



ÅRSRAPPORT 2016

HELSE  SØR-ØST

Innhold

INTRODUKSJON

Helse Sør-Øst 2016	3
Dette er Helse Sør-Øst RHF	4

ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP

Årsberetning 2015	7
Resultatregnskap	39
Balanse	40
Kontantstrømoppstilling	42
Regnskapsprinsipper	43
Noter	47
Revisors beretning	68

Helse Sør-Østs hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet.

"Årlig melding 2016" og "Plan for strategisk utvikling 2013-2020" ligger på www.helse-sorost.no.

Forsidebildet viser det nye Sykehuset Østfold på Kaldnes.

HELSE SØR-ØST 2016

Året 2016 var preget av økt aktivitet og fremgang innen mange pasientrettede områder.

Sammenlignet med 2015 er det en betydelig vekst i aktivitet innenfor alle tjenesteområder i 2016. 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 7,6 prosent fra 2015 til 2016. Korrigert for meraktivitet knyttet til nye personellgrupper som kan utløse ISF-refusjon, er beregnet vekst 3,7 prosent. Tilsvarende vekst innen psykisk helsevern var 3,3 prosent – og veksten innen TSB var 6,8 prosent.

I 2016 oppnådde Helse Sør-Øst de nasjonale målene for redusert ventetid for pasienter. Innen spesialisthelsetjenesten er det nasjonale målet for gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet maksimalt 65 dager. Per 31.12.2016 var gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst 59 dager for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet og 65 dager for ventende pasienter. Tilsvarende tall per 31.12.2015 var 68 dager for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet og 90 dager for ventende pasienter.

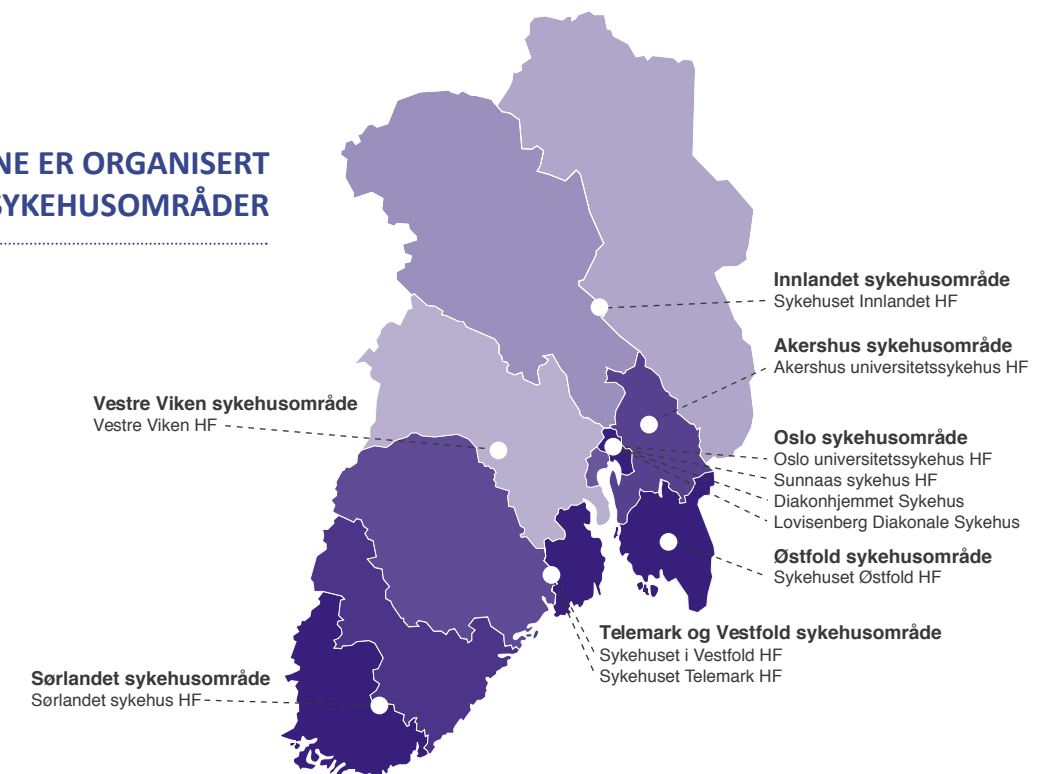
Også andel fristbrudd ble redusert betydelig. Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er redusert fra 4,3 prosent i 2015 til 1,2 prosent i 2016. Dette tilsvarer i overkant av 8 000 færre fristbrudd.

Helse Sør-Øst stod i 2016 for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,4 milliarder kroner.

«Digital fornying» har siden 2013 vært Helse Sør-Øst sitt program for standardisering og modernisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom Digital fornying har Helse Sør-Øst RHF i perioden 2013-2016 investert cirka 5,9 milliarder kroner inkludert tilhørende driftsutgifter.

Helse Sør-Øst hadde i 2016 et årsresultat på 1 343 millioner kroner, mot 1 046 millioner i 2015. Omsetningen ble 79 milliarder kroner. Foretaksgruppens økonomiske resultat for 2016 er godt og gir mulighet til å følge opp regionens omfattende planer for bedret drift og investeringer.

REGIONENE ER ORGANISERT I SYV SYKEHUSOMRÅDER



DETTE ER HELSE SØR-ØST RHF

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

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

Helse Sør-Øst RHF er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med 2,9 millioner innbyggere.

Foretaksgruppen har cirka 78 000 medarbeidere som arbeider cirka 60 000 årsverk. Omsetning en var i 2016 på cirka 79 milliarder kroner.

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

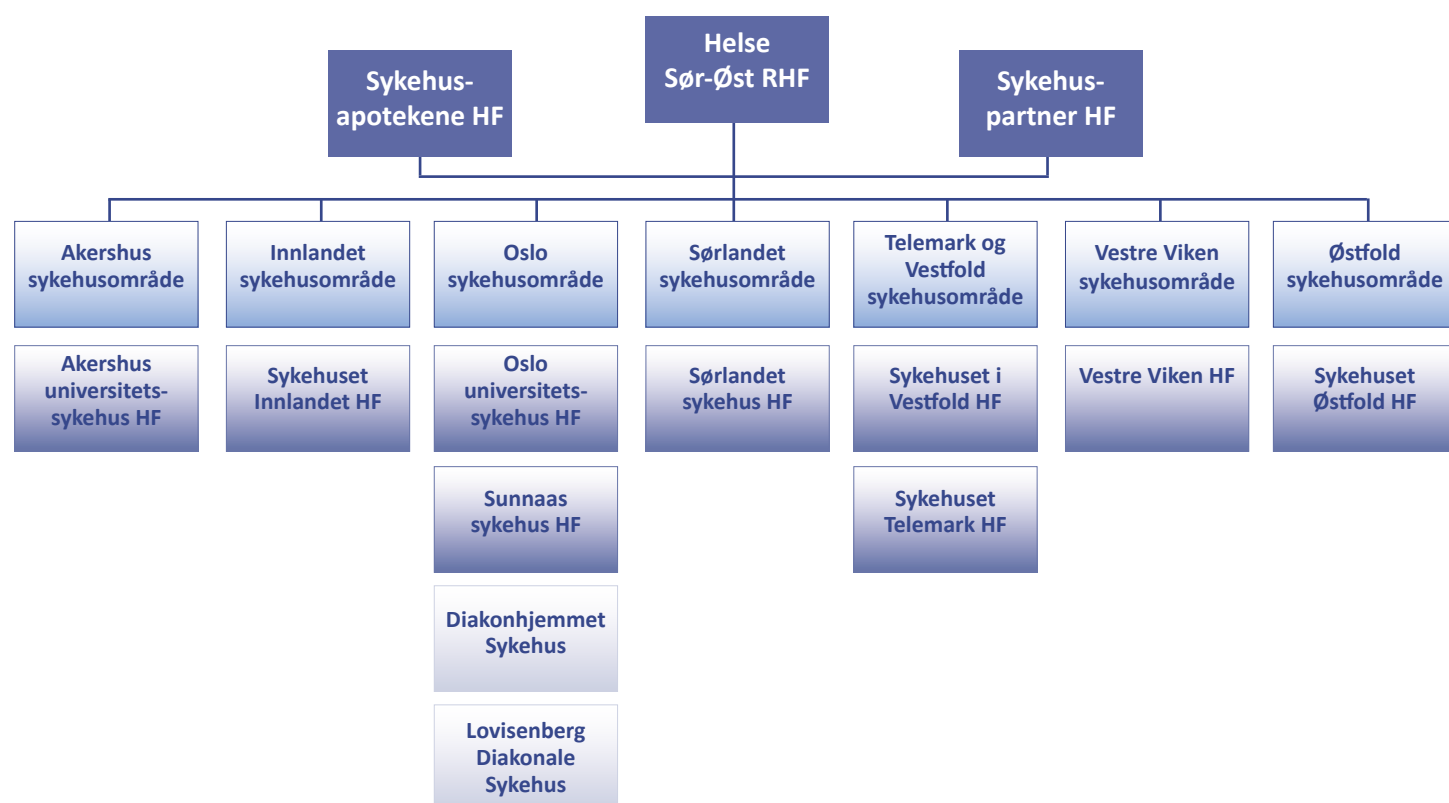
Det regionale helseforetaket har avtale med vel tusen avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører innen psykisk helsevern, TSB, somatiske fag, laboratorietjenester, radiologi, habilitering og rehabilitering.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felleseide selskaper:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Helseforetakenes senter for pasientreiser HF – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien
- Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste HF – 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

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar.

ORGANISASJONSKART



LEDELSE



Cathrine M. Lofthus,
administrerende direktør



Steinar Marthinsen,
viseadministrerende direktør



Geir Bøhler,
Konst. fagdirektør



Atle Brynestad,
konserndirektør



Tore Robertsen,
direktør for styre
og eieroppfølging



Gunn Kristin Sande,
kommunikasjonsdirektør



Per Morten Sandset,
direktør forskning,
innovasjon og utdanning



Svein Tore Valsø,
Konst. HR-direktør

STYRET



Ann-Kristin Olsen,
Styreleder



Anne Cathrine Frøstrup,
Nestleder



Eyolf Bakke



Kirsten Brubakk



Christian Grimsgaard



Bernadette Kumar



Geir Nilsen



Truls Velgaard



Sigrun E. Vågeng



Svein Øverland

ÅRSBERETNING

I 2016 oppnådde Helse Sør-Øst de nasjonale målene for redusert ventetid for pasienter. Også andel fristbrudd ble redusert betydelig. Året var for øvrig preget av økt aktivitet og fremgang innen mange pasientrettede områder. Målene som er definert for helseforetaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Foretaksgruppens økonomiske resultat for 2016 er godt og gir mulighet til å følge opp regionens omfattende planer for bedret drift og 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 2016 har foretaksgruppen hatt gjennomsnittlig 78 200 ansatte som har arbeidet 60 400 årsverk. Omsetningen i 2016 var 79,4 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, laboratorier og radiologitjenester.

Per 1. januar 2017 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 felleseide selskaper.

Det regionale helseforetaket har avtale med vel tusen avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje med andre private leverandører av helse-tjenester innen psykisk helsevern, TSB, somatiske fag, laboratorietjenester, radiologitjenester, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar.

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

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 har startet opp arbeidet med en regional utviklingsplan basert på Nasjonal helse- og sykehusplan. Alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner.

PASIENTBEHANDLING

Hovedrapporteringen om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding for 2016" er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Aktivitet

Sammenlignet med 2015 er det en betydelig vekst i aktivitet innenfor alle tjenestekområder i 2016.





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 7,6 prosent fra 2015 til 2016. Korrigert for meraktivitet knyttet til nye personellgrupper som kan utløse ISF-refusjon, er beregnet vekst 3,7 prosent. Tilsvarende vekst innen psykisk helsevern var 3,3 prosent – og veksten innen TSB var 6,8 prosent.

Samlet aktivitet målt i antall DRG-poeng i henhold til "sørge for"-ansvaret ligger i 2016 2,1 prosent over fjoråret. Innen døgnbehandling er det en økning fra 2015 til 2016 på 2,5 prosent, dagbehandling gikk opp med 0,5 prosent og økning innen poliklinikk var på 1,7 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 faktorer medvirker til dette. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder, samt bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen ser ut til å ha gitt færre utskrivningsklare pasienter som fortsatt blir liggende i sykehusene. 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.

Målet om gjennomsnittlig ventetid på under 65 dager er nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der arbeidet med ventetider og fristbrudd har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer innen ventetider og fristbrudd. Per 31.12.16 er gjennomsnittlig ventetid 59 dager for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet og 65 dager for ventende pasienter. Tilsvarende tall per 31.12.15 var 68 dager for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet og 90 dager for ventende pasienter. Det har i 2016 pågått en debatt rundt den økende andel av pasienter som gis rett til utredning. Det har vært hevdet at denne økningen særlig har kommet etter at lovendring ble gjennomført i 2015.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede ventetidsregistreringen i spesialisthelsetjenesten. Ferdig rapport er ventet i første halvår 2017.

Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd, men utviklingen er klart positiv. Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er redusert fra 4,3 prosent i 2015 til 1,2 prosent i 2016. Dette tilsvarer i overkant av 8 000 færre fristbrudd. Andel fristbrudd for ventende pasienter er redusert fra 1,4 prosent i 2015 til 0,6 prosent i 2016.

Kravet om at minst 70 prosent av kreftpasienter skal registreres i et pakkeforløp oppfylles i Helse Sør-Øst. Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 prosent. Helse Sør-Øst har ikke nådd dette målet og ligger på 65 prosent.

Korridorpasienter

For å kunne ivareta pasientsikkerhet og god kvalitet skal pasienter ikke ligge på korridor. Andelen korridorpasienter har gått ned fra 1,5 prosent i 2015 til 1,2 prosent i 2016. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt.

Kapasitetsutfordringer

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.

I 2017 vil alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Dette basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringer lokalt og regionalt bli adressert.

Også i 2016 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Gjennom flere vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger.

Det arbeides videre med optimalisering av drift ved sykehusene og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Styret har konstatert at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus for å

sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst. Det er besluttet at spesialisthelsetjenesteansvaret for befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold. Deretter vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde. I et fremtidig mål bilde inngår også bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.

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 har vedtatt en 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. Det arbeides nå med en oppdatert strategi for kvalitet og pasientsikkerhet for regionen.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientskader følges som nasjonale måltall ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT) og rapporteres årlig. GTT-undersøkelsen i 2015 (publisert i september 2016) anslår at det i 13,7 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasient-skade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Siden 2010 har alle norske helseforetak gransket journaler for å avdekke pasientskader ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT).

Man regner med at halvparten av skadene som blir identifisert ved journalgransking kan forebygges. I 2010 og 2011 oppsto en eller flere skader i 16 prosent av pasientoppholdene. Siden 2012 har nivået ligget stabilt på rundt 13-14 prosent.

I 2015 var «legemiddelrelatert skade» den hyppigste skaden, etterfulgt av «urinveisinfeksjoner» og «postoperativ sårinfeksjon». Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder

er innrettet for å forebygge skade innen disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 prosent innen 2018.

Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet har besluttet følgende nye innsatsområder i 2017:

1. Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis (blodforgiftning)
2. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
3. Forebygging og behandling av underernæring

Sykehusinfeksjoner

Helse Sør-Øst har i en årrekke arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner og har satt et eget måltall for dette. Målet om å redusere andel sykehusinfeksjoner til under tre prosent er ambisiøst og er samlet sett ikke nådd i 2016.

I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. Resultatene varierer noe år for år, men viser likevel en nedadgående trend. I første tertial 2016 var andel sykehusinfeksjoner 4,2 prosent.

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak og private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF rapportert som pålagt i Norsk overvåkings-system for antibiotikabruk og helsetjeneste-assosierte infeksjoner (NOIS).

Reduksjon i antall sykehusinfeksjoner er utfordrende og økning av multiresistente bakterier krever større innsats ved helseforetakene. Antibiotikaresistens er en økende utfordring og alle helseforetak har i løpet av 2016 iverksatt antibiotikastyringsprogram som et forebyggende tiltak. Regionalt kompetansesenter for smittevern er i 2016 styrket med ressurser for å understøtte helseforetakene i arbeidet med antibiotikastyringsprogrammet.

Norsk Pasientskadeerstatning

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 1 982 i 2015 og 1 921 i 2016. NPE ga i 2016 medhold i 516 saker og avslag i 1 127 saker. Utbetalingene fra NPE til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst økte fra 377 millioner kroner i 2015 til 411 millioner kroner i 2016.





Kvalitetsregistre

Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre ble i 2016 blant annet brukt til å avdekke og forebygge uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester og til å utvikle nye nasjonale kvalitetsindikatorer. Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas, som omhandler variasjon i forbruk av helsetjenester til nyfødte, er det første helseatlas som er basert på tall fra et kvalitetsregister (Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister). Gjennomgangen av alle innleggelses i nyfødtavdelingene viser til dels betydelige geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester gitt til nyfødte, uten at dette kan begrunnes i tilsvarende forskjeller i sykkelighet (ingen holdepunkter for geografiske forskjeller i sykkelighet blant nyfødte barn i Norge).

Brukererfaringer og pasienttilfredshet

Folkehelseinstituttet/Kunnskapssenteret presenterte i juni 2016 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp, for 2015. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene.

Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst har hatt en positiv utvikling innen seks av ni områder i siste tre-årsperioden. Ingen områder ligger under landsgjennomsnittet.

HMS og pasientsikkerhet

Eier har bedt de regionale helseforetakene om at pasientbehandlingen skal være en integrert del av HMS-arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har opprettet en egen koordineringsgruppe «HMS-Pasientsikkerhet» hvor også konsernvernombudet deltar. Det har vært gjennomført en omfattende pilot for å få i stand en felles nasjonal pasientsikkerhetskultur- og HMS-undersøkelse.

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 påpekt fra de ulike eksterne tilsynsmyndighetene, samt hvilke internkontrollkrav hendelsene er brudd på. 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 og kan i tillegg se hvilke områder med gjentakende avvik som trenger ekstra

ledelsesmessig innsats. I 2016 har det vært det har det vært tilsyn innfor de fleste områder, med hovedvekt på brann, elektriske anlegg og mat.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning på systemnivå er i Helse Sør-Øst etablert i alle sentrale administrative og faglige fora. For å sikre medvirkning på individnivå, arbeider Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med brukerutvalget og ulike fagmiljø for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet. Behandling kan ha ulike konsekvenser og pasienten skal gis en reell mulighet til samvalg, det vil si at beslutning om hva som skal skje videre gjøres av legen og pasienten i fellesskap. Det har i 2016 vært arbeidet med utvikling og evaluering av rammeverket «klar for samvalg» med opplæring og undervisning innen samvalg for helsepersonell.

I 2016 er det videreutviklet samvalgsverktøy for beslutningssituasjoner der pasienter kan delta i valget mellom ulike forsvarlige behandlinger. Verktøyene gjør det mulig å integrere data fra flere kilder for å komme frem til beste behandling. Det er arbeidet med verktøy for bipolar lidelse, HIV, valg av rehabiliteringssted for pasient etter hjerneslag og ulykker, samt fire ulike behandlingsvalg ved lungekreft. Flere andre samvalgsverktøy er under planlegging.

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.

STYRKET SAMHANDLING

Samhandling med kommunehelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud er et prioritert innsatsområde.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i september 2016 en styresak om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid. Fem områder skal prioriteres fremover: Pasientens helsetjeneste, utveksling av erfaringer og styringsdata, avklare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen prioriterte områder, kompetanseutvikling og IKT-løsninger som fremmer god samhandling.

Som følge av ulike tilsyn og revisjoner knyttet til utskrivning fra sykehus er det besluttet å etablere et eget regionalt innsatsområde «trygg utskrivning».

Fra 2016 ble det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen somatiske tjenester. Ordningen utvides i 2017 til også å omfatte pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og aktuelle kommuner. 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. Det er gjort kartlegginger som viser at disse pasientene slipper innleggelse i spesialisthelsetjenesten ettersom de får behandling i det kommunale tilbudet.

Det ble i 2016 inngått pilotavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen om kompetanseutveksling. Avtalen regulerer et samarbeid mellom KS læring og læringsportalen i Helse Sør-Øst og legger til rette for systematisk deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus.

I 2016 ble det inngått avtale mellom alle NAV fylkeskontor, NAV hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF om helse og arbeid. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskning

Satsing på helseforskning og innovasjon forventes å gi stor gevinst for samfunnet. Mer forskning på

alt fra forebygging av sykdommer til rehabilitering, samt implementering av ny kunnskap, skal medvirke til bedre kvalitet på pasientbehandlingen. Det er et politisk mål at pasienten skal settes i sentrum for helsetjenesten. Likeledes er det forventet at helseforskning skal gi en nytteverdi for pasientbehandling på kort eller lang sikt.

Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på 3,55 milliarder kroner i 2015 i Norge totalt.

Helse Sør-Øst stod for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus, mens nest største region – Helse Vest – stod for en snau femtedel. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,4 milliarder kroner.

Fire femdeler 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, og midler (257 millioner kroner i 2016) fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2016 var det om lag 600 pågående forskningsprosjekter og -tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i 2016 i felleskap og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Norges forskningsråd etablert et eget program for klinisk behandlingforskning. Ved tildelingen i februar 2017 ble det bevilget til sammen 124 millioner kroner til syv store forskningsprosjekter. Prosjektene er tett knyttet opp mot pasientbehandling og spesialisthelsetjenestens behov. Hvert prosjekt mottar en støtte på mellom 12 og 20 millioner kroner over fem år

De regionale helseforetakene har i 2016 under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utviklet felles vurderingskriterier for kvalitet og nytte til bruk ved vurdering av søknader om regionale forskningsmidler. Dette er implementert i årets søknadsprosesser.

Antall doktorgrader per år i regionen økte tidligere jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Etter dette er antall doktorgrader redusert noe. Dette er blant annet en konsekvens av relativt





økt finansiering av forskningstiltak ut over doktorgradsnivå. Antall vitenskapelige publikasjoner har økt de siste årene.

Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I 2016 er det satsset særskilt på forskning ved de store ikke-universitetssykehusene. Med utgangspunkt i regionale forskningsmidler ble det tildelt i alt seks strategiske forskningsstipend ved disse sykehusene, blant annet for å bidra til oppbygging av lokal forskningskompetanse. Tiltaket er godt mottatt og vil bli videreført.

Med utgangspunkt i vedtatte felles retningslinjer arbeides det aktivt med å styrke brukermidvirkningen 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 er IKT-støtte til forskning et eget program under Digital fornying. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen. I påvente av en generell helhetlig regional IKT-infrastruktur har det imidlertid per i dag ikke vært mulig å etablere helhetlige regionale IKT-løsninger for forskning. Arbeidet fortsetter i samarbeid med infrastrukturmoderniseringsprogrammet i regi av Sykehuspartner.

Innovasjon

Ved årets utlysninger av innovasjonsmidler kom det inn søknader fra ni forskjellige helseforetak og tre samarbeidende, private sykehus. Ved utdelingen ble blant annet temaene reduksjon av pasientskade og ventetider, samt økt bruk av selvbetjeningsteknologi prioritert.

Det er en utfordring å sikre at nye og nyttige løsninger utviklet ved ett helseforetak også tas i bruk ved andre. Flere helseforetak har nå tatt i bruk et system som skal sikre god informasjonsflyt innen ideutvikling og innovasjon, mellom helseforetakene, regionalt og nasjonalt.

I løpet av året ble det tatt en rekke initiativ for næringsutvikling med utgangspunkt i innovasjonsprosjekter med kommersielt potensial.

LEDELSE, KOMPETANSE OG UTDANNING

Kjernen i Helse Sør-Øst sin virksomhet er medarbeidere og ledere, som med kompetanse og engasjement bidrar til å utvikle en stadig bedre helsetjeneste. Å være med å utvikle en bedre

helsetjeneste gir stolthet, arbeidsglede og bidrar til et helsefremmende arbeidsmiljø. Hovedsatsingsområdene frem mot 2020 er styrking av ledelse, riktig kompetanse og god ressursstyring. Videreutvikling av tjenesten skal bygge på god involvering av medarbeidere og brukere. Dette er avgjørende for å oppnå ønsket utvikling.

En del av utfordringsbildet knytter seg til åpenhet og dialog. Det må legges vekt på et fortsatt tillitskappende arbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og ledelse. Dette er et ledelsesansvar.

I årene framover er det viktig at spesialisthelsetjenesten har nok helsepersonell med riktig kompetanse. Dette bør blant annet sikres gjennom bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov. 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.

Den utviklingen som skjer innen helsesektoren viser at pasientrollen, ny teknologi, nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder og samhandlingsformer stiller nye krav til faginnhold og opplæring i utdanningene av helsepersonell.

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 RHF 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 RHF 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.

Kompetansebehov og utdanning

Den regionale behovsanalysen i 2015-16 indikerer behov for økt utdanningskapasitet spesielt for sykepleiere (grunnutdanning), spesialsykepleiere (intensiv, anestesi og operasjon), bioingeniører og legespesialister innen visse fagområder (psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lunge, endokrinkirurgi og gastroenterologi). Disse analysene er lagt til grunn for Helse Sør-Øst RHF's innsats i 2016 for å sikre riktig utdanningskapasitet. Det er også behov for faglig forankring av utviklingen innen sykepleie og andre helsefaglige utdanningsretninger med tanke på behov for endringer i innhold i utdanningene tilpasset helsetjenestens behov.

Endringsdrivere

Innføring av ny teknologi er en av de viktigste driverne for kompetansebehov fremover. Dette vil blant annet medføre økt behov for kompetanse i bruk av teknologi og veiledningskompetanse. E-læring og simulatortrening bør brukes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter.

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, samt innen nukleærmedisin, molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, hematologi og genetik. I dag er rekrutteringen innenfor disse områdene lav.

Utdanning

For å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt, har vi et utstrakt samarbeid med utdanningsinstitusjonene om kompetanseheving av egne medarbeidere og utdanning av helsepersonell.

Kunnskapsdepartementet regulerer utdanningskapasiteten innen de ulike helsefaglige utdanningene ved hjelp av kandidatmåltall, som angir minstekrav til antall uteksaminerte kandidater i vedkommende fag per utdanningsinstitusjon. Utdanningsinstitusjonene har dessuten visse frihetsgrader til selv å opprette studieplasser,

noe som er blitt ytterligere forsterket etter fusjonsprosessen mellom høgskoler og høgskoler og universitet. Tallene for kandidatmål vurderes årlig knyttet til Regjeringens budsjettprosesser. Helse- og omsorgsdepartementet gir i den forbindelse innspill til Kunnskapsdepartementet om dimensjoneringen av ulike helsepersonellutdanninger.

Utdanningsinstitusjonene rapporterer om stor økning av søkere til helsefagene, særlig antallet søkere til sykepleie har vært økende de siste årene. Antallet studieplasser er styrket, men er fortsatt for lavt målt opp mot forventet fremtidig behov. Den utviklingen som skjer innen helsesektoren viser at utviklingen av pasientrollen, ny teknologi, nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder og samhandlingsformer stiller nye krav til faginnhold og opplæring i utdanningene av helsepersonell.

Legespesialistutdanningen

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal helseregionene innføre en ny modell for spesialistutdanning for leger.

Organiseringen og ansvaret for spesialistutdanningen for leger har vært uendret i mange år, selv om det har vært store organisatoriske endringer i helsetjenesten. Forslaget til ny modell er den første helhetlige gjennomgangen av legenes spesialistutdanning i Norge. Hensikten er at utdanningene skal innrettes mot fremtidens utfordringer, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsetjenesten.

Det meste av utdanningen av legespesialister skjer i klinisk praksis i helseforetakene. Totalt 40-50 prosent av legeårsverkene ved helseforetakene utføres i dag av leger i utdanningsstillinger. Den nye modellen for legenes spesialistutdanning er en viktig og omfattende reform som vil påvirke den daglige driften i helseforetakene/sykehusene.

I ny modell skal definerte krav til tjenestetid og tjenestested erstattes av en utdanning basert på oppnåelse av fastsatte læringsmål. Spesialitetsstrukturen vil få tre deler, med del 1 som erstatter dagens turnustjeneste, del 2 med felles plattformer innen indremedisin og kirurgi og del 3 som er unik for hver spesialitet.

Den nye spesialistutdanning er en kvalitetsreform som vektlegger veiledning og oppnådd kompetanse på en helt annen måte enn tidligere. Denne systematiske opplæringen av leger vil være et betydelig løft for utdanningene. Arbeidet med



innføringen krever mye av helseforetakene, og det vil kreve betydelig ressursinnsats for å nå målsetningene i reformen.

Ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger («spesialistforskriften») trådte i kraft 1. mars 2017 for del 1 av ny spesialistutdanning for leger, slik at de første legene kan starte i del 1 av ny spesialiststruktur fra 1. september 2017. For del 2 og 3 av ny spesialistutdanning for leger trer forskriften i kraft 1. mars 2019 og gjelder 42 spesialiteter (med unntak av spesialitetene allmenntidmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin).

Helseforetakene er store utdanningsinstitusjoner og antall leger i utdanning vokser i de fleste foretak. Når det gjelder spesialistutdanning av leger er det en rekke viktige oppgaver som må håndteres fremover, både knyttet til ny spesialistutdanning, rett til fast ansettelse for leger i spesialisering og dimensjonering av utdanningskapasitet. Det er i rapportering til Helsedirektoratet påpekt flere spesialiteter som krever særskilt oppmerksomhet med hensyn til utdanningskapasitet og endringer i behov, og det arbeides med å innarbeide disse behovene i ny legespesialistutdanning og justerte utdanningsløp.

Praksisplasser

Stadig økning i behovet for praksisplasser krever bedre planlegging og økt fokus. Helse Sør Øst har i 2016 lagt ned en stor innsats for å sikre tilstrekkelig antall plasser innen alle yrkesgrupper der praksisplasser er påkrevet. Endringene i behov utgjør en utfordring for helseforetakene og sykehusene relatert til å tilpasse kapasitet til god og nødvendig oppfølging av kandidater.

BEMANNING, SYKEFRAVÆR OG LIKESTILLING

Det har i 2016 vært arbeidet særlig med et regionalt prosjekt med mål om å utarbeide en felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging. Metodikken har vært bygget opp blant annet for å svare opp myndighetskrav som «time i hånden», seks måneders planleggingshorisont i poliklinikker og samsvar mellom bemanning og aktivitet.

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene pekte på at det ligger et betydelig potensiale i å ha god opplæring av ledere i arbeidstidsplanlegging. Dette har medført at helseforetakene har fått et bevisst forhold til

problemstillingen og tiltak som må gjennomføres for å øke graden av måloppnåelse.

Kravet til reduksjon i andel deltidsansatte i foretaksgruppen er tidligere innfridd. Nivået ligger nå på cirka 33 prosent i faktisk andel deltid (cirka 24 prosent korrigert for sykefravær samt permisjoner og andre frivillige tiltak). Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er fortsatt viktig. Innsatsen er videreført i 2016 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.

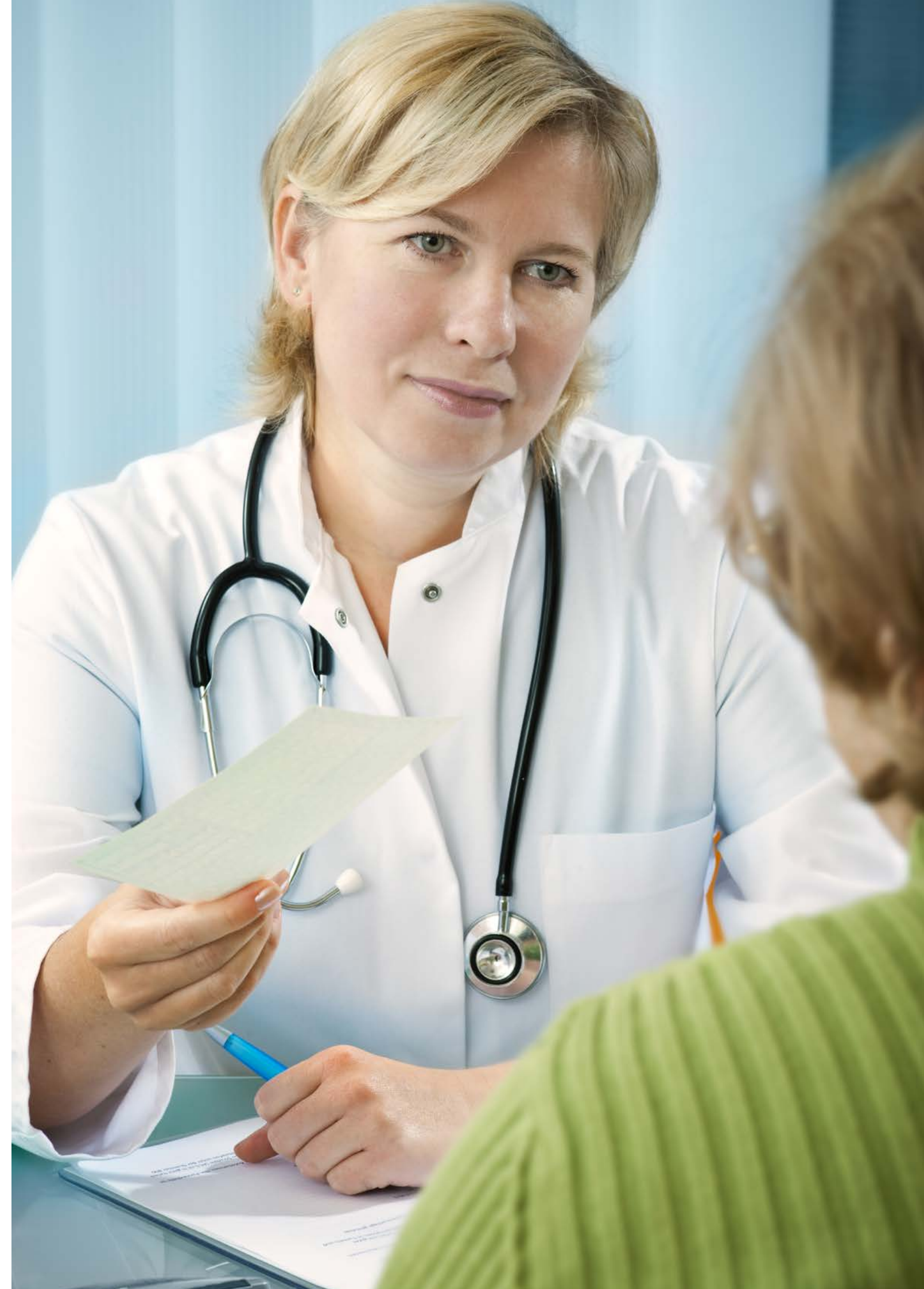
Parallelt med innsatsen for å redusere andel deltidsansatte arbeides det også med å redusere bruken av midlertidig ansatte og øke bruken av faste stillinger. Innsatsen rettes spesielt mot korttidsansatte på timelønn, der potensialet for økning er størst.

Helseforetaksgruppen 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. Helseforetakene følges tett opp i forhold til aktuelle tiltak. Bemanningsveksten i 2016 er likevel lavere enn i 2015 til tross for omtrent lik aktivitetsvekst.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst kjøpte vikartjenester, det vil si innleie av helsepersonell, for 481 millioner kroner i 2016. Det tilsvarer 1,2 prosent av samlede lønnskostnader eksklusiv pensjon på 39 milliarder kroner.

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 er sykefraværet 7,4 prosent, tilsvarende som 2015. Ved den årlige medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen registreres andelen medarbeidere som opplever å ha et arbeidsrelatert fravær. Denne skåren er uforandret siden målingene startet i 2007, og ligger i 2016 mellom 86 og 96 hvor 100 er null arbeidsrelatert fravær. Totalt for foretaksgruppen ligger skåren på 88, ett prosentpoeng lavere enn 2015.



De mest utbredte HMS-avvikene i sykehusvirksomheten er mindre stikkskader og avvik i forbindelse med behandling innen psykisk helsevern. 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. Styreleder og nestleder er kvinner. Av de syv eieroppnevnte medlemmer er fire kvinner og tre menn. De ansattvalgte styre-medlemmer fordeler seg med en kvinne og to menn.

Administrerende direktør er kvinne. Ledergruppen består av to kvinner og syv menn, hvorav to menn er konstituert til endelig ansettelse er foretatt. Brukerutvalget består av åtte kvinner og syv menn. Leder og nestleder er menn.

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. Alle helseforetak deltok i planlegging og gjennomføring av medarbeiderundersøkelsen 2016. Planlegging og gjennomføring lokalt i det enkelte foretak bygger på et tett samarbeid med den lokale vernetjenesten og tillitsvalgte. Disse spiller en viktig rolle i å motivere ansatte til å delta i undersøkelsen og bistår i oppfølgings- og forbedringsarbeidet lokalt. Totalt ble det sendt ut 58 000 spørreskjemaer (alle medarbeidere med 30 prosent stilling eller mer), og 79 prosent besvarte undersøkelsen innen tidsfristen. Dette er nest høyeste deltakelse i foretaksgruppen i perioden 2010-2016.

IKT-FORNYINGSPROGRAM

«Digital fornying» har siden 2013 vært Helse Sør-Øst sitt program for standardisering og modernisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom Digital fornying har Helse Sør-Øst RHF i perioden 2013-2016 investert cirka 5,9 milliarder kroner inkludert tilhørende driftsutgifter.

Modernisering av IKT-infrastruktur

Modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er viktig for all videre utvikling og digitalisering i regionen. Helse Sør-Øst har inngått avtale med Hewlett Packard Enterprise som ekstern leverandør for å modernisere regionens IKT-infrastruktur. Avtalen gir sykehusene og Sykehuspartner tilgang til erfaring og kompetanse fra gjennomføring av tilsvarende og vellykkede moderniseringsprosjekter. Moderniseringen kan nå gjennomføres raskere, med samme kvalitet og med lavere risiko enn om den ble utført i egen regi, samtidig som det gir en bedret økonomisk bærekraft for regionen. Avtalen innebærer en virksomhetsoverføring av personell involvert i IKT-drift i Sykehuspartner, og vil kunne gi besparelser på 1,9 milliarder kroner over syv år.





IKT- løsninger regionaliseres

Det ble lagt ned et betydelig arbeid i utvikling av nye regionale IKT-løsninger i forbindelse med bygging av nytt østfoldsykehus. Gevinster fra dette utviklingsarbeidet vil realiseres etter hvert som de regionale IKT-løsningene innføres ved flere helseforetak. Gjenstående leveranser og tilpasninger av IKT-løsningene til Sykehuset Østfold ble overført til et oppfølgingsprosjekt innenfor Digital fornying og gjennomført i 2016.

Elektronisk kurveløsning, videreutviklet ved Sykehuset Østfold, innføres ved Oslo universitetssykehus og planlegges innført ved Akershus universitetssykehus. I perioden 2018 til 2020 skal Helse Sør-Øst RHF innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsning ved resterende helseforetak.

Felles laboratoriedatasystem for Helse Sør-Øst er et viktig verktøy i videre digitalisering og standardisering innen laboratoriemedisin. Med automatisering av merking og oppfølging av alle typer prøver har nytt laboratoriedatasystem bidratt til økt pasientsikkerhet i Sykehuset Østfold. Sporbarheten har økt, og man kan lett se hvor prøven befinner seg i de ulike arbeidsprosessene. Det regionale laboratoriedataprojektet kommer med ytterligere leveranser til Sykehuset Østfold i 2017, samtidig som det planlegges med videre innføring til andre helseforetak.

Standardiserte IKT-løsninger danner grunnlag for forbedret pasientsikkerheten ved å redusere uønsket variasjon i arbeidsprosessene. I tillegg til løsningene utviklet ved nytt østfoldsykehus, har Helse Sør-Øst RHF fokusert på standardisering av elektronisk pasientjournal (EPJ), innføring av regional radiologiløsning, pilot for ny løsning for medikamentell kreftbehandling og innføring av regional økonomi- og logistikk-løsning, samt aktiv deltakelse i nasjonale og regionale initiativ knyttet til samhandling.

Regional PAS/EPJ-løsning er innført ved Oslo universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Sunnaas sykehus. Standardiseringen av øvrige foretak vil gå frem mot sommeren 2018.

