving av modul primo 2016.</p> <p>Manglende tilrettelegging for elektronisk/integrert løsning reduserer motivasjon for deltakelse i</p> <p>Vurderer positive insitamenter (økt DRG) for deltakelse i Gastronet, evt. obligatorisk innmelding som vil utløse refusjon.</p> <p>Forventer utprøving av IKT-løsning primo 2016.</p>	<p>Papirbasert løsning øker risiko for feilregistreringer og underrapportering av de vanskeligste undersøkelsene.</p> <p>Diverse praktiske kvalitetssikringstiltak/prosedyrer for unngå feilregistreringer, men kvalitetssikring begrenses av klausul om ingen tilbakekobling mellom Gastronet og skopisentre.</p> <p>Hyppigere koblinger mellom Gastronet, NPR og Kreftregisteret samt kobling mot EPJ kan trolig redusere antall krefttilfeller som er oversett.</p>

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for prostatakreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for barnekreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for brystkreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for føflekkreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for gynekologisk kreft (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for malignt lymfom og kronisk lymfatisk leukemi (del av Krefregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for lungekreft (del av Krefregisteret)</i>			
100 % (hjemlet i forskrift og ingen krav om samtykke)	Registrering av antall hendelser/tilfeller er komplett, dvs. tilnærmet 100 pst, men det er variasjoner i dekningsgrad når det gjelder de ulike variablene som inngår i kvalitetsregistrene.		<p>Opplysninger rapporteres inn fra flere uavhengige kilder</p> <p>Opplysningene rapporteres inn på flere tidspunkter i sykdomsforløpet</p> <p>Medarbeiderne har unik kompetanse på koding av krefttilfeller i henhold til Krefregisterets egen kodebok og internasjonale kodeverk IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske kombinasjoner, feilaktige opplysninger mm</p> <p>Det gjøres analyser og kontrollkjøringer som avdekker inkonsistens i dataene, og som deretter rettes</p> <p>Datauttrekk til forskere gir mulighet til å kontrollere et mindre datasett som kan avdekke enkeltfeil (f eks feiltasting av sykehuskoder) eller systematiske ulikheter som skyldes ulik tolkning av kodeverk og regler</p>