Ny regional radiologiløsning (RIS/PACS) er i 2016 satt i produksjon ved Sykehuset Innlandet. Innføringsprosjektet har tatt lenger tid enn først beregnet. I 2017 vil billeddelen av løsningen (PACS)

innføres ved Akershus universitetssykehus. Samtidig vil den samlede løsningen forbedres ved Sykehuset Innlandet før videre innføring i regionen.

Innføring av løsning for medikamentell kreftbehandling gir bedre pasientsikkerhet blant annet ved å gi bedre dokumentasjon og beslutningsstøtte til helsepersonell i forbindelse med kreftbehandling. I tillegg vil løsningen forbedre faglig samarbeid og standardisere kurer i regionen. Pilotprosjekt er gjennomført i 2016 ved Oslo universitetssykehus.

Regional ERP-løsning er etablert ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Østfold, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Regionalt senter for forvaltning av kliniske IKT-løsninger er etablert ved Oslo universitetssykehus for å bidra til god faglig styring og forvaltning av kliniske løsninger. Senteret hadde sitt første hele driftsår i 2016 og har brukt året til å operasjonalisere oppdraget. Det er lagt til grunn for senteret at det skal virke på tvers av hele regionene og utnytte kompetanse fra alle foretakene.

EIENDOM OG BYGG – STATUS OG PLANER

Helseforetaksgruppen forvalter omtrent 2,7 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdier av eiendommassen 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.

Den vedtatte eiendomsstrategi som inngår i Plan for strategisk utvikling for Helse Sør-Øst for perioden 2013-2020, har følgende fokusområder for perioden:

1. Sykehusbyggene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen og eiendommassen 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

Helseforetakene skal drive tilstandsbasert vedlikehold og lukke myndighetspåviste avvik og avvik fra lover og forskrifter. Oppfølging av planarbeid samt prioritering av vedlikehold vil være et hovedsatsingsområde i de nærmeste årene. Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.

Helse Sør-Øst RHF leier nå inn prosjektledelse fra Sykehusbygg HF i alle de store sykehusprosjektene, både i planlegging og etter hvert i gjennomføring. Helse Sør-Øst RHF har avgitt personell til Sykehusbygg HF og bidrar til kompetanseoppbygging og kunnskapsoverføring til foretaket.

Prosjekter

Sykehuset i Vestfold har gjennomført forprosjektfasen for «Tønsbergprosjektet», som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg med nytt psykiatribygg og nytt sengebygg. Beslutning om gjennomføring er fattet 2. februar 2017 i styret for Helse Sør-Øst RHF.

Konseptet for nybygg psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus, Kristiansand, ble godkjent av styret for Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 og oppstart forprosjekt ble godkjent under forutsetning av lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet. Slik lånetilsagn ble gitt i statsbudsjettet for 2017, og forprosjekt er startet opp i 2017.

Konseptet for nytt sykehus i Drammen er bearbeidet for å komme inn under vedtatt kostnadsramme. Arbeidet er ferdigstilt i løpet av 2016 med måloppnåelse, og ble 2. februar 2017 behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF. Samtidig pågår forhandlinger og avklaringer om kjøp/ervert av tomt.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har videre gitt sin tilslutning til et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

På denne bakgrunn er det gjennomført en prekonseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling. I tillegg er det også startet opp forberedelser til konseptfase for utviklingen av Aker og Gaustad. Arbeidet med selve konseptfasene for de to førstnevnte prosjektene vil pågå i 2017, og beslutning om oppstart konseptfase for Aker og Gaustad planlegges også i 2017.

I tillegg har Helse Sør-Øst RHF har godkjent oppstart og gitt mandat for idéfasen for somatikk Skien, Sykehuset Telemark.

Sykehuset Innlandet har sendt idéfaserapport for ny sykehusstruktur og nybygg ut til høring.

MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR

Helse Sør-Øst RHF publiserer en separat "Rapport for HMS og samfunnsansvar", som blant annet 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.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2014 et anti-korrupsjonsprogram i helseregionen. Alle helseforetak har implementert programmet. Det er etablert en verktøykasse for helseforetakene. Den inneholder blant annet e-læringskurs, dilemmasamlinger, håndbøker mm. Det er i 2016 gjennomført en spørreundersøkelse med et representativt utvalg (2 000 ansatte) som en oppfølging av arbeidet på regionalt nivå.

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 miljøstyringsystem. Alle helseforetak i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus, er sertifisert etter ISO-miljøstandard 14001.





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 retningslinjer for Helse Sør-Øst forutsettes at man skal være førende for å sette etiske krav og miljøkrav i anskaffelser. Foretaksgruppen handler for 25 milliarder kroner i året. Alle regionale innkjøp og oppfølging utføres av Sykehuspartner Innkjøp. I 2016 er det blant annet gjort oppfølging av arbeidsrettigheter ved produksjonssteder av medisinske varer i Mellom-Amerika og det er blitt etablert en kjemikaliestrategi for å utfase miljøskadelige og helseskadelige stoffer ved anskaffelser av produkter.

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.

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 paragraf 5.

ÅRSREGNSKAP FOR FORETAKSGRUPPEN HELSE SØR-ØST

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 78,9 milliarder kroner i 2015 med 0,6 prosent til 79,4 milliarder kroner i 2016.

De samlede driftsinntektene i 2016 fordeler seg med 51,6 milliarder kroner i basisramme, 22,5 milliarder kroner i aktivitetsbaserte inntekter og 5,3 milliarder

kroner som andre driftsinntekter. Refusjonssatsen for innsattsstyrt finansiering (ISF-satsen) var 50 prosent både i 2015 og 2016.

Lønns- og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 59,7 prosent av totale driftskostnader for 2016. Disse kostnadene er redusert fra 48,0 milliarder kroner i 2015 med 3,1 prosent til 46,6 milliarder kroner i 2016. Reduksjonen er knyttet til lavere pensjonskostnader.

Samlet kostnad for innleie av helsepersonell økte fra 476 millioner kroner i 2015 med 1,1 prosent til 481 millioner kroner i 2016.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen økte fra 3 197 millioner kroner i 2015 med 13,6 prosent til 3 631 millioner kroner i 2016. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 34,4 millioner kroner på varige driftsmidler i 2016.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen økte fra 28,4 millioner kroner i 2015 til 39,0 millioner kroner i 2016. Årsaken til denne økningen er i hovedsak lavere rente på bankinnskudd.

Styret vedtatte budsjett for foretaksgruppen i 2016 var 745 millioner kroner. Årsresultatet gikk opp fra 1 046 millioner kroner i 2015 til 1 343 millioner kroner i 2016.

De fleste helseforetakene hadde i 2016 positive resultater i underliggende drift. Resultatet for 2016 er imidlertid påvirket av utfordringene ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold. Det er positivt at Oslo universitetssykehus for annen gang på rad viser et overskudd i 2016.

Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2016 var 4 739 millioner kroner, hvorav bundne midler utgjør 1 863 millioner kroner.

Investeringsnivået i foretaksgruppen ble redusert fra 4 102 millioner kroner i 2015 til 3 157 millioner kroner i 2016. Dette skyldes i all hovedsak ferdiggjørelse av nytt østfoldsykehus i 2015. Investeringene representerer 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 3 232 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Per 31.12.2016 er det trukket 3 161 millioner kroner på denne rammen.

Foretaksgruppen har per 31.12.2016 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 117,2 milliarder kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 16,3 milliarder kroner. Per 31.12.2016 er det i tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard 26,5 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

FINANSIELLE OG ANDRE RISIKOER FORBUNDET MED ØKONOMI

Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen har fremdeles en betydelig egenkapital. Egenkapitalen i foretaksgruppen utgjorde 52,7 prosent av totalkapitalen ved utgangen av 2016.

I pensjonsforpliktelsen ligger et ikke resultatført estimatavvik på 26,5 milliarder kroner som tilsvarer 78,4 prosent av egenkapitalen. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31. desember 2016 som tilfredsstillende.

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Netto reduksjon i rentebærende gjeld i 2016 er 99 millioner kroner.

Ved utgangen av året utgjør langsiktig lån fra Helse- og omsorgsdepartementet 8,5 milliarder kroner. Av dette er 490 millioner kroner byggelån, mens 8,0 milliarder kroner er 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 86 prosent fast rente. Gjennomsnittlig rente på låneporteføljen er 1,8 prosent. Rentebindingen har en durasjon på 4,3 år. Av porteføljens rentebinding forfaller 34 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.

ÅRSREGNSKAP FOR HELSE SØR-ØST RHF

Resultatregnskapet for Helse Sør-Øst RHF viser i 2016 et positivt resultat på 1 016 millioner kroner mot 839 millioner kroner i 2015. Helseforetakene er konsolidert inn i foretaksgruppens regnskap og over- og underskudd i disse foretakene er innarbeidet i resultatet for foretaksgruppen.

AVLEGGELSE AV REGNSKAPET

Fra årsskiftet 2016/2017 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. Vågang (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 Vågang. Ansattvalgte medlemmer i styret fra 16. mars 2015 til 15. mars 2017 har vært Kirsten Brubakk, Terje Bjørn Keyn og Svein Øverland. De ansatte ved regionens helseforetak gjennomførte i mars 2017 valg av tre nye medlemmer til styret i Helse Sør-Øst RHF. Fra 16. mars 2017 er Kirsten Brubakk, Christian Grimsgaard og Svein Øverland faste styremedlemmer i Helse Sør-Øst RHF.





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" nedenfor.

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 samholdighet.

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

VIRKSOMHETSSTYRING

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.

Hovedsatsingsområdene frem mot 2020 er styrking av ledelse, riktig kompetanse og god ressursstyring. Det regionale helseforetaket har som en del av arbeidet med virksomhetsstyring 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.

Risikovurdering

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 oppmerksomhet i Helse Sør-Øst RHF og helseforetaksgruppen. Risikostyringen forutsetter at det utarbeides gode tiltaksplaner for de områdene som er forbundet med uakseptabel risiko.

Generelt vurderes resultatene for 2016 slik at unødvendig venting er redusert og arbeidet med å redusere variasjon i kapasitetsutnyttelsen er godt i gang. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis høy prioritet og det foreligger ingen vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet. Styrets risikovurdering er tatt inn i Årlig melding for 2016.

Konsernrevisjon

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon og vurderer foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Styrets revisjonsutvalg følger opp konsernrevisjonens arbeid.

Revisjonsarbeidet skal understøtte mål og krav fra eier. Konsernrevisjonens årsrapport er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen i 2016. Det er gjennomført tre revisjoner som har undersøkt hvordan helseforetakene arbeider med å sikre pasientene likeverdige utrednings- og behandlingsforløp og forutsigbarhet gjennom pasientforløpet. Videre er det gjennomført to revisjoner som vurderer om foretakene arbeider systematisk med å nå målet om at det ikke skal forekomme korridorpatienter.

Introduksjon av nye legemidler og endringer i finansieringsordningene har medført økte legemiddelkostnader for helseforetakene. Konsernrevisjonen har i 2016 i to revisjoner undersøkt om

helseforetakene tar i bruk nye legemidler og behandler pasienter med bruk av legemidler utenfor sykehus i tråd med gjeldende retningslinjer.

I 2016 har konsernrevisjonen videreført et perspektiv med fokus på hvordan revisjonsrapportene bidrar til forbedring og læring. Det er gjennomført tre revisjoner der man undersøker hvordan helseforetakene har fulgt opp vedtatte handlingsplaner etter tidligere revisjoner og sikret at tiltakene har gitt ønsket effekt.

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.

Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus: Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset.

HELSETJENESTER FRA AVTALESPELIALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER

Helse Sør-Øst RHF inngår avtaler med private leverandører om leveranse av helsetjenester som et bidrag til å oppfylle «sørge for»-ansvaret i regionen, redusere ventetider og gi pasientene økt valgfrihet.

Helse Sør-Øst RHF har tidsbegrensede avtaler innen åtte somatiske fagområder og 60 løpende avtaler innen fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering. De løpende avtalene gir leverandørene stabile driftsforutsetninger og legger forholdene godt til rette for et langsiktig og tett samarbeid med andre aktører både innen spesialisthelsetjenesten og innen det kommunale ansvarsområdet. Avtalene ble inngått i 2014 og 2015, noe som innebærer at 2016 var det første året med stabilt driftsgrunnlag.

I avtalene er det stilt spesifikke krav til aktivitet, kvalitet og kompetanse. Dette følges tett opp gjennom månedlig rapportering samt ulike typer møtevirksomhet og dialog i løpet av året. Det inngås hvert år en ytelsesavtale for den enkelte institusjon hvor det spesifiseres eventuelle endringer i ytelsen det kommende året.

Helse Sør-Øst RHF kjøpte i 2016 helsetjenester fra private leverandører med kjøpsavtale og avtalespesialister for om lag 4,8 milliarder kroner. Dette utgjør om lag 6,2 prosent av brutto driftskostnader for foretaksgruppen.

FELLESEID VIRKSOMHET

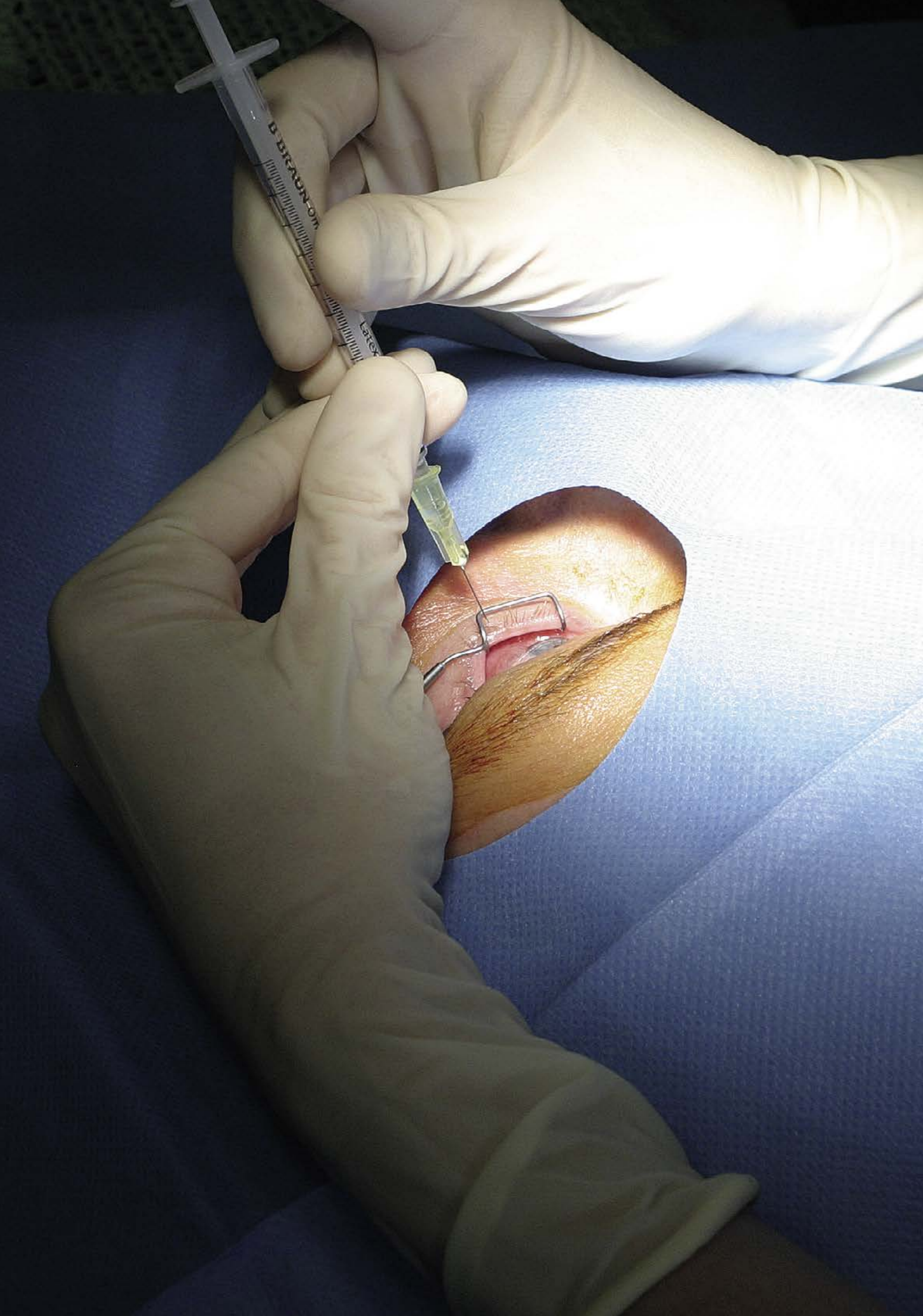
Hovedformålet med selskapene som de regionale helseforetakene eier sammen er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet. Selskapene skal bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen 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 felleseide selskaper:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø. Selskapet er i 2016 besluttet virksomhetsoverdratt til Sykehusinnkjøp HF (se nedenfor) med virkning fra 1.1.2017
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien. Selskapet er i 2016 besluttet omdannet til et helseforetak med virkning fra 1.1.2017
- Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø. Selskapet er i 2016 besluttet omdannet til et helseforetak med virkning fra 1.1.2017
- 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

For nærmere informasjon om disse foretakenes resultatandeler i 2016 henvises til årsregnskapets note 12.





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 2016.

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

Styret har i "Årlig melding for 2016" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål, samt hvilke valg og tiltak Helse Sør-Øst RHF planlegger å gjennomføre for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på www.helse-sorost.no.

Spesialisthelsetjenesten vil gjennomgå betydelige endringer de neste 10-15 årene. Utviklingen i folketallet, alderssammensetning, sykdomsutvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsformer, endringer i medisinsk teknologi og infrastruktur, økt innvandring og innbyggernes forventninger til kvalitet og standard, vil være faktorer som får innvirkning på planleggingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste. Dette vil blant annet bidra til at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker.

Studier viser at det er utvikling i standard/kvalitet og produktivitet, sammen med demografi, som er de tyngste driverne for ressursbehovet framover. Samtidig vil ikke økt ressurstilførsel kunne løse utfordringene. Det er begrenset hva helseforetakene kan bruke av tilgjengelig arbeidskraft i tiårene fremover, og det er lite sannsynlig at produktivitetsvekst ved sykehusene kan frigjøre så mye ressurser at det vil veie opp for ressursene som trengs for å møte befolkningens krav til økt standard. Det er både behov for økte ressurser og økt endringstakt i spesialisthelsetjenesten, samtidig som primærhelsetjenesten må lykkes med sitt omstilling- og utviklingsarbeid.

De nærmeste årene vil Helse Sør-Øst RHF innrette sin virksomhet på å nå overordnede mål om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, prioritere psykisk helsevern og rus, samt bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Høye forventninger i befolkningen til tjenestene kan tolkes som et uttrykk for tillit til de offentlige helsetjenestene. Samtidig viser nasjonale kvalitetsindikatorer store forskjeller i helsetilbudet mellom helseregioner og mellom sykehus i organisering, effektivitet, pasienttilfredshet og medisinsk praksis.

Fremtidens spesialisthelsetjeneste må tilpasses utviklingen i medisinsk teknologi og innrettes slik at en tilrettelegger for bedre behandlingsmetoder og pleie, samtidig som en sikrer en generell økning i standarden på utstyr, sykehusbygg og service. I de nærmeste årene vil veksten bli betydelig for somatiske tjenester på grunn av økningen i antall eldre og dermed innen store sykdomsgrupper. Utviklingen går også i retning av enklere og mer mobilt utstyr som legger til rette for utredning og behandling nærmere pasienten. Det har vært en gradvis økning mot poliklinisk behandling og dagbehandling som blant annet følge av mer skånsomme behandlingsteknikker. Likevel vil det bli sterk vekst i døgnbehandlingen blant annet som følge av økningen i antall eldre. Helse Sør-Øst RHF har startet opp arbeidet med en regional utviklingsplan basert på Nasjonal helse- og sykehusplan. Alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner, hvor regionale føringer ligger til grunn.

Kvinnsland-utvalget, som har vurdert organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten, leverte den 1. desember 2016 sin rapport NOU 2016:25 «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?»

Det er flertall i utvalget for å videreføre et regionalt beslutningsnivå i spesialisthelsetjenesten og å videreføre helseregionene slik de er i dag. Det er også flertall for å legge om eiendomsforvaltningen, blant annet ved å innføre en ordning med kostnadsdekkende husleie. Rapporten har vært på offentlig høring med svarfrist 5. mars 2017. Helse Sør-Øst RHF har levert sitt høringssvar. Den politiske oppfølgingen av denne rapporten vil være sentral for Helse Sør-Øst RHF's videre arbeid og utvikling.

DISPONERING AV ÅRSRESULTATET

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF i 2016 ble 1 016,1 millioner kroner.

Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2016.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Overført fond for vurderingsforskjeller	16,1 millioner kroner
Overført til annen egenkapital	1 000,0 millioner kroner
Sum disponert	1 016,1 millioner kroner

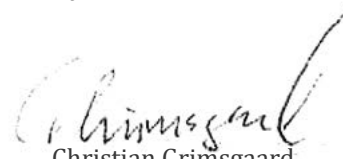
Hamar, 27. april 2017


Ann-Kristin Olsen
Styreleder


Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder


Eyolf Bakke


Kirsten Brubakk


Christian Grimsgaard


Bernadette Kumar


Geir Nilsen


Truls Velgaard


Sigrun E. Vågeg


Svein Øverland


Cathrine M. Lofthus
Administrerende direktør

Resultatregnskap

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF				Foretaksgruppen	
2015	2016		Note	2016	2015
DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER					
52 024 138	51 588 455	Basisramme	2	51 588 455	52 024 138
19 606 029	20 278 634	Aktivitetsbasert inntekt	2	22 512 909	21 452 618
1 836 657	1 810 942	Annen driftsinntekt	2	5 323 330	5 448 453
73 466 824	73 678 032	Sum driftsinntekter		79 424 694	78 925 209
71 490 740	71 423 526	Kjøp av helsetjenester	3	10 599 831	10 677 738
77 132	109 259	Varekostnad	4	9 584 681	8 505 613
214 860	191 597	Lønn og annen personalkostnad	5	46 555 688	48 037 316
3 281	3 147	Ordinær avskrivning	10,11	3 630 511	3 196 879
4 525	14 416	Nedskrivning	10,11	34 401	40 766
902 562	987 585	Annen driftskostnad	6	7 632 363	7 390 233
72 693 100	72 729 530	Sum driftskostnader		78 037 474	77 848 545
773 723	948 503	Driftsresultat		1 387 220	1 076 664
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER					
530 001	401 908	Finansinntekt	7	184 133	267 075
0	0	Verdiendring av finansielle anleggsmidler	12	0	0
464 969	334 347	Annen finanskostnad	7	223 167	295 479
65 032	67 561	Netto finansresultat		-39 034	-28 405
838 755	1 016 062	Resultat før skattekostnad		1 348 186	1 048 259
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	9	5 304	2 125
838 755	1 016 062	ÅRSRESULTAT		1 342 882	1 046 133
0	0	Minoriteters andel av årsresultatet	16	360	453
OVERFØRINGER					
8 502	16 126	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	16	16 126	8 502
830 253	999 936	Overført til/fra annen egenkapital	16	1 326 396	1 037 178
0	0	Overført minoritet	16	360	453
838 755	1 016 062	Sum overføringer		1 342 882	1 046 133

Balanse

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2015	2016	Note	2016	2015	
EIENDELER					
Anleggsmidler					
Immaterielle eiendeler					
1 043 837	0	10	2 888 089	3 040 648	
0	0	9	220	0	
1 043 837	0		2 888 309	3 040 648	
VARIGE DRIFTSMIDLER					
79 532	77 172	11	33 744 451	34 772 075	
4 206	3 512	11	6 289 685	5 781 911	
1 152 486	1 363 235	11	2 786 099	2 297 667	
1 236 224	1 443 919		42 820 235	42 851 653	
FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER					
21 817 287	21 817 287	12	0	0	
79 554	96 930	12	117 030	99 655	
12 713	14 807	12	2 075 998	1 877 017	
15 617 790	16 437 203	13	75 166	51 104	
2 203	1 472	17	8 866 889	8 694 680	
37 529 548	38 367 699		11 135 082	10 722 455	
39 809 609	39 811 619		56 843 626	56 614 756	
OMLØPSMIDLER					
0	0	4	483 963	469 958	
6 490 857	6 651 510	14	2 137 265	2 113 442	
1 269 224	3 027 967	15	4 739 061	2 922 203	
7 760 081	9 679 477		7 360 289	5 505 602	
47 569 690	49 491 095		64 203 914	62 120 359	
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					
44 063	60 189		60 269	44 143	
0	0		10 302	9 941	
-7 782 140	-6 782 204		1 302 280	-18 644	
-7 738 077	-6 722 015	16	1 372 850	35 440	
24 732 754	25 748 816		33 843 681	32 506 272	

Balanse

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2015	2016	Note	2016	2015	
GJELD					
Avsetning for forpliktelser					
19 967	10 981	17	924 932	924 733	
0	0	9	14 045	12 252	
2 700	24 030	18	4 078 075	4 108 507	
22 667	35 011		5 017 052	5 045 492	
ANNEN LANGSIKTIG GJELD					
8 684 479	8 540 948	13	8 540 948	8 684 479	
8 049 311	9 091 850	13	670 240	428 188	
16 733 789	17 632 798		9 211 187	9 112 667	
KORTSIKTIG GJELD					
3 312 285	3 160 997	15	3 160 997	3 312 285	
0	0	9	3 731	2 011	
44 025	29 497		3 098 885	2 946 520	
2 724 168	2 883 978	19	9 868 380	9 195 111	
6 080 479	6 074 471		16 131 992	15 455 928	
22 836 935	23 742 279		30 360 232	29 614 087	
47 569 690	49 491 095		64 203 914	62 120 359	

Hamar, 27. april 2017

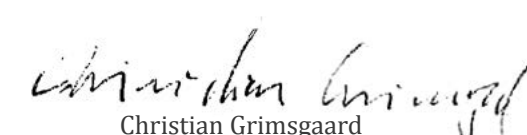

Ann-Kristin Olsen
Styreleder


Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

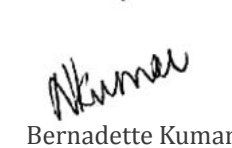

Eyolf A. Bakke


Kirsten Brubakk


Sigrun E. Vågå


Christian Grimsgaard


Truls Velgaard


Bernadette Kumar


Geir Nilsen


Svein Øverland


Cathrine M. Lofthus
Administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen			
2015	2016	Note	2016	2015	
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:					
838 755	1 016 062	Årsresultat før skattekostnad	16	1 348 186	1 046 133
0	0	Skatteutbetalinger		-2 011	0
0	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-174 863	-155 053
3 281	3 147	Ordinære avskrivninger	10,11	3 630 511	3 196 879
4 525	14 416	Nedskrivning anleggsmidler	10,11	34 401	40 766
-8 502	12 789	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		-24 912	-8 502
2 286 243	-160 652	Endring i omløpsmidler	4, 14	-37 501	-231 875
934 136	145 281	Endring i kortsiktig gjeld	19	706 440	-215 125
16 615	-8 255	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	17	-171 499	3 534 076
0	0	Inntektsført investeringstilskudd	2	-211 933	-207 507
4 075 053	1 022 787	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		5 096 819	6 999 793
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:					
0	0	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		290 256	338 983
-2 134 324	-147 349	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	10,11	-3 213 533	-4 240 824
6 867 581	0	Tilgang/avgang anleggsmidler		0	0
-50 000	965 937	Øvrige poster uten kontanteffekt		0	0
4 078	4 357	Innbetalinger av avdrag på utlån (langsiktige fordringer)		4 457	4 119
-4 800	-28 520	Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)		-28 285	-4 800
0	-17 376	Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler		-4 585	59 227
-1 483	-2 094	Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-200 259	-258 891
4 681 052	774 956	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		-3 151 949	-4 102 186
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:					
238 580	418 785	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	415 000	238 580
-411 136	-562 316	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	13	-558 531	-411 136
-3 395 106	-151 288	Endring driftskreditt	15	-151 288	-3 395 106
-5 956 713	255 820	Utbetaling/Innbetaling av investeringstilskudd og lån		155 448	14 873
0	0	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	18	28 595	32 965
127 589	0	Endring foretakskapital uten kontanteffekt		-12 335	0
0	0	Endring foretakskapital med kontanteffekt		-4 900	3 114
-9 396 786	-39 000	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		-128 012	-3 516 710
-640 681	1 758 743	Netto endring i likviditetsbeholdning		1 816 858	-619 103
1 909 905	1 269 224	Likviditetsbeholdning per 01.01.		2 922 203	3 541 306
1 269 224	3 027 967	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. per 31.12.	1,15	4 739 061	2 922 203
27 000	71 000	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank per 31.12.		71 000	27 000
1 296 224	3 098 967	Likviditetsreserve 31.12.		4 810 061	2 949 203
3 339 000	3 232 000	Innvilget kredittramme i Norges Bank per 31.12.		3 232 000	3 339 000

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 daværende Helse Sør RHF og Helse 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 syke

husvirksomhet 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 og investering i 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 (ISF = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgen-tjenester. Oppførte ISF-refusjoner er basert på koding i Norsk Pasientregister (NPR). Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for

å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helse-tjenester med tilhørende ISF 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 mottas det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

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

Klassifisering av balanseposter

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

Varige driftsmidler

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

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

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

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

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

Usikre forpliktelser

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

endringer) 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 konsern-kontoen 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

Virkningen 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.

Sikringsbokføring

Helse Sør Øst handler finansielle kontrakter (sikringsinstrument) på Nord Pool for å redusere risikoeksponeringen i forhold til varierende strømpris (sikringsobjekt). Helse Sør Øst benytter seg av sikringsbokføring ved at endringen i verdien på sikringsinstrumentet og sikringsobjektet utligner hverandre.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg 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 fordelen 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 av skrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Note 1 - Virksomhetsrapportering

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
DRIFTSINNTEKTER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE				
6 975 644	6 709 715	Somatiske tjenester	56 272 195	55 885 106
1 743 978	1 875 899	Psykisk helsevern VOP	11 165 638	11 134 861
222 552	202 636	Psykisk helsevern BUP	2 452 261	2 590 570
1 101 598	1 115 703	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	2 990 941	3 069 438
1 173 207	1 637 883	Annet	6 543 659	6 245 233
62 249 845	62 136 196	Det regionale foretakets overføringer til datterforetak	0	0
73 466 824	73 678 032	Driftsinntekter per virksomhetsområde	79 424 695	78 925 209
DRIFTSKOSTNADER PER VIRKSOMHETSOMRÅDE				
6 309 890	6 140 132	Somatiske tjenester	55 526 558	55 286 014
1 702 706	1 815 658	Psykisk helsevern VOP	10 849 564	11 005 032
191 803	215 153	Psykisk helsevern BUP	2 463 251	2 475 678
1 045 902	1 124 740	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	3 062 030	2 935 101
1 192 954	1 297 652	Annet	6 136 075	6 146 721
62 249 845	62 136 196	Det regionale foretakets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
72 693 100	72 729 531	Driftskostnader per virksomhetsområde	78 037 476	77 848 545
DRIFTSINNTEKTER FORDELT PÅ GEOGRAFI				
73 333 283	73 470 592	Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	78 209 704	77 793 497
133 541	207 440	Pasienter hjemmehørende i resten av landet	1 087 068	1 016 323
0	0	Pasienter hjemmehørende i utlandet	127 923	115 389
73 466 824	73 678 032	Driftsinntekter fordelt på geografi	79 424 695	78 925 209

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 ambulansetjenester, 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	
2015	2016	2016	2015
DRIFTSINNEKTER			
Basisramme			
52 024 138	51 588 455	51 588 455	52 024 138
52 024 138	51 588 455	51 588 455	52 024 138
AKTIVITETSBASERT INNEKT			
16 588 492	17 279 943	17 279 943	16 665 273
151 667	142 959	142 959	151 667
133 541	207 440	1 105 196	978 472
2 665 958	2 623 990	3 577 650	3 338 909
0	0	87 614	73 819
7 509	24 301	319 545	244 479
19 606 029	20 278 634	22 512 909	21 452 618
ANNEN DRIFTSINNEKT			
252 848	244 799	244 799	252 848
303 782	309 641	309 641	303 782
981 331	985 693	1 473 159	1 539 819
192 256	197 631	211 933	207 507
0	0	1 271 821	950 809
106 440	73 179	1 811 977	2 193 688
1 836 657	1 810 942	5 323 330	5 448 453
73 466 824	73 678 032	79 424 694	78 925 209
AKTIVITETSTALL			
Aktivitetstall somatikk			
67 243	66 404	828 728	811 425
0	0	771 090	750 784
172 561	192 452	2 965 168	2 754 834
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge			
26	31	1 264	1 269
36 610	34 044	465 367	473 406
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne			
3 586	3 884	26 382	25 640
118 427	127 853	913 897	861 411
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige			
2 193	3 672	9 597	8 641
45 660	47 437	254 570	238 429

I tillegg til aktiviteten ovenfor er det 85 240 polikliniske konsultasjoner knyttet til "Raskere tilbake" i 2016. Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilling 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	
2015	2016	2016	2015
KJØP AV HELSETJENESTER			
514 100	251 217	631 986	1 199 657
4 896 752	4 908 693	5 223 327	5 099 342
11 844	22 565	55 687	57 198
1 598 385	1 709 441	1 766 393	1 647 058
7 495	10 459	23 651	19 186
1 038 406	1 113 091	1 122 348	1 044 534
1 088	15 437	154 020	140 455
8 068 071	8 030 903	8 977 412	9 207 431
0	0	481 087	475 679
234 101	191 947	192 644	234 101
0	0	104 397	108 008
938 723	1 064 480	844 290	652 519
9 240 895	9 287 330	10 599 831	10 677 738
62 249 845	62 136 196	0	0
71 490 740	71 423 526	10 599 831	10 677 738

Note 4 - Varer

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
VAREBEHOLDNING			
0	0	5 871	5 362
0	0	5 405	5 170
0	0	0	16 370
0	0	253 698	243 787
0	0	264 975	270 689
0	0	178 667	155 790
0	0	40 321	43 477
0	0	218 988	199 268
0	0	483 963	469 958
0	0	489 648	472 318
0	0	-5 685	-2 360
0	0	483 963	469 958
VAREKOSTNAD			
0	1 671	4 685 625	4 054 440
0	0	4 307 272	3 895 999
0	6	511 612	487 584
77 132	107 583	80 172	67 589
77 132	109 260	9 584 682	8 505 613

Note 5 - Lønns- og personalkostnader

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
LØNNSKOSTNADER			
144 401	138 850	33 652 120	32 508 575
21 619	20 691	4 760 230	4 630 172
42 501	24 185	7 658 140	10 194 996
6 341	7 871	583 574	712 578
0	0	-98 376	-9 006
214 860	191 597	46 555 688	48 037 316
Sum lønn og andre personalkostnader			
176	171	78 233	78 205
165	160	60 368	59 788
GODTGJØRELSE TIL REVISOR			
437	325	5 750	5 885
0	1 318	8 766	5 954
59	0	943	927
0	294	422	151
5 661	264	2 485	7 974
6 157	2 201	18 365	20 892
Sum godtgjørelse			
SPESIFISERING AV «ANDRE TJENESTER UTENFOR REVISJON»:			
5 113	13	13	5 113
0	0	95	296
266	0	0	266
0	0	135	110
0	0	1 466	1 336
282	251	777	855
5 661	264	2 485	7 974
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 i 2015 er 3/4 viderebelastet de tre andre regionene. Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 1,3 millioner kroner.

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

(Alle tall i NOK 1000)

Lønn til ledende ansatte							
Navn	Tittel	Lønn	Pensjonskostnad	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode ¹⁾	Ansettelsesperiode ²⁾
Cathrine M. Lofthus ³⁾	Administrerende direktør	2 243 808	494 685	5 034	2 743 527	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Steinar Marthinsen	Viseadministrerende direktør	1 900 884	200 051	5 034	2 105 969	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Atle Brynestad	Konserndirektør	1 862 380	246 185	5 034	2 113 599	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Alice Beathe Andersgaard	Direktør medisin og helsefag	1 734 190	335 173	5 034	2 074 397	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Tore Robertsen	Direktør for styre- og eieroppfølging	1 467 493	246 676	5 034	1 719 203	01.01.15-31.12.16	01.01.15-31.12.16
Gunn Kristin Sande	Kommunikasjonsdirektør	1 309 260	283 812	5 034	1 598 106	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Anne Biering	HR-direktør	1 269 313	348 714	4 980	1 623 007	01.01.16-30.11.16	01.01.16-30.11.16
Thomas Bagley	Direktør teknologi og eHelse	1 687 110	254 832	5 034	1 946 976	01.01.16-31.12.16	01.01.16-31.12.16
Svein Tore Valsø ⁴⁾	HR-direktør	978 378	135 901	5 034	1 119 313	01.12.16-31.12.16	01.12.16-31.12.16
Sum lønn ledende ansatte		14 452 816	2 546 029	45 252	17 044 097		

- 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) Lønn til administrerende direktør inkluderer lønnsoppgjør for både 2015 og 2016.
- 3) Svein Tore Valsø ble konstituert som HR-direktør 01.12. Han gikk fra stilling som spesialrådgiver i Helse Sør-Øst RHF.
- 4) Hans årlige lønn som konstituert HR-direktør er kr 1.100.000

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via PKH og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør/styreleder eller andre nærstående parter.

Styrehonorar til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Annen godtgjørelse	Sum	Periode
Ann-Kristin Olsen	Styreleder	357 000	0	357 000	12.01.16-31.12.16
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	243 000	0	243 000	12.01.16-31.12.16
Eyolf Aleksander Bakke	Styremedlem	171 000	0	171 000	01.01.16-31.12.16
Kirsten Brubakk	Styremedlem	171 000	4 392	175 392	01.01.16-31.12.16
Terje Bjørn Keyn	Styremedlem	134 000	4 392	138 392	01.01.16-31.12.16
Bernadette N. Kumar	Styremedlem	134 000	0	134 000	01.01.16-31.12.16
Geir Ståle Nilsen	Styremedlem	187 000	0	187 000	01.01.16-31.12.16
Truls Velgaard	Styremedlem	134 000	0	134 000	01.01.16-31.12.16
Sigrun E. Vågeng	Styremedlem	134 000	0	134 000	01.01.16-31.12.16
Svein Øverland	Styremedlem	134 000	4 392	138 392	01.01.16-31.12.16
		1 799 000	13 176	1 812 176	01.01.16-31.12.16

Revisjonskomiteén har i 2016 bestått av følgende medlemmer: Geir Ståle Nilsen (leder), Eyolf Bakke og Kirsten Brubakk. Leder får et honorar på kr 53.000 og de øvrige medlemmene får et honorar på kr 37.000. Tallene inngår i styrehonorar ovenfor. Opplyste styrehonorar er i henhold til vedtak i Foretaks møte 12.jan 2016.

Note 5 - forts.

(Alle tall i NOK 1000)

Erklæring om lederens ansettelsesvilkår

Helse Sør-Øst RHF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, konserndirektør, kommunikasjonsdirektør, direktør medisin og helsefag, direktør for styre- og eieroppfølging, HR-direktør og direktør teknologi og eHelse 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 lederlønnene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønnene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2016

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 2016 2,8 %.

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.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

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

Naturalytelser

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

- Mobiltelefon
- Internett
- 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 fratruke sin stilling umiddelbart.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

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

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 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 2016 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2017

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

Note 6 - Andre driftskostnader

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
0	0	1 126 729	1 083 652
19 629	26 047	1 551 079	1 425 660
3 360	3 487	534 722	562 558
255 788	238 947	300 669	470 720
120 146	144 843	525 651	533 929
12 842	10 559	1 505 881	1 449 846
20 305	15 852	462 611	470 637
0	6	110 788	107 672
14 946	14 290	273 980	281 987
387	768	37 368	34 364
377 395	411 234	437 286	395 856
77 764	121 553	765 598	573 351
902 562	987 585	7 632 363	7 390 233

*) Av konsulenttenestene benyttet i Helse Sør-Øst RHF kan 213 millioner kroner henføres til Digital fornying. Dette er i all hovedsak kjøp av tjenester fra Sykehuspartner.

**) I øvrige driftskostnader for Foretaksgruppen inngår programvarelisenser med 312 millioner kroner, kontingenter 160 millioner kroner, tap ved salg av anleggsmidler og tap på krav 83 millioner kroner, samt diverse mindre kostnadsposter.

Note 7 - Finansinntekter og -kostnader

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
FINANSINTEKTER			
8 502	16 819	16 819	8 502
434 179	383 682	0	0
87 320	1 404	164 978	256 283
0	3	2 336	2 289
530 001	401 908	184 133	267 075
FINANSKOSTNADER			
202 148	141 391	0	0
262 818	192 948	198 019	273 735
3	8	25 148	21 744
464 969	334 347	223 167	295 479
65 031	67 561	-39 034	-28 405

Note 8 - Forskning og utvikling

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaksgruppen	
	2016	2015
Øremerket tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning	633 105	590 287
Andre inntekter til forskning	602 835	465 107
Basisramme til forskning	1 280 940	1 334 607
Sum inntekter til forskning	2 516 881	2 390 001
Øremerket tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til utvikling	2 675	0
Andre inntekter til utvikling	49 128	43 410
Basisramme til utvikling	102 880	176 883
Sum inntekter til utvikling	154 683	220 293
Sum inntekter til forskning og utvikling	2 671 564	2 610 294
Kostnader til forskning :		
- somatikk	2 196 380	2 192 541
- psykisk helsevern	227 596	186 304
- tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengige	23 299	20 792
- annet	14 462	13 308
Sum kostnader til forskning	2 461 737	2 412 945
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	127 190	155 804
- psykisk helsevern	37 578	30 928
- tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengige	1 160	914
- annet	11 595	9 704
Sum kostnader til utvikling	177 524	197 349
Sum kostnader forskning og utvikling	2 639 261	2 610 294
Antall avlagte doktorgrader	145	161
Antall publiserte artikler	2 844	2 697
Antall årsverk forskning	1 864	1 759
Antall årsverk utvikling	177	216

Note 9 - Skatt

(Alle tall i NOK 1000)

Beskrivelse	Foretaksgruppen	
	2016	2015
MIDLERTIDIGE FORSKJELLER		
Anleggsmidler	65 817	61 941
Pensjon	27 042	23 536
Omløpsmidler	-1 377	-4
Positive midlertidige forskjeller	91 482	85 473
Underskudd til fremføring	53 328	57 666
Negative midlertidige forskjeller	53 328	57 666
Grunnlag for utsatt skatt i balanse	57 604	49 008
Grunnlag for utsatt skattefordel i balanse	20 368	21 606
Utsatt skatt	14 025	12 252
Beregnet utsatt skattefordel	4 888	5 402
Ikke balanseført utsatt skattefordel	4 668	5 402
Utsatt skatt	14 025	12 252
Utsatt skattefordel	220	0
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	25 100	8 988
Permanente forskjeller	576	46
Grunnlag for årets skattekostnad	25 676	9 033
Endring i midlertidige forskjeller	-6 414	-4 525
Skattepliktig inntekt	19 262	4 508
Bruk av fremførbart underskudd	-4 339	2 381
Grunnlag for betalbar skatt	14 923	7 448
25 % av grunnlag for betalbar skatt	3 731	2 011
Endring i utsatt skatt	1 573	-656
For lite/for mye avsatt i fjor	0	770
Sum skattekostnad på ordinært resultat	5 304	2 125
Avstemming av skattekostnad		
Beregnet skatt av årets resultat før skatt	6 275	2 427
Årets regnskapsførte skattekostnad	5 304	2 125
Differanse mellom regnskapsført og beregnet skattekostnad	971	301
Permanente forskjeller	-144	-12
Endring av skattesats	576	0
Ikke innregnet utsatt skattefordel tidligere år	539	313
Avstemming årets skattekostnad	971	301

Note 10 - Immaterielle eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF

	IKT- løsninger	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.16	61 358	1 059 995	1 121 353
Reklassifisering	0	1 059 995	1 059 995
Utrangering ansk.kost	61 275	0	61 275
Anskaffelseskost 31.12.16	0	0	0
Balanseført verdi 31.12.16	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger	83	0	83
Årets nedskrivninger	0	0	0

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	IKT- løsninger	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1.16	4 392 738	1 736 471	6 129 209
Korrigeringer IB	0	-18 089	-18 089
Inngående balanse korrigerert	4 392 738	1 718 382	6 111 120
Tilgang	3 363	4 893	8 255
Utrangering anskaffelseskost	102 111	257	102 368
Reklassifisering	-29 990	459 778	429 788
Fra anlegg under utførelse	1 906 180	-1 906 180	0
Anskaffelseskost 31.12.16	6 170 180	276 616	6 446 795
Akkumulerte avskrivninger 31.12.16	3 534 818	0	3 534 818
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.16	23 888	0	23 888
Balanseført verdi 31.12.16	2 611 474	276 616	2 888 089
Årets ordinære avskrivninger	568 111		568 111
Årets nedskrivninger	3 297		3 297

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

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidler, IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.16	100 599	1 152 487	28 017	1 281 103
Tilgang	0	147 349	0	147 349
Reklassifisering	0	1 058 169	0	1 058 169
Fra anlegg under utførelse	0	980 353	0	980 353
Anskaffelseskost 31.12.16	100 599	1 377 652	28 017	1 506 268
Akkumulerte avskrivninger 31.12.16	23 427	0	23 735	47 162
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.16	0	14 416	769	15 185
Balanseført verdi 31.12.16	77 172	1 363 235	3 512	1 443 919
Årets ordinære avskrivninger	2 360	0	704	3 064
Årets nedskrivninger	0	14 416	0	14 416

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk teknisk utstyr	Transportmidler, IKT og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1.16	1 964 402	60 997 994	2 319 908	10 465 457	6 760 330	82 508 091
Korrigeringer IB	-1 232	-158 625	-16	-64	-2 980	-162 917
Åpningsbalanse korrigerert	1 963 170	60 839 369	2 319 892	10 465 393	6 757 350	82 345 174
Tilgang	4 199	32 149	2 685 827	519 551	208 180	3 449 906
Avgang	19 350	302 135	-9 115	22 159	40 106	374 635
Utrangering anskaffelseskost	0	585	0	78 554	417 812	496 950
Reklassifisering	0	1 058	-411 863	3 808	-15 991	-422 988
Fra anlegg under utførelse	1 765	800 485	-1 794 629	261 650	730 729	0
Anskaffelseskost 31.12.16	1 949 784	61 370 342	2 808 341	11 149 691	7 222 351	84 500 508
Akkumulerte avskrivninger 31.12.16	0	29 132 665	0	7 481 815	4 591 378	41 205 858
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.16	16 937	426 072	22 242	7 596	1 567	474 415
Balanseført verdi 31.12.16	1 932 847	31 811 604	2 786 099	3 660 280	2 629 405	42 820 235
Årets ordinære avskrivninger	0	1 735 077	0	688 005	639 317	3 062 400
Årets nedskrivninger	0	15 342	14 416	0	1 346	31 104

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Boliger	Bygninger	Medisinsk teknisk utstyr	IKT og annet	Sum driftsmidler
Årlig leiebeløp	133 324	62 279	245 891	260 544	702 039
Varighet (år)	1-40 år	1-12 år	1-3 år	1-5 år	

Finansiell leie

Bokført verdi 31.12.16	0	0	244 621	169 234	413 854
Årets ordinære avskrivninger	0	0	5 404	22 241	27 645
Hvilket år kontrakten(e) utgår			2024-2026	2020-2025	

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

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

Note 11 forts.

(Alle tall i NOK 1000)

Investeringsprosjekter	31.12.2016	31.12.2015	Ramme	Sluttsum	Ferdigstillelse
Nytt Østfoldsykehus, Sykehuset Østfold HF	6 134 943	6 038 543	6 264 000	6 134 943	2016
Tønsbergprosjektet, Sykehuset Vestfold HF	206 752	30 640	2 880 000		2020
Nytt sykehus Drammen, Vestre Viken HF	85 240	71 851	ikke besluttet		
Samlokalisering, Oslo universitetssykehus HF	1 387 000	1 259 293	1 623 000		2018
Vedlikeholdsinvesteringer Drammen sykehus, Vestre Viken HF	307 677	278 773		400 000	2016
Digital fornying (IKT moderniseringsprogram)	4 070 052	3 166 052	6 585 000		2020
Oppgradering og vedlikehold, Oslo universitetssykehus HF	213 376		1 800 000		2019
Nytt PSA bygg, Sørlandet sykehus HF	8 251		804 000		2021
Sum	12 413 291	10 845 152	19 956 000	6 534 943	

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
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	676 282	1 344 323	57 412
Oslo universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	6 783 614	8 546 721	300 982
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	260 772	370 528	26 665
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 639	420 278	34 393
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	1 793 755	2 630 022	72 386
Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal	100 %	100 %	3 815 309	5 385 916	91 005
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 869 192	2 317 554	-58 945
Sykehuset Østfold HF	Grålum	100 %	100 %	1 740 195	1 612 390	-422 576
Sykehuspartner HF	Drammen	100 %	100 %	50 100	64 448	-28 040
Vestre Viken HF	Drammen	100 %	100 %	1 892 105	3 416 897	155 801
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 823 325	3 803 077	97 736
Sum datterforetak				21 817 287	29 912 154	326 819

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

Note 12 forts.

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF

Felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Innskuddskapital	Tidligere kapitalforhøyelse
Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS	Bodø	40 %	25 %	6 990	0
Helseforetakenes innkjøpservice AS	Vadsø	40 %	25 %	200	600
Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS	Skien	40 %	25 %	3 000	4 000
Helsetjenestens driftorganisasjon for nødnett HF	Gjøvik	40 %	25 %	21 200	0
Sykehusbygg HF	Trondheim	25 %	25 %	1 250	0
Nasjonal IKT HF	Bergen	25 %	25 %	1 250	0
Sykehusinnkjøp HF	Vadsø	25 %	25 %	1 250	0
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av Helse Sør-Øst RHF				33 890	4 600
Inven2 AS	Oslo	50 %	50 %	0	0
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av foretaksgruppen				0	0

Felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	Balanseført verdi 01.01.	Innskutt kapital 2016	Årets resultatandel	Tidligere års resultat/EK-føringer	Balanseført verdi 31.12.	Bokført verdi EK 31.12.*)
Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS	21 430	0	4 632	0	26 063	65 156
Helseforetakenes innkjøpservice AS	8 401	0	-1 507	-675	6 219	15 547
Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS	20 633	0	9 142	5 768	35 542	88 857
Helsetjenestens driftorganisasjon for nødnett HF	21 200	0	313	0	21 513	53 783
Sykehusbygg HF	1 269	0	63	-88	1 244	4 976
Nasjonal IKT HF	6 622	0	499	0	7 121	28 484
Sykehusinnkjøp HF	0	1 250	-2 022	0	-772	-3 090
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av Helse Sør-Øst RHF	79 554	1 250	11 120	5 005	96 930	256 804
Inven2 AS	20 100	0	0	0	20 100	
Sum felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap eid av foretaksgruppen	99 655	1 250	11 120	5 005	117 031	

*) Bokført egenkapital i de respektive felleskontrollerte virksomhetene og tilknyttede selskap per 31.12.2016.

Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen investeringer i aksjer og andeler		Foretaksgruppen	
2015	2016	2015		2015	2016
0	0	Andre aksjer og andeler		66 846	61 916
12 713	14 807	Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser **)		2 009 151	1 815 101
12 713	14 807	Sum investeringer i aksjer og andeler		2 075 998	1 877 017

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

Note 13 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER			
15 567 232	16 362 483	0	0
Lån til foretak i samme foretaksgruppe			
49 800	74 720	74 720	49 800
Lån til tilknyttede foretak/felleskontrollert virksomhet			
757	0	446	1 304
Andre langsiktige lån og fordringer			
15 617 790	16 437 203	75 166	51 104
Sum finansielle anleggsmidler			
LANGSIKTIG GJELD			
8 049 311	9 091 850	0	0
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe			
8 684 479	8 540 948	8 540 948	8 684 479
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet			
0	0	199 711	217 886
Gjeld til kredittinstitusjoner			
0	0	470 527	210 302
Annen langsiktig gjeld			
16 733 789	17 632 798	9 211 187	9 112 667
Sum langsiktig gjeld			
5 936 307	5 319 087	5 386 428	5 971 784
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år			

Note 14 - Kortsiktige fordringer

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
FORDRINGER			
99 305	128 064	817 070	603 641
Kundefordringer			
5 658 197	5 930 230	0	0
Konserninterne fordringer			
439 736	352 711	352 711	439 736
Fordringer mot Helse- og omsorgsdepartementet			
7 834	10 590	239 329	432 489
Opptjente pasientinntekter (inkl vedrørende pasienter i behandling)			
285 784	229 915	653 104	637 575
Øvrige kortsiktige fordringer			
6 490 857	6 651 510	2 062 214	2 113 442
Fordringer			
AVSETNING FOR TAP PÅ FORDRINGER 31.12.16			
0	0	116 835	66 077
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.16			
0	0	4 184	50 758
Årets endring i avsetning til tap på krav			
0	0	121 019	116 835
Avsetning for tap på fordringer 31.12.16			
0	0	3 145	9 694
Årets konstaterte tap			
KUNDEFORDRINGER PÅLYDENDE 31.12.16			
91 474	121 476	591 209	458 880
Ikke forfalte fordringer			
6 533	5 415	102 317	47 837
Forfalte fordringer 1-30 dager			
633	877	23 307	9 383
Forfalte fordringer 30-60 dager			
0	0	9 723	8 967
Forfalte fordringer 60-90 dager			
665	297	90 515	78 574
Forfalte fordringer over 90 dager			
99 305	128 064	817 070	603 641
Kundefordringer pålydende 31.12.16			

Note 15 - Kontanter og bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
21 069	21 254	1 541 814	1 495 218
Innestående skattetrekksmidler			
195 834	222 199	320 831	293 295
Andre bundne konti			
216 903	243 453	1 862 645	1 788 513
Sum bundne bankinnskudd			
1 052 321	2 784 514	2 876 416	1 133 690
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet			
1 269 224	3 027 967	4 739 061	2 922 203
Sum bankinnskudd og kontanter			

Helse Sør-Øst RHF har en driftskredittramme i Norges Bank på 3 232 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet 3 161 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 01.01.16	200	32 470 631	44 063	-7 782 140	24 732 754
Årets resultat	0	0	16 126	999 936	1 016 062
Egenkapital 31.12.16	200	32 470 631	60 189	-6 782 204	25 748 816

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 01.01.16	200	32 470 631	44 143	9 941	-18 644	32 506 272
Feil tidligere år	0	0	0	0	-472	-472
Fordeling forskningsmidler Sophies Minde	0	0	0	0	-5 000	-5 000
Årets resultat	0	0	16 126	360	1 326 396	1 342 882
Egenkapital 31.12.16	200	32 470 631	60 269	10 301	1 302 280	33 843 683

Note 17 - Pensjoner

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2015	2016	2016	2015
PENSJONSFORPLIKTELSE			
404 795	427 492	117 219 312	112 191 168
-310 561	-348 061	-100 925 671	-91 469 263
94 234	79 431	16 293 641	20 721 905
12 961	11 265	2 295 756	3 168 301
-89 431	-81 058	-26 531 353	-31 660 153
17 764	9 508	-7 941 957	-7 769 947
19 967	10 981	924 932	924 733
2 203	1 472	8 866 889	8 694 680
SPESIFIKASJON AV PENSJONSKOSTNAD			
25 121	16 267	4 910 673	5 702 386
9 691	11 261	3 050 864	2 837 092
34 812	27 528	7 961 537	8 539 478
-8 430	-10 991	-3 106 549	-2 783 856
870	711	317 242	342 543
27 252	17 248	5 172 230	6 098 165
3 733	2 888	749 620	583 756
10 063	3 511	1 240 312	2 925 255
1 453	537	187 016	403 304
0	0	308 961	184 516
42 501	24 185	7 658 140	10 194 996
403	412	207 337	200 603
168	153	62 624	61 253
195	209	99 057	95 744
40	50	45 656	43 606
ØKONOMISKE FORUTSETNINGER			
2,70 %	2,60%	2,60%	2,70 %
3,30 %	3,60%	3,60%	3,30 %
2,50 %	2,50%	2,50%	2,50 %
2,25 %	2,25%	2,25%	2,25 %
1,48 %	1,50%	1,50%	1,48 %

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

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

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

Opptjeningsperioden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketrygden 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. Alle vedtatte endringer i den offentlige tjenestepensjonsordningen er innarbeidet i beregningene.

Pensjonskostnaden for 2016 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2016 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2016. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2016 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2016.

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrenser på 65 år. Av hensyn til sammenstillingsprinsippet ble effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen ble innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik. I 2016 er denne virkningen resultatført.

Note 17 forts.

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til ordinær offentlig tjenestepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Ordningen er 100% egenfinansiert av foretakene, men blir administrert av KLP/SPK. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenestepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

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	
31.12.15	31.12.16	31.12.16	31.12.15
Demografiske forutsetninger			
FORVENTET UTTAKSHYPPIGHET AFP FRA 62 ÅR			
		33 %	33 %
		15 %	15 %
33 %	33 %	33 %	33 %
45 %	45 %	45 %	45 %

Frivillig avgang for sykepleiere (i prosent)

Alder	Sykepleiere	Alder	Sykehusleger	Fellesordning
< 20	20	< 20	20	20
20-23	8	20-23	20	15
24-25	6	24-29	15	10
26-30	6	30-39	8	7,5
31-45	4	40-50	5	5
46-50	1	50-55	2	2
>55	0	>55	0	0

Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
0	0	Legepermisjoner	688 841	646 369
0	21 330	Investeringskudd	2 999 120	3 122 838
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	16 814	15 748
2 700	2 700	Andre avsetninger for forpliktelser	373 300	323 551
2 700	24 030	Sum andre avsetning for forpliktelser	4 078 075	4 108 507

Avsetning for lege- og spesialistpermisjoner omfatter 4 688 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er i 2016 satt fra 43 % til 94 % for overlegestillingene og 31 % til 100 % for psykologspesialister. Tilsvarende tall for 2015 var for overlegestillingene 38 til 85 %, mens for psykologspesialister 30 % til 100 %. Overordnede leger og psykologspesialister i foretaksgruppen Helse Sør-Øst har avtalesfestet 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.

Investeringskudd

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 investeringskuddet.

Note 19 - Kortsiktig gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
		ANNEN KORTSIKTIG GJELD		
304 203	246 416	Leverandørgjeld	2 177 487	1 960 745
1 562 607	1 816 168	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
15 602	15 493	Påløpte feriepengar	3 837 830	3 737 093
1 985	2 173	Påløpte lønnskostnader	975 048	752 273
0	0	Forskudd fra kunder	3 321	3 828
839 772	803 728	Annen kortsiktig gjeld	2 874 694	2 741 173
2 724 168	2 883 978	Sum annen kortsiktig gjeld	9 868 380	9 195 111

Note 20 - Pantstillelser og garantiansvar

Som sikkerhet for lån fra DNB opprinnelig på 35 millioner kroner, restlån per 31.12.2016 2,6 millioner kroner, er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i Norsk medisinsk Syklotronsenter AS med bokført verdi på 15 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, restlån per 31.12.2016 107 millioner kroner er sikret ved første prioritert pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er 153 millioner kroner.

Tekstilvask Innlandet AS har et lån på 31 millioner kroner med pant i driftsmidler og kundefordringer. Bokført verdi av pant er 46 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 ferdigstett ble gitt.

Arbeidet var ikke utført per 31. desember 2016, men det er gitt midlertidig brukstillatelse for sykehuset.

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, nå en del av Oslo universitetssykehus HF, over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske Radiumhospitalet HF, som per 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, nå en del av Oslo universitetssykehus HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er per 31. desember 2016 ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

Note 22 - Universiteter og høyskoleers 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 388 millioner kroner i 2016 mot 531 millioner kroner i 2015, tilsvarende salg utgjorde 1 106 millioner kroner i 2016 mot 987 millioner kroner i 2015.

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 2016 utgjorde 9 436 millioner kroner. Sykehusapotekene HF sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 26 prosent av dette, mens Sykehuspartne HF sitt tjenestesalg til øvrige enheter utgjorde om lag 40 prosent. Konserninterne kjøp/salg av helsetjenester utgjorde 27 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 2016 utgjorde 193 millioner kroner. Tilskudd til Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF utgjorde 40 millioner kroner i 2016.

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 2016 for 51 millioner kroner.

Alle helseforetakene og det regionale helseforetaket 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			
2015	2016	2016	2015	2002-2016	
838 755	1 016 062	Årsresultat	1 342 888	1 046 133	-1 518 793
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerings for endrede levetider	0	0	2 932 379
838 755	1 016 062	Korrigert resultat	1 342 882	1 046 133	3 652 772
0	0	Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet	0	0	153 774
838 755	1 016 062	Resultat jf økonomiske krav fra HOD	1 342 882	1 046 144	3 806 546
0	0	Resultatkrav fra HOD	0	5 436 100	4 556 100
838 755	1 016 062	Avvik fra resultatkrav	1 342 882	1 046 133	-749 554

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 og 2016 har eier forutsatt at Helse Sør-Øst innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop 1 S (2014-2015 og 2015-2016), Foretaksmøtet og oppdragsdokumentene for 2015 og 2016, 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 31.12.2016 er det inngått finansielle kontrakter via Nasdaq OMX frem til 2018. Disse inngåtte kontraktene har en negativ markedsverdi på om lag 15,1 millioner kroner.

REVISORS BERETNING



Til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

Uavhengig revisors beretning

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert årsregnskapet til Helse Sør-Øst RHF som viser et overskudd i selskapsregnskapet på TNOK 1 016 062 og et overskudd i konsernregnskapet på TNOK 1 342 882. Årsregnskapet består av:

- selskapsregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2016, resultatregnskap og kontantstrømpoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper, og
- konsernregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2016, resultatregnskap og kontantstrømpoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening:

- er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter
- gir det medfølgende selskapsregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Helse Sør-Øst RHF per 31. desember 2016 og av foretakets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.
- gir det medfølgende konsernregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til foretaksgruppen Helse Sør-Øst RHF per 31. desember 2016 og av foretaksgruppens resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av foretaket og foretaksgruppen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

PricewaterhouseCoopers AS, Postboks 748 Sentrum, NO-0106 Oslo

T: 02316, org.no.: 987 009 713 MVA, www.pwc.no

Statsautoriserte revisorer, medlemmer av Den norske Revisorforening og autorisert regnskapsførerselskap



Uavhengig revisors beretning - Helse Sør-Øst RHF

Øvrig informasjon

Ledelsen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon består av årsberetningen og redegjørelsen om samfunnsansvar, men inkluderer ikke årsregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet er ledelsen ansvarlig for å ta standpunkt til foretakets og foretaksgruppens evne til fortsatt drift, og på tilberlig måte å opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avvirket.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgiv en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betyggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste uttalelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.



Uavhengig revisors beretning - Helse Sør-Øst RHF

- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets eller foretaksgruppens interne kontroll.
- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimaterne og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av ledelsen er rimelige.
- konkluderer vi på hensiktsmessigheten av ledelsens bruk av fortsatt drift-forutsetningen ved avleggelsen av regnskapet, basert på innhentede revisjonsbevis, og hvorvidt det foreligger vesentlig usikkerhet knyttet til hendelser eller forhold som kan skape tvil av betydning om foretakets evne til fortsatt drift. Dersom vi konkluderer med at det eksisterer vesentlig usikkerhet, kreves det at vi i revisjonsberetningen henleder oppmerksomheten på tilleggsopplysningene i regnskapet, eller, dersom slike tilleggsopplysninger ikke er tilstrekkelige, at vi modifiserer vår konklusjon om årsregnskapet og årsberetningen. Våre konklusjoner er basert på revisjonsbevis innhentet inntil datoen for revisjonsberetningen. Etterfølgende hendelser eller forhold kan imidlertid medføre at foretaket ikke fortsetter driften.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et rettviseende bilde.
- innhenter vi tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis vedrørende den finansielle informasjonen til enhetene eller forretningsområdene i foretaksgruppen for å kunne gi uttrykk for en mening om det konsoliderte regnskapet. Vi er ansvarlige for å lede, følge opp og gjennomføre revisjonen av foretaksgruppen. Vi alene er ansvarlige for vår revisjonskonklusjon.

Vi kommuniserer med styret blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om årsberetningen

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



Uavhengig revisors beretning - Helse Sør-Øst RHF

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

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

Oslo 27. april 2017
PricewaterhouseCoopers AS

Hans-Christian Berger
Statsautorisert revisor





Årlig melding 2016
for
Helse Sør-Øst RHF
til
Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 15. mars 2017

Innhold

1.	Innledning	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016.....	3
1.3	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2016.....	22
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument.....	28
2.1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	28
2.2	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	32
2.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	36
3.	Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016	43
3.1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	43
3.2	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	45
3.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	45
4.	Rapportering på krav fra foretaksmøtet.....	47
4.1	Krav og rammer for 2016	47
4.2	Øvrige aktuelle saker i 2016.....	57
5.	Styrets plandokument	64
5.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	64
5.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	78
6.	Vedlegg	84
6.1	Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	84
6.2	Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	86
6.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	88
6.4	Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet	90
6.5	Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet.....	92

1. Innledning

Helseforetaksloven § 34 pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig melding om virksomheten. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

I vedtektene § 15 slås det fast at det skal fremgå av den årlige meldingen hvorvidt pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår knyttet til bevilgningen, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF for 2016.

Helse Sør-Øst RHF utarbeider også eget dokument med årsregnskap og årsberetning 2016 i henhold til helseforetaksloven § 43.

Årlig melding og årsrapport behandles, slik det fremgår av vedtekter § 7, i Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte som avvikles innen utgangen av juni hvert år.

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 tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016

• Måloppnåelse i 2016 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. Det har vært en positiv utvikling selv om måloppnåelsen hittil ikke er god nok.

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Fremgangen fra tidligere år har fortsatt i 2016 og helseforetakene har lagt ned en stor innsats for å nå målene. Samtidig viser resultatene for enkelte indikatorer at det er behov for å fortsette den store innsatsen for å øke pasientenes tilgjengelighet til tjenestene.

Et regionalt innsatsteam har gitt bistand til utvalgte poliklinikker med særlig store utfordringer ved å understøtte omstillings- og endringsprosesser på lokalt nivå. Så langt har poliklinikker innen somatikk vært prioritert. Erfaringene viser at dette er arbeid som tar tid, samtidig som innsatsen gir gode resultater. Regionalt innsatsteam vil derfor videreføres i 2017. Somatikk vil fortsatt være i fokus, men arbeidet vil gradvis dreies over mot de øvrige tjenesteområdene. Det blir i tillegg viktig å arbeide for økt deling av erfaringer og metodikk, både i og mellom helseforetak.

Det har i 2016 vært avholdt fagspesifikke møter med de fire fagområdene med størst utfordringer (ortopedi, nevrologi, plastikk-kirurgi og øye). Et gjennomgående ønske fra alle fagområdene er regionale faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging/kontroller av pasienter innen de største pasientgruppene. Klinikene har vektlagt at anbefalingene bør gjøre det enklere å gi pasientene en faglig god og likeverdig oppfølging i regionen. Anbefalingene skal bidra til å opprettholde den gode utviklingen innen arbeidet med å redusere ventetider og fristbrudd, harmonisere pasientforløpene og forbedre regionens samlede kapasitetsutnyttelse. Midlertidige fagutvalg innen de fire fagområdene vil i 2017 utarbeide slike faglige anbefalinger.

I 2016 har det vært gjort en stor innsats for å bedre kvaliteten og rydde i ventelistene. Informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* har i perioden 2013-2016 bistått flere helseforetak i ventelistrydding. Hovedbidraget fra informasjonstjenesten har vært å gi helseforetak praktisk bistand til rydding i ventelister både for langtidsventende og nyhenviste med forespeilet lang ventetid. I denne perioden har nær 7 400 pasienter vært kontaktet. 2 788 av disse er tatt ut av ventelistene fordi de har fått behandling ved annet sykehus eller av forskjellige grunner ikke lenger har behov for den omsøkte helsehjelpen. Arbeidet videreføres i 2017 i regi av de enkelte helseforetakene.

En elektronisk veileder for henvisningsprosessen, som også omfatter regionale brukerveiledere, er utarbeidet i 2016. Denne skal understøtte helseforetakenes arbeid gjennom å styrke kompetansen til ansatte som arbeider med henvisninger og ventelister. Veilederen skal videreutvikles og implementeres i 2017, og det vurderes innført en regional sertifiseringsordning for de aktuelle medarbeiderne.

Målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker er ikke nådd. Dette er avgjørende for å sikre god tilgjengelighet i form av korte ventetider og ingen fristbrudd. Dette vil derfor ha høyt fokus i 2017.

Arbeidet med erfaringsutveksling innen og mellom helseforetak som har effektive pasientforløp med korte liggetider, høy utnyttelse av kapasiteten og god tilgjengelighet vil fortsette. Det vil spesielt vektlegges deling av eksempler på «beste praksis», blant annet gjennom inter- og intranett og arenaer hvor fagmiljøer og helseforetak møtes.

Også i 2016 har ledelsen på alle nivåer i foretaksgruppen hatt ventetider og fristbrudd som fast tema på alle oppfølgingsmøtene. Erfaringene viser at det er helt nødvendig at dette arbeidet er godt forankret og har høyt fokus på alle ledernivåer, og arbeidet vil videreføres i 2017. Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt per 31. desember 2015 og 2016 bekrefter fremgangen:

- Den polikliniske aktiviteten (per november 2016) er vesentlig høyere:
 - Samlet for alle tjenestoområder ca. 268 000 flere konsultasjoner (+7-8 prosent).
 - Herav er økningen innen somatikk på ca. 200 000 konsultasjoner (+7,9 prosent).
 - Økningen i somatikk skyldes at flere helsepersonellgrupper kan utløse ISF-aktivitet
- Færre pasienter som venter:
 - 107 000 ventende pasienter mot 120 000 ved forrige årsskifte. I løpet av året er dermed antall ventende redusert med 13 000 pasienter (-10,8 prosent).
- Ventetidene er redusert:
 - Ventetiden for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet i 2016 er 9 dager kortere enn tilsvarende for 2015.

- 19 dager kortere ventetid for ventende pasienter i desember 2016 sammenlignet med desember 2015.
- Lavere antall og andel fristbrudd:
 - Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er redusert fra 4,3 prosent i 2015 til 1,2 prosent i 2016. Dette tilsvarer 8500 færre fristbrudd.
 - Andel fristbrudd for ventende pasienter er redusert fra 1,4 prosent i 2015 til 0,6 prosent i 2016. Dette tilsvarer 13 000 færre fristbrudd.

Status 31. desember aktuelle år	2015	2016
Antall nyhenviste	744 666	735 161
Antall polikliniske konsultasjoner (per 31. november)	3 977 904	4 246 359
Antall ventende	120 677	107 600
Gjennomsnittlig ventetid, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	60	54
Gjennomsnittlig ventetid, ventende pasienter	77	58
Antall fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	380	497
Antall fristbrudd, ventende pasienter	526	766
Andel fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	1,0	1,2
Andel fristbrudd, ventende pasienter	0,4	0,7

Mye av innsatsen har også i 2016 vært rettet mot de pasientene som har ventet lengst på behandling. Antall langtidsventende pasienter, definert som pasienter med ventetid over ett år, er redusert fra overkant av 2 000 i desember 2015 til ned mot 800 i desember 2016. Tross langvarig streik høsten 2016 har helseforetakene redusert ventetiden og antall fristbrudd i perioden. Dette skyldes i stor grad at nyhenviste pasienter ble skjermet for følgene av streiken.

Indikatoren «pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging» har vært fokusert i 2016. Nasjonalt har det vært arbeidet med å øke kvaliteten på denne indikatoren slik at den kan brukes som styringsverktøy for helseforetakene. Gjennom dette arbeidet er det fremkommet en ny definisjon som brukes i alle de regionale helseforetakene. Innføringen av felles definisjon gjør at det i fremtiden vil foreligge sammenlignbare tall. For tidligere år er ikke tallene sammenlignbare mellom de regionale helseforetakene.

I Helse Sør-Øst er status per desember 2016:

- Antallet pasienter med passert tentativ tid er redusert med 13 000 sammenlignet med de første målingene i oktober 2016.
- Totalt antall pasienter som har passert tentativ tid er 78 000. Dette utgjør en andel på 8 prosent av alle planlagte kontakter.
- Til tross for en langvarig streik har det vært en sterk nedgang i antall pasienter med passert tentativ tid.

Arbeidet med å redusere antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging vil fortsatt være høyt prioritert i 2017.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Helse Sør-Øst har i en årrekke arbeidet ut fra et eget måltall for arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner. Målet om å redusere andel sykehusinfeksjoner til under tre prosent er ambisiøst og er samlet sett ikke nådd i 2016.

I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. Resultatene varierer noe år for år, men viser likevel en nedadgående trend.

2011	5,2 %
2012	5,7 %
2013	4,2 %
2014	4,8 %
2015	4,9 %
2016 (første tertial)	4,2 %

I Helse Sør-Øst har alle helseforetak og private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF rapporterer som pålagt i *Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS).

Reduksjon i antall sykehusinfeksjoner er utfordrende og økning av multiresistente bakterier krever større innsats ved helseforetakene. Antibiotikaresistens er en økende utfordring og alle helseforetak har i løpet av 2016 iverksatt antibiotikastyringsprogram som et forebyggende tiltak slik det er pålagt i *Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens* og oppdragsdokument 2016 til Helse Sør-Øst RHF. Regionalt kompetansesenter for smittevern er i 2016 styrket med ressurser for å understøtte helseforetakene i arbeidet med antibiotikastyringsprogrammet.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner gjennom forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner ved sentrale venekatetre samt tidlig oppdagelse av sepsis.

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Målet om at alle pasienter skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning er samlet sett ikke nådd i Helse Sør-Øst i 2016. Ved utgangen av året hadde 76 prosent av pasientene fått bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller behandling i samme brev. Tilsvarende tall for 2015 var 63 prosent.

Lovkravet for dette området er at henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen ti virkedager med skriftlig informasjon om utfallet til pasienten og den som har henvist pasienten til spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal det opplyses om en konkret time eller uke for oppstart av helsehjelp. Lovkrav innfris i 97 prosent av tilfellene med hensyn til vurderingsfrist, men helseforetakene klarer ikke fullt ut å opplyse om tid for oppstart av helsehjelp.

En grunnleggende forutsetning for å tildele tid for helsehjelp, er tilstrekkelig grunnlag for planlegging av rom, utstyr og personellressurser. Det er fortsatt utfordrende å utvide planleggingshorisonten med lister over tilgjengelige ressurser til minimum seks måneder i alle poliklinikker. For å understøtte helseforetakenes arbeid, ble det i 2016 satt i gang et regionalt prosjekt med mål om utvikling av verktøy for bemanningsplanlegging. Prosjektet ble stanset som følge av legestreiken i 2016. Arbeidet med dette videreføres i 2017 innenfor det enkelte helseforetaks ansvarsområde. Så langt har innsatsen ikke gitt tilstrekkelig resultat. Området krever således fortsatt regional oppfølging i 2017.

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 2016 svarte 56 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, hvilket er en svak forbedring fra 2015 (ett prosentpoeng). Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått tretten prosentpoeng frem, fra 43 til 56 prosent. Det er imidlertid fortsatt en stor andel medarbeidere som ikke opplever at de er involvert i oppfølgingsarbeidet. Helseforetakenes innsats må derfor følges opp videre.

For å øke måloppnåelsen gjennomføres det faste møter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, både knyttet til gjennomføring og til resultatoppfølging. Alle helseforetak legger frem resultatene i arbeidsmiljøutvalg og styre. Det stilles klare krav til ledere om etablering av tiltaksplaner på alle nivåer. Forbedringsarbeidet følges opp gjennom arbeidsmiljøutvalg, faste rapporterings- og oppfølgingsprosesser, ledelsens gjennomgang mv. Helse Sør-Øst RHF sikrer kontinuitet i målingen ved å påse at foretakene har en resultatindikator som kan følges opp helt ned på enhetsnivå.

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Helseforetaksgruppens resultatutvikling i 2016 er positiv og bedre enn budsjett, og samlet er det god kontroll med økonomien. Den positive resultatutviklingen legger et grunnlag for økt investeringsevne i helseforetaksgruppen. Det samlede investeringsbehovet er stort, og det planlegges med mange store investeringsprosjekter. Riktig prioritering av investeringsprosjekter er viktig 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.

• **Aktivitetsutvikling**

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Sør-Øst RHF har hatt tett oppfølging av styringsoppdraget om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette blant annet i oppfølgingsmøter med helseforetakene og det er også fulgt opp i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (ØLP) og budsjettarbeid.

I 2016 var det en kraftig vekst i poliklinisk aktivitet innen somatikk som en følge av at flere personellgrupper kunne utløse ISF-refusjon. Det er nødvendig å justere aktivitetstallene for denne meraktiviteten (inntektsgivende polikliniske konsultasjoner) innen somatikken når aktivitetsutviklingen mellom tjenesteområdene skal sammenlignes. Etter denne justeringen viser aktivitetstallene at Helse Sør-Øst har oppnådd målet om en sterkere vekst innen psykisk helsevern samlet og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk. Isolert sett er likevel veksten innen psykisk helsevern for barn og unge lavere enn for somatikken.

Mye av veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling kan tilskrives økt volum i avtaler med private leverandører. Den økte aktiviteten samlet gjør at ventetidene holdes lave og er rundt 45 dager i gjennomsnitt, sammenlignet med rundt 60 dager innen somatikk.

Psykisk helsevern og rusbehandling skal også ha en sterkere vekst målt i bemanning og kostnader. Forhold knyttet til registrering og rapportering gjør det utfordrende å sammenligne veksten målt i disse parametrene. Kostnadsbildet i somatikken er preget av sterk økning av blant annet kostnader til legemidler. Samlet innebærer disse faktorene at det er vanskelig å foreta en entydig tolkning av utviklingen.

Sett opp mot 2015 var det vekst innenfor alle tjenesteområder og flere av aktivitetskategoriene.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Flere momenter medvirker. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at ny og mer presis diagnostikk, nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen kan også ha betydning.

Forbedret samarbeid og riktig bruk av private leverandører

Helse Sør-Øst RHF inngår avtaler med private leverandører om leveranse av helsetjenester som et bidrag til å oppfylle «sørge for»-ansvaret i regionen, redusere ventetider og gi pasientene økt valgfrihet.

Helse Sør-Øst RHF har tidsbegrensede avtaler innen 8 somatiske fagområder og 60 løpende avtaler innen fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering. De løpende avtalene gir leverandørene stabile driftsforutsetninger og legger forholdene godt til rette for et langsiktig og tett samarbeid med andre aktører både innen spesialisthelsetjenesten og innen det kommunale ansvarsområdet. Avtalene ble inngått i 2014 og 2015, noe som innebærer at 2016 var det første året med stabilt driftsgrunnlag.

I avtalene er det stilt spesifikke krav til aktivitet, kvalitet og kompetanse. Dette følges tett opp gjennom månedlig rapportering samt ulike typer møtevirksomhet og dialog i løpet av året. Det inngås hvert år en ytelsesavtale for den enkelte institusjon hvor det spesifiseres eventuelle endringer i ytelsen det kommende året.

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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling 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 pasientgruppen, basert på erfaringene som viser at mange ikke møter opp til behandling eller får mangelfull oppfølging i etterkant av døgnbehandlingen. De foreløpige erfaringene med denne satsningen er gode. Erfaringer og vurderinger innhentet fra brukerorganisasjonene tilsier at ressursinnsatsen til ambulant virksomhet og samarbeid bør økes.

Aktivitetsrapporter viser stor variasjon i drift hos private avtalespesialister. Det er både stor variasjon i antall konsultasjoner og ulikhet i profilene på ulike praksiser. På bakgrunn av ny

rammeavtale for avtalespesialister ble det våren 2016 igangsatt arbeid med en regional plan for avtalespesialistområdet hvor man ser 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 er de første samarbeidsavtalene mellom avtalespesialistene og helseforetakene inngått hvor det beskrives gode rutiner for oppgavedeling knyttet til pasientgrupper og pasientforløpene. Det vurderes og også muligheten for samarbeid om utdanning av leger.

- **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.

Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er på samme nivå som i 2015, med noen variasjoner mellom de enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har nøye fulgt utviklingen av antall reinnleggelser, uten å kunne påvise vesentlige endringer.

Som følge av ulike tilsyn og revisjoner knyttet til utskrivning fra sykehus er det besluttet å etablere et eget regionalt innsatsområde «*Trygg utskrivning*».

Når det gjelder de nye kommunale øyeblikkelig hjelp-plassene er det foreløpig stor usikkerhet knyttet til hvorvidt disse avlaster helseforetakene slik det er ment. Data fra kommunene omhandlende beleggprosent viser at ordningen foreløpig blir for lite brukt totalt sett, men at det er stor variasjon fra svært lavt belegg på enkelte tilbud til nærmest fullt belegg på andre. Spesialisthelsetjenesten må fortsatt bidra i utviklingen av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten.

Det ble i 2016 inngått pilotavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen om kompetanseutveksling. Avtalen regulerer et samarbeid mellom KS læring og læringsportalen i Helse Sør-Øst og legger til rette for systematisk deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus.

Helse Sør-Øst RHF inngikk i 2016 en felles avtale om helse og arbeid med alle NAV fylkeskontor og NAV hjelpemidler og tilrettelegging. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i september 2016 sak 070-2016 *Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid*. Fem områder ble vektlagt og skal prioriteres fremover: Pasientens helsetjeneste, utveksling av erfaringer og styringsdata, avklare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen prioriterte områder, kompetanseutvikling og IKT-løsninger som fremmer god samhandling.

Som en del av arbeidet med regional plan utarbeides det regionale føringer for å sikre bedre samhandling og ansvarsfordeling på viktige fagområder med store samhandlingsflater. Det er særlig fokus på rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og prehospitaltjenester.

Praksiskonsulentordningen

Det foregår et kontinuerlig arbeid med å videreutvikle praksiskonsulentordningen (PKO) i Helse Sør-Øst. Helseforetak med robuste PKO har i 2016 kunnet fremvise eksempler på godt

forbedringsarbeid innen samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er et mål å styrke PKO ved helseforetak som har etablert mindre robuste ordninger. Regionalt PKO-nettverk består av PKO-ledere ved samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst. Nettverket har avholdt kvartalsvise møter med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF. Nettverket har i større grad enn tidligere kommet med konkrete innspill til Helse Sør-Øst RHF i ulike samhandlingsspørsmål.

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på systemnivå er i Helse Sør-Øst etablert i alle sentrale administrative og faglige fora.

For å sikre medvirkning på individnivå, arbeider Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med brukerutvalget og ulike fagmiljø for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet. Det har i 2016 vært arbeidet med utvikling og evaluering av rammeverket «*Klar for samvalg*» med opplæring og undervisning innen samvalg for helsepersonell.

I 2016 er det videreutviklet samvalgsverktøy for beslutningssituasjoner der pasienter kan delta i valget mellom ulike forsvarlige behandlinger. Verktøyene gjør det mulig å integrere data fra flere kilder for å komme frem til beste behandling. Det er arbeidet med verktøy for bipolar lidelse, HIV, valg av rehabiliteringssted for pasient etter hjerneslag og ulykker, samt fire ulike behandlingsvalg ved lungekreft. Flere andre samvalgsverktøy er under planlegging.

Regionale fagråd, fagutvalg og kompetansetjenester

Helse Sør-Øst RHF har etablert 13 fagråd. Fagrådene er rådgivende organ for 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 som en konkretisering av mandatet. Fagrådene er oppnevnt permanent, mens fagutvalg oppnevnes midlertidig for å løse en konkret utfordring innenfor et definert fagområde. Fagrådenes og fagutvalgenes anbefalinger bygger på dokumentert kunnskap og god praksis og det sikres legitimitet gjennom gode prosesser i dialog med fagmiljøet, brukere og tillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF har etablert flere regionale kompetansetjenester for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er igangsatt et arbeid for oppfølging og evaluering av tjenestene.

Pakkeforløp og standardiserte pasientforløp

Helseforetak og sykehus har gjort en stor innsats for å lykkes med implementering av pakkeforløp kreft. Pakkeforløp kreft er pasientens helsetjeneste i praksis. Ledelsens og fagfolks 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.

Kravet om at andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent oppfylles i Helse Sør-Øst. For kravet om at minst 70 prosent skal behandles innen standard forløpstid er det også gode resultater i Helse Sør-Øst for mange pasientgrupper, og resultatene er gradvis blitt bedre i 2016. Det er likevel fortsatt utfordringer for prostatakreft, gynekologisk kreft og lungekreft.. Brystkreft følges også spesielt overfor enkelte helseforetak. Pakkeforløp for kreft har synliggjort nytten med å måle delprosesser i pasientforløpet, for å unngå ikke faglig begrunnet ventetid; og å følge enkeltpasienters forløp. I 2017 innføres regionale elektroniske MDT-møter (3-strøms multidisiplinære møter) for å legge til rette for ytterligere forbedringer i utredningstiden.

For å sikre læring på tvers i regionen, har det vært arrangert regionale samlinger for klinikere og ledere, forløpskoordinatorer og monitoreringsansvarlige. Pakkeforløp for kreft utfordrer etablerte strukturer med den tradisjonelle avdelingsinndelingen. Faglig og administrativ ledelse har bidratt til bedre samarbeidet både innad i helseforetak og mellom helseforetak og sykehus. Flaskehals er blitt avdekket og forbedringstiltak er iverksatt. For å sikre rask hjelp for kreftpasienter er det avsatt bestemte tidspunkt («slot-tider») på poliklinikker, innen radiologi og på operasjonsprogrammene. Nytt utstyr er anskaffet og avtaler med private tjenesteleverandører reforhandlet.

Det har i regionalt nettverk vært arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige pasientforløp (hjem til hjem) for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, KOLS og rehabilitering samt for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol. Regional erfaringsutveksling som sikrer læring på tvers mellom helseforetak får positiv evaluering og er en viktig driver for inspirasjon til videreutvikling. Både innenfor helhetlig pasientforløp og pakkeforløp er samvalg vesentlig, slik at pasientene deltar i beslutning og valg av behandlingsalternativer.

Kontinuerlig forbedring og monitorering med tidsserieanalyser (statistisk prosesskontroll) bør fortsatt styrkes ved alle helseforetak og sykehus.

Kvalitetsregistre

Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre ble i 2016 blant annet brukt til å avdekke og forebygge uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester og til å utvikle nye nasjonale kvalitetsindikatorer. Norsk nyfødtemedisinsk helseatlas, som omhandler variasjon i forbruk av helsetjenester til nyfødte, er det første helseatlas som er basert på tall fra et kvalitetsregister (Norsk nyfødtemedisinsk kvalitetsregister). Gjennomgangen av alle innleggelse i nyfødtavdelingene viser til dels betydelige geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester gitt til nyfødte, uten at dette kan begrunnes i tilsvarende forskjeller i sykkelighet (ingen holdepunkter for geografiske forskjeller i sykkelighet blant nyfødte barn i Norge).

Helsedirektoratet publisert i 2016 nye nasjonale kvalitetsindikatorer basert på data fra Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes og Norsk hjertestansregister.

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

Ved mange helseforetak vil det være behov for å utvide implementeringsperioden for innsatsområder til 2017. Implementering er avhengig av klinikers involvering, endring av daglige arbeidsprosesser og etablering av varige strukturer.

GTT-undersøkelsen i 2015 (publisert i september 2016) anslår at det i 13,7 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Siden 2010 har alle norske helseforetak gransket journaler for å avdekke pasientskader ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT).

Man regner med at halvparten av skadene som blir identifisert ved journalgransking kan forebygges. I 2010 og 2011 oppsto en eller flere skader i 16 prosent av pasientoppholdene. Siden

2012 har nivået ligget stabilt på rundt 13-14 prosent. En sammenligning av norske og svenske tall fra 2013 viser at skadenivået i Norge er det samme som på svenske sykehus.

I 2015 var parametrene «legemiddelrelatert skade» den hyppigste skaden, etterfulgt av «urinveisinfeksjoner» og «postoperativ sårinfeksjon». Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er innrettet for å forebygge skade innen disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 prosent innen 2018.

I 2015 og 2016 hadde Helse Sør-Øst og pasientsikkerhetsprogrammet 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 følgende nye innsatsområder i 2017:

1. tidlig oppdagelse og behandling av sepsis (blodforgiftning)
2. tidlig oppdagelse av forverret tilstand
3. forebygging og behandling av underernæring

Brukererfaringer og pasienttilfredshet

Folkehelseinstituttet/Kunnskapssenteret presenterte i juni 2016 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp, for 2015. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst har hatt en positiv utvikling på seks av ni områder i siste tre-årsperioden. Ingen områder ligger under landsgjennomsnittet. Følgende områder er forbedret i forhold til landsgjennomsnittet. Pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, utskriving og ventetid. Mens pårørende standard og samhandling er uforandret i perioden 2011-2016. Erfaringer med standard er imidlertid signifikant forbedret i perioden 2014-2016.

Folkehelseinstituttet/Kunnskapssenteret har i 2016 gjennomført brukererfaringsundersøkelsen PasOpp på postnivå ved fire sykehus innen Helse Sør-Øst. Disse resultatene følges opp i sykehusene. Eksempler på tiltak fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, som er motivert blant annet fra PasOpp undersøkelsene på postnivå, er kurs i klinisk kommunikasjon, arbeid med epikrisene og annen informasjon til pasienter og pårørende.

• Kapasitetsvurderinger

Det er avgjørende for Helse Sør-Øst RHF å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene blant annet i møte med demografiske endringer og medisinsk utvikling. Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan «sørge for»-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Ansvar 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. Kapasitetsvurderinger gjøres blant annet i forbindelse med strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved etablering av framskrivningsmodell for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

I 2017 vil alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Dette er basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringer lokalt og regionalt bli adressert.

Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet

Også i 2016 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Gjennom flere vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF, senest sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*, er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger.

Det arbeides videre med optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

I styresak 052-2016 konstateres det at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst. Det er besluttet at befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold. Etter overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune, vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde. I et fremtidig mål bilde inngår også bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.

- **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere.**

Ledelse

Virksomheten innen leder- og ledelsesutvikling er videreført i 2016 etter de samme føringer og retningslinjer som tidligere. Helse Sør-Øst RHF's «*Konsept for lederutvikling*» ligger således som en felles ramme for helseforetakenes tilbud og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt. Flere og flere helseforetak satser på utvikling av ledergrupper og ledelse av pasientforløp i tillegg til utviklingstiltak for enkeltledere. Helse Sør-Øst RHF bidrar til erfaringsdeling mellom foretakene gjennom konferanser, nettverk og med konkret bistand til utvikling og gjennomføring av tiltak i de enkelte foretak.

Temaene «resultatutvikling» og «resultatsikring» blir fortsatt prioritert høyt. Det vektlegges mer og mer hvordan ledere, på en involverende måte, kan sikre nødvendig kompetanseutvikling og ressursstyring.

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Nasjonal ledelsesutvikling videre bidratt til å utvikle og gjennomføre det nasjonale ledermobiliseringsprogrammet, som har som formål å vekke interesse for ledelse blant yngre fagfolk.

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

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

En del av utfordringsbildet knytter seg til åpenhet og dialog. Det må legges vekt på et fortsatt tillitsskapende arbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og ledelse. Dette er et ledelsesansvar.

Strategisk kompetanseutvikling

Helse Sør-Øst ønsker gjennom strategisk kompetanseutvikling å møte prognosene som viser et tiltagende kompetansegap for flere grupper helsepersonell frem mot 2030.

Nasjonal bemanningsmodell foreligger nå også i en regional versjon. Bemanningsmodellen er utviklet som et verktøy for scenarieanalyser med et tidsperspektiv frem mot 2030. Statistisk sentralbyrås fremskrivning av befolkningsvekst ligger til grunn. I tillegg kommer et sett justerbare faktorer som gjør det mulig å endre på estimert bemanningsbehov (sykefravær, pensjonsalder, endret oppgavedeling og nye behandlingsmetoder m.fl.). I det regionale arbeidet har vi blant annet analysert aktuelle rapporter og fremskrivninger vedrørende arbeidskraft, herunder SINTEFs aktivitets- og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst. Tverregionalt er det etablert enighet om de kriterier som skal legges til grunn for vurdering av strategisk fokus for spesialiteter i kommende planperiode.

Beslutning om kompetansestyringssystem for leger i spesialisering (LIS) er etablert etter utredning og forankring i foretaksgruppen. Systemet *Dossier* skal heretter brukes som kompetanseplanleggingsverktøy for LIS. Dette er også det foretrukne kompetansestyringssystemet i Helse Sør-Øst for andre aktuelle yrkesgrupper. Implementering blir avklart i forbindelse med behandling av budsjett for 2017.

Digital læring er styrket ved at læringsportal for Helse Sør-Øst er overført til mobil plattform. Dette vil bidra til større fleksibilitet, lavere brukerterskel og derigjennom en økt bruk av tilgjengelige e-læringstilbud. Videre er det gjennomført en prosess knyttet til etablering av et regionalt prioriteringsråd for å sikre at e-læringsprogrammer innenfor sentrale felles innsatsområder blir prioritert i tillegg til det utviklingsarbeid som skjer basert på lokale initiativ og tiltak. Gjennom det tverregionale nettverket for digital læring er det foretatt en kartlegging av eksisterende, regionalt utviklede e-læringsprogrammer med spesiell relevans for LIS-utdanningens felles kompetansemoduler.

Sentrale utfordringer på kompetanseområdet felles for foretaksgruppen er tidligere identifisert som behov for styrke tilgangen på sykepleiere, bioingeniører og radiografer samt spesialsykepleiere (anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft) i tillegg til ulike legespesialiteter som psykiatri og rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri samt lunge- og gastroenterologi. Dette arbeidet er videreført i 2016. Det er blant annet utarbeidet en overordnet behovsanalyse på regionalt nivå i samarbeid med de øvrige helseregionene. Analysen er basert på helseforetakenes tilbakemelding vedrørende sårbare fagområder, data fra personalportalen i Helse Sør-Øst, utvikling beskrevet i legestillingsregisteret og bruk av nasjonal bemanningsmodell. Det regionale kompetansenettverket har bidratt ved deling av erfaringer og drøfting av tiltak, spesielt rettet mot spesialsykepleiere og helsesekretærer.

Helse Sør-Øst har bidratt aktivt i det tverregionale prosjektet for ny utdanningsmodell for leger i spesialisering (LIS) Fra HR-siden har det vært et særskilt anliggende å lande en beslutning om kompetansestyringssystem for LIS, ettersom de andre tre regionene allerede har tatt i bruk samme system (*Dossier*). Det har også vært viktig å kartlegge tilgjengelige e-læringsprogrammer som kan benyttes i LIS-sammenheng. Dette er fulgt opp og gjennomført i tverregional regi.

Bedre ressursstyring

Ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring er overført til helseforetakene som driftsoppgave. Dette basert på den systematikken (*BRASSE*) som det er gitt opplæring til i hele helseforetaksgruppen. 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.

I 2016 er det også jobbet særskilt med et regionalt delprosjekt som har vært styrt gjennom det samlede «*Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*» (TRP). Delprosjektet har hatt som målsetting å

utarbeide en felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging. Metodikken har vært bygget opp blant annet for å svare opp myndighetskrav som «time i hånden», seks måneders planleggingshorisont i poliklinikker og samsvar mellom bemanning og aktivitet.

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene (Dokument 3:12 (2014-2015)), påpekte at det lå et betydelig potensiale i å ha god opplæring av ledere i arbeidstidsplanlegging. Dette har medført at helseforetakene har fått et bevisst forhold til problemstillingen og tiltak som må gjennomføres for å øke graden av måloppnåelse.

Kravet til reduksjon i andel deltidsansatte i foretaksgruppen er tidligere innfridd. Nivået ligger nå på ca. 33 prosent i faktisk andel deltid (ca. 24 prosent korrigeret for sykefravær samt permisjoner og andre frivillige tiltak). Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er fortsatt viktig. Innsatsen er videreført i 2016 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, der potensialet for økning er størst.

Helseforetaksgruppen har fortsatt vekst i bemanningen målt i brutto månedsværk. I de fleste helseforetakene var bemanningen ved årets utgang høyere enn budsjettet og høyere enn foregående år. Helse Sør-Øst RHF følger denne utviklingen nøye gjennom månedlige oppfølgingsmøter. Helseforetakene følges tett opp i forhold til aktuelle tiltak. Bemanningsveksten i 2016 er likevel lavere enn i 2015 til tross for omtrent lik aktivitetsvekst.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2017 fortsatt følge opp arbeidet med god og riktig planlegging av arbeidskraft og god ressursstyring.

Innsats innen HMS-området

Helseforetaksgruppens rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) omfatter policy og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området. Rammeverket beskriver seks satsningsområder for perioden 2015-2018 som er definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen. Helseforetaket har ansvar for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og at virksomheten gjennomfører et systematisk HMS-arbeid.

Det er i 2016 iverksatt arbeid på tre av de regionale satsningsområdene, *sikkerhet i sykehus*, *kompetansebeving i vernetjenesten* og *gjensidig avhengighet mellom HMS, Kvalitet og Pasientsikkerhet*. Helseforetakene har arbeidet med å implementere tiltak i *Veileder for sikkerhet i sykehus* og gjennomført risikoanalyser innenfor sikkerhetsområdet.

Det er gjennomført en regional todagers pilotsamling *Verneombudsutvikling* med den hensikt å øke vernetjenestens kompetanse innenfor sykehusspesifikke HMS-utfordringen. På bakgrunn av gode tilbakemeldinger i evaluering av pilotsamlingen planlegges det med to nye samlinger for hovedverneombud i foretaksgruppen i 2017.

Gjensidig avhengighet mellom HMS, Kvalitet og Pasientsikkerhet har vært gjentagende tema i HMS-ledermøte og i HMS-forum i 2016. Oslo universitetssykehus har iverksatt prosjektet

Pasientsikkerhet og kvalitet, Helse, miljø- og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter? Resultater fra prosjektet vil legge føringer for det videre arbeidet på området i Helse Sør-Øst.

Det er i 2016 utarbeidet en rapporteringsveileder som beskriver de 14 indikatorene det rapporteres på innenfor helse, miljø og sikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har utviklet et nasjonalt elektronisk rapporteringssystem for indikatorene som gjelder ytre miljø som tas i bruk i forbindelse med innhenting av data til rapport for HMS og samfunnsansvar for 2016. Rapport for HMS og samfunnsansvar legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF som et vedlegg til årsberetningen.

I 2016 har det vært økt fokus på *Grønn kjemi* og det har blitt opprettet et regionalt nettverk for kjemikalieansvarlige for å effektivisere arbeidet med å redusere bruk av helse- og miljøskadelige stoffer i Helse Sør-Øst.

Endringer i revidert ISO 14001:2015 standard har vært et aktuelt tema i den regionale miljøfaggruppen og alle helseforetak skal resertifiseres i henhold til revidert standard innen utgangen av 2018.

- **Meldekultur og avvikshåndtering**

Meldekultur, oppfølging av uønskede hendelser og håndtering av avvik

Det overordnede målet er å sikre at pasientens møte med helsetjenesten er så godt som mulig. Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient, der pasienten står i sentrum, og er premissgiver for definering av kvalitet.

Grunnlaget for god kvalitet er at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid. Det er et lederansvar å videreutvikle tjenesten og forbedre kvaliteten. Kvalitetsmålinger, pasienterfaringer og medarbeidernes kunnskap og erfaringer, må brukes samlet i det systematiske forbedringsarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF legger vekt på en verdibasert ledelse og har særskilt satt fokus på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Det betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst aktivt skal jobbe for en kultur hvor det er lett for pasienter og ansatte å si ifra om bekymringer, feil og mangler i tjenesten, slik at tiltak kan iverksettes og tjenestene forbedres.

Ledere skal inspirere medarbeidere til å være med på å utvikle en lærende organisasjon som leverer sikre, trygge og forutsigbare tjenester. Dette kan kun skje gjennom aktivt å involvere både brukere og medarbeidere i forbedringsarbeidet. Ved hjelp av blant annet nasjonal meldeordning for pasientrelaterte uønskede hendelser, medarbeiderundersøkelser, systematisk arbeid med pasientsikkerhetskultur og ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal det skje en læring på tvers både på et lokalt, regionalt og nasjonal nivå.

Antallet meldte uønskede hendelser (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3) økte etter omlegging av meldeordningen til Helsedirektoratet (Kunnskapscenteret) i 2012. Meldefrekvensen har de siste årene vært stabil. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette, samt at antallet meldte uønskede hendelser utgjør kun en del av antallet meldinger og avvik som meldes og brukes internt i sykehusene. Dialog med pasienter og pårørende og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid. Den regionale veilederen «*Veileder for håndtering av uønskede hendelser*» (revideres i 2017) ligger til grunn for dette arbeidet.

Retningslinjen «*Regional standard for publisering av uønskede hendelser*» (revideres i 2017) 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. 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 for eksempel brukerutvalg, pasientombud, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet, 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. I 2016 har det vært tilsyn innfor de fleste områder, med hovedvekt på brann, elektriske anlegg og mat.

• Forskning og innovasjon

I 2015 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 2,4 milliarder kroner.

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, og midler (for 2016 257 millioner kroner) fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2016 var det om lag 600 pågående forskningsprosjekter og -tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i 2016 i felleskap og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Norges forskningsråd etablert et eget program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) med egne midler, i alt 130 mill.kr over Statsbudsjettet. Midlene skal finansiere tverregionale prosjekter og ble utlyst i mai 2016 med søknadsfrist 12. oktober 2016.

I samsvar med oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene i 2016 under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utviklet felles vurderingskriterier for kvalitet og nytte til bruk ved vurdering av søknader om regionale forskningsmidler. Dette er implementert i årets søknadsprosesser.

Antall doktorgrader per år i regionen økte tidligere jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Sidene da er det tilkommet en viss reduksjon. 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 2016 er det satsset særskilt på forskning ved de store ikke-universitetssykehusene. Med utgangspunkt i egne avsatte regionale forskningsmidler ble det tildelt i alt seks strategiske forskningsstipend ved disse sykehusene, blant annet for å bidra til oppbygging av lokal forskningskompetanse. Tiltaket er svært godt mottatt og vil bli videreført.

Med utgangspunkt i vedtatte felles retningslinjer arbeides det aktivt 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 er IKT-støtte til forskning et eget program (regional IKT for forskning (RIF)) under *Digital fornying*. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen. I påvente av en generell helhetlig regional IKT infrastruktur har det imidlertid per i dag ikke vært mulig å etablere helhetlige regionale IKT løsninger for forskning. Arbeidet fortsetter i samarbeid med infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMOD) i regi av Sykehuspartner.

Ved årets utlysninger av innovasjonsmidler kom det inn søknader fra ni forskjellige helseforetak og tre samarbeidende, private sykehus. Ved siste utlysning ble blant annet følgende temaer prioritert: reduksjon av pasientskade og ventetider samt økt bruk av selvbetjeningsteknologi. Det er en utfordring å sikre at nye og nyttige løsninger utviklet ved ett helseforetak også tas i bruk ved andre. Fem av helseforetakene har nå gjort avrop mot rammeavtalen for anskaffelse av Induct Innovation Management system, som blant annet skal sikre god informasjonsflyt mellom helseforetakene, regionalt og nasjonalt, innen ideutvikling og innovasjon. I løpet av året ble det tatt en rekke initiativ for næringsutvikling med utgangspunkt i innovasjonsprosjekter med kommersielt potensial.

- **Miljø, etikk og samfunnsansvar**

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 094-2014 et antikorrupsjonsprogram i helseregionen. Alle helseforetak har implementert programmet. Det er etablert en verktøykasse for helseforetakene. Den inneholder blant annet e-læringskurs, dilemmasamlinger, håndbøker mm. Det er i 2016 gjennomført en spørreundersøkelse med et representativt utvalg (2000 ansatte) som en oppfølging av arbeidet på regionalt nivå. Spørreundersøkelsen vil bli belyst i den årlige rapporten om miljø og samfunnsansvar som Helse Sør-Øst RHF utgir. Alle helseforetak i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus, er sertifisert etter ISO-miljøstandarden 14001.

I retningslinjer for Helse Sør-Øst forutsettes at man skal være førende for å sette etiske krav og miljøkrav i anskaffelser. Alle regionale innkjøp og oppfølging utføres av Sykehuspartner Innkjøp. I 2016 er det blant annet gjort oppfølging av arbeidsrettigheter ved produksjonssteder av medisinske varer i Mellom-Amerika og det er blitt etablert en kjemikaliestrategi for å utfase miljøskadelige og helseskadelige stoffer ved anskaffelser av produkter.

- **Digital fornying**

Digital fornying har siden 2013 vært Helse Sør-Øst sitt program for standardisering og modernisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nedenfor følger hovedpunkter fra Digital fornying i 2016.

Oppstart modernisering av IKT-infrastruktur gjennom ekstern leverandør

Helse Sør-Øst har valgt å inngå avtale med Hewlett Packard Enterprise som ekstern leverandør for å modernisere regionens IKT-infrastruktur. Avtalen gir sykehusene og Sykehuspartner tilgang til erfaring og kompetanse fra gjennomføring av tilsvarende og vellykkede moderniseringsprosjekter. Modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst danner grunnlag for all videre utvikling og digitalisering i regionen. Moderniseringen kan nå gjennomføres raskere og med lavere risiko enn om vi skulle gjort det selv, samtidig som det gir en bedret økonomisk bærekraft for helseregionen, med samme kvalitet. «iMod» (program for IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst) gjennomføres med bruk av finansiell leasing (etter

godkjenning i foretaksmøte) og med virksomhetsoverføring av personell involvert i IKT-drift. Programmet vil kunne gi besparelser på 1,9 milliarder kroner over syv år.

IKT- løsninger utviklet til nytt østfoldsykehus regionaliseres

Det ble lagt ned et betydelig arbeid i utvikling av nye regionale IKT-løsninger i forbindelse med bygging av nytt østfoldsykehus, og de skal komme hele regionen til nytte. Gevinster fra dette utviklingsarbeidet vil realiseres etter hvert som de regionale IKT-løsningene innføres ved flere helseforetak. IKT-målbildet, slik det ble definert i forkant av Prosjekt nytt østfoldsykehus, er i overveiende grad realisert. Gjenstående leveranser og tilpasninger av IKT-løsningene til Sykehuset Østfold ble overført til et oppfølgingsprosjekt innenfor *Digital formyning* og gjennomført i 2016.

Elektronisk kurveløsning for sengepost, utviklet ved Sykehuset Østfold, er innført ved Oslo universitetssykehus og planlegges innført ved Akershus universitetssykehus. I perioden 2018 til 2020 skal Helse Sør-Øst RHF etablere felles løsningsplattform for regionen og innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsning på resterende helseforetak. Erfaringene fra Sykehuset Østfold viser at en elektronisk kurveløsning fremstår som et effektivt hjelpemiddel for klinisk virksomhet i det daglige arbeidet.

Felles laboratoriedatasystem for Helse Sør-Øst er et viktig verktøy i videre standardisering og digitalisering innen laboratoriemedisin. Med skanning av alle typer prøver har nytt laboratoriedatasystem bidratt til økt pasientsikkerhet i Sykehuset Østfold. Sporbarheten har økt, og man kan lett se hvor prøven befinner seg i de ulike arbeidsprosessene. Det regionale laboratoriedataprojektet kommer med ytterligere leveranser til Sykehuset Østfold i 2017, før videre implementering til andre helseforetak.

Sykehuset Østfold har utviklet nye løsninger innenfor mobilitet (lettvekt-IKT), selvbetjening og innovasjon som Helse Sør-Øst skal bygge læring og erfaring på.

Regionale IKT- løsninger videreutvikles og standardiseres

Standardiserte IKT-løsningene danner grunnlag for forbedret pasientsikkerheten ved å redusere uønsket variasjon i arbeidsprosessene. I tillegg til løsningene utviklet ved nytt østfoldsykehus, så har Helse Sør-Øst RHF fokusert på standardisering av elektronisk pasientjournal, innføring av regional økonomi- og logistikk-løsning, innføring av regional radiologiløsning, pilot for ny løsning for medikamentell kreftbehandling og aktiv deltakelse i nasjonal og regional samhandling.

Regional PAS/EPJ-løsning er nå innført på Oslo universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Sunnaas sykehus og Sykehuset i Vestfold. De neste helseforetak som oppdateres til regional løsning i 2017 blir Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Ny regional radiologiløsning (RIS/PACS) er i 2016 satt i produksjon ved Sykehuset Innlandet. Innføringsprosjektet har tatt lenger tid enn først beregnet. Løsningen vil forbedres og evalueres for videre utrulling i regionen. Planlegging av regional radiologiløsning på Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus har pågått høsten 2016 og fortsetter i 2017.

Innføring av løsning for medikamentell kreftbehandling gir bedre pasientsikkerhet blant annet ved å gi bedre beslutningsstøtte til legene og forbedre faglig samarbeid i regionen. Pilotprosjekt er gjennomført i 2016 i Oslo universitetssykehus, og videre innføring ved andre helseforetak forberedes.

Regional ERP-løsning er etablert ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Østfold, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Pågående innføring ved Sykehuset Telemark og Sunnaas sykehus går etter planen. Det pågår avklaringer for innføring ved Oslo universitetssykehus.

Regionalt senter for forvaltning av kliniske IKT-løsninger fikk i 2016 utvidet bemanning, formell ledelse og sitt første tildelingsbrev med tilhørende oppgaver. Senterets ansvarsområde vil vokse i takt med innføringen av regionale IKT-løsninger.

Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2016 å regionalisere digitale pasient- og innbyggertjenester, gjennom oppstart av et prosjekt innenfor Digital fornying, som skal sikre at de eksisterende initiativ i foretaksgruppen (inkludert publikumsportalen minjournal.no) blir samlet under samme styring og realiseres gjennom den nasjonale helseportalen, helsenorge.no. Nasjonal kjernejournal er innført ved Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus.

- **Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen**

Mer enn 70 prosent av innbyggerne i Helse Sør-Øst er svært eller ganske godt fornøyde med sykehusstilbudet der de bor. Resultatet fra 2016 tangerer det beste resultatet som er oppnådd siden målingene startet i 2011.

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 Sentio Research gjennomfører på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. 4 900 personer over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst er intervjuet.

- **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 oppmerksomhet 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 2016 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 2016 innrettet sin virksomhet med sikte på å nå de overordnede styringsmålene:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Generelt vurderes resultatene for 2016 slik at unødvendig venting er redusert og arbeidet med å redusere variasjon i kapasitetsutnyttelsen er godt i gang. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis høy prioritet og det foreligger ingen vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst vil som helhet fortsatt kunne ivareta sitt «sørge for»-ansvar på samme nivå som tidligere eller bedre.

Det er i tilknytning til risikovurderingen utarbeidet tiltak på regionalt nivå. Disse vil også bli fulgt opp i 2017.

Risikokart etter tredje tertial 2016						
Sannsynlighet	5					
	4					
	3			2 4 5 6		
	2			1 3 7 8		
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

Sannsynlighet

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

Farge

Rød	Kritisk
Oransje	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

Konsekvens

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

- Risikoområder vurdert til lav risiko, rapporteres ikke.

Risikoområdene i tabellen	
1	Pasientbehandling og kapasitet
2	Kvalitet og pasientsikkerhet
3	Arbeidsmiljø/HMS
4	Økonomisk handlingsrom
5	Fellestjenester
6	Utdanning, rekruttering og fagutvikling
7	Drift av nytt østfoldsykehus
8	Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå

- **Intern revisjon**

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon, og bistår styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Styrets revisjonsutvalg følger opp konsernrevisjonens arbeid. Revisjonsutvalget og konsernrevisjonen er etablert i tråd med bestemmelsene i helseforetaksloven § 21a og § 37a.

Revisjonsarbeidet skal understøtte mål og krav fra eier. Resultatene av konsernrevisjonens arbeid i 2016 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2016 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst* i møte 2. februar 2017. Konsernrevisjonens årsrapport er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen i 2016. Det er gjennomført tre revisjoner som har undersøkt hvordan helseforetakene arbeider med å sikre pasientene likeverdige utrednings- og pasientforløp og forutsigbarhet gjennom pasientforløpet. Videre er det gjennomført to revisjoner som vurderer om foretakene arbeider systematisk med å nå målet om at det ikke skal forekomme korridorpasienter.

Introduksjon av nye legemidler og endringer i finansieringsordningene har medført økte legemiddelkostnader for helseforetakene. Konsernrevisjonen har i 2016 undersøkt i to revisjoner om helseforetakene tar i bruk nye legemidler og behandler pasienter med bruk av legemidler utenfor sykehus i tråd med gjeldende retningslinjer.

I 2016 har konsernrevisjonen videreført et perspektiv med fokus på hvordan revisjonsrapportene bidrar til forbedring og læring. Det er gjennomført tre revisjoner der man 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.

1.3 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2016

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 2016. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 7. og 8. mars 2017. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

- **Kvalitet og pasientsikkerhet**
- ***Kvalitetsregistre og målinger***

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. Med sikte på varig endring er det nødvendig å holde kontinuerlig fokus på løpende oppfølging. Brukerutvalget ønsker satsningen videreført med flere registre og målinger. Det bør utvikles registre og målinger innen psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering.

- ***Pasientskader***

Brukerutvalget følger resultatene for sykehusinfeksjoner og merker seg en liten positiv endring i målingen fra februar 2016. Resultatene er likevel langt unna det regionale målet på under tre prosent. Samtidig øker utfordringen med multiresistente bakterier og antibiotikaresistens. GTT- målingene publisert i 2016 (undersøkelse 2015) viser ingen særlig positiv endring. Brukerutvalget merker seg innsatsen fra Helse Sør-Øst RHF's side, blant annet gjennom pasientsikkerhets-programmet. Brukerutvalget påpeker at ansvar for pasientsikkerhet og systematisk forbedringsarbeid er et særlig ansvar for ledelsen i alle ledd.

- ***Meldekultur og avvikshåndtering***

God meldekultur og åpenhet er en forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner som gir trygge og forutsigbare tjenester. Brukerutvalget legger til grunn at sykehusene har forsvarlig varslingskultur og åpenhet om håndtering av feil og mangler knyttet til pasientsikkerhet. Løpende tilbakemeldinger til pasienter, pårørende og ansatte som melder og varsler, må ivaretas.

- ***Kunnskapsbasert praksis og pasientforløp***

Utvikling av gode og helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem basert på kunnskapsbasert praksis er fortsatt viktig. Arbeidet med innføring av pakkeforløp kreft er fulgt nøye. Brukerutvalget ønsker at innsatsen både på pasientforløp og pakkeforløp må forsterkes ytterligere og ser positivt på at arbeid med pakkeforløp starter innen flere diagnoseområder. Brukerutvalget er opptatt av at erfaringer fra pakkeforløp kreft benyttes når pakkeforløp tas i bruk på nye områder. Brukerutvalget ønsker, ved innføring av ny og mer effektiv behandling, at det arbeides kontinuerlig med utfasing av udokumentert og mindre effektiv behandling.

- ***Samvalg, informasjon og kommunikasjon***

Helse Sør-Øst RHF's satsning på samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste». Minst like viktig som at samvalgsværktøy ferdigstilles, er det at sykehusene aktivt satser på opplæring i kommunikasjon, både generelt, i samvalg og når uønskede hendelser har oppstått. God kommunikasjon handler om ferdigheter, men også om kultur og ledelse.

- ***Digital fornying – medisinsk-teknisk utstyr***

Brukerutvalget mener at standardiserte IKT-løsninger er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Arbeidet i *Digital fornying* må fortsatt gis meget høy prioritet, styres stramt, og ha stor grad av nasjonal standardisering. Brukerutvalget har forståelse for arbeidets kompleksitet og risiko, men mener likevel innsatsen bør intensiveres med sikte på raskere gjennomføring. Brukerutvalget er opptatt av at arbeidet med å gi pasienter i helseregionen tilgang til egen journal (EPJ) og timeadministrasjon på nasjonal plattform, prioriteres. Brukerutvalget ønsker snarlig utvikling av løsninger som bedrer den digitale kommunikasjonen mellom helsetjenesten og pasientene med sikte på enklere oppfølging og bedre mulighet for egenoppfølging. Samtidig minnes om at ikke alle kan nyttiggjøre seg av elektronisk

kommunikasjon, og at det derfor må være gode systemer for tradisjonell kommunikasjon. Brukergrensesnitt og selvbetjeningsautomater må oppfylle krav til universell utforming.

Brukerutvalget mottar informasjon som tyder på at sykehusene i ulik grad er i stand til å prioritere nødvendig utskifting av medisinsk teknisk utstyr. Det er forståelse for at slik utskifting er innenfor de enkelte helseforetakenes ansvar, men brukerutvalget ønsker likevel at Helse Sør-Øst RHF vurderer tiltak for å sikre at pasientene får likeverdig tilgang til trygt og moderne utstyr.

- ***Pasientadministrative system***

Det er avgjørende at sykehusene har kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Brukerutvalget ser med bekymring på at det fortsatt rapporteres om svikt, og mener arbeidet må gis høy prioritet. At pasienter blir glemt i systemet er uakseptabelt. Standardiserte digitale løsninger er viktig, men minst like viktig er riktig bruk av disse og at det også finnes supplerende gode manuelle rutiner.

- ***Korridorpasienter***

Brukerutvalget registrerer at det er nedgang i antallet korridorpasienter i 2016. Det er bra. De fleste pasienter vil oppleve det som uverdigg å ligge på korridor, og det er neppe i tråd med god pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF bes i oppfølgingen av helseforetakene om fortsatt å ha høy oppmerksomhet på fortsatt reduksjon av korridorpasienter.

- ***Utsending av epikriser***

Enkelte helseforetak kan vise til gode resultat hva gjelder antallet pasienter som får epikrise første dag og innen sju dager. Sykehusene er imidlertid langt unna å nå måltallene som er 100 %. Det er stor variasjon mellom helseforetakene. Tallene for TSB og psykisk helsevern er jevnt over vesentlig dårligere enn tallene for somatikk. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF om å følge opp sykehusene på disse områdene. Rask tilgang til epikrise er viktig for pasientsikkerhet, samhandling og mulighet for egenoppfølging. Brukerutvalget ønsker at alle pasienter skal få kopi av epikrise.

- ***Kompetanseutvikling***

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 arbeidet med ny ordning for utdanning av LIS-leger, og brukerutvalget har deltatt i arbeidet og fulgt det nøye. Brukerutvalget ser positivt på den nye ordningen, særlig hva gjelder opplæringens organisering og innhold. Brukerutvalget ser likevel med bekymring på mulighetene for gjennomføring av den nye ordningen som må involvere både sykehusene, profesjonsforeningene og universitetene.

- ***Forskning og innovasjon***

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon og mener det må legges stor vekt på at forskningsresultat overføres til praksis og gjennom det resulterer i bedre pasientbehandling. Brukerutvalget er opptatt av at forskningsinnsatsen økes innen de forskningssvake områdene, som samhandling, psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering. Brukerutvalget ser positivt på at det tildeles innovasjonsmidler.

Interregionale retningslinjer for brukermedvirkning i forskning ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst i 2015. Brukerutvalget merker seg at det arbeides aktivt med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser. Tilbakemelding fra brukerutvalg i helseforetakene synliggjør imidlertid at det er betydelig variasjon i hvordan dette praktiseres i de ulike helseforetakene. Brukerutvalget ønsker at det lages en praktisk orientert veileder som supplerer de interregionale retningslinjene.

- **Pasientrettigheter og ventetider**

- ***Pasientrettigheter***

Norske pasienter har gode og lovfestede rettigheter. Brukerutvalget mener det er stort behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, og at denne kunnskapen gjennom opplæring og gode rutiner, omsettes i praksis slik at pasientene får riktig og forståelig informasjon om sine rettigheter i alle steg i pasientforløpet. Dette gjelder også fastleger, som i samhandlingen mer aktivt må oppfordres til å gi pasientene informasjon om valgmuligheter, blant annet om valg av behandlingssted og valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder.

Ordningen med kontaktlege i spesialisthelsetjenesten trådte i kraft sent i 2016. Brukerutvalget forutsetter at Helse Sør-Øst RHF vil følge med på innføring av kontaktlegeordning og minner om spesialisthelsetjenestens selvstendige plikt til å tilby å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Brukerutvalget er bekymret for det store antall henvisninger som avslås innenfor psykisk helsevern og TSB. Brukerutvalget ber om at årsak til variasjoner kartlegges og at nødvendige tiltak iverksettes for å sikre at befolkningen får likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Brukerutvalget er kjent med at mange pasienter med lettere psykiske lidelser får hjelp gjennom tilbud i prosjektet Raskere tilbake. I lys av informasjon om at Raskere tilbake som prosjekt avvikles snart, bes det om at spesiell oppmerksomhet rettes mot tilbud til denne pasientgruppen.

Brukerutvalget har merket seg innsats fra Helse Sør-Øst RHF i 2016 med sikte på å møte utfordringene som følger av et multikulturelt samfunn, men er fortsatt bekymret for sykehusenes tilrettelegging for pasienter som har behov for tolketjenester. Gode tolketjenester er avgjørende for oppfyllelse av rettigheter for alle, og for kvalitet og pasientsikkerhet.

Brukerutvalget er kjent med utfordringer mht universell utforming i sykehusene, og mener det er behov for gjennomgang av eksisterende bygg med sikte på bedre tilgjengelighet for alle. Jf også punktet ovenfor om digital fornying.

- ***Ventetider***

Brukerutvalget merker seg at det nå er færre pasienter som venter og at ventetiden er kortere. Brukerutvalget forutsetter at arbeidet med reduksjon i ventetid og fristbrudd ikke går på bekostning av oppfølging av pasienter som etter utredning venter på behandling eller på pasienter med kroniske tilstander og behov for regelmessig oppfølging. Målet må være å unngå all venting som ikke er faglig begrunnet. Brukerutvalget merker seg at målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker ikke er nådd. Dette ansees som nødvendig for å forbedre tilgjengelighet og forutsigbarhet for pasientene blant annet ved at pasientene får bekreftelse på mottak av henvisning og timeavtale i samme brev.

- ***Kapasitet - fordeling av oppgaver og funksjoner***

Brukerutvalget ønsker funksjonsfordeling når bedre bruk av utstyr og personalressurser kan lede til økt pasientsikkerhet, bedre kvalitet og god ressursutnyttelse. Brukerutvalget mener at det er et betydelig potensial for kapasitetsøkning i regionen dersom flere poliklinikker holder lenger åpent og utstyr anvendes større deler av døgnet. Utvidet åpningstid vil også være bedre tilpasset pasienter og pårørende som er i arbeid.

I 2016 er arbeidet med kapasitetsutnyttelse videreført for Helse Sør-Øst RHF's del, med særlig fokus på hovedstadsområdet. Brukerutvalget er tilfreds med at styret for Helse Sør-Øst RHF nå har fattet nødvendige vedtak som danner grunnlag for utvikling av kapasitet i hovedstadsområdet.

- **Et koordinert helsetilbud**

- ***Samhandling***

Brukerutvalget har i flere runder gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF's statusrapport om samhandling, som i endelig versjon ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst i 2016. Brukerutvalget merker seg mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. I praksis rapporteres det dessverre for ofte om svikt i samhandlingen rundt pasienter i sårbare overganger.

Brukerutvalget mener at sykehusene i større grad må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å ta over en del oppgaver som sykehusene har utført. Rutiner for utskrivning må kvalitetssikres og følges. Brukerutvalget er bekymret for at pasienter med alvorlige kroniske sykdommer og som trenger tett oppfølging samlet ikke blir godt nok ivaretatt.

Brukerutvalget registrerer at den elektroniske kommunikasjonen mellom sykehusene og kommunenes pleie- og omsorgstjenesten er bedret og ser fram til tilsvarende økt informasjonsutveksling mellom fastleger og sykehus.

Brukerutvalget påpeker at brukerdeltagelse og representasjon fra kommunene varierer i arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem.

- **Brukermedvirkning**

Pasienter og pårørende og deres organisasjoner er de viktigste endringsagentene i pasientens helsetjeneste.

- ***Brukermedvirkning på systemnivå***

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermedvirkning på systemnivå i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at det er etablert systemer for brukerdeltagelse i interregionale / nasjonale fellestiltak og helseforetak. Ved utgangen av 2016 har de fleste helseforetak etablert ungdomsråd. En arbeidsgruppe bestående av ledere og sekretærer for de fire regionale helseforetakene har i 2016 levert forslag til felles retningslinjer for brukermedvirkning. Disse skal styrebehandles i 2017.

- ***Brukermedvirkning på individnivå***

Samvalg, kommunikasjon og informasjon som omtalt ovenfor, er etter brukerutvalgets oppfatning særdeles viktig for å sikre brukermedvirkning på individnivå. Brukerutvalget er ut over dette opptatt av at det på ulike områder blir etablert flere piloter med brukerstyrte poliklinikker og brukerstyrte senger. Brukerutvalget er positive til at det er vist til at denne type tilbud bør vurderes i de regionale føringene for helseforetakenes utviklingsplaner i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan.

- ***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. Arbeidet har pågått i 2016. Brukerutvalget mener erfaring fra pilotprosjektet må evalueres med sikte på innføring i flere avdelinger/poster og brukes som grunnlag for forbedring av pasientopplevd kvalitet og pasientsikkerhet.

- **Avslutning**

Brukerutvalget slutter seg til at det har vært en positiv utvikling i 2016 selv om måloppnåelsen hittil ikke er god nok. Målene som er definert for helseforetaksgruppen krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut.

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.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

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

Målet om gjennomsnittlig ventetid på under 65 dager er nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, *Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer innen ventetider og fristbrudd. Utviklingen innen området og oppfølging av tiltak er rapportert månedlig til prosjektets styringsgruppe.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet i 2016 var 59 dager, mens gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter ved utgangen av året var 58 dager.

- **Ingen fristbrudd.**

Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, *Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet*, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak er rapportert månedlig til prosjektets styringsgruppe. Per 31. desember 2016 var andel fristbrudd i Helse Sør-Øst 1,2 prosent

- **Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.**

Kravet om minst 70 prosent andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp oppfylles i Helse Sør-Øst.

- **Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.**

Når det gjelder andel pasienter behandlet innen standard forløpstid har Helse Sør-Øst en måloppnåelse på 65 prosent.

Det har vært en gradvis bedring av resultatene gjennom 2016. Det er fortsatt utfordringer for prostatakraft, gynekologisk kreft og lungekreft. Regionssykehusfunksjonen for disse kreftgruppene må bedres. Det er iverksatt tiltak med å optimalisere regional kapasitet av robotkirurgi både for prostatapasienter og gynekologiske pasienter. Opplæring i koding og monitorering følges tett fra Helse Sør-Øst RHF. På helseforetaksnivå arbeides det med å forbedre logistikk og planlegging, slik at kreftpasienter prioriteres både til undersøkelser og operasjon. Ved å innføre elektroniske utredningsmøter mellom regionssykehus og lokalsykehus (3-strøms multidisiplinære møter) i 2017 vil tid som medgår til utredning ytterligere kunne reduseres.

- **Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.**
- **Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.**

Samlet rapportering for begge punkter:

De fire regionale helseforetakene etablerte en interregional arbeidsgruppe i 2016 som har arbeidet med utvikling av nye indikatorer. De regionale helseforetakene har levert rapport til Helse- og omsorgsdepartementet hvor det ble anbefalt fem nye indikatorer. På denne bakgrunn er det innført nye indikatorer som følges i 2017. Arbeidsgruppen videreføres under ledelse av Helse Midt-Norge RHF i 2017.

- **Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.**

I oppdragsdokumentet 2016 fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt å identifisere fagområder som skal gis styringsmessig prioritet. De fire regionale helseforetakene overleverte to rapporter, 1. juni 2016 og 25. oktober 2016 til Helse- og omsorgsdepartementet om indikatorarbeidet.

Arbeidet har så langt identifisert ni indikatorer. Rammen for disse indikatorene er modellen for pasientforløpet fra pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten og til pasienten anses som ferdigbehandlet. Hensikten er at indikatorene samlet vil kunne brukes til å vurdere hvorvidt helseforetakene oppnår sine mål knyttet til effektive og gode pasientforløp/-behandlinger, samt arbeidet med planlegging, gjennomføring og oppfølging av effekter av forbedringsarbeid. I tråd med oppdraget er det valgt indikatorer fra fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Fem av indikatorområdene tas inn i den styringsmessige oppfølging fra 2017. Dette forutsetter at Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, sørger for tilfredsstillende definisjoner, rapportering og datakvalitet, samt publiseringsløsninger.

De øvrige indikatorene (indikatorer knyttet til faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkene, planleggingshorisont, replanlegging og ikke møtt) vil videreutvikles og arbeides med i 2017 (ref. tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet). Det er videre en målsetning at de utvalgte indikatorene skal vurderes i sammenheng med data knyttet til personell (HR-data) og kostnad på pasientnivå (KPP) når disse blir tilgjengelige.

Andre oppgaver 2016:

- **Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.**

Arbeidet er knyttet fagområdene psykisk helsevern og ortopedi i 2016. Erfaringene fra dette arbeidet tilsier at psykisk helsevern fremstod som et stort og uspesifikt fagområde. Ortopedi derimot hadde andre utfordringer som for eksempel å identifisere faget likt på tvers av alle indikatorene.

På denne bakgrunn vil det i 2017 gjøres en nærmere vurdering av forholdet mellom fagområdeinndeling og indikatorer slik at man fortsatt kan bryte ned indikatorer på enkelte fagområder. En alternativ tilnærming til indikator og faginndeling er at det i større grad tas utgangspunkt i det enkelte prioriterte fagområdet og vurdere hvilke indikatorer som best kan brukes til å belyse uønsket variasjon i effektivitet/kapasitetsutnyttelse. Her vil man sannsynligvis erfare at mange indikatorer kan brukes på tvers av fagområder, mens andre fagområder krever mer unike indikatorer.

Med utgangspunkt i erfaringene fra første del av arbeidet og med tanke på den kompleksitet som er knyttet til å identifisere fagområder, vil man vurdere hvordan nye fagområder skal håndteres i leveransene i 2017 og videre fremover.

I oppdragsdokumentet for 2017 skal de regionale helseforetakene i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder

- **Helse Sør-Øst RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.**

Følgende indikatorer foreslås tatt inn i styringsmessig oppfølging 2016:

- Henviste: antall nyhenviste per 1 000 innbyggere og andel nyhenvisninger av det totale antall polikliniske konsultasjoner ved sykehus.
- Ikke rett til helsehjelp (avslutte/avviste): antall henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp per 1 000 innbyggere og andel henvisninger som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp.
- Kontroller: antall kontroller per 1 000 innbyggere og andel kontroller i forhold til utredning og behandling. I første omgang skal indikatoren gjelde for fagområdet ortopedi, men det skal utredes om indikatoren også er aktuell for fagområdet psykisk helsevern.
- Tentativ tid til kontakt: nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet.
- Ambulant virksomhet: antall ambulante konsultasjoner per 1 000 innbyggere og andel ambulante konsultasjoner.
- **Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Sør-Øst RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.**

Det er foretatt en vurdering av aktuelle pasientgrupper hvor det kan være potensial for økt andel dagbehandling og/eller reduserte variasjoner i andel dagbehandling. I første fase har fokus særlig

vært rettet mot kirurgisk behandling, hvor følgende kriterier for valg av pasientgrupper har vært lagt til grunn:

1. tilstrekkelig volum nasjonalt og på behandlingssted (sykehus)
2. andel dagkirurgi mellom om lag 30 og 70 prosent
3. potensiale for ytterligere vekst i andel dagkirurgi

Det er vurdert pasientgrupper utover prioritert fagområde ortopedi. Vurderingen har trukket frem følgende pasientgrupper:

- fjerning av mindre og godartede føflekker, svulster og vorter
- fjerning av metall, innsatt etter brudd, hofte/kne/fot
- lyskebrokk (voksne)
- gallestensoperasjon
- operasjon av genitalt fremfall
- fjerning av mandler (voksne og barn)
- makulahull (øye)
- fjerning av osteosyntesemateriell i over- og underekstremiteter

For å utarbeide indikatorer for inneliggende pasienter som kan indikere forskjeller i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i helseforetakene, har man valgt å dele inn pasientene i to grupper: medisinske og kirurgiske. Det er brukt NPR-data fra helseforetakene for å identifisere relevante pasientgrupper for medisin og kirurgi. Det er identifisert 6 medisinske og 7 kirurgiske faggrupper.

- **Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, blant annet i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.**

I 2017 vil arbeidet i henhold til plan for utvikling av indikatorene videreføres med å fremstille følgende indikatorer:

- kapasitet/effektivitet– støtteindikatorer rundt faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkene
- planleggingshorisont – tildelte timer fremover i tid
- re-planlegging – andel kontakter som re-planlegges (pasient-/sykehus-/utenforliggende årsaker)
- ikke møtt - andel planlagte kontakter hvor pasient ikke møter
- vurdere kvalitet på HR-data og mulighetene for kobling av dataene mot indikatorer om kapasitetsutnyttelse og effektivitet
- **Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med å identifisere fagområder, etablere indikatorer og identifisere prosedyrer/pasientforløp på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF skal fra og med 2016 også lede nettverket for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak, jf. krav om etablering av slikt nettverk i revidert oppdragsdokument 2015.**

Arbeidet med metodeutvikling og metodeutveksling der regionene møtes og deler erfaringer vil fortsette i 2017. Det er i tillegg tenkt å arbeide videre med aktører fra sykehus (avdelinger) og

andre tjenestetilbydere hvor man kan dele metodikk og erfaring med hvordan man arbeider med kvalitets- og forbedringsarbeid.

Arbeidet med indikatorer ble ledet av Helse Sør-Øst RHF i 2016. Det foreslås at ledelse av det videre arbeidet går på rundgang mellom regionene, da med ny ledelse fra 2017.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er bedt om ekstra rapportering på to 2015-oppdrag:

Mål 2015:

- **Status for etableringen av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern i henhold til oppdrag for 2015 med presisering i brev av 25 nov 2015:**

Som et ledd i arbeidet og for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig syke skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene. Frist for etablering av slike poster er 1. juni 2016.

Helse Sør-Øst RHF har i hele 2016 arbeidet med oppdraget om medisinfri behandling som ble gitt fra Helse og omsorgsdepartementet 25. november 2015. Innen utgangen av februar 2016 ble regional protokoll utarbeidet og regional plan for medisinfri behandling ble parallelt revidert for å være i samsvar med oppdraget. Alle helseforetak og private ideelle sykehus fikk oversendt både den regionale protokollen og revidert regional plan.

I utgangspunktet var oppdraget Helse Sør-Øst RHF fikk, å etablere to enheter med døgnbehandling i egen helseregion. Det ble på forsommeren 2016 besluttet å etablere døgnbehandlingstilbud i alle helseforetak og sykehus med tjenester innen psykisk helsevern. Informasjon høsten 2016 fra helseforetak og sykehus, viste at alle hadde tilbud som var i ferd med å starte opp. Videre har Helse Sør-Øst RHF deltatt i et nasjonalt samarbeid om felles faglig utvikling, etablering av et nasjonalt fagnettverk samt planlegging av felles evaluering av arbeidet. Tilbakemeldinger mot slutten av 2016 viste at de største tilbudene vil være ved Sykehuset Østfold, DPS Halden med 6 senger, ved Akershus universitetssykehus, Nedre Moenga døgn (DPS) med 9 døgnplasser samt ved Sykehuset i Vestfold med til sammen 6 senger ved de to DPS-ene. Vestre Viken har til sammen 5-8 plasser tilbud med 1-2 senger på sykehusnivå prioritert for medisinfri behandling med utvidede muligheter for skjerming ved behov, samt 4-6 senger på DPS døgn-nivå for nedtrapping og medisinfri behandling.

Helse Sør-Øst RHF er kjent med framdriften av arbeidet i de andre helseregioner, samt målgruppene som inkluderes. Tilbudet i Helse Sør-Øst inneholder et bredt behandlingsspekter og ulike pasientgrupper og Helse Sør-Øst RHF mener målet for 2016 er nådd.

- **Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016).**

De tre prosjektene i Helse Sør-Øst videreføres i 2017. De to prøveprosjektene med ambulanse til oppdrag for psykisk syke/ustabile er avsluttet. Erfaringene fra prosjektene er grunnlag for forbedringstiltak som gjennomføres i helseregionen i 2017. Konklusjonen så langt i prosjektet er at uavhengig av om det finnes et eget ambulansetilbud eller ikke, så trenger tjenestene felles rutiner, holdninger og kompetanse slik at de kan møte personer i akuttkrise på en god og enhetlig

måte. Tiltakene i 2017 blir å økte den tverrfaglig kompetansen, bedre det tverrfaglig samarbeidet, og bedre tilgjengeligheten til fagkompetanse.

Mål 2016:

- **Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).**

Føringene om at veksten skal være større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling følges i Helse Sør-Øst, men det beskrives mange utfordringer med å se de konkrete resultatene innen alle måleområder. Aktivitetsveksten i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern beskrives som god og BUP-feltet er prioritert hos alle når det gjelder ressurser, men det er en aktivitetsnedgang i BUP hos de helseforetak/sykehus som har gått over fra BUP-data til DIPS. Eksempelvis beskriver Sykehuset Innlandet en vekst på 4,4 prosent på konsultasjoner innen VOP og økning på 10,4 prosent innen TSB, mens den polikliniske aktiviteten er redusert med 10,1 prosent innen BUP grunnet overgang til DIPS. Tall for kostander, aktivitet og årsverk vil bli beskrevet i eget vedlegg.

Helse Sør-Øst la i budsjettet for 2016 grunnlaget for å oppnå målene som er satt om en større vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling, sammenlignet med somatikk. Aktivitetsutviklingen for polikliniske konsultasjoner viser økningen innen somatikk er på 7 prosent. I dette tallet er polikliniske konsultasjoner som kan utløses for nye helsepersonellgrupper inkludert. Disse utgjør rundt halvparten av veksten slik at reell vekst er på rundt 3,5 prosent. Til sammenligning er veksten innen VOP og TSB på hhv 6 og 7 prosent. Unntaket er innen BUP der regionen samlet sett hadde en liten aktivitetsnedgang på 1 prosent sammenlignet med 2015. Innen BUP foregår det store omstillinger samtidig som mange helseforetak har byttet ut nytt pasientsystem for sektoren. Dette har hatt påvirkning for aktiviteten og registrering av denne. Når det gjelder bemanning er det en utfordring for regionen med at man ikke får besatt vakante stillinger innen psykisk helsevern.

Bemanningsveksten innen TSB er på samme nivå som på somatikk på rundt 1 prosent, mens psykisk helsevern er på samme nivå som året før, dvs. ingen vekst. For kostnader viser foreløpige anslag per desember at prioriteringsregelen er oppnådd. Veksten for somatikk er samlet på 2,3 prosent, mens psykisk helsevern og TSB har hhv 2,9 prosent og 7,9 prosent. Det gjøres oppmerksom på at det er knyttet stor usikkerhet til tallene. Høy aktivitet og fokus på psykisk helsevern og TSB gjør at ventetider fortsatt er veldig lave innenfor disse tjenesteområdene sammenlignet med somatikk. Fristbrudd er veldig lite og skjer unntaksvis. Helseregionen har valgt å skjerpe ventetidskravet ned mot 45 dager for psykisk helsevern og TSB. Dette er 15 dager lavere enn det som gjelder for somatikken i 2017. Samlet sett vurderer Helse Sør-Øst at regionen for en del områder lykkes med prioriteringsregelen, men at det fortsatt er utfordringer, særlig innen tjenesteområdet barne- og ungdomspsykiatri. Dette området vil ha stort ledelsesmessig fokus i 2017.

- **Redusere antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.**

Tilgang på tall for bruk av tvang har vært vektlagt i Helse Sør-Øst med bruk av egen nettside der alle tall for innleggelser hjemlet med tvang har blitt publisert på helseforetak/sykehusnivå. Raskt oppdaterte tall har de siste år vært en utfordring.

Tall for 2. tertial 2016 viser at vi samlet sett ikke har nådd målet med reduksjon i forhold til 2015 på antall innleggelser hjemlet med tvang pr 1000 innbygger. Innsatsen på dette området vektlegges sterkt i 2017.

Alle helseforetak/sykehus beskriver omfattende innsats for reduksjon og kvalitetssikring av bruk av tvang. Eksempelvis beskriver Sørlandet sykehus at til tross for at målet med reduksjon ikke er nådd, så er det færre gjentakende pasienter som legges inn på tvang og varigheten av tvangsinnleggelsen er betydelig kortere enn landsgjennomsnittet.

Relativt sett har helseforetaket derfor et lavere antall døgn som pasienten er underlagt tvang. Noe av årsaken til dette mener man skyldes oppfølging fra FACT-team som kan gi flere, men kortere innleggelser.

- **Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.**

Alle helseforetak/sykehus med tjenester innen psykisk helsevern har fulgt opp styringskravet med omstilling av medarbeidere og oppgaver og flere har nå høyere andel årsverk i DPS enn i sykehus. Eksempelvis kan nevnes Vestre Viken med 54 prosent i DPS og 46 prosent i sykehus. Økt ambulant og poliklinisk aktivitet prioriteres.

Helseforetak/sykehus rapporterer om en god balanse og fordeling av ressurser og der man har omstilt med f.eks. noe reduksjon i sengetall på DPS er ressursene i sin helhet anvendt til å øke den polikliniske og ambulante bemanningen i DPS. Økningen i antall årsverk for leger og psykologspesialister i DPS og ambulant virksomhet har blant annet vært gjennomført ved omgjøring av enkelte stillinger. Fordi spesialister er mer kostnadskrevende enn høyskoleutdannet personell, kan dette slå uheldig ut på statistikken.

Andre oppgaver 2016:

- **Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.**

Økte ressurser er tilført DPS og poliklinikker. Dette har resultert i økt aktivitet og økt kompetanse. Sykehusfunksjoner er omstilt og redusert. Helseforetakene/sykehusene anser ikke å kunne redusere ytterligere på denne kapasiteten foreløpig. All styrking av tjenestene skjer i de desentrale og utadrettede tilbudene. Økt ambulant behandling og styrket akutttilbud i de desentrale tjenestene beskrives godt.

Det prøves også ut nye modeller for ambulant behandling innen psykisk helsevern barn- og unge. Såkalte FRONT-team kan nevnes som eksempel fra Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF er tilfreds med utviklingen og ser nå en mer helhetlig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern.

Det vurderes hva som kan/bør være lokalbaserte tjenester (bruger- og kommunenære arenafleksible/ambulante tjenester og gjerne samteamstjenester med kommuner), og hva som skal være sentralisert slik at tjenestene for å holde nødvendig kvalitets og pasientsikkerhetsnivå. Helseforetakene beskriver også hvordan de har etablert akutte, desentrale tjenester.

Det samarbeides tett og godt med de kommunale tjenestene både i de enkelte forløp og i de desentrale behandlingstilbudene. Samarbeid med kommunene rundt KAD-senger beskrives, men kommunene har i varierende grad etablert dette.

- **Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.**

Helseforetak/sykehus beskriver at driften av OCD-teamene er opprettholdt i 2016 etter samme modell som ved etableringen. Det rapporteres om at tilbudet er godt etablert og implementert. Nasjonalt samarbeid og fortsatt sikring av opplæring av nytt personell er viktig.

I 2016 har det ikke vært noe eget opplæringstilbud for de som eventuelt har behov for faglig påfyll, men organiseringen med robuste team som ble valgt i Helse Sør-Øst skulle bidra til å sikre videre drift ved utskiftninger av personell.

OCD-behandling er lagt inn som eget pakkeforløp psykisk helsevern som det skal arbeides med i kommende år, noe som vil gi ekstra underbygning av det som allerede er etablert. Helse Sør-Øst deltar i dette nasjonale arbeidet.

- **Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.**

Helse Sør-Øst har etablert strukturert samarbeid med Kriminalomsorgen på regionalt og nasjonalt nivå. Egne møter avholdes halvårlig. Videre er det et formalisert nasjonalt samarbeid mellom de regionale kompetansesentra for sikkerhet, fengsel og rettspsykiatri i SIFER-nettverk, der felles fagutvikling og forskning foregår. Det er etablert egen nettside i regi av SIFER.

Kompetansesenteret i Helse Sør-Øst har egne faglige tilbud til psykisk helsevern i egen helseregion. Det er fokus på tilbud fra spesialisthelsetjenesten i norske fengsler. Helse Sør-Øst har hatt eget møte med alle helseforetak/sykehus med tjenester innen psykisk helsevern med gjennomgang av hvilke fengsler som er i eget opptaksområde, årets styringsbudskap og tilbudet som gis.

I 2016 har Helse Sør-Øst, i samarbeid med Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet, etablert et eget prosjekt for sedelighetsdømte, der man kartlegger innsatte og tilbyr behandling i fengslene for gruppen dømte som er ansett å ha høy gjentakelsesrisiko (BASIS-prosjekt).

Statusrapport psykisk helsevern i fengsel, er ferdigstilt i 2016. Dette er et tverretatlig samarbeid der Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri i helseregionen Sør-Øst (SIFER Sør-Øst) har deltatt. Rapporten inneholder mange konkrete tiltak og forslag om økt innsats i norske fengsler

Det er i 2016 også blitt arbeidet med tilbud knyttet til planer for utvidelse av fengsler og økt antall soningsplasser eksempelvis ved Ullersmo fengsel. Det er meldt et behov for økte ressurser til Sykehuset Østfold, der det er planer om betydelige driftsendringer og stor økning i antall soningsplasser ved Indre Østfold fengsel. Saken er adressert i eget brev.

Tiltak i regi av SIFER Sør-Øst i 2016:

- Etablert og igangsatt 2-årig kursutdanning i fengselspsykiatri
- BASIS – forsknings- og intervensjonsprosjekt i fengsel
- Psykopati – forsknings- og intervensjonsprosjekt i fengsel

- Statusrapport psykisk helsevern i fengsel, ferdigstilt i 2016

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016:

- **Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.**

Samlet har Helse Sør-Øst nådd målet med 4,2 prosent prevalens.

Enkelte helseforetak melder at infeksjonsrate internt er nedadgående, mens infeksjoner overført fra andre institusjoner er oppadgående (Oslo universitetssykehus). Det arbeides kontinuerlig med forbedring spesielt ved postoperative sårinfeksjoner og for eksempel ved standardisering av forløp for protesekirurgi. Håndhygiene og smykkefrihet er gode tiltak, samt overvåking av forekomst av resistente bakteriestammer for tidlig oppdagelse. Egne handlingsplaner for smittevern, e-læring og lederavtaler er også etablert ved enkelte helseforetak.

Reduksjon av sykehusinfeksjoner har sammenheng med andre innsatsområder, og ved alle helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst etableres antibiotikastyringsprogram.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner gjennom forebygging av urinveisinfeksjoner og infeksjoner ved sentrale venekatetre samt tidlig oppdagelse av sepsis.

- **Ikke korridorpasienter.**

Samlet er nivået på korridorpasienter gått ned fra 2.0 prosent 1. tertial 2015 til 1.0 prosent i 2. tertial 2016. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt. Følgende tiltak er blant annet iverksatt:

- Gjennomgå både mulige korridorsenger (sengetabell) i DIPS og faktisk registreringspraksis for å vurdere om rapportert nivå av korridorpasienter er riktig.
- Sykehusledelsen har ukentlige kapasitetsmøter og iverksetter tiltak iht. en tiltaksplan når beleggssituasjonen tilsier det.
- Etablering av ventesone for pasienter som skal reise hjem samme dag, ekstraordinær utskrivning til kommuner og bydeler og etablering av flere senger internt.
- Online oversikt over pasientbelegget på alle sengepostene for å gi oversikt over ledig kapasitet. Dataverktøyet er et verktøy for akuttmottaket og sengepostene og understøtter god pasientflyt og kapasitetsutnyttelse. Oversikten ligger tilgjengelig på sykehusets intranett (Pulsen).
- Retningslinjer som tydeliggjør ansvarsforholdene ved pasientflyt fra akuttmottaket til sengeposter og mellom sengeposter.
- Retningslinje som tydeliggjør ansvarsforholdene ved oppfølging av satellittpasienter.
- Etablert rutiner for bedre samarbeid mellom sengepostene og mer felles ansvar for pasientene.

Andre oppgaver 2016:

- **Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.**

Helseforetakene samarbeider med kommunene i utviklingen av helsetjenester for flyktninger og asylsøkere. Behov for veiledning blir identifisert i dette samarbeidet og ivarettatt.

- **Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» til relevante enheter/avdelinger.**

Målet er at helseforetak og sykehus skal ha implementert tiltakspakkene innen utgangen av 2016. Helseforetakene blir fulgt opp på dette området.

Mange helseforetak har gradvis fremgang i 2016. To helseforetak har langsom fremgang på spredning; Sørlandet sykehus og Sykehuset Østfold. For de fleste helseforetak vil det være nødvendig å ta i bruk 2017 for å få spredd tiltakspakkene til alle relevante enheter.

I 2016 etablert Helse Sør-Øst et eget læringsnettverk for samstemming av legemidler i samarbeid med pasientsikkerhetsprogrammet. Dette er et krevende innsatsområde som inkluderer samhandling mellom pasienter, fastleger og flere enheter på helseforetakene.

- **Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes.**

Alle helseforetak/sykehus i regionen har etablert Antibiotikastyringsprogram (ASP) i 2016. Primo 2016 gikk det ut brev fra Helse Sør-Øst RHF til alle helseforetak/sykehus om etablering av ASP, og status i oktober viser rask fremgang i etablering.

Samarbeid med Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS) er opprettet både regionalt og for helseforetakene/sykehus. RKS er styrket ressursmessig fra Helse Sør-Øst RHF fra oktober 2016 frem mot 2020, jf. krav i nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens.

- **De regionale helseforetakene skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidrar til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikrer at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.**

Nye metoder er i stadig utvikling. På legemiddelområdet er det gjennomført tiltak for å gjøre prosessen raskere slik at avgjørelser skal kunne tas tettest mulig etter at sykehuslegemidler gis markedsføringstillatelse. Legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) har i samarbeid med Legemiddelverket håndtert prisforhandlingene slik at de ikke har forsinket beslutningene.

Det arbeides med kriterier når det gjelder kjøp av utstyr. Det har i 2016 kommet et nytt og vesentlig forbedret skjema for minimetodevurdering. En rapport om håndtering av medisinsk utstyr er under utarbeidelse. Innkjøpsmiljøet er en vesentlig del av arbeidet. Derfor har ferdigstillelse vært utsatt i forbindelse med etableringen av Sykehusinnkjøp HF.

I desembermøtet har Bestillerforum besluttet å utsette iverksettelsen av de nye kriteriene i påvente av at Sykehusinnkjøp HF skal komme med innspill.

- **Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.**

De fleste helseforetakene har ansatt sosialpediatere. Helseforetak som ikke har ansatt sosialpediatere, jobber videre med dette oppdraget. På bakgrunn av nytt oppdrag i 2017 jobber Helse Sør-Øst i tett samarbeid med helseforetakene og aktuelle fagråd for å utarbeide en plan for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Fortsatt får ikke alle overgrepsoutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus tilbud om en medisinsk undersøkelse. Alle helseforetak jobber med å styrke samarbeidet med Statens barnehus. I 2017 vil det bli utarbeidet en plan som tar sikte på å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinsk undersøkelse ut over de rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet.

- **Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.**

Helse Sør-Øst RHF har overtatt ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep.

De fleste helseforetak har inngått avtale om å videreføre robuste kommunale overgrepsmottak, et helseforetak har etablert et nytt overgrepsmottak i helseforetaket og et helseforetak har videreført allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket.

- **Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig «program for forbedring av nødmeldingstjenesten».**

Helse Sør-Øst har deltatt i utredningsarbeidet i 2016 med en representant.

- **Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.**

Helse Sør-Øst RHF har inngått samarbeidsavtale på regionalt nivå med alle NAV fylkeskontor, NAV hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF, om helse og arbeid. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

- **De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.**

Helse Nord RHF v/Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) leverte rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» i november 2016 til Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningen har resultert i en anbefaling fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere innføring av ni faglige styringsindikatorer innenfor fem fagområder. Noen av disse er allerede etablert som nasjonale kvalitetsindikatorer med sykehusene som analyseenhet. Det anbefales blant annet at helseforetakenes opptaksområder danner utgangspunkt for de faglige styringsindikatorene hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft leddproteser og hoftebrudd.

Personell, utdanning og kompetanse

- **Utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.**

I 2015 og 2016 har arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell i hovedsak vært gjennomført på regionsnivå og i samarbeid mellom regionene. Dette både for å utvikle selve modellen, utarbeide tilhørende metodikk og kvalitetssikre data.

Status for 2016 er at:

- Versjon 2 av den nasjonale modellen er utvidet med mulighet for fremskrivning på spesialsykepleiere
- Ny tverrregional modell er utviklet, slik at data kan tas ned på regions- og foretaksnivå
- Bemanningstall fra alle helseforetak og private ideelle sykehus er innhentet og oppdaterte data lest inn i modellen
- Det er utarbeidet en standardmetode for fremskrivning ved hjelp av scenariometodikk
- Det er gjennomført pilot med scenariometodikk på tre utvalgte fagområder

Scenariometodikk ble testet ut ved analyser på fagene Øye, Patologi og Psykisk helsevern. Erfaringene fra dette arbeidet vil legge grunnlaget for en felles regional veileder. Veilederen skal være klar primo 2017.

- **Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Gi departementet årlig innspill på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Departementet vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet.**

Gjennom arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell har Helse Sør-Øst RHF deltatt i tverrregional koordinering for å svare opp Helsedirektoratets bestilling vedrørende sårbare legeutdanningsspesialiteter. Innspillet ble sendt samlet fra de fire regionale helseforetakene og ligger som grunnlag for Helsedirektoratets rapport om utviklingen i legestillinger.

Arbeidet i Helse Sør-Øst har tatt utgangspunkt i Nasjonal bemanningsmodell supplert med oversikt over utdanningsstillinger fra det regionale utdanningscenteret (RegUt). Dette faktagrunnlaget er sammenholdt med en tverrfaglig gjennomgang og vurdering av hvilke spesialiteter som har kapasitetsutfordringer knyttet til pasientbehandlingen.

I tillegg er det i de aktuelle regionale fellesfora gjort oppdaterte vurderinger av utdanningskapasitet for spesialsykepleiere. Lokalt har foretakene iverksatt en rekke tiltak for å håndtere en utfordrende rekrutteringssituasjon når det gjelder denne stillingsgruppen. Tiltakene er knyttet til både tilpasning av utdanningskapasitet og øvrige tiltak som påvirker personellbeholdningen. Det er i mindre utstrekning også kartlagt utdanningsaktivitet og kapasitet for andre yrkesgrupper, såsom helsesekretærer.

- **Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.**

E-læring: Antall kursgjennomføringer økte fra 2015 til 2016 med 12,5 prosent, til totalt 168.462 gjennomførte kurs. Det tilsvarer mer enn to kursgjennomføringer pr ansatt, men det er fortsatt et stort potensiale for økt bruk av digital læring.

Det er en betydelig variasjon mellom foretakene i bruk av e-læring, og det jobbes kontinuerlig med erfaringsutveksling og læring gjennom regionalt nettverk for e-læringskoordinatorer/-administratorer. Dette bidrar på sikt til å utjevne forskjellene.

Læringsportalen har i 2016 blitt tilgjengelig også på mobile enheter. Det jobbes med å gjøre også eksisterende e-læringsprogram tilgjengelig på mobil plattform. Videre skal det etableres et regionalt prioriteringsråd for å sikre prioritering av e-læringsprogram innen sentrale felles innsatsområder.

Det interregionale nettverket for digital læring har deltatt i kartlegging av eksisterende, regionalt utviklede e-læringsprogrammer med relevans for LIS-utdanningens felles kompetansemoduler i del 1. Kursene er vurdert innholdsmessig med hensyn til LIS-utdanningen på samme måte som kurs rettet mot de medisinsk-faglige læringsmål i del 1.

Simulering: I 2016 ble det gjennomført 8 instruktørkurs for psykisk helsevern og somatikk hvor det totalt er det utdannet 480 instruktører med deltagere fra psykisk helse, rus og somatikk i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført 2 dagers samling for deltagere i det regionale nettverket i samarbeid med Sørlandet sykehus og Universitetet i Agder med 170 deltagere. SimOslo, som medlem av styringsgruppen for medisinsk simulering i Norge, gjennomførte åpning av det nasjonale nettverket for medisinsk simulering. Blant flere aktiviteter har SimOslo bidratt med følgende:

- gjennomføring av regionalt simuleringsbasert opptreningsprogram for endoskopi
 - gjennomføring av regionalt program for opplæring av gastrokirurger i laparoskopisk kirurgi for tykk- og endetarmskreft
 - deltatt med poster og innlegg på Europeisk kongress Lisboa, SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine).
 - bidratt med innlegg knyttet til medisinsk simulering på fagdager ved flere foretak i Helse Sør-Øst.
 - gjennomført spørreundersøkelse knyttet til simuleringsinstruktørene i Helse Sør-Øst og deres aktivitet i foretaket.
 - gjennomført oppfølgingsopplegg for primærhelsetjenesten i Oslo, med faste dager i hver måned og utdannet 16 instruktører.
 - avholdt Train the Trainer kurs i Telemark for 12 legevakt- leger i fylket.
 - hovedansvar for å arrangere SUN (skandinavisk user nettverk) workshop med den vanskelige debrief. Med 150 deltakere.
 - hatt innlegg på erfaringskonferansen om medisinsk simulering.
 - gjennomført 5 oppfølgingsdager med spesielt fokus på den vanskelige debrief. Ca 125 deltagere.
 - arrangert workshop (vanskelig debrief) på nasjonalt nettverksmøte på Akershus universitetssykehus.
- **Etablere et regionalt utdanningssenter ved regionsykehuset for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.**

Helse Sør-Øst RHF har gitt oppdraget om å etablere regionalt utdanningssenter (RegUt) til Oslo universitetssykehus, og bevilget oppstartmidler i 2016 for 100 prosent stilling for leder av RegUt og for regional koordinator. Det er bevilget 3,5 mill NOK for 2017. Koordinatorstillingen er besatt, mens lederstillingen i 100 prosent er lyst ut som kombistilling med 20 prosent forskningsstilling finansiert av Universitetet i Oslo. Det er en fungerende leder av RegUt i deltidsstilling inntil leder er ansatt.

Det tverregionale prosjektet har utarbeidet et felles mandat for alle de fire sentrene. De fire RegUtene samordner spesialistutdanningen og planlegger oppstart av del 1 i 2017 som del av prosjektet, inntil de er i full drift. Regionalt team støtter også opp om det regionale arbeidet inntil RegUt er i full drift.

- **Etablere tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning.**

For å sikre en nasjonal, samordnet spesialistutdanning har de regionale helseforetakene etablert et tverregionalt samarbeidsprosjekt, koordinert og ledet av Helse Sør-Øst RHF. Det er lagt opp til bred involvering og åpenhet i prosjektet, og etablert en nettside www.lis-utdanning.info. Prosjektet representerer den tverregionale ordningen inntil de fire RegUt-ene er i full drift og ivaretar alle oppgavene i mandatet for RegUt, herunder nasjonal samordning.

Forskning og innovasjon

- **Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.**

Oppdraget fullført gjennom et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Resultater presentert og rapport overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i møte 13. desember. Helse- og omsorgsdepartementet forlenget oppdraget for 2017 for utvikling og pilotering av en nytteindikator.

- **Følgende tre tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementeres: Etablert nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.**

Program for Klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) er etablert av de regionale helseforetakene i samarbeid med Norges Forskningsråd. Programplanen godkjent av de regionale helseforetakenes administrerende direktører i april 2016. Utlysning av programmidlene (i alt 130 millioner kroner) har funnet sted med søknadsfrist i oktober 2016. Arbeidet med forskningsprogrammet er koordinert av Helse Sør-Øst RHF. Tildeling i februar 2017.

Arbeid med styrking av infrastruktur for utprøving av innovasjoner og nytt medisinsk-teknisk utstyr har pågått i nært samarbeid med Oslo universitetssykehus gjennom prosjektet «Testarena» med Oslo kommune som samarbeidspartner. Ambisjonen om etableringen av en fysisk testarena har foreløpig ikke blitt realisert. Alternative løsninger er drøftet i samarbeid med innovasjonsutvalget ved Oslo universitetssykehus og det arbeides videre med en løsning gjennom videreutvikling og «branding» av distribuerte testfasiliteter ved helseforetaket. Innovasjonsutvalget har foreslått å øremerke kr 200 000 til formålet.

Helse Midt-Norge RHF v/St. Olavs Hospital har ansvar for drifting av NorCRIN, som nå er tildelt betydelige infrastrukturmidler fra Forskningsrådet. Arbeidet i NorCRIN er oppdelt i ulike arbeidspakker, hvorav en dreier seg om samarbeid med industrien. Arbeidet med denne er i gang.

Møter med industrien er planlagt. En annen arbeidspakke gjelder kartlegging av tidligfaseenheter i Norge, og kontaktpunkt ved Oslo universitetssykehus, Kreftklinikken er etablert.

- **Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyntas.**

HO21-strategiens ambisjon om næringsutvikling fulgt opp gjennom foredrag og deltagelse i workshops, blant annet i regi av HO21-rådet. Det er avholdt en rekke møter med gründerforetak som søker dialog med helseforetak for demonstrasjon, utprøving og verifisering av nye løsninger for bedre pasientbehandling.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Helse Sør-Øst RHF er nå i avslutningen av utarbeidelse av en regional plan som skal gi bedre oversikt over hvilke spesialiteter nye driftsavtaler bør ha, samt hvor de geografisk skal lokaliseres. Med denne som utgangspunkt vil det kunne legges til rette for en ønsket vekst i antall driftsavtaler. Det er ikke kunngjort nye avtalehjemler i 2016.

Andre oppgaver 2016:

- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. oppdragsdokument 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Det skal etableres et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. Fra og med andre halvår 2016 skal følgende indikatorer inngå i dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 fra regionale helseforetak for nærmere definisjoner: Nyhenviste (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet), henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet), polikliniske kontroller (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet, avgrenset i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet) og ambulant virksomhet (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet). Endelige definisjoner, og tall for fagområdene ortopedi og psykisk helsevern, skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Det skal videre vurderes hvordan styringsindikatorer kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger, samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak. I den styringsmessige oppfølgingen skal det benyttes systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp. Utvalget av prosedyrer skal ikke avgrenses til de prioriterte fagområdene. Det skal legges vekt på å identifisere prosedyrer med betydelig volum og/eller betydelig ventetid som det samtidig er mulig å definere og rapportere på innen den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan det blant annet tas utgangspunkt i de ortopediske prosedyrene for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittlig liggetid skal de regionale helseforetakene blant annet vurdere de prosedyrene som helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittlig liggetid for i sin kvalitetsstyring. NPR skal sammenstille og publisere dataene for dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid på prosedyrenivå basert på utvalget av og definisjoner av prosedyrer fastsett av de regionale helseforetakene. Disse sammenligningene skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Indikatorsettet, antall fagområder og antall prosedyrer skal bygges ut fra og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del

av leveransen til 1. november skal de regionale helseforetakene oppsummere erfaringene fra prosjektet «Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt». De regionale helseforetakene skal i samråd med Helsedirektoratet gi en vurdering av evt. videreutvikling av dette prosjektet til en nasjonal løsning, evt. foreslå konkrete alternativer som kan sikre samme funksjonalitet på kort til mellomlang sikt. Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse skal ses i sammenheng med og koordineres tett med oppdraget om å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det vises til at dette oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 til de de fire regionale helseforetakene ble det gitt som oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av oppdraget ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Første rapporten ble levert 1. juni 2016 hvor det ble identifiserte ni indikatorområder som i første fase skulle danne grunnlaget for det videre arbeidet.

- andel henviste
- ikke rett til helsehjelp (avviste/avslåtte henvisninger)
- andel kontroller
- tentativ tid til kontakt
- andel ambulant virksomhet
- indikatorer om kapasitetsutnyttelse og effektivitet
- planleggingshorisont
- re-planlegging
- pasienter ikke-møtt

De fem førstnevnte indikatorene skulle danne grunnlaget for det initiale arbeidet med fokus på fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. På bakgrunn fra tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet etter første leveransen i juni 2016 ble det levert en utvidet rapport 25. oktober 2016 som inkluderte følgende analyser:

- andel dag- versus døgnbehandling for åtte pasientgrupper
- variasjon i gjennomsnittlig liggetid for 16 pasientgrupper (ti kirurgiske og seks medisinske grupper)

Det ble presisert at analysene i liten grad ga informasjon om årsakene til forskjellene, men etter dialog med de regionale innsatsteamene ble noen mulige årsaker til regionale forskjeller beskrevet. Arbeidet skal videreføres som et langsiktig utviklingsarbeid med en fast gruppe representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister. Leveranse av 12. desember 2016 gir videre retning for arbeidet for 2017 med vekt på å:

- utvide indikatorsettet i tråd med tidligere anbefalinger, særlig indikatorer rettet mot kapasitet og effektivitet
- vurdere å utvide antall fagområder
- koble aktivitetstall med data om personell (HR-data) og kostnader (KPP)
- utvide til flere prosedyrer/pasientgrupper og belyse eventuell variasjonen
- operasjonalisere og tilgjengeliggjøre allerede etablerte indikatorer

Arbeidet som gjøres av AIM videreføres under ledelse av Helse Midt-Norge RHF i 2017.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR. **Komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 og 2015 skal være levert NPR innen 15. september.**

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 arbeidet med å kvalitetssikre komplette og korrekte data for bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern for 2014, 2015 og 2016. Innlevering av oppdaterte data til NPR ble forsinket og det ble samarbeidet direkte med NPR om utfordringene knyttet til leveransen. Denne kontakten var til stor nytte og ble knyttet til de konkrete problemstillinger som ble avdekket.

Alle helseforetak, bortsett fra to, leverte kvalitetssikrede data på nytt innen den utsatte fristen. Sykehuset i Vestfold måtte utsette leveransen grunnet arbeidet med konvertering til DIPS. Oslo universitetssykehus kunne ikke levere komplette data til NPR via Norsk Helsenett for 2014 (grunnet nytt datasystem og der tilgangen til det gamle PasDoc var lukket før oktober 2014), Oslo universitetssykehus vil ha ferdig leveranse for 2015 og 2016 innen 28. februar 2017.

Komplette data for bruk av tvangsmidler har også vært sak i regionalt fagråd psykisk helsevern i mai 2016. Det samarbeides nasjonalt om kvalitetsutvikling og sikring av data. Arbeidet videreføres i 2017. Helse Sør-Øst RHF's plan for «Økt frivillighet» er blant annet lagt til grunn. Det vil også bli utarbeidet et eget saksdokument som legges til grunn for det videre arbeid i Helse Sør-Øst.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2016:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for en nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har startet en prosess som involverer brukere og tjenesten med sikte på en anbefaling om ett akronym eller symptombeskrivelse som kan ligge til grunn for en nasjonal kampanje. **De regionale helseforetakene bes om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.**

Helseforetakene har rapportert at de har bidratt med ulike kampanjer, publisert og offentliggjort informasjon, holdt foredrag og opplysningsarbeid i forhold til Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag.

- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Basert på Stortingets behandling av meldingen vil departementet fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte departementets arbeid ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samråd med de regionale helseforetakene, iverksetter:
 - En utredning av hvordan de foreslåtte prinsippene for prioritering, herunder særlig forslagene knyttet til unntaksordning, skjønnsmessige vurderinger og alvorlighet, kan konkretiseres og operasjonaliseres. Utredningen skal ikke

adressere spørsmålet om hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder.

- Et arbeid, basert på forslagene i meldingen, for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine veiledere for metodevurderinger og Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal lede arbeidet. Nærmere innretning og timeplan for utredningsarbeidet avklares nærmere med departementet innen 1. september 2016.

Leveranser til departementet skal unntas offentlighet, jf. § 15 i offentlighetsloven.

Regionale helseforetak, i samråd med Statens legemiddelverk, bes med utgangspunkt i forslagene i Meld. St. 34 (2015-2016) om å iverksette et arbeid med sikte på å etablere en felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder. Arbeidet må innrettes med forbehold om endringer i rammene for arbeidet som kan følge av Stortingets behandling av meldingen.

De regionale helseforetakene skal, sammen med Statens legemiddelverk, bistå Helsedirektoratet i utredningen knyttet til hhv. kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene, system for avklaring av finansieringsansvar for legemidler får markedsføringstillatelse og en plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i de nevnte utredningene og disse har blitt oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i november/desember i henhold til tidsfristen. Arbeidet med felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder, avsluttes i 2017.

Et notat med forslag til felles praksis vil primo 2017 bli sendt til Legemiddelverket og Beslutningsforum. Arbeidet med revidering av de helseøkonomiske veiledere for utredningsinstansene videreføres i første halvdel av 2017.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

4.1 Krav og rammer for 2016

Fra foretaksmøte 12. januar 2016

- **Styring og oppfølging**

Ledelse og lederutvikling

Lederutviklingstiltakene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå er videreført i 2016. Det arbeides med å integrere føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan i alle disse tiltakene. Alle foretakene har egne lederutviklingsprogrammer/tiltak hvor det trenes på å håndtere problemstillinger på tvers av profesjoner, avdelinger og nivå.

I tillegg gjennomfører en rekke foretak utviklingstiltak for ledergrupper. Det er videre gjennomført en pilot i Sykehuset Innlandet hvor man bringer flere ledergrupper inn i samme rom for å sikre «på tvers»-perspektivet.

Akershus universitetssykehus, Sykehuset Østfold og Vestre Viken er eksempler på foretak som gjennomfører regelmessige strategi-/ kultursamlinger, med de samme temaene i hovedfokus. De andre foretakene følger opp med lignende tiltak.

Ny nasjonal bemanningsmodell

Ansvaret for implementering av Nasjonal bemanningsmodell ble i 2016 overført fra det nasjonale prosjektet ledet av Helse Sør-Øst til den regionale styringslinjen. Det interregionale AD-møtet er styringsgruppe for arbeidet. De fire regionale administrerende direktørene legger dermed premisser for utvikling av modellen.

HR-staben i Helse Sør-Øst RHF har ledet det regionale arbeidet med støtte fra felles tjenesteleverandør Sykehuspartner. Innsatsen i 2016 har hatt fokus på strategisk forankring, kjennskap til modellen og økt datakvalitet. Modellen og arbeidet med den er presentert og diskutert i ulike ledelsesfora, HR direktørmøte, fagdirektørmøte og direktørmøte. Foretakene er fulgt opp på kvalitet på HR-data, særlig knyttet til varierende registreringspraksis for spesialsykepleiere.

Det er i tillegg gjennomført felles opplæring i modellbruk for utpekte ressurser fra alle foretak. Det settes i gang nye tiltak i 2017 for å gi ytterligere opplæring i både modellbruk og scenariometodikk.

Utvikle veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016

Det er i tråd med oppdraget utarbeidet en veileder for utviklingsplaner. Veilederen er behandlet i møtet mellom de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene den 25. april 2016, og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2016 til orientering.

Veilederen er styrebehandlet og implementert i alle de regionale helseforetakene. I Helse Sør-Øst RHF ble endelig veileder vedtatt 6. juni 2016 i styresak 056-2016 *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

Samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling

I samarbeid med Nasjonal ledelsesutvikling gjennomføres en pilot i Vestre Viken og samarbeidende kommuner hvor det fokuseres på ledelsesaspektene ved samhandlingsreformen.

Vestre Viken har i samarbeid med Bærum kommune foretatt en kartlegging av utfordringene og intervjuet både pasienter, fastleger, kommuneledere og sykehusledere.

Ut fra kartleggingen er det utviklet et nettverksbasert lederprogram med oppstart i januar 2017. Psykisk helse og rus er valgt som fagområde for arbeidet med ledelsesutvikling.

Gjennom programmet arbeides det med følgende temaer:

- Forbedre eksisterende samhandlingsflater
- Gi mulighet for etablering nye samhandlingsflater
- Øke kunnskapen om hverandres organisering og utfordringer knyttet til samhandlingen
- Tilføre ledere nyttig metodikk/verktøy
- Forsterke deltakernes ledernetverk
- Utvide perspektivet på samhandling «fra vugge til grav»

Programmet vil gå over hele våren 2017. Arbeidet dokumenteres slik at programmet kan videreføres til andre helseforetak. Det vil delta 12 ledere fra hvert forvaltningsnivå. Deltakerne skal arbeide med reelle problemstillinger.

Årlig gjennomgang av helseforetakene

Helse Sør-Øst ledet i 2016 det interregionale arbeidet om indikatorer om kapasitet/effektivitet og variasjon i helsetjenesten. I tillegg til de regionale helseforetakene er også Helsedirektoratet/NPR med i arbeidsgruppen. Arbeidet er i linjen forankret i det interregionale AD-møtet som svarer opp oppdraget til Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble avlevert til sammen 3 rapporter i 2016 der arbeidsgruppen har foreslått et sett med indikatorer for styringsmessig oppfølging. Dessuten har arbeidsgruppen utarbeidet systematiske sammenligninger på andel dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid for utvalgte prosedyregrupper. Utvikling av indikatorer og publisering av statistikk slik at data kan brukes på regionalt nivå, er et pågående arbeid i 2017.

Resultatet av arbeidsgruppens arbeid skal på regionalt nivå breddes og implementeres i det regionale innsatsarbeidet. I Helse Sør-Øst ivaretas dette gjennom tilgjengelighetsprosjektet der flere innsatsteam er inne på ulike helseforetak for å arbeide med kvalitetsforbedring. I 2017 er det også lagt opp til et spesielt fokus på enheter innen psykisk helsevern og TSB.

Rapportering fra arbeidet med oppfølging av avvikene påpekt i Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene pr. 1. juni og 1. oktober

Oppfølging av avvikene som er påpekt i revisjonsrapporten har foregått både i helseforetakene og på regionalt nivå gjennom ulike aktiviteter.

Bedre ressursstyring har vært et viktig satsingsområde for alle helseforetakene. Flere har gjort aktivitets- og bemanningsanalyser på ulike avdelinger – både som en konsekvens av økt oppmerksomhet på ressursstyring og for å løse utfordringer på området. Det er iverksatt en rekke tiltak i helseforetakene for å fremme bedre ressursstyring og mer samarbeid mellom kliniske enheter og dermed, samlet sett, få til mer effektiv bruk av pleieressursene.

I tillegg er det i 2016 gjennomført et regionalt prosjekt «*Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjekt*» hvor et av delprosjektene har hatt mål om å utarbeide en felles metodikk og verktøy for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging, samt utvikle måleindikatorer. En slik metodikk/verktøy er en av flere forutsetninger for å underbygge myndighetskrav som «time i hånden», seks måneders planleggingshorisont for timetildeling, bedre styringsinformasjon og samsvar mellom bemanning og aktivitet. Metodikken legger til grunn at faggrupper som skal

samarbeide må planlegge aktivitet og bemanning sammen, og de aktuelle ledere må sammen utarbeide koordinerte aktivitets- og bemanningsplaner. Arbeidet med å utvikle og implementere denne metodikken har vært krevende, med bakgrunn i streiken høsten 2016.

Økt samsvar mellom aktivitet og bemanning videreføres som fokusområde i 2017 for å sikre større grad av god ressursutnyttelse, forutsigbarhet for ansatte og langtidsplanlegging av pasientforløp.

Organisatoriske krav og rammer:

- **Bemanning**

Pasientsikkerhet

Det er et definert satsningsområde i HMS-rammeverket å se sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet. Satsningsområde følges jevnlig opp med HMS-lederne i regionen via HMS-ledermøte. Oslo universitetssykehus har startet et arbeid for å utvikle strategi for pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. Dette arbeidet følges opp i HMS-ledermøte og vil bli tema i det regionale direktørmøte i løpet av våren 2017.

For å løfte fokuset på sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet vurderes det å styrke dette perspektivet i obligatorisk HMS-opplæring i helseforetakene:

- Sammenslåing av medarbeiderundersøkelsen og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen piloterer høsten 2016 og implementeres nasjonalt i 2017.
- Det er etablert samarbeid innenfor fagområdene HMS, HR, kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst RHF.

Faste stillinger, heltid og vikarer

Ny felles heltidspolicy for Helse Sør-Øst ble vedtatt i desember 2014. Denne innebærer blant annet at alle stillinger i helseforetakene i utgangspunktet skal lyses ut som heltidsstillinger og unntak må begrunnes. 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.

Deltidsbruken ble vesentlig redusert i perioden 2011-13. Siden har omfanget endret seg lite. Korrigert andel deltid (fast ansatte) lå ved utgangen av 2016 (desember) for foretaksgruppen samlet på 24,3 prosent. Medregnet midlertidig ansatte, er deltidsandelen høyere (33 prosent). Omfanget varierer avhengig av helseforetakets lokalisering. Andelen er klart lavere i hovedstadsområdet enn sør og nord i regionen.

Helseforetakene har i samsvar med de felles retningslinjene tatt i bruk en rekke ulike tiltak for å bidra til redusert andel deltid, herunder:

- utlysings- og ansettelsespraksis, herunder fortrinnsrett for deltidsansatte
- permisjonspraksis, dvs. å redusere unødvendig bruk av permisjoner
- bemanningsenheter/vikarpooler
- kombinerte stillinger (inkl. sengepost/dagarbeidsenhet)
- endrede arbeidstids-/turnusordninger (inkl. lengre dagvakter og flere helgevakter)
- konvertering av variabel lønn til faste stillinger

Utfordringen knyttet til ufrivillig deltid er i hovedsak løst. Det er imidlertid fortsatt et behov for å redusere den selvvalgte deltidbruken i sykehusene. Dette krever andre typer tiltak.

Det er derfor også iverksatt generelle informasjonstiltak mot arbeidsmarked og utdanningsinstitusjoner samt målrettede tiltak mot nyutdannede og yngre i pleieyrkene, der deltidsandelen er størst. I tillegg vurderes trainee-ordninger og andre former for tilrettelagt praksislæring for nyutdannede- spesielt i pleieyrkene.

Det arbeides fortsatt for å øke bruken av faste stillinger og redusere omfanget av midlertidige ansettelser i foretakene. Det er gjort mye for å rydde opp i ansettelsesforhold tidligere. Innsatsen rettes nå særlig mot korttidsansatte på timelønn, der det største potensialet for reduksjon finnes. En ytterligere reduksjon i denne gruppen må ses i sammenheng med den regionale innsatsen for bedre ressursstyring. Arbeidet med å videreutvikle og implementere metodikk for aktivitetsstyrt bemannings- og fraværplanlegging har hatt høy prioritet i Helse Sør-Øst i 2016 og videreføres i 2017.

Rekruttere og utvikle kvinnelige ledere

Det er i 2016 tilsatt 1 kvinnelig administrerende direktør, 2 kvinnelige viseadministrerende direktører og 1 kvinnelig klinikkdirektør.

Blant deltakere fra Helse Sør-Øst på Nasjonalt topplederprogram er mellom 50 prosent og 65 prosent kvinner. Behovet på lengre sikt ivaretas bl. a. av ledertalentprogrammet. I helseforetakenes foretaksinterne lederutviklingstiltak er godt over 50 prosent kvinner.

• Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Målet er innfridd i henhold til plan for 2016, selv om enkelte aktiviteter fortsetter inn i 2017/2018. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp og lukket avvik fra Riksrevisjonens kontroll angående:

- a) Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler (EPJ). Kontroll gjennomført 2013-2014.
- b) Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr. Kontroll gjennomført 2014-2015.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport. Hovedaktiviteter:

1. Bestillingsskjema, med autorisasjon hentet fra HR-system
2. Versjon av DIPS - beslutningsstyrt tilgang
3. Regional standardisering av DIPS
 - HR-data
 - Org-struktur
 - Dokumentstruktur
 - Arbeidsrutiner
4. Realisere regionale tilgangsprinsipper i DIPS
5. Automatisering av tildeling og forvaltning av tilganger (IDM/IAM)
6. Systematisk gjennomgang av logger – NIKT-prosjekt
7. Regionalisere og oppdatere styringssystem for informasjonssikkerhet
8. Systematisk gjennomføring av revisjon knyttet til tilganger
9. Systematisk risikovurdering av tilgangskontroll
10. Systematisk og lik opplæring av personell i forbindelse med tilganger

Noen aktiviteter er gjennomført for alle helseforetak, men det totale innføringsløpet vil strekke seg inn i 2018 for enkelte helseforetak.

Felles arbeid på tvers av regionene omfatter blant annet:

- Arbeid forbindelse med Nasjonal IKT systemeierforum hvor alle regionene deltar og hvor tiltakene tas opp.
- Dialog mellom DIPS ASA og de regionale helseforetakene, for felles utvikling av kravsett til DIPS Arena.
- Prosjekt og etablering av felles løsning for systematisk gjennomgang av logger i Norsk Helsenet, er et felles nasjonalt prosjekt som omfatter alle fire regionale helseforetak og deres helseforetak.

Angående helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr så er det etablert felles krav til IKT og informasjonssikkerhet, til bruk ved anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr. Kravene er forankret i alle relevante fagmiljø (IKT, medisinsk-teknisk, Sykehuspartner drift og sikkerhetsmiljø). Dette er tatt inn som del av det regionale styringssystem for informasjonssikkerhet (revidert og vedtatt i 2016).

Helse Sør-Øst RHF har gitt en skriftlig rapportering ved oppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet 22. juni 2016 av status for oppfølging og lukking av avvikene. Rapporteringen forbindelse med avvik avdekket av Riksrevisjonen har hatt spesielt fokus på avvik som ikke er lukket, samt status og plan for eget og felles arbeid med å etablere systemer og rutiner som sikrer lukking av avvikene. Et annet viktig element i rapporteringen er den grundige forankringen som er gjort for å sikre lukking av avvikene, herunder robuste løsninger som varer over tid.

Rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører

Helse Sør-Øst RHF har regionale varslingsrutiner som har blitt vurdert opp mot bestillinger og føringer fra foretaksmøtet. Forbedringer er iverksatt der det er påkrevet.

Helse Sør-Øst RHF deltar aktivt i Nasjonal IKT HF's forvaltningsgruppe for systemsvikt. Gruppen ble etablert i 2015 og har utarbeidet en prosess for melding, koordinering og behandling av identifisert svikt i PAS/EPJ systemer. I 2016 har Nasjonal IKT forvaltningsgruppe for systemsvikt utarbeidet en felles prosedyre for alle helseregioner som sikrer informasjon på tvers av regioner og internt i egen region ved systemsvikt i pasientadministrative rutiner, EPJ systemer og Medisinsk Teknisk Utstyr.

Organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT

I regi av Helse Sør-Øst RHF er det iverksatt flere prosjekter i regionen, hvor alle har som mål å sikre og ivareta pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern (iht. bestilling fra Foretaksmøtet). Hovedpunktene i vår oppfølging på området, som utgangspunkt for samarbeid med de andre regionene, er:

1. Evaluering av Sykehuset Østfold HF's samhandlingsmodell for drift og forvaltning av MTU-IKT, sluttrapport forventes innen desember 2016.
2. Utarbeidelse av mandat for en samhandlingsarena mellom Helse Sør-Øst RHF avdeling Teknologi og eHelse og Strategisk forum for medisinsk teknologiske tjenester.

3. Felles regional serviceavtale som regulerer alle merkantile forhold inkludert forhold som informasjonssikkerhet, personvern, databehandler avtale og fjernaksesavtaler hvor dette er relevant.
4. Utarbeidelse av et standardisert sett med krav for IKT, informasjonssikkerhet og personvern som skal benyttes ved alle medisinsk tekniske utstyrsanskaffelser fremover.

Sykehuset Østfold har, som del av å etablere nytt bygg med regionale tjenester og datasenter, etablert en samhandlingsmodell knyttet til effektiv ivaretagelse av MTU-IKT drift og oppfølging. Samhandlingsmodellen med tilhørende avtaler og prosesser er utarbeidet sammen med Sykehuspartner. Høsten 2016 ble det nedsatt en styringsgruppe for å vurdere hvordan erfaringene fra Sykehuset Østfold kan legge grunnlag for en videreføring av arbeidet med å etablere en regional samhandlingsmodell for MTU-IKT. Styringsgruppen vil legge frem forslag til forbedringer av prosesser for mer samordnet drift og forvaltning av MTU-IKT, herunder også roller og ansvar. Det vil bli tatt initiativ for å dele funn i evalueringen, erfaringer med «Østfold-modellen» og samarbeide videre med de andre helseregionene.

Helse Sør-Øst RHF deltar i informasjonssikkerhetsarbeid i regi av Nasjonal IKT, med mål om en felles tilnærming til ivaretagelse av pasientrelatert informasjon fra medisinskteknisk utstyr. Helse Sør-Øst RHF har vært en aktiv pådriver for at Direktoratet for e-helse skal ta en koordinerende rolle når det gjelder samarbeid mellom de regionale helseforetakene; i vurderinger av organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT. Målsetningen er å sikre en samlet tilnærming og økt kompetanse på informasjonssikkerhet og personvern.

Samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak

Dette er kontinuerlig og pågående arbeid som ansees som innfridd for 2016.

Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til utvikling og innføring av nasjonale IKT-løsninger, samt styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonale organer for prioritering og styring av nasjonale satsninger innenfor e-helse underlagt Direktoratet for e-helse, som Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget NUIT, fagutvalget NUFA, m.m..

Helse Sør-Øst RHF har bidratt med ressurser direkte inn i direktoratets arbeid. I tillegg arbeides det aktivt internt i regionen med innføring av IKT-prosjekter styrt fra direktoratet, spesielt innenfor digitale pasient- og innbyggertjenester, og prehospitall område.

Nasjonalt senter for e-helseforskning

På strategisk nivå er Helse Sør-Øst RHF representert i styret for Nasjonalt senter for e-helseforskning.

På operativt nivå er det dialog med enhet for eHelse, hvor Helse Sør-Øst RHF har invitert senteret til å bidra inn i innføringen av digitale pasient- og innbyggertjenester i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har gitt innspill til nasjonal kartlegging av tiltak innenfor e-helseforskning.

Via Direktoratet for e-helse har Helse Sør-Øst RHF gitt innspill til innhold i oppdragsbrev for Nasjonalt senter for e-helseforskning.

- **Beredskap**

Gjennomføring av risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT

Oppfølging av arbeidet med sikker drift og beredskap følges opp i den ordinære virksomhetsstyringen. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst rapporterer om gjennomføring av risikoanalyser for kritisk infrastruktur innen vann, strøm og IKT i tråd med oppdraget for 2016

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 er gjennomført et regionalt prosjekt for å utarbeide regionale metoder og praksisveiledere innenfor sikker drift og beredskap for kritisk infrastruktur. Målsettingen med prosjektet har vært 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. I 2016 er verktøy for tilstandsvurdering av kritisk infrastruktur pilotert i to helseforetak. Metodikken implementeres i 2017.

Arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

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

Beredskap øves på mange nivåer innen helseforetaksgruppen og i samarbeid med andre nødetater, fylkesberedskapsråd, grenseredningsråd, relevante industribedrifter mv. Akuttpersonell øver rutinemessig. Det gjennomføres en årlig øvelse blant topplederne med strategisk vinkling basert på overordnet planverk.

I et regionalt prosjektarbeid i 2016 er det foretatt en gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i regionen og i helseforetakene. Datagrunnlaget har bestått av nasjonale normgivende dokumenter, den regionale beredskapsplanen med tilhørende delplaner, helseforetakenes overordnede beredskapsplaner samt intervjuer i alle helseforetakene. Gjennomgangen viser at ulikheter mellom helseforetakenes planverk ikke medfører vesentlige utfordringer, men at håndteringen av beredskapsarbeid og krisehåndtering vil kunne forbedres gjennom bevisst bruk av andre samordningstiltak. Anbefalingene fra gjennomgangen følges opp ved endringer i regional beredskapsplan, samt utarbeidelse av en delplan for prehospitalet beredskap.

I tilknytning til regional beredskapsplan er det utredet et felles regionalt rammeverk for personellplanlegging. Nytt felles rammeverk ble besluttet primo 2016 etter forankring i aktuelle regionale fora og er implementert i foretakene i løpet av høsten 2016. Retningslinjene angir oppgaver, ansvar og organisering knyttet til forberedende tiltak og akutte tiltak i en krisesituasjon. Det er derved etablert standardiserte rutiner som blant annet omfatter bruk av arbeidstidsrammer og omlegging av arbeidsplaner, omdisponering av ansatte, rekruttering av ekstrapersonell, opplæring og støttetiltak, tilpasning av personellforvaltning, innleie av personell og beordring.

Alle helseforetak har etablert legemiddelkomité som blant annet ivaretar oppgaver i henhold til anbefaling i Rapport om nasjonal legemiddelberedskap.

Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap er implementert.

Iht. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. juli 2016 rapporterte Helse Sør-Øst RHF 19. september 2016 om sikkerhetstilstanden i sivil sektor.

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at de regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av sikkerhetsloven. Helse Sør-Øst RHF har etablert sikkerhetsorganisasjon og rutiner for informasjonssikkerhet iht. dette. Det er utarbeidet et rammeverk for tilsvarende etablering på helseforetaksnivå. Ved utgangen av 2016 har alle helseforetak kommet langt med dette arbeidet. Arbeidet forventes avsluttet i løpet av første halvår 2017.

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. Helseforetakene har i 2016 arbeidet med å implementere tiltak i *veileder for sikkerhet i sykehus* og gjennomført risikoanalyser innenfor sikkerhetsområdet.

Bidrag i redningsledelse ved hovedredningsssentralene og i lokale redningsssentraler)

Det følger av pkt. 2-2 og 3-3 i Organisasjonsplan for redningstjenesten at de statlige sentrale samvirkepartnerne i redningsledelsen ved hovedredningsssentralene (HRS) og de lokale redningsssentralene (LRS) blant annet skal bestå av en representant for Helsedirektoratet. Etter henvendelse fra Helsedirektoratet har aktuelle helseforetak i Helse Sør-Øst foreslått personer som deretter er utpekt som Helsedirektoratets representanter i LRS. Helsedirektoratet har utarbeidet instruks for disse representantene.

I forbindelse med overgang fra 27 til 12 politidistrikter (Nærpolitireformen) på fastlands-Norge er det fastsatt en overgangsordning for LRS som innebærer at eksisterende LRS opprettholdes med gjeldende sammensetning fram til nye lokale redningsssentraler kan etableres i ny organisasjonsstruktur.

- **Etablering av ungdomsråd**

Alle aktuelle HF er i gang med arbeid med å etablere ungdomsråd. Retningslinjer for ungdomsråd er omhandlet i felles retningslinjer for brukervedvirkning.

- **Avtalespesialistordningen**

Helse Sør-Øst RHF er nå i innspurten på utarbeidelse av en regional plan som skal gi bedre oversikt over hvilke spesialiteter nye driftsavtaler bør ha, samt hvor de geografisk skal lokaliseres. Med denne som utgangspunkt vil det kunne legges til rette for en ønsket vekst i antall driftsavtaler. Helse Sør-Øst RHF deltar i pilot: LIS i avtalepraksis, avventer nødvendige tiltak for å kunne gjennomføre pilot: rettighetsvurdering i avtalepraksis.

- **Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester**

Bruk av tidsubestemte avtaler med oppsigelsesadgang

Helse Sør-Øst RHF har allerede løpende avtaler innen psykisk helsevern, rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vurderes ikke som aktuelt å inngå løpende avtaler med de kommersielle leverandørene innen somatikk, laboratorieområdet eller radiologi.

Vurderinger av hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester

Ved anskaffelser gjennomfører Helse Sør-Øst RHF tilbyderkonferanser hvor man har dialog både om hvilke tjenester som ønskes kjøpt og om innretningen på kjøpet. Det etterspørres da innspill både på kvalitative forhold og på prismodeller/evalueringsmodeller. Dette ble eksempelvis gjort våren 2016 som en del av anskaffelse av rituell omskjæring. Ut over dette vil kvalitative forhold være en del av avtaleoppfølgingen i avtaleperiodene. Denne kunnskapen vil så bli trukket inn i arbeidet med anskaffelsen.

Samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter

Helse Sør-Øst RHF har årlige dialogkonferanser med alle ideelle leverandører innen henholdsvis rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor det både gis informasjon om aktuelle prosesser og saker og hvor samarbeid og arbeidsfordeling drøftes. Det gjennomføres videre enkeltmøter med både ideelle og kommersielle avtaleparter knyttet til konkrete problemstillinger og behov for faglig samarbeid innen ulike fagområder. Det er et tett faglig samarbeid mellom leverandørene og helseforetakene særlig knyttet til behandlingen av enkeltpasienter. Helse Sør-Øst RHF har i dialogen med helseforetakene lagt til grunn at dette også gjøres når det gjelder fagutvikling hvor dette er nødvendig. De ideelle leverandørene er representert i fagrådene på disse områdene. Fagrådene er rådgivende for fagdirektør i saker som omhandler kvalitet og fagutvikling.

Tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2016 kun en anskaffelse (rituell omskjæring) og startet opp en tilleggsanskaffelse innen TSB. Det ble ikke vurdert som hensiktsmessig å gjennomføre disse konkurransene på bakgrunn av fastlagt pris. Det vil i TSB-anskaffelsen bli anskaffet svært ulike tilbud hvor mange forhold vil påvirke tilbud, prissetting og valg av leverandør(er). Helse Sør-Øst RHF vil fortløpende vurdere om fastpris vil være hensiktsmessig ved kommende anskaffelser.

• Deltakelse i utviklingsarbeid

Helse Sør-Øst deltar i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

• Fritt behandlingsvalg (FBV)

Helse Sør-Øst deltar i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for FBV. Helse Sør-Øst er representert i forvaltningsrådet for FBV og bidrar løpende med innspill og vurderinger etter forespørsler fra Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst deltar i møter i konsultasjonsmekanismen og har også en formalisert rolle mht. beslutninger om endringer i tjenestene som er omfattet av ordningen.

Økonomiske krav og rammer:

• Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

Foreløpige tall for 2016 viser et positivt resultat på om lag 1,1 milliarder kroner. Endelig resultat for 2016 vil først foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Foreløpig regnskap viser et resultat som er 371 millioner kroner bedre enn budsjettert for 2016.

De fleste helseforetakene har positive resultater i 2016. Sykehuset Østfold har imidlertid et foreløpig negativt resultat på om lag 430 millioner kroner med et tilhørende negativt budsjettavvik på 181 millioner kroner. Tillatt underskudd var 252 millioner kroner i 2016. I november 2015 ble det nye sykehuset i Østfold åpnet, og det har vist seg krevende å få kontroll med driftsmessige forhold for å oppnå økonomiske resultater som er i tråd med budsjettene. Det arbeides med å identifisere og implementere effektiviseringstiltak med støtte av et innsatsteam fra Helse Sør-Øst RHF.

Alle helseforetakene i hovedstadsområdet viser for første gang positive resultater, selv om disse samlet sett ikke når de budsjetterte målene. Dette er en positiv utvikling selv om det fortsatt gjenstår en del driftsmessige tilpasninger for å få varig kontroll på driftsøkonomien ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus.

Samlet for foretaksgruppen er det et tilfredsstillende resultat for 2016.

Ved inngangen til 2016 er samlet driftskredittramme for de regionale helseforetakene på 6 196 millioner kroner, jf. Prop 1S (2015-2016). Herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 339 millioner kroner. I Prop. 1S (2015-2016) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremie blir 4 350 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2016. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 12. januar 2016 at samlet ramme for driftskredit skulle reduseres med 4 350 millioner kroner ved utgangen av 2016, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 2 341 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's driftskredittramme for 2016 reduseres således fra 3 339 millioner kroner ved inngangen til 2016 ned til 998 millioner kroner ved utgangen av 2016.

Ved behandling av Prop. 122 S (2015-2016) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016* ble det samlet bevilget 4 050 millioner kroner til dekning av antatt lavere pensjonskostnad i 2016. Driftskreditrammen for de regionale helseforetakene ble på denne bakgrunn satt opp med 4 050 millioner kroner, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel av dette utgjorde 2 180 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskredit pr. 31. desember 2016 justert fra 998 millioner kroner til 3 177,7 millioner kroner.

Ved behandlingen av Prop. 26 S (2016-2017) *Endringer i statsbudsjett 2016 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble det foreslått å øke de regionale helseforetakenes ramme for driftskredit med 100 millioner kroner nasjonalt, fra 5 896 millioner kroner til 5 996 millioner kroner, som følge av en tilsvarende økning i pensjonspremie i 2016. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde økningen 54,3 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskredit pr. 31. desember 2016 justeres fra 3 177,7 millioner kroner til 3 232 millioner kroner.

Endringene i driftskredittramme som beskrevet over, gir et nasjonalt nedbetalingskrav i 2016 på 200 millioner kroner grunnet pensjon. Av dette utgjør Helse Sør-Øst RHF's andel 107 millioner kroner. Av Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskredit som pr. 31. desember 2016 var 3 232 millioner kroner, er det trukket opp med 3 161 millioner kroner, dvs. nærmere 100 prosent.

• **Investeringer og lån**

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2016 tildelt og utbetalt 415 millioner kroner i lån til investeringer, med henholdsvis 315 millioner kroner til lån til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus og 100 millioner kroner til «*Tønsbergprosjektet*» ved Sykehuset i Vestfold. Midlende er tilgjengeliggjort disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektene likviditetsbehov.

- **Måling av kostnad pr. pasient**

I april 2016 sendte Helsedirektoratet ut et utkast til KPP spesifisering for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til nasjonal strategigruppe KPP. I mai ble innspillet svart ut i en felles notat fra alle de fire regionale helseforetakene til Helsedirektoratet. Innspillene viser at alle helseregioner kan levere på KPP-spesifiseringen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- **Nøytral merverdiavgift for helseforetakene**

Helse Sør Øst RHF har sammen med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet deltatt i arbeidet med utarbeidelsen av regelverket for nøytral merverdiavgift for helseforetakene.

Gjennom høsten 2016 har Helse Sør-Øst RHF arrangert kurs og konferanser hvor den nye ordningen har vært tema. Samtidig har arbeidet med å tilpasse de ulike økonomi- og innkjøpssystemene i Helse Sør-Øst pågått.

Helse Sør-Øst RHF er godt forberedt på den nye ordningen.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016

- **Fra foretaksmøte 10. desember 2015**

Sak 3 Etablering av partikkelterapi og protonbehandling – mandat for konseptfase

I tråd med oppdraget ble det utarbeidet en konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Prosjektet ble gjennomført som et nasjonalt prosjekt og Sykehusbygg HF ledet arbeidet på vegne av og etter oppdrag fra de fire regionale helseforetakene.

I Helse Sør-Øst RHF ble endelig rapport behandlet som styresak 064-2016 *Konseptfase – etablering av protonbehandling*.

- **Fra foretaksmøte 8. mars 2016**

Sak 3: Inngåelse av leieavtale om periferiutstyr og lagring jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Oppdraget er en oppfølging av Helse Sør-Øst RHF styresak 087-2015, behandlet 17. desember 2015, med vedtak: «*Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Sykehuspartner HF fullmakt til å investere opp til 185 millioner kroner i periferiutstyr og lagring. Det godkjennes at disse investeringene finansieres ved finansiell leasing, forutsatt godkjenning av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at fordelingen av investeringene mellom periferiutstyr og lagring blir i henhold til søknad fra Sykehuspartner HF og etter avklaring med Helse Sør-Øst RHF.*»

Godkjenning i foretaksmøte har resultert i effektivering av styrevedtaket ovenfor. Sykehuspartner har innført leasing av periferiutstyr til bruk på alle helseforetak i regionen.

Sykehuspartner har benyttet finansiell leasing til å finansiere investeringer i periferiutstyr og lagring. I foreløpig rapportering per desember 2016 beløper dette seg til 118 millioner kroner.

- **Fra foretaksmøte 4. mai 2016**

Sak 7: Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse Sør-Øst har lagt til grunn Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i arbeidet med planer og drift av spesialisthelsetjenesten. Dette

har kommet til uttrykk i de oppdrag som er gitt helseforetakene og føringer som er gitt for innretning av tjenestetilbudet.

Spesielt om stedlig ledelse

Helse- og omsorgsdepartementet ved Eieravdelingen etterspør i egen e-post datert 6. februar 2017 rapportering i forhold til den delen av sak 7: *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan* som omhandler stedlig ledelse.

I Helse Sør-Øst er stedlig ledelse ved alle foretak normen på utøvende nivå (nivå 3-4, 5). Når det gjelder sykehus- og klinikknivået (nivå 1-2) varierer situasjonen noe, blant annet avhengig av geografiske avstander internt i det enkelte foretak. I hovedsak har foretakene likevel stedlig ledelse ved de enkelte underliggende sykehus og somatiske klinikker.

Akershus universitetssykehus: Helseforetaket mangler stedlig ledelse på Ski sykehus. Det pågår imidlertid prosess for å se på driftsmodeller der fremover. Følgende løsning er foreløpig lagt til grunn: «Det er viktig å ha en stedlig koordinator/leder på Ski sykehus i en videre prosess mot et dagsykehus».

Oslo universitetssykehus: Helseforetaket har om lag 80 av 1000 organisasjonenheter på utøvende nivå: Fra og med 1. januar 2016 ble fem klinikker delt. Antallet klinikker i helseforetaket ble dermed økt fra 9 til 15. Alle 15 klinikker har virksomhet på mer enn ett sted/sykehus. Det samme gjelder om lag 50 av avdelingene. I disse tilfellene er det en stedsovergrepene ledelse, dvs. på nivå 2 og nivå 3.

I fire av de nyetablerte klinikkene har det i 2016 vært gjennomført en organisasjonsgjennomgang, som har resultert i forslag til ny organisering av klinikken. Ny organisering ventes iverksatt i 2017. Viktige formål med organisasjonsendringene har vært innføring av stedlig ledelse der det ikke forekommer i dag, og redusert bruk av koordinatorfunksjoner, redusert kontrollspenn for ledere, kortere lederlinjer internt i klinikkene og mer flerfaglig organisering, dvs. organisering ut fra oppgaveløsning framfor fagspesialitet/yrkesbakgrunn.

Gjennom disse omorganiseringene vil innslaget av stedlig ledelse øke ytterligere, først og fremst på seksjons- og enhetsnivå (nivå 4 og 5), men i noen tilfeller også på avdelingsnivå (nivå 3). Eksempelvis vil Ortopedisk klinikk bli organisert med en ortopedisk avdeling på hhv. Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Skadelegevakten. Antall organisasjonenheter uten stedlig ledelse ventes følgelig å bli ytterligere redusert fra dagens om lag 80 av rundt 1000 organisasjonenheter.

Sunnaas sykehus: Helseforetaket har organisert all sin virksomhet på Nesodden med gjennomgående stedlig ledelse, med unntak av to enheter som driftes på Aker helsearena (poliklinisk virksomhet). Der er det stedlig ledelse på nivå 3.

Sykehusapotekene: Helseforetaket har gjennomgående stedlig ledelse ved alle lokasjoner.

Sykehuset i Vestfold: Helseforetaket mangler stedlig ledelse i Larvik og ved klinikker for psykiatri og rusbehandling.

Sykehuset Innlandet: Helseforetaket har stedlig ledelse som gjennomgående organisatorisk prinsipp. Dette er gjennomført med enkelte unntak ved nærliggende lokasjoner.

Sykehuset Telemark: Helseforetaket manglet tidligere stedlig ledelse på kirurgi- nivå 3 på Notodden. Dette er endret fra 1.5.16, da det ble tilsatt egen avdelingsleder der.

Sykehuset Østfold: Helseforetaket har ikke stedlig ledelse ved alle enheter på sykehus- og klinikknivå (nivå 1-2). På utøvende nivå (nivå 3-4) er det imidlertid gjennomført i de fleste enheter.

Sykehuspartner: Helseforetaket har gjennomgående stedlig ledelse ved alle lokasjoner.

Sørlandet sykehus: Helseforetaket manglet tidligere stedlig ledelse i Arendal og Flekkefjord. Foretaket endret klinikkstruktur 1. januar 2016 og innførte stedlig ledelse for somatiske klinikker i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Det ble samtidig etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for psykisk helse, rus og avhengighetsbehandling og klinikk for medisinsk service ble videreført som tverrgående klinikker, men har stedlige avdelingssjefer og ledere på enhetsledernivå.

Vestre Viken: Helseforetaket har fire stedlige somatiske klinikker og fire tverrgående klinikker. De somatiske klinikkene- Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus - har stedlig ledelse på nivå 2, 3 og 4.

De fire tverrgående klinikkene- Klinikk for Psykisk helse og rus, Klinikk for medisinsk diagnostikk, Klinikk for intern service og Klinikk for prehospitale tjenester- er organisert som følger:

- Klinikk for psykisk helse og rus har ikke stedlig ledelse på nivå 2, men har det på nivå 3 og 4
- Klinikk for medisinsk diagnostikk har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4
- Klinikk for intern service har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3, men har det på nivå 4
- Klinikk for prehospitale tjenester(dekker kun Buskerud, Asker og Bærum dekkes fra Oslo universitetssykehus) har ikke stedlig ledelse på nivå 2 og 3.

Spesielt om regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016 ble oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan behandlet, og det ble lagt til grunn at alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner. Oppdraget ble utdypet i foretaksmøtet 10. januar 2017 der det ble fremhevet at utviklingsplanene må ses samlet slik at de sikrer det samlede tjenestetilbudet i regionen. Videre ble det pekt på at utviklingsplanene også må ses i nasjonal sammenheng, og at det er viktig at alle regioner benytter felles metodikk for framskrivinger av kapasitetsbehov. De regionale helseforetakene skal *«utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan»*.

Det er utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner, ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 i sak 056-2016. Denne skal legges til grunn for arbeidet med utviklingsplanene.

Høsten 2016 har Helse Sør-Øst RHF arbeidet særskilt med faglige føringer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering. I tillegg er hjerneslagsbehandling, kreftkirurgi og prehospitale tjenester viet oppmerksomhet. Det er også laget en sammenstilling av gjeldende strategier og planer som skal legges til grunn for

helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner ble styrebehandlet 2. februar 2017 (sak 008-2017).

«*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*» definerer, sammen med de føringene som er angitt i styresak 008-2017, rammen for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Helse Sør-Øst RHF vil i samsvar med veilederen gjennomføre dialogmøter med de respektive helseforetak ved oppstart av arbeidet, underveis og før helseforetakene styrebehandler utviklingsplanen.

Helse Sør-Øst RHF vil parallelt starte arbeidet med en regional utviklingsplan, og vil ta hensyn til helseforetakenes utviklingsplaner underveis, med endelig ferdigstilling av regional utviklingsplan per 31.12.2018. I forbindelse med dette vil en ta stilling til revisjon av gjeldende strategi «*Plan for strategisk utvikling 2013-2020*».

Det gjenstår fortsatt et arbeid med standardisering av prosessen for framskrivinger og beregning av kapasitet. Helse Sør-Øst RHF har i foretaksmøteprotokollen av 10. januar 2017 fått i oppdrag å redegjøre for Helse- og omsorgsdepartementet hvordan regionene vil samordne sitt arbeid både når det gjelder sentrale variabler for framskrivinger av kapasitetsbehov (som demografi og sykdomsutvikling, oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, endrede driftsmodeller knyttet til nye behandlingsformer, medisinsk teknisk utvikling, nye teknologiske løsninger med mere) og hvordan man sikrer utvikling og bruk av felles metodikk for framskriving. Et første skritt er å gjennomføre felles regional kapasitetsframskriving første kvartal 2017, som grunnlag for helseforetakenes utviklingsplaner. Kapasitetsframskrivingene vil gjøres både på regionalt nivå og for det enkelte helseforetak. Arbeidet vil ledes av Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene vil involveres i arbeidet.

Utviklingsplanene lages på helseforetaksnivå. Det er likevel nødvendig at en har perspektiv utover eget helseforetak for å identifisere og utnytte muligheter for samarbeid og oppgavedeling med andre helseforetak. Det vil særlig gjelde der det er flere helseforetak innenfor et sykehusområde. I Oslo må Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF samordne sine utviklingsplaner, og samarbeide med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om det samlede spesialisthelsetilbudet.

- **Fra foretaksmøte 4. mai 2016**

Sak 3: Inngåelse av leieavtale om prefabrikkert bygg ved Oslo universitetssykehus HF, jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Prosjektet avventes foreløpig, i påvente av videre vurderinger av bygningsmessige behov som følge av det videre utredningsarbeidet på bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus.

- **Fra foretaksmøte 22. juni 2016**

Sak 4: Oppfølging av «Én innbygger - én journal»

Gjennom det regionale fornyingsprogrammet Digital fornying videreutvikler Helse Sør-Øst RHF's IKT-systemer i tråd med målene i Meld. St. 9 *Én innbygger – én journal*.

Når det gjelder målet om best mulig samhandling opp mot en nasjonal løsning for kommunene, så har Helse Sør-Øst RHF bidratt i utredning- og planleggingsarbeid gjennom nasjonale fora underlagt Direktoratet for e-helse og gjennom faste arbeidsmøter med Direktoratet for e-helse.

Sak 5: Virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF

Virksomhetsoverdragelsen er gjennomført fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus.

Sak 6: Vestre Viken HF - konseptfase nytt sykehus i Drammen

I styresak 054-2016 forutsatte styret i Helse Sør-Øst at det skulle iverksettes tiltak for å tilpasse prosjekt nytt sykehus i Drammen til planforutsetningene gjennom blant annet følgende forhold:

- Generell optimalisering av foreliggende skisseprosjekt
- Revurdering av helseforetakets interne fordeling av funksjoner og kapasiteter
- Vurdering av etappevis utbygging og fremdriftsmessige forutsetninger
- Større grad av egenfinansiering

Styret i Helse Sør-Øst ba i styresak 054-2016 om at arbeidet oppsummeres i en egen sak til styret som behandles før oppstart av forprosjekt.

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet med å utrede tiltakene og det er planlagt at styret i Helse Sør-Øst RHF skal behandle saken i februar 2017.

- **Fra foretaksmøte 24. juni 2016**

Sak 3: Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF har siden vedtaket i styresak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* arbeidet videre gjennom høsten 2016 med videre utredningsarbeid i forkant av videreføring av prosjektene til konseptfaser. Konseptfaser startes opp 2017 for Regional sikkerhetsavdeling samt klinikkbygg på Radiumhospitalet, arbeider som planlegges ferdigstilt våren 2017 og styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 15.juni 2017. Ved samme tidspunkt vil det også behandles sak om oppstart av konseptfase for prosjektene på Gaustad og Aker.

- **Fra foretaksmøte 15. september 2016**

Sak 3: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst - godkjenning av finansiell leasing jf. vedtektene § 12 Låneopptak

Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 069-2016 *IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst* å inngå avtale med ekstern partner for gjennomføring av modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur som grunnlag for digitalisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser, samt at forholdet knyttet til finansiell leasing ble forelagt foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Bruk av finansiell leasing for finansiering av IKT infrastruktur og periferiutstyr var en forutsetning lagt til grunn ved forhandling av avtale med en ekstern leverandør for Sykehuspartner.

Sykehuspartner ble i foretaksmøte 15. september 2016 gitt i oppdrag å inngå kontrakt med tilbyder med det mest fordelaktige tilbudet i henhold til den gjennomførte konkurransen, samtidig som Sykehuspartner ble gitt gjennomføringsansvaret på vegne av foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Kontrakt er inngått med Hewlett Packard Enterprise (HPE) for modernisering og drift av IKT-infrastruktur. Det fremgår av styresak 102-2016 at Sykehuspartners viktigste aktiviteter etter kontraktsignering har vært mobilisering av prosjektorganisasjon og programstyre, samt oppstart av detaljert planlegging inkludert grensesnitt mot Digital fornying og helseforetakene.

Sykehuspartner har sammen med ekstern leverandør etablert et regionalt program for modernisering av IKT infrastruktur i Helse Sør-Øst. Ved utgangen av 2016 har kontrakten med ekstern leverandør vart i to måneder, og det er foreløpig ingen forhold utløst av tjenesteavtalen som medfører at elementer i avtalen skal klassifiseres som finansiell leasing. Det vil bli aktuelt på senere tidspunkt gjennom kontraktens løpetid.

- **Andre rapporteringer fra Helse Sør-Øst RHF**

Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst

I vedlegg 6.5 *Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre*, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet er vitenskapelige artikler og konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring listet opp for hvert av de 22 nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst. Opplysningene er basert på kvalitetsregistrenes årsrapporter for 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet gjøres, i år som i fjor, oppmerksom på at de nasjonale kvalitetsregistrenes frist for leveranse av årsrapport til sine respektive regionale helseforetak er 1. oktober det påfølgende år, og at det således er et etterslep på mer enn ett år. Dette betyr at per dags dato er kun 2015-opplysninger om de nasjonale kvalitetsregistrene tilgjengelige, og at tilsvarende opplysninger for 2016 først vil foreligge 1. oktober inneværende år.

De nasjonale kvalitetsregistrenes årsrapporter inngår i et innarbeidet årshjul, der frist for ferdigstillelse av årsrapport samsvarer med når det er praktisk mulig for registrene å ha kvalitetssikrede data klare. Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistres har utarbeidet en statusrapport om hvilke sykehus som registrerer/skal registrere til de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Statusrapporten vil bli omtalt i Helse Sør-Østs oppdrag- og bestillerdokument til helseforetakene for 2017 og brukt i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Årlig forsknings- og innovasjonsrapport fra spesialisthelsetjenesten

Den årlige forsknings- og innovasjonsrapporten fra spesialisthelsetjenesten er levert innen fristen, samt overlevert til statsråden på seminar 31. mars 2016. De fire regionale helseforetakene samarbeider om rapporten under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Prosjekter ble nominert regionalt og valgt av arbeidsgruppen. Artikler ble utarbeidet innad i regionene og siden koordinert av prosjektleder, bearbeidet redaksjonelt ved Helse Sør-Øst i tett dialog med Prepress byråservice som sto for design og trykk. Den nye fristen iverksettes for rapporten for 2016 som skal leveres innen 1. juni 2017.

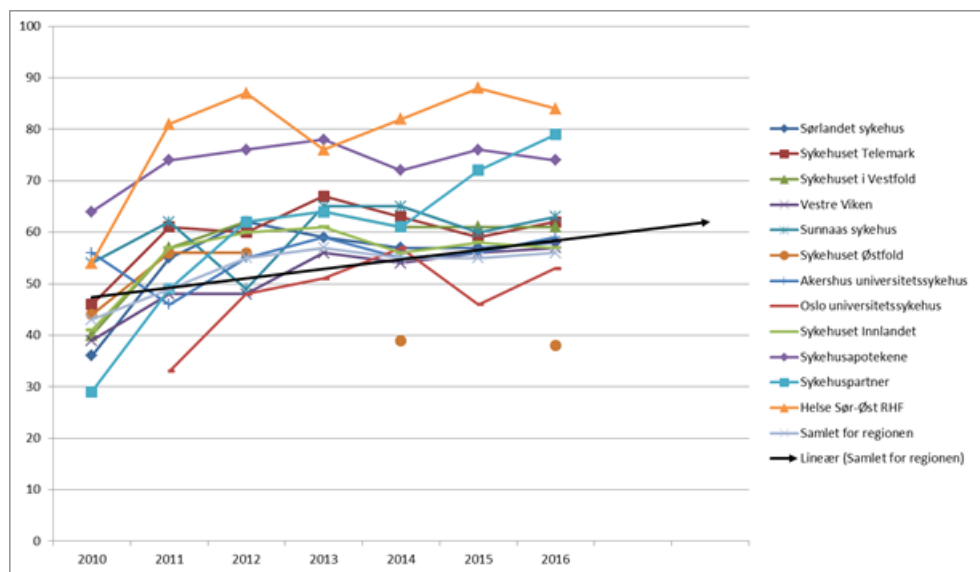
Forskning utenfor universitetssykehusene

Helse Sør-Øst RHF har i 2016 også satset spesielt på forskning utenfor universitetssykehusene og tildelt i alt seks strategiske forskerstipend ved disse sykehusene etter en egen utlysning. Den regionale forskningsstøttefunksjonen som er finansiert av regionale forskningsmidler er styrket og målrettes nå mot kliniske studier.

Det arbeides for styrking av IKT-tilbudet til forskning gjennom et eget program i Digital fornying (RIF). På sikt vil dette arbeidet legge til rette for bedre utnytting av ressursene avsatt til forskning og for styrket, sikret bruk av data fra kvalitetsregistre og kliniske systemer til forskning.

Medarbeiderundersøkelsen: Mål, gjennomføring og oppfølging

Alle helseforetak deltok i planlegging og gjennomføring av medarbeiderundersøkelsen 2016. Planlegging og gjennomføring lokalt i det enkelte foretak bygger på et tett samarbeid med den lokale vernetjenesten og tillitsvalgte. Disse spiller en viktig rolle i å motivere ansatte til å delta i undersøkelsen og bistår i oppfølgings- og forbedringsarbeidet lokalt. Totalt ble det sendt ut 57 971 spørreskjemaer (alle medarbeidere med 30 prosent stilling eller mer), og 79 prosent besvarte undersøkelsen innen tidsfristen. Dette er nest høyeste deltakelse i foretaksgruppen i perioden 2010-2016.



Andelen medarbeidere som oppgir at de har vært involvert i oppfølging av fjorårets medarbeiderundersøkelse (2015) er på 56 prosent. Dette representerer en forbedring med ett prosentpoeng fra forrige år (2014). Siden oppstarten i 2010 har andelen økt med samlet 13 prosentpoeng. Høyeste skåre i foretaksgruppen i 2016 er 62 prosent (Sykehuset Telemark), laveste skåre er 38 prosent (Sykehuset Østfold). Den lave skåren ved Sykehuset Østfold kan i stor grad forklares med en betydelig intern og ekstern turnover i forbindelse med overgangen til nytt sykehus. Men trolig ser en også effekt av dette foretaket hoppet over ett år (ikke avholdt undersøkelse i 2014). En lavere andel medarbeidere vil i slike tilfeller oppleve seg involvert i oppfølgings- og forbedringsarbeidet.

5. Styrets plandokument

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

- **Utviklingen innenfor opptaksområdet**

Spesialisthelsetjenesten vil gjennomgå betydelige endringer de neste 10-15 årene. Utviklingen i folketallet, alderssammensetning, sykdomsutvikling, endringer i medisinsk teknologi og infrastruktur, økt innvandring og innbyggernes forventninger til kvalitet og standard, vil være faktorer som får innvirkning for planleggingen av framtidens sykehus. Dette vil blant annet bidra til at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker. I perioden fram til 2030 vil endringene i befolkningsutviklingen kunne øke behovet for årsverk i spesialisthelsetjenesten med nær 30 prosent. Studier viser at det er utvikling i standard/kvalitet og produktivitet, sammen med demografi, som er de tyngste driverne for ressursbehovet framover. Imidlertid er det ikke sannsynlig at kun økt ressurstilførsel er nok til å løse utfordringene. Det er begrenset hva helseforetakene kan bruke av tilgjengelig arbeidskraft i tiårene framover, samtidig som det er lite sannsynlig at produktivitetsveksten ved sykehusene kan frigjøre så mye ressurser at det vil veie opp for ressursene som trengs for å møte befolkningens krav til økt standard. Det er både behov for økte ressurser og økt endringstakt i spesialisthelsetjenesten, samtidig som primærhelsetjenesten må lykkes med sitt omstilling- og utviklingsarbeid.

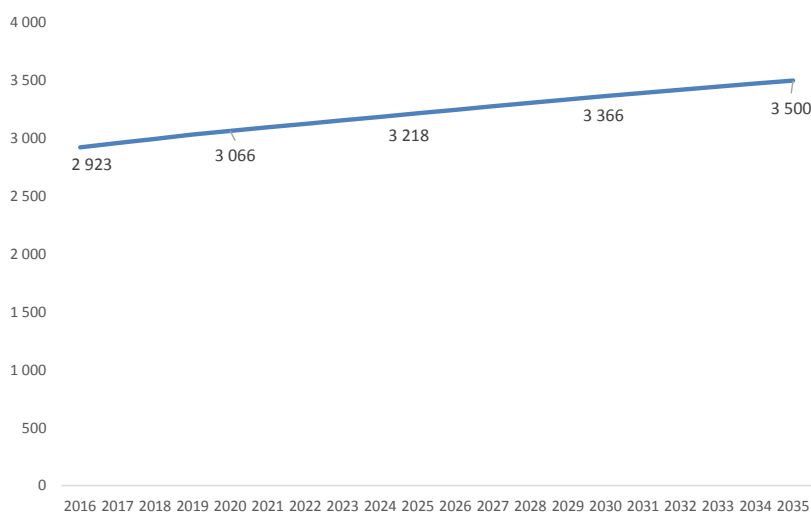
De nærmeste årene vil Helse Sør-Øst RHF innrette sin virksomhet på å nå overordnede mål om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, prioritere psykisk helsevern og rus og bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

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.

- ***Befolkningsutvikling***

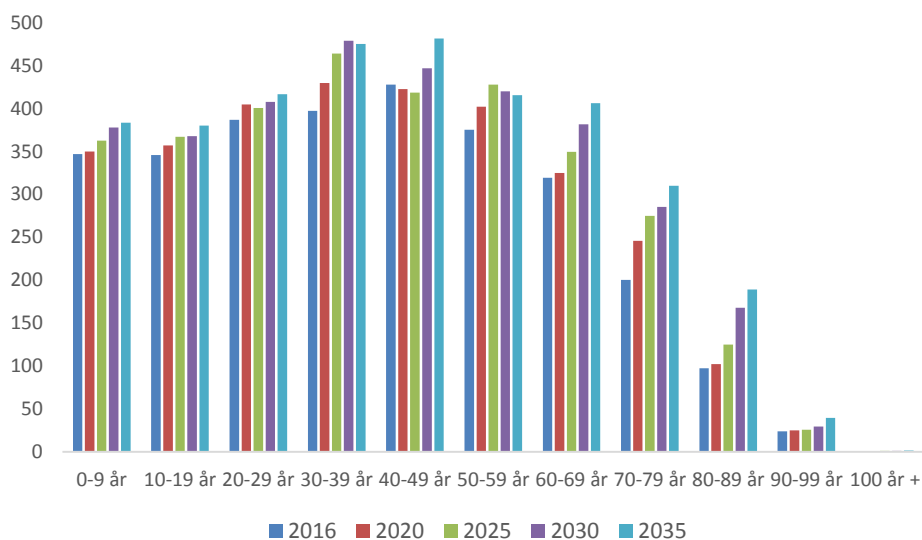
Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, derav i overkant 2,9 av landets 5,2 millioner innbyggere pr 01.01 2016. Ut fra SSBs¹ fremskrivning forventes at befolkningen i regionen øker til i overkant av 3,0 millioner i 2020 og 3,2 millioner i 2025. Størst vekst ventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.

¹ Fremskrivningstall fra SSB 2016. MMMM.



Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutvikling i regionen 2016-2035 (MMMM/1000)

Alderssammensetning/demografisk faktor er viktig for utvikling av behov for og bruk av helsetjenester. For regionen er det ventet størst økning i aldersgruppen 70-79 år i perioden frem til 2025. For aldersgruppen over 80 år er det kun mindre endringer fram til 2020. Etter 2020 tiltar veksten også i denne gruppen. Denne gruppen har et relativt høyt forbruk av spesialisthelsetjenester.



Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i regionen 2016-2035 (SSB, MMMM/1000)

Innvandring

Per 1. januar 2016 var det omlag 848 200 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (698 500) eller som er født i Norge med to innvandrerforeldre (149 600). Til sammen utgjør disse gruppene 16 prosent av Norges befolkning (henholdsvis 13,4 prosent og 2,9 prosent). 55 prosent kommer fra Europa, 28 prosent fra Asia, 12 prosent fra Afrika, 3 prosent fra Sør-Amerika og 1 prosent fra Nord-Amerika.

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.

I Norge bor det personer med bakgrunn fra 223 forskjellige land og selvstyrte regioner. Det er flest innvandrere fra Polen, Litauen og Somalia. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Høyest andel i Oslo og Drammen, hvor innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 32,5 prosent og 28 prosent av befolkningen i 2016. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, er i gjennomsnitt mye yngre enn befolkningen som helhet. Blant innvandrere er det mange unge voksne. Halvparten av alle innvandrere i Norge er mellom 20 og 40 år. Kun 9 prosent er over 60. De barna som innvandrere har fått etter at de kom til Norge, er enda yngre. Over halvparten er under 10 år, 80 prosent er under 20 år og kun 1,7 prosent er over 40 år.

Per 1. januar 2014 viser beregninger 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.

- ***Sykdomsutvikling***

Befolkningsprognoser forventer økt antall eldre samt en økende grad av flerkulturell befolkning. Det er forventet økt behov for helsetjenester, særlig for pasienter med aldersrelaterte sykdommer som demens, hjerte- karsykdommer, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd.

Det er beregnet at befolkningen over 70 år har fem ganger større forbruk av sykehustjenester enn øvrig del av befolkningen. Imidlertid viser studier at antall år folk lever med god helse øker. Utviklingen går i retning av at det er særlig eldre over 80 år som gir større forbruk av sykehustjenester. Nettoinnvirkningen på samfunnet er derfor fortsatt uklar og avhengig av helsetilstand for eldre under 80 år.

Videre antas det at noen typer livsstilssykdommer fremdeles vil øke; fedme og sykkelig overvekt, (spesielt hos barn og unge), diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, astma og allergier. Det forventes også en økning i mentale lidelser som depresjon og angst generelt i befolkningen, også hos barn og unge. Andel pasienter med rusproblemer forventes å øke i årene fremover, inklusiv antall pasienter som trenger legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Behandlingsstilbud for pasienter med HIV vil også kunne medføre at antall pasienter som trenger behandling med kostbare legemidler for Hepatitt C, vil øke.

Det er fremdeles en utfordring å sikre 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 ambulans 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. Dette vil sannsynligvis medføre økt etterspørsel fra pasienter og brukere med kroniske sykdommer etter rehabiliteringstilbud og lærings- og mestringssentre.

- ***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 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 overvåkning av pasienter med kroniske sykdommer. Slike teknologier kan understøtte samhandlingsreformen ved at tyngdepunktet flytter 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.

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 2016 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.

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. Det har vært en stor innsats på helseforetak og sykehus for å lykkes med implementering av pakkeforløp, både i 2015 og 2016, og resultatene er gradvis blitt bedre, Det vil være behov for å følge arbeidet og sikre måloppnåelse videre i 2017. De gode erfaringene med innføring av pakkeforløp kreft er viktig å bygge på ved innføring av nye pakkeforløp innen hjerneslag, psykisk helsevern og rus.

Ventetider og fristbrudd

Alle helseforetakene har i 2016 gjort en stor innsats for å redusere ventetider, fristbrudd og antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging, men det er fortsatt arbeid som gjenstår.

På årsbasis er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter redusert fra 68,4 dager i 2015 til 59,0 dager i 2016. Nedgangen har blitt tydeligere utover året, og ventetiden var 6 dager kortere for dem som ble tatt inn i desember i 2016 sammenlignet med tilsvarende året før. For dem som fortsatt venter pr. 31. desember 2016, er ventetiden 19 dager lavere enn på samme tid 2015. Samtidig er antall ventende redusert med 13 000 fra 120 000 til 107 000. Antall langtidsventende over 1 år er også betydelig redusert gjennom året, fra 1 864 til 824 pasienter.

Antall og andel fristbrudd har det siste året blitt redusert i enda større grad. I 2016 var den regionale andelen 1,2 prosent for avviklede pasienter mot 4,4 prosent i 2015. Tilsvarende andel for ventende pasienter var redusert fra 1,45 i fjor til 0,6 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.

Antall pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging er pr desember 2016 redusert til ca 78 000. Antallet er basert på ny og felles definisjon med alle regionale helseforetak. Sammenligning mot foregående år er dermed ikke mulig. Det skal nasjonalt jobbes med å øke kvaliteten på indikatoren slik at den kan brukes som styringsverktøy for helseforetakene.

Arbeidet med å redusere ventetider, fristbrudd og pasienter med forsinkelser i planlagt oppfølging vil fortsette i 2017.

Antall nyhenviste

Antall nyhenvisninger gikk ned med ca. 10 000 fra 2015 til 2016. Dette utgjør en endring på overkant av 1 prosent. Nedgangen skjer utelukkende innen somatikk. For de andre tjenesteområdene er det små endringer fra 2015 til 2016.

Antall henvisninger som avvises viser en liten økning fra 11,9 prosent i 2015 til 12,5 prosent i 2016. Avvisningsgrad er høyest for psykisk helsevern for voksne med over 30 prosent og lavest for tverrfaglig spesialisert rusbehandling med 8 prosent. Avvisningsandelen for somatikk er 11 prosent.

Behovet for aktivitetsvekst

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehov som innspill til arbeid med statsbudsjett 2017. 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. Ventetidskravene er ytterligere skjerpet i 2017 (til

under 60 dager) og det forventes at fristbrudd ikke forekommer. Fremover vil det 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 2017 fortsatt nasjonale føringer og prioriteringer om en sterkere vekst innen TSB og psykisk helsevern enn for somatikk. Det skal utarbeides pakkeforløp innen tjenesteområdene etter modell fra kreftomsorgen og i tillegg innføres innsatsstyrt finansiering innen psykisk helsevern og TSB. Samlet innebærer dette behov for høy vekst og Helse Sør-Øst RHF har i budsjettssammenheng lagt til rette for at veksten skal være størst for disse tjenesteområdene.

Det er innen somatikken løftet frem utfordringer knyttet til kreftbehandling, laboratorie- og billeddiagnostiske tjenester og intensivkapasitet. Samlet vil dette også fordre mer effektiv bruk av ressurser.

I tråd med dette og oppdragsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet legger Helse Sør-Øst RHF for 2017 som planforutsetning en høyere vekst enn i 2016. Ressursrammen legger til rette for å øke pasientbehandlingen med 2,1 prosent.

Innen alle tjenesteområder er det også viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

Kapasitetsvurderinger

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.

I 2017 vil alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Dette basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringer lokalt og regionalt bli adressert.

Også i 2016 har det vært spesiell oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Gjennom flere styrevedtak, senest sak nr. 052-2016

Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder, er det etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige kapasitetstilpasninger.

Det arbeides videre med optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Helse Sør-Øst RHF har definert et fremtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Aker sykehus skal utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområde.

I styresak nr. 052-2016 konstateres det at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus HF for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst. Det er besluttet at befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus HF til sykehuset Østfold HF. Etter overføring av ansvaret for

spesialisthelsetjenesten for Vestby kommune, vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus HF være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde. I et fremtidig målbilde inngår også bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.

- ***Brukermedvirkning***

I Helse Sør-Øst RHF er brukerrepresentanter involvert på strategisk nivå og i utvikling av tjenester. I 2016 er det i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og deres brukerutvalg, under ledelse fra Helse Nord RHF, arbeidet med felles retningslinjer for brukermedvirkning på strategisk nivå.

I de senere årene er det nasjonalt og i Helse Sør-Øst fokusert sterkere på brukermedvirkning på individnivå. 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.

Det er i 2016 i samarbeid med brukerutvalget lagt ytterligere trykk på innsatsen for å involvere de enkelte pasientene og deres pårørende i pasientforløpet, herunder i valg mellom aktuelle behandlingsformer (samvalg). I 2016 har en videreutviklet innhold i samvalgs- og helseoptimaliseringsverktøy for pasienter som kan velge mellom ulike langtidsbehandlinger ved bipolar lidelse, HIV, valg av rehabiliteringssted for pasient etter hjerneslag og ulykker og fire ulike behandlingsvalg ved lungekreft. Flere andre verktøy er under planlegging. Utviklingen og evalueringen av rammeverket «klar for samvalg» for opplæring og undervisning innen samvalg for helsepersonell, er startet opp.

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.

Folkhelseinstituttet/Kunnskapscenteret presenterte i juni 2016 pasienterfaringer med norske sykehus - PasOpp 2015. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på seks av ni områder i siste tre-årsperioden. Ingen områder ligger under landsgjennomsnitt. Områder hvor resultatene er forbedret i forhold til landsgjennomsnittet er pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, utskrivning og ventetid, mens pårørende standard og samhandling er uforandret i perioden 2011-2015. Økt brukertilfredshet vil fortsatt være høyt prioritert fremover.

Helse Sør-Øst RHF initierte og finansierte i 2015 en pilot med utvidelse av PasOpp-undersøkelsen til klinikk/postnivå. Dette arbeidet er videreført i 2016 og resultat fra «PasOpp-post» anvendes nå til forbedring på klinikk/postnivå ved tre helseforetak/sykehus i regionen. Lovisenberg Diakonale Sykehus har arbeidet med dette og har som oppfølging blant annet av PasOpp-post, gjennomført kurs i klinisk kommunikasjon og de har arbeidet med epikrisene og med annen informasjon til pasienter og pårørende. Det er viktig at denne kompetansen spres i hele regionen.

- ***Kvalitet og pasientsikkerhet***

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. 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 samt 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. Pasientforløp og 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.

- ***Samhandling***

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i september 2016 «Styresak samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid.»(styresak 70/2016) Fem områder ble vektlagt og skal prioriteres fremover: Pasientens helsetjeneste, utveksling av erfaringer og styringsdata, avklare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innen prioriterte områder, kompetanseutvikling og IKT-løsninger som fremmer god samhandling.

Som følge av ulike tilsyn og revisjoner knyttet til utskrivning fra sykehus er det besluttet å etablere et eget regionalt innsatsområde «trygg utskrivning».

Som en del av arbeidet med regional plan utarbeides det regionale føringer for å sikre bedre samhandling og ansvarsfordeling på viktige fagområder med store samhandlingsflater. Det er særlig fokus på rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og prehospitale tjenester.

Ordningen med utskrivningsklare pasienter utvides fra 2017 til å gjelde for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, mens betalingsplikten for disse pasientene utsettes til 2018.

Fra 2016 ble det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig innen somatiske tjenester. Ordningen utvides i 2017 til også å omfatte pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. 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.

Det ble i 2016 inngått pilotavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen om kompetanseutveksling. Avtalen regulerer et samarbeid mellom KS læring og læringsportalen i Helse Sør-Øst og legger til rette for systematisk deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus.

Det ble i 2016 inngått avtale mellom alle NAV fylkeskontor, NAV hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF om helse og arbeid. Målet med avtalen er at partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne. 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. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Stortinget har vedtatt å innføre tilsvarende veiledningsplikt for kommunehelsetjenesten mot spesialisthelsetjenesten.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste er avgjørende for å holde befolkningen frisk. Dette 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.

- **Medisinskteknisk utvikling**

Framtidens spesialisthelsetjeneste må tilpasses utviklingen i medisinsk teknologi og innrettes slik at bedre behandlingsmetoder gir en generell økning i standarden på pleie, utstyr, sykehusbygg og service. I de nærmeste årene vil veksten bli betydelig for somatiske tjenester på grunn av økningen i store sykdomsgrupper som rammer de eldre. Utviklingen går også i retning av enklere og mer mobilt utstyr som kan gi utredning og behandling nærmere pasienten. Det har vært en gradvis økning mot poliklinisk behandling og dagbehandling som blant annet følge av mer skånsomme behandlingsteknikker. Likevel vil det bli sterk vekst i døgnbehandlingen blant annet som følge av økningen i antall eldre. For gruppen er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60 prosent fram mot 2030.

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 blant annet 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.

- **Økonomiske rammeforutsetninger**

I de nærmeste årene vil det være et sterkt fokus på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vekst og utvikling i primærhelsetjenesten vil være viktig for å utvikle bærekraftige løsninger for helsetjenesten som helhet. Det vil samtidig være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger, teknolog og utstyr samt innsats innen forskning utvikling og innovasjon.

Den faktiske aktiviteten i sykehusene, og dermed ressursbruken påvirkes i tillegg av nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og krav om kortere ventetid. Det legges til grunn at foretaksgruppen samlet årlig skal realisere en aktivitetsvekstsom skal være større innen

psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert 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.

Styret i Helse Sør-Øst RHF 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 2017 – 2020, og ble styrebehandlet i juni 2016. Årlig rullering av den regionale økonomiske langtidsplanen gir kontinuitet i de økonomiske prosessene i foretaksgruppen, og er en viktig premiss inn mot de årlige budsjettbehandlingene.

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.

Resultatmålene i økonomisk langtidsplan viser behov for god ressursstyring og kostnadstilpasning, blant annet for å håndtere økte kostnader til høykostmedisiner og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg vil investeringer i regionale IKT-løsninger gi økte avskrivningskostnader, og behov for gevinstuttak og kostnadstilpasninger ved alle helseforetak.

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 RHF, 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 som tilsvarer det som er forutsatt i helseforetakenes egne, styrevedtatte økonomiplaner. Det er fortsatt store forskjeller mellom helseforetakene i foretaksgruppen hva angår produktivitet og resultatgrad, og det ligger et betydelig gevinstpotensial ved å redusere unødvendig variasjon, både med hensyn til produktivitet og resultat, samt i forhold til mål på aktivitet, prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet.

Gjennomføringen av planlagte bemanningstilpasninger og andre planer vil kreve sterk og kontinuerlig ledelsesmessig fokus på endringsprosesser, herunder muligheter for å effektivisere arbeidsprosesser, løse opp flaskehalser i behandlingsforløpene, og ta ut effektiviseringsgevinster i alle deler av virksomheten. For å få dette til er det avgjørende at alle prosesser er forankret 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 regional finansieringsevne for store prosjekter innen 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.

Helse- og omsorgsministeren har gitt klare føringer for planlegging av sykehusdrift i henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan. Det forventes imidlertid ikke at planen vil påvirke prioritering av og fremdriftsplaner knyttet til de store utbyggingsprosjektene i regionen. Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler i første rekke innholdet i og drift av spesialisthelsetjenesten.

• **Personell og kompetanse**

Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst (2013-2020) legger føringer for utvikling av den samlede virksomheten knyttet til personell og kompetanse. Innsatsen i 2017 vil i tråd med dette bli rettet mot følgende strategiske innsatsområder:

- riktig kompetanse
- god ressursstyring
- styrket ledelse

Riktig kompetanse

Helse Sør-Øst ønsker ved samordnet innsats å møte prognosene for et tiltagende kompetansegap frem mot 2030. Følgende tiltaksområder videreføres i 2017:

- Nasjonal/regional bemanningsmodell: Ta i bruk og videreutvikle modellen for å analysere kompetansebehov og planlegge tiltak på kort og lang sikt.
- Kompetansestyringssystem: Anskaffe og implementere regional systemstøtte for kompetansestyring (Dossier), i første omgang ved styring av utdanningsløp for leger i spesialisering.
- Delta i arbeidet med ny spesialitetsstruktur for leger og legge til rette for at prosjektet når sine mål regionalt og nasjonalt.

- Videreutvikle digital læring som verktøy i kompetanseheving: Styre kursutvikling mot prioriterte områder og utnytte muligheter ved mobil plattform.

I tillegg kommer den grunnleggende og stående bestillingen:

- Identifisere sentrale utfordringer på kompetanseområdet innen ulike helsepersonellgrupper, og vurdere hvilke aktiviteter som har behov for et regionalt engasjement.

Det er tidligere identifisert et generelt behov i foretaksgruppen for å styrke tilgangen på sykepleiere (grunnutdanning), bioingeniører, radiografer og spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon, kreft (ABIOK) samt stråleterapeuter og legespesialiteter som psykiatri og rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri og lunge- og gastroenterologi. Dette behovet er i 2016 bekreftet ved en ny overordnet behovsanalyse på regionalt nivå.

I årene framover er det viktig at spesialisthelsetjenesten har nok helsepersonell med riktig kompetanse. Dette bør blant annet sikres gjennom bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov. 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.

Innføring av ny teknologi er 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. E-læring og simulatortrening bør brukes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter.

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. Gjennomføring av ny modell for utdanning av legespesialister blir viktig.

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. Det er behov for forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i regionen for å sikre hensiktsmessig oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning og utdanning.

God ressursstyring

Ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring er et viktig satsingsområde for helseforetakene. I tillegg har det i 2016 vært et regionalt prosjekt: «*Tilgjengelighetsprosjektet og ressursstyring*» som har arbeidet særskilt for bedre ressursstyring og ressursprioritering.

Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet (TRP) har hatt som målsetting å utarbeide en felles metodikk for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og fraværplanlegging, samt utvikle måleindikatorer. Målet er å planlegge slik at en underbygger myndighets krav som: «time i hånden», 6 måneders planleggingshorisont for timetildeling og samsvar mellom bemanning og aktivitet. Riksrevisjonen påpekte sin rapport knyttet til pleietjenesten at det lå et betydelig potensiale i å ha god opplæring av ledere i arbeidstidsplanlegging. Foretakene har fortsatt en stor oppgave med å få måloppnåelse, men fokuset på god planlegging har vært stort 2016.

Det medfører at foretakene og deres ledere har et svært bevisst forhold til problemstillingene og de tiltak som må gjennomføres for å øke måloppnåelse.

For 2017 vil det således være viktig å følge opp og understøtte foretakene i arbeidet med mer forutsigbare pasientforløp og lengre planleggingshorisont, slik at det legges et godt grunnlag for tildeling av rom, utstyr og personellressurser.

For 2017 vil det være særskilt fokus på at planlegging må skje i samarbeid og dialog med ansatte og deres organisasjoner. Arbeidet med å implementere metodikk som understøtter kravene til lengre planleggingshorisont har vært særlig krevende med legene, med bakgrunn i streiken høsten 2016.

Med dette som grunnlag vil Helse Sør-Øst RHF forsterke innsatsen og prioritere følgende tiltak for 2017:

- Videreutvikling av metodikk for god ressursstyring og langtidsplanlegging.
- Ytterligere forsterket samarbeid med ansatte- og tillitsvalgte for å skape gode og forutsigbare arbeidstidsordninger som legger grunnlag for god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.
- Følge opp implementering av måleindikatorer for arbeidstidsplanlegging som understøtter måloppnåelse knyttet til dekkende og oppdaterte bemanningsplaner i tråd med intensjonene om forutsigbar, aktivitetsstyrt og tilpasset bemanning.

Styrket ledelse

Helse Sør-Øst RHF's «konsept for lederutvikling» ligger fortsatt 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 gjeldende føringer videreføres og videreutvikles i 2017. Innholdsmessig vil arbeidsgiverrollen, effektiv ressursstyring og kompetanseutvikling og -tilpassing styrkes.

Helseforetakene deltar samtidig i Nasjonal ledelsesutviklings tiltak, inklusive både det innarbeidede topplederprogrammet og det nye ledermobiliseringsprogrammet. Det iverksettes i tillegg nye tiltak knyttet til gjennomføring av Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2016. Dette omfatter spesielt samarbeidsprosjektet mellom Vestre Viken og tilliggende kommuner om lederutvikling på området psykisk helse og rus.

Utdanning

Utdanningene må tilpasses helsetjenesten og helsepersonellens behov for kompetanse. Innen for helseforetaksgruppen og i samarbeidsorganene mellom Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene, universiteter og høyskoler, er det utviklet særskilte planer for en langsiktig utvikling innen utdanningsfeltet. Strategier og tiltak etableres bl.a. innen følgende områder:

- Flere helseforetak vil oppleve økende mangel på spesialsykepleiere i framtiden. Det vil arbeides strategisk med utdanning og rekruttering av spesialsykepleiere. Det vil også arbeides for å beholde allerede utdannede spesialsykepleiere og med endrede arbeidsprosesser og oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten.
 - Det vil iverksettes tiltak for å øke rekruttering av helsefagarbeidere.
 - Det vil etableres bachelor i ambulansesfag som ordinært utdanningstilbud basert på behov i tjenesten.
 - Ny modell for leger i spesialisering vil implementeres og regionalt utdanningssenter etableres i tråd med spesialistforskriften.
 - Samarbeidsorganene vil særlig følge praksisprosjektets anbefalinger og rammeavtalene mellom universitet, høyskoler og helseforetak.
 - Innhold og dimensjonering av utdanningene skal utføres på grunnlag av behov i tjenestene. Endringsbehov må også kunne videreformidles i styringslinjene til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og samordnes med tilsvarende arbeid i Helsedirektoratet.
- **Bygningskapital – status og utfordringer**
- Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst skal drives i henhold til vedtatt eiendomsstrategi, som på sikt skal føre til bedre bygg for bedre helsetjenester.

Strategien

Den vedtatte eiendomsstrategi 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 og godt arbeidsmiljø.

Bruk av Sykehusbygg HF

Helse Sør-Øst RHF leier nå inn prosjektledelse fra Sykehusbygg HF i alle de store sykehusprosjektene, både i planlegging og etter hvert i gjennomføring. Helse Sør-Øst RHF har

avgitt personell til Sykehusbygg HF, og bidrar til kompetanseoppbygging og kunnskapsoverføring til foretaket.

Prosjekter

Oslo universitetssykehus

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga sin tilslutning til et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. På denne bakgrunn er det gjennomført en prekonseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling. I tillegg er det også startet en forberedelse til konseptfase for utviklingen av Aker og Gaustad. Arbeidet med selve konseptfasene for de to førstnevnte prosjektene vil pågå i 2017, og beslutning om oppstart konseptfase for Aker/Gaustad planlegges i 2017.

Prosjektet med lukking av avvik i henhold til myndighetspålegg pågår.

Sykehuset i Vestfold

Sykehuset Vestfold har gjennomført forprosjektfasen «*Tønsbergprosjektet*», som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg med nytt psykiatribygg og nytt sengebygg. Beslutning om gjennomføring er fattet 2. februar 2017 i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 009-2017 *Sykehuset i Vestfold HF. Tønsbergprosjektet. Forprosjektrapport*.

Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet har avsluttet idefasen for sykehusstruktur og nybygg, og rapporten er lagt ut til høring.

Sykehuset Telemark

Helse Sør-Øst RHF har godkjent oppstart og gitt mandat for idefasen for somatikk Skien

Sørlandet sykehus

Nybygg psykisk helse Sørlandet sykehus, Kristiansand er gitt lånetilsagn på basis av godkjent konseptrapport, og forprosjekt er startet opp i 2017.

Vestre Viken

Konseptet for nytt sykehus i Drammen er bearbeidet for å komme inn under vedtatt kostnadsramme. Arbeidet er ferdigstilt i løpet av 2016 med måloppnåelse, og ble 2. februar 2017 behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 006-2017 *Vestre Viken HF. Status for planlegging av nytt sykehus i Drammen*. Samtidig pågår forhandlinger og avklaringer om kjøp av tomt.

5.2 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.

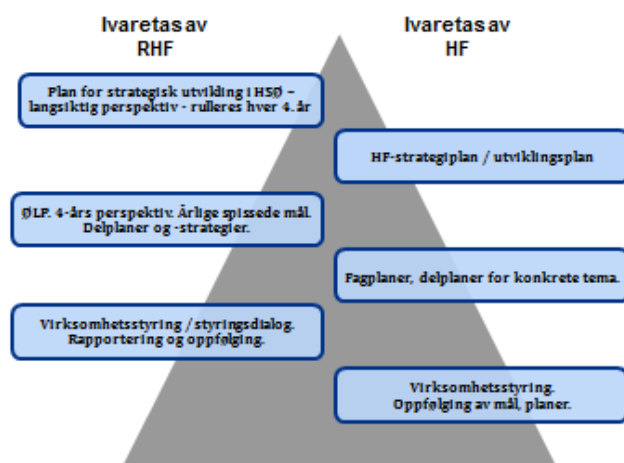
I plandokumentet oppsummeres syntesen av våre ambisjoner i to hovedområder for fremtidig fokus og ressursallokering:

- 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:

Plannivåer



- **Strategier for perioden 2013-2020**

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

Pasientbehandling

Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.

1. Kunnskaps- og informasjonsutveksling om pasienterfaringer, medisinsk diagnostikk og behandling skal gi pasienter og pårørende muligheten til å delta aktivt i behandlingsopplegget
2. Pasient- og pårørendeopplæringen styrkes ytterligere og informasjon, pasientopplæring, 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 lokalt baserte 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 kompetansehevede 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 helsejeneste 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

- **Regionale delstrategier og planer**

- Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- 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 for 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
- 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
- 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 2017 for Digital fornying (prioriteringer og budsjett for 2017, rulleres årlig)
- Strategisk utvikling av innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst
- Strategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester
- Veileder for styrearbeid i helseforetak
- Regional beredskapsplan, herunder blant annet Delplan- Felles regionalt rammeverk for personellplanlegging, Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst og Regional IKT-beredskapsplan

6. Vedlegg

Forkortelser i tabellene:

Helseforetak	
Akershus universitetssykehus	Ahus
Oslo universitetssykehus	OUS
Sunnaas sykehus	SUN
Sykehusapotekene	Apo
Sykehuset i Vestfold	SiV

Sykehuset Innlandet	SI
Sykehuset Telemark	ST
Sykehuset Østfold	SØ
Sykehuspartner	SP
Sørlandet sykehus	SS
Vestre Viken	VV

Private ideelle sykehus	
Betanien Hospital	BET
Diakonhjemmet Sykehus	DS
Lovisenberg Diakonale Sykehus	LDS
Martina Hansens Hospital	MHH
Revmatismesykehuset	REV

6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publisering s-frekvens	Rapportering				
				2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helse-direktoratet	Månedlig	2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak har blitt rapportert månedlig til en styringsgruppe.
				Samlet: 73,4 dager	Samlet: 72,7 dager	Samlet: 68,4 dager	Samlet: 59,0 dager	
				Høyest: Ahus: 86,8 dager	Høyest: OUS: 86,0 dager	Høyest: LDS: 89,2 dager	Høyest: LDS: 87,1 dager	
				Lavest: DS: 61,1 dager	Lavest: DS: 54,7 dager	Lavest: SUN: 51,7 dager	Lavest: DS: 47,6 dager	
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0	Helse-direktoratet	Månedlig	2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd. Det har vært stor innsats i alle helseforetakene og regionalt for å nå dette målet. Helse Sør-Øst RHF har hatt månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette har blitt fulgt opp. Et regionalt prosjekt, Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet, har understøttet helseforetak/fagområder/poliklinikker med utfordringer for ventetider og fristbrudd. Utviklingen på området og oppfølging av tiltak har blitt rapportert månedlig til en styringsgruppe.
				Samlet: 7,2 %	Samlet: 6,3 %	Samlet: 5,3 %	Samlet: 1,2 %	
				Høyest: OUS: 15,8 %	Høyest: OUS: 14,5 %	Høyest: OUS: 13,2 %	Høyest: SØ: 2,6 %	
				Lavest: DS: 0,5 %	Lavest: SUN: 0,0 %	Lavest: DS: 0,2 %	Lavest: LDS: 0,0 %	
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lungebryst, prostata- og	Minst 70 % ved årslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat I 2015 nådde Helse Sør-Øst målet for tykk- og endetarmskreft og brystkreft. I 2016 har Helse Sør-Øst måloppnåelse på 70 % for alle fire gruppene. (Samlet poengsum per tertial for de fire er ikke hensiktsmessig).
				Brystkreft: 88 %	Brystkreft: 90 %	Brystkreft: 90 %	Brystkreft: 90 %	
				Lunge: 72 %	Lunge: 77 %	Lunge: 80 %	Lunge: 80 %	

tykk- og endetarmskreft)				Prostata: 66 % Tykk/endetarmskreft: 72 %	Prostata: 70 % Tykk/endetarmskreft: 75 %	Prostata: 71 % Tykk/endetarmskreft: 80 %	Prostata: 74 % Tykk/endetarmskreft: 82 %	
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifik krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Mins t 70 % ved års slutt	Helse- direkto- ratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				Brystkreft: 63 %	Brystkreft: 58 %	Brystkreft: 66 %	Brystkreft: 65 %	For tykk og endetarmskreft har det vært måloppnåelse både i 2015 og 2016, og resultat per 3. tertial 2016 på 74 %.
				Lunge: 79 %	Lunge: 62 %	Lunge: 63 %	Lunge: 63 %	For brystkreft har det vært en gradvis bedring og per 3. tertial 2016 med måloppnåelse med 77 %.
				Prostata: 63 %	Prostata: 35 %	Prostata: 45 %	Prostata: 41 %	For lungekreft har det vært en gradvis bedring. Helse Sør-Øst har fortsatt ikke måloppnåelse, per 3. tertial er status 66 % måloppnåelse.
				Tykk/endetarmskreft: 81 %	Tykk/endetarmskreft: 70 %	Tykk/endetarmskreft: 74 %	Tykk/endetarmskreft: 74 %	For prostatakreft har det vært en liten bedring. Helse Sør-Øst har ikke måloppnåelse; per 3. tertial 2016 er status 51 % måloppnåelse. (Samlet poengsum per tertial for de fire er ikke hensiktsmessig).
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Mins t 70 % ved års slutt	Helse- direkto- ratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				75 %	76 %	75 %	72 %	For 3. tertial 2016 er resultatet på 70 %.
Gjennomføring av pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Mins t 70 % ved års slutt	Helse- direkto- ratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				69 %	58 %	64 %	63 %	For 3. tertial 2016 er resultatet 69 %. Forløp med utfordringer følges på ulike helseforetak, spesielt gynekologisk kreft og prostatakreft. Prostatakreft er beskrevet ovenfor. Gynekologisk kreft er i stor grad en regionssykehusfunksjon og Oslo universitetssykehus har bedt om bistand fra det regionale innsatsteamet for prosessforbedring. Elektroniske 3-strøms MDT-møter vil også bidra til kortere utredningstid for denne pasientgruppen.

6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering							
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: De regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: De regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat			
				Årstall der dette er mulig							
				Ventetid	Ventetid	Ventetid	Ventetid	Alle helseforetak/sykehus har hatt et høyt fokus for å nå dette målet. I 2017 vil ventetidene for psykisk helsevern og TSB bli ytterligere skjerpet i Helse Sør-Øst til 45 dager i motsetning til somatikk som vil være på 60 dager. Tilbakemeldinger med beskrivelser i årlig melding fra helseforetak/sykehus, tyder likevel på at man innen psykisk helsevern sliter med å nå målsettingen om høyere vekst enn i somatikken i 2016. Det bemerkes at den kraftige veksten i antall polikliniske konsultasjoner i somatikk i 2016 skyldes at flere helsepersonellgrupper har rett til å utløse ISF-aktivitet. Dette gjelder f.eks. klinisk ernæringsfysiologer, ergoterapeuter m.m. Inklusjonen av disse helsepersonellgruppene er estimert til å utgjøre rundt halvparten av veksten. Aktivitetsveksten i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern beskrives som god og BUP-feltet er prioritert hos alle når det gjelder ressurser. Det er en aktivitetsnedgang i BUP hos de helseforetak/sykehus som har gått over fra BUP-data til DIPS. Eksempelvis beskriver Sykehuset Innlandet en vekst på 4,4 % av konsultasjoner innen VOP og økning på 10,4 % innen TSB, mens den polikliniske aktiviteten er redusert med 10,1 % innen BUP grunnet overgang til DIPS. Det er i budsjettarbeidet for 2017 lagt til rette for og gitt klare føringer om at helseforetakene skal oppnå prioriteringsregelen innen alle de fire områdene.			
				Somatikk 71,9 dager PH 50 dager TSB 47,9 dager	Somatikk 74,1 dager PH 62,8 dager TSB 47,1 dager	Somatikk 61,9 dager PH 47,5 dager TSB 37,7 dager	Somatikk 66 dager PH 57 dager TSB 41,9 dager				
				Kostn	Kostn	Kostn	Kostn				
				Somatikk 70,8 % PH 17,4 % TSB 3,8 %	Somatikk 72,3 % PH 17,0 % TSB 3,8 %	Somatikk 68,1 % PH 15,8 % TSB 3,8 %	Somatikk 70,8 % PH 18,0 % TSB 2,4 %				
				Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk				
				Somatikk 2,9 % PH 0,1 % TSB 4,3 %	Somatikk 2,8 % PH 0,2 % TSB 4,5 %	Somatikk 2,0 % PH -0,7 % TSB 1,3 %	Somatikk 0,7 % PH -0,3 % TSB -0,3 %				
				Polikl. kons:	Polikl. kons:	Polikl. kons:	Polikl. kons:				
				Somatikk 2,3 % PH VOP 6,1 % PH BUP 3,4 % TSB 8,6 %	Somatikk 3,6 % PH VOP 6,2 % PH BUP 4,7 % TSB 10,8 %	Somatikk 9,4 % PH VOP 6,6 % PH BUP -1,6 % TSB 7,8 %	Somatikk 8,8 % PH VOP 6,9 % PH BUP 0,5 % TSB 6,9 %				
				2014		2015					
				Samlet: 17,5 %		Samlet: 19,2 %					
				Høyest: OUS: 29,9 %		Høyest: OUS: 26,4 %					
				Lavest: SI: 10,4 %		Lavest: SI: 9,4 %					
				Andel tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne	Redusert sammenlignet med 2015	Helsedirektoratet	Årlig	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat			
				Arbeidet med reduksjon av bruk av tvang innen psykisk helsevern har stort fokus i Helse Sør-Øst. Andel tvangsinnleggelses er påvirket av en reduksjon i antall døgnplasser og økt ambulant, poliklinisk og dagbasert behandling. Pasientgruppen som tas inn til døgnbehandling har derfor en større andel av ø-hjelp enn tidligere. Dette påvirker tall for andel tvangsinnleggelses. Tall for 2014 og 2015 viser at Helse Sør-Øst samlet har en vekst fra 17,5 % til 19,2 %. De høyeste tallene på helseforetaksnivå for begge år, er fra Oslo universitetssykehus. Det er samsvar med at Oslo							

Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering		
						universitetssykehus har regionale funksjoner der regional sikkerhetspsykiatri i all hovedsak omfattes av tvang for alle pasienter. Tilsvarende har Sykehuset Innlandet den laveste andel tvangsinnleggelser begge år, med en faktisk reduksjon fra 2014 til 2015. Sykehuset Innlandet er også blant de laveste i antall tvangsinnleggelser målt i forhold til befolkning.
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årlig	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				43,6 %	43,5 %	Alle helseforetak og sykehus har arbeidet i henhold til nasjonale og regionale faglige føringer med omstilling av tjenestene innen psykisk helsevern. Målet med omstillingen beskrives som oppnådd i helseforetaksstrukturen og alt som kan ligge desentralt ligger nå i DPS. Flere spesialiserte områdefunksjoner er også i DPS, eksempelvis OCD behandling. Det har pågått en omgjøring av stillinger i DPS der høyskoleutdannet personell er byttet med leger/psykologer og derved en høyere kostnad. Dette ansees å ha en påvirkning på tallene i det enkelte helseforetak.

6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering				
				mai.16	nov.16	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat		
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7 %	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig	mai.16	nov.16	<p>Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat</p> <p>Samlet har Helse Sør-Øst nådd målet med 4,2 % prevalens. Sørlandet sykehus har høyest prosentandel med 6,5 og lavest er Sunnaas sykehus med 1,5 %.</p> <p>Enkelte helseforetak melder at infeksjonsrate internt er nedadgående, mens infeksjoner overført fra andre institusjoner er oppadgående (Oslo universitetssykehus HF). Det arbeides kontinuerlig med forbedring spesielt ved postoperative sårinfeksjoner og for eksempel ved standardisering av forløp for protesekirurgi. Håndhygiene og smykkefrihet er gode tiltak, samt overvåking av forekomst av resistente bakteriestammer for tidlig oppdagelse. Egne handlingsplaner for smittevern, e-læring og lederavtaler er også etablert ved enkelte helseforetak. Reduksjon av sykehusinfeksjoner har sammenheng med andre innsatsområder, og ved alle helseforetak/sykehus ved Helse Sør-Øst har i løpet av 2016 iverksatt Antibiotikastyringsprogram, samt at pasientsikkerhetsprogrammet følges med forebygging av urinveisinfeksjoner og nå også med tidlig oppdagelse av sepsis.</p>		
				Samlet: 4,2 %	Folkehelseinstituttet opplyser at tall for november 2016 offentliggjøres i mai 2017.			
				Høyest: SS: 6,5 %				
				Lavest: SUN: 1,5 %				
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	<p>Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat</p> <p>Samlet er nivået på korridorpasienter gått ned. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt. Følgende tiltak er blant annet iverksatt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomgått både mulige korridorsenger (sengetabell) i DIPS og faktisk registreringspraksis for å vurdere om rapportert nivå av korridorpasienter er riktig. Sykehusledelsen har ukentlige kapasitetsmøter og iverksetter tiltak iht. en tiltaksplan når beleggssituasjonen tilsier det. Etablering av ventesone for pasienter som skal reise hjem samme dag, ekstraordinær utskrivning til kommuner og bydeler og etablering av flere senger internt. Online oversikt over pasientbelegget på alle sengepostene for å gi oversikt over ledig kapasitet. Dataverktøyet er et verktøy for akuttmottaket og sengepostene og understøtter god pasientflyt og kapasitetsutnyttelse. Retningslinjer som tydeliggjør ansvarsforholdene ved pasientflyt fra akuttmottaket til sengeposter og mellom sengeposter. Retningslinje som tydeliggjør ansvarsforholdene ved oppfølging av
				Samlet: 2,0 %	Samlet: 1,3 %	Samlet: 1,4 %	Samlet: 1,0 %	
				Høyest: Ahus: 4,5 %	Høyest: SØ: 2,5 %	Høyest: ST: 3,1 %	Høyest: LDS: 2,6 %	
				Lavest: DS: 0,5 %	Lavest: DS: 0,3 %	Lavest: DS: 0,4 %	Lavest: Ahus og DS: 0,4 %	

Mål 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering			
							satellittpasienter. • Etablert rutiner for bedre samarbeid mellom sengepostene og mer felles ansvar for pasientene.

6.4 Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
				Rapport tilgjengelig om pasienters tilfredshet med døgnbehandling TSB 2015 fra Nasjonalt Kunnskapssenter i mai 2016.
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	Rapporteringsperioden er 2015 og sammenlignes med tilsvarende resultater i 2014. Rapporten viser at Helse Sør-Øst har en fremgang eller scorer tilfredsstillende på de tre indikatorene som er benyttet. Best fremgang er indikatoren om tilfredsheten mot behandlingen og behandlerne, mens tilfredsheten over miljø og utbytte er på samme nivå som i 2014.
				Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
30 dagers overlevelse etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	Rapporten «Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse» fra Nasjonalt Kunnskapssenter ble tilgjengelig juni 2016.
				Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomførte høsten 2015 en nasjonal brukererfæringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus. Totalt ble 23460 pasienter inkludert i undersøkelsen. Resultatet av undersøkelsen grupperes inn i 9 indikatorer om pasienttilfredshet. De 9 indikatorene dekker områdene «Pleiepersonale», «Legene», «Informasjon», «Organisering», «Pårørende», «Standard», «Utskriving», «Samhandling» og «Ventetid».
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	2013
				2014
				2015
				Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Samlet: 85,8 %	Samlet: 86,5 %	Samlet: 86,5 %	Det er nedsatt et midlertidig fagutvalg som har utarbeidet et forslag til revidert fag og funksjonsfordeling for pasienter med hjerneslag i Helse Sør-Øst. Saken har vært behandlet i ledergruppen og forventes styrebehandlet 2017. Det foreslås blant annet at alle sykehusområder skal triagere pasienter med mistanke om hjerneslag til én lokalisasjon. I samarbeid med Folkehelseinstituttet er det gjort supplerende analyser for å få ytterligere kunnskap om hvilke deler av behandlingsforløpet som er beheftet med overdødelighet som utgangspunkt for forbedringsarbeid.	
Høyest: LDS: 88,5 %	Høyest: DS: 89,5 %	Høyest : DS: 89,0		
Lavest: OUS: 84,9 %	Lavest: SIV: 5,2 %	Lavest: SØ: 85,2		
2013	2014	2015		
Samlet: 90,7 %	Samlet: 90,9 %	Samlet: 91,4 %	Behandling av pasienter med hoftebrudd i Helse Sør-Øst har vært gjenstand for diskusjon i fagdirektørmøtet hvor ortopedene med kunnskap om forbedringsarbeid på bakgrunn av tilgjengelige data fra nasjonale kvalitetsregister samt internasjonal erfaring fra forbedringsarbeid for denne pasientgruppen ble presentert. I samarbeid med Folkehelseinstituttet er det gjort supplerende analyser for å få ytterligere kunnskap om hvilke deler av behandlingsforløpet som er beheftet med overdødelighet som utgangspunkt for forbedringsarbeid.	
Høyest: DS: 91,6 %	Høyest: DS: 92,1 %	Høyest : DS: 92,8 %		
Lavest: Ahus: 90,4 %	Lavest: OUS: 90,3 %	Lavest: SI: 90,8 %		
2013	2014	2015		

Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens			
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
				13,7 %	13,7 %	Alle helseforetak gjennomfører GTT undersøkelser. Helse Sør-Øst følger opp per tertial og i oppfølgingsmøtet om i hvilken grad alle HF informerer om GTT resultater (2015-resultater) til alle ledelsesnivå, medarbeidere, brukere og styret.
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig	Presentasjon av resultat og vurdering av dette, samt tiltak for oppfølging.		
				Spredning av innsatsområder rapporteres per tertial, og viser en jevn fremgang. Resultatene følges opp i oppfølgingsmøtene og på møter med HF programledere. Flere HF har rapportert at de trenger 2017 for å oppnå full implementering.		
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistik	Årlig	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
				21,48 %	21,02 %	Fra 2012 til 2015 (tall for 2016 foreligger ikke pt) er total- tall for bredspektret antibiotika i Helse Sør-Øst kun gått fra 21,48 definerte døgndoser pr 100 liggedøgn ned til 21,02 definerte døgndoser pr 100 liggedøgn. Uansett arbeides det nå aktivt i helseforetakene våre for å nå målet innen 2020, og måloppnåelse er avhengig hva som ellers gjøres innen infeksjonsforebygging og smittevern. Helseforetakene beskriver tiltak som at «kortversjoner» av antibiotikaretningslinjer deles ut til nye leger og undervisning gjennomføres for alt aktuelt helsepersonell. Rapportering av lokale resistensdata er godt tiltak. Forbruk av bredspektret antibiotika følges av antibiotikateamet, kontakter den enkelte som forskriver ved avvik eller der forskrivningen ikke er i tråd med nasjonal veileder. Det gjennomføres interne revisjoner og audits som hjelp til å sette inn riktige tiltak for å nå målet.
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring		Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene	Årlig	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.		
				Se egen rapportering i vedlegg 6.5 <i>Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet.</i>		

6.5 Rapportering 2016 Helse Sør-Øst RHF for bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Register (ansvarlig)	Vitenskapelige artikler	Konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring
Gastronet (Sykehuset Telemark)	Ikke konkretisert om og i tilfelle hvilke artikler publisert i 2015, men viser til at i løpet av Gastronets historie er det utkommet 36 originalartikler og 5Phd-er basert på Gastronets data eller bruk av Gastronets verktøy.	Ingen kliniske kvalitetsforbedringsprosjekt startet opp/gjennomført i 2015, men det vises til tidligere prosjekter som for eksempel CO2-insufflering ved koloskopi, fokus på smertefrie undersøkelser, og at Gastronet har bidratt til å sensibilisere endoskopører i forhold til komplikasjonsrisiko ved ERCP.
Cerebral pareseregisteret i Norge (Sykehuset i Vestfold)	<ul style="list-style-type: none"> • Elvrum AK, Andersen GL, Himmelmann K, Beckung E, Ohrvall AM, Lydersen S, Vik T. <i>Bimanual Fine Motor Function (BFMF) Classification in Children with Cerebral Palsy: Aspects of Construct and Content Validity</i>. Phys Occup Ther Pediatr. 2015 Aug 19:1-16 • Virella D, Pennington L, Andersen GL, Andrada MD, Greitane A, Himmelmann K, Prasauskiene A, Rackauskaite G, De La Cruz J, Colver A, on behalf of the SCPE. <i>Classification systems of communication for use in epidemiological surveillance of children with cerebral palsy</i>. Dev Med Child Neurol. 2015 Aug 14. doi: 10.1111/dcmn.12866. [Epub ahead of print] • Lien E, Andersen GL, Bao Y, Gordish-Dressman H, Skranes JS, Blackman JA, Vik T. <i>Genes determining the severity of cerebral palsy: the role of single nucleotide polymorphisms on the amount and structure of apolipoprotein E</i>. Acta Paediatr. 2015 Jul;104(7):701-6. doi: 10.1111/apa. 12983 • Stoknes M, Lien E, Andersen GL, Bao Y, Blackman JA, Lie RT, Vik T. <i>Child apolipoprotein E gene variants and risk of cerebral palsy: Estimation from case-parent triads</i>. Eur J Paediatr Neurol. 2015 May;19(3):286:91. doi: 10.1016/j.ejpn.2014.12.017 • Finbråten AK, Syversen U, Skranes J, Andersen GL, Stevenson RD, Vik T. <i>Bone mineral density and vitamin D status in ambulatory and non-ambulatory children with cerebral palsy</i>. Osteoporos Int. 2015 Jan;26(1):141-50. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensartet diagnostisering og bruk av standardisert klassifisering av CP i Norge. • Likeverdig tilgang til og bruk av behandlingsformer (spastisitetsreduserende behandling, fysio- og/eller ergoterapi, ortopedisk kirurgi). • Likeverdig utredning og behandling av tilleggsvansker (spisevansker og ernæring, kognisjon, tale- og kommunikasjon)
Norsk gynekologisk endoskopiregister (Sykehuset i Vestfold)	<ul style="list-style-type: none"> • Andreas Putz, Tonje Bohlin, Martin Rakovan, Ariane Maria Putz, Rudy Leon De Wilde. <i>European operative registry to avoid complications in operative gynaecology</i>. Sykehuset i Vestfold HF, Kvinnesenteret, Tønsberg, Norge, Pius-Hospital Oldenburg, Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologische Onkologie, Universität Oldenburg, Tyskland <p>Pågående studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hald K, Putz A, Rakovan, M, Bohlin, T, Holmsen, S, Putz AM, De Wilde, R. <i>Norwegian Reproduction after Endoscopic Myomectomy (NORM)</i>. Oslo University Hospital, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, Pius Hospital, University i Oldenburg 	Regionale og lokale kvalitetsforbedrende tiltak igangsatt: <ul style="list-style-type: none"> • Forandring i bruken av laparoskopisk ekstrautstyr. • Forbedring av peroperativ antibiotika profylakse. • Forandring av tilgangsprosedyren ved laparoskopier. • Etablering av «standard operation procedures» = retningslinjer for det hyppigste gynekologiske endoskopiske inngrep. • Fram til 2015 ble det gjennomførte 5 operasjonskurs for total laparoskopisk hysterectomi (leger og sykepleier). • Etablering av retningslinjer med «oppskrift» for håndtering av peroperative krisesituasjoner. • Etablering av medisinsk team trening.
Norsk kvinnelig inkontinensregister (Oslo)	<ul style="list-style-type: none"> • Moe K, Schiøtz HA, Kulseng-Hanssen S. <i>Outcome of TVT operations in women with low maximum urethral closure pressure</i>. Neurourol Urodyn. 2016 May 31. doi: 10.1002/nau.23044. [Epub ahead of print] 	Registeret har anbefalt operativ justering av for stamt bånd. Fra 2009 har antall pasienter, hvor båndet ble justert operativt, økt årlig.

universitetssykehus)	<ul style="list-style-type: none"> • Moksnes LR, Svenningsen R, Schiøtz HA, Moe K, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. <i>Sling mobilization in the management of urinary retention after mid-urethral sling surgery</i>. <i>Neurourol Urodyn</i>. 2016 May 31. doi: 10.1002/nau.23046. [Epub ahead of print] • Madeleine Engen forbereder publikasjon: <i>Outcome of Mid-Urethral Sling Surgery (MUS) in young, medium aged and old women</i> 	I 2015 ble ingen bånd klippet, 24 pasienter ble forbigående kateterisert, mens 34 bånd ble justert operativt. Registerets tiltak har på denne måten bidratt til kvalitetsforbedring.
Norsk nyreregister (Oslo universitetssykehus)	<ul style="list-style-type: none"> • Eide IA, Halden TAS, Hartmann A, Åsberg A, Dahle DO, Reisæter AV, Jenssen T. <i>Limitations of HbA1c for the diagnosis of post transplant diabetes mellitus</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(3): 629-635 • Dahle DO, Eide IA, Åsberg A, Leivestad T, Holdaas H, Jenssen TG, Fagerland MW, Pihlstrøm H, Mjøen G, Hartmann A. <i>Aortic stiffness in a mortality risk calculator for kidney transplant recipients</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(8): 1730-1737 • von Düring ME, Jenssen T, Bollerslev J, Åsberg A, Godang K, Eide IA, Dahle DO, Hartmann A. <i>Visceral fat is better related to impaired glucose metabolism than body mass index after kidney transplantation</i>. <i>Transplant Int</i> 2015; 28(10): 1162-1171 • Størset E, Åsberg A, Skauby M, Neely M, Bergan S, Bremer S, Midtvedt K. <i>Improved tacrolimus target concentration achievement using computerized dosing in renal transplant recipients - a prospective, randomized study</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(10): 2158-2166 • Breckenridge K, Bekker HL, Gibbons E et al. <i>How to routinely collect data on patient-reported outcome and experience measures in renal registries in Europe: An expert consensus meeting</i>. <i>Nephrology, Dialysis and Transplantation</i> 2015 ; 30(10): 1605-1614 • Eide IA, Jenssen TG, Hartmann A, Diep LM, Dahle DO, Reisæter AV, Bjerve KS, Christensen JH, Schmidt EB, Svensson MHS. <i>The association between marine n-3 polyunsaturated fatty acid levels and survival after renal transplantation</i>. <i>Clin J Am Soc Nephrol</i> 2015; 10(7): 1246-1256 • Smedbråten YV, Sagedal A, Mjøen G, Hartmann A, Fagerland M, Rollag H, Mollnes TE, Thiel S. <i>High Ficolin-3 level at the time of transplantation is an independent risk factor for graft loss in kidney transplant recipients</i>. <i>Transplantation</i> 2015; 99(4): 791-796 • Dörje C, Mjøen G, Strøm EH, Holdaas H, Jenssen TG, Øyen O, Akkøk CA, Småstuen MC, Midtvedt K, Reisæter AV. <i>One-year protocol biopsies from ABO-incompatible renal allografts compared with a matched cohort of ABO-compatible allografts</i>. <i>Clinical Transplantation</i> 2015; 29(3): 268-276 • Schive SW, Scholz H, Sahraoui A, Kloster-Jensen K, Hafsaahl G, Korsgren O, Foss A, Jenssen TG. <i>Graft function 1 year after pregnancy in an islet-transplanted patient</i>. <i>Transplant International</i> 2015; 28(10): 1235-1239 • Skrunes R, Larsen KK, Leh SM, Strøm EH, Jenssen TG, Tøndel C, Svarstad E. <i>Fabry disease diagnosed in living donor kidney transplant biopsies</i>. 4th Update on Fabry Nephropathy; 2015-06-01 - 2015-06-02 	Ingen nye tiltak ble initiert av registeret i 2015 da det har vært full fokus på å få sammenslåingen av NNR og NNBR til Norsk Nyreregister å gå så smertefritt som mulig. I 2015 ble arbeidet med dialysekvalitet fortsatt, og prosjektet som ble startet i 2012 videreført. Fokus på forbedret rapportering av Kt/V data, kvalitet av peritonealdialyse og drøfting av om hemodialyse er riktig behandling ved Rhabdomyolyse.

- Horneland R, Paulsen V, Lindahl JP, Grzyb K, Eide TJ, Lundin K, Aabakken L, Jenssen T, Aandahl EM, Foss A, Øyen O. *Pancreas transplantation with enteroanastomosis to native duodenum poses technical challenges--but offers improved endoscopic access for scheduled biopsies and therapeutic interventions.* Am J Transplant 2015; 15(1): 242-50
- Kent S, Schlackow I, Lozano-Kühne J, Reith C, Emberson J, Haynes R, Gray A, Cass A, Baigent C, Landray MJ, Herrington W, Mihaylova B; SHARP Collaborative Group (Holdaas H). *What is the impact of chronic kidney disease stage and cardiovascular disease on the annual cost of hospital care in moderate-to-severe kidney disease?* BMC Nephrol. 2015; 16: 65
- Waldum-Grevbo B, Leivestad T, Reisaeter AV, Os I. *Impact of initial dialysis modality on mortality: a propensity-matched study.* BMC Nephrol. 2015; 16: 179
- Morken NH, Diaz-Garcia C, Reisaeter AV, Foss A, Leivestad T, Geiran O, Hervás D, Brännström M. *Obstetric and neonatal outcome of pregnancies fathered by males on immunosuppression after solid organ transplantation.* Am J Transplant. 2015; 15(6): 1666-73
- Hruskova Z, Stel VS, Jayne D, Aasarød K, De Meester J, Ekstrand A, Eller K, Heaf JG, Hoitsma A, Martos Jimenez C, Ravani P, Wanner C, Tesar V, Jager KJ. *Characteristics and Outcomes of Granulomatosis With Polyangiitis (Wegener) and Microscopic Polyangiitis Requiring Renal Replacement Therapy: Results From the European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Registry.* Am J Kidney Dis. 2015 66(4): 613-20
- Norum J, Leivestad T, Eriksen BO, Skår S, Fagerheim A, Reisaeter AV. *Regional differences in renal replacement therapy in northern Norway 2000-2012.* Int J Circumpolar Health. 2015; 74: 24298
- Pippias M, Stel VS, Abad Diez JM, et al. *Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2012 ERA-EDTA Registry Annual Report.* Clin Kidney J. 2015; 8(3): 248-61
- Sandvik LF, Skarstein K, Krynitz B, Volchenkov R, Sviland L, Leivestad T, Jonsson R, Appel S. *Peritumoral dermis of squamous cell carcinomas in renal transplant recipients contains less CD11c+ myeloid dendritic cells and FoxP3+ T cells compared to immunocompetent controls.* J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29(11): 2128-35
- Vogelzang JL, van Stralen KJ, Noordzij M et al. *Mortality from infections and malignancies in patients treated with renal replacement therapy: data from the ERA-EDTA registry.* Nephrol Dial Transplant. 2015 Jun;30(6):1028-37
- Knoop T, Vagane AM, Vikse BE, Svarstad E, Magnusdottir BT, Leh S, et al. *Addition of eGFR and Age Improves the Prognostic Absolute Renal Risk-Model in 1,134 Norwegian Patients with IgA Nephropathy.* American Journal of Nephrology. 2015;41(3):210-9
- Sriskandarajah S, Aasarød K, Skrede S, Knoop T, Reisaeter AV, Bjorneklett R. *Improved prognosis in Norwegian patients with glomerulonephritis associated with anti-*

	<p><i>neutrophil cytoplasmic antibodies</i>. Nephrology Dial Transplant. 2015;30 Suppl 1:i67-75</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diciolla M, Binetti G, Di Noia T, Pesce F, Schena FP, Vagane AM, et al. <i>Patient classification and outcome prediction in IgA nephropathy</i>. Computers in Biology and Medicine. 2015;66:278-86 • Pesce F, Diciolla M, Binetti G, Naso D, Ostuni VC, Di Noia T, et al. <i>Clinical decision support system for end-stage kidney disease risk estimation in IgA nephropathy patients</i>. Nephrology Dial Transplant. 2016;31(1):80-6 • Ruggajo P, Svarstad E, Leh S, Marti HP, Reisaether AV, Vikse BE. <i>Low Birth Weight and Risk of Progression to End Stage Renal Disease in IgA Nephropathy--A Retrospective Registry-Based Cohort Study</i>. PLoS ONE. 2016;11(4):e0153819 	
Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister (Oslo universitetssykehus)	<p>Registeret er involvert i flere forskningsprosjekter basert på registerdata hvor det også kobles data til andre registre. Det foreligger 3 vitenskapelige publikasjoner fra siste år basert på registerdata, hvorav en publikasjon fra 2015 fra en institusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hans Jørgen Stensvold, MD; Kenneth Strømmen, MD; Astri M. Lang, MD, PhD; Tore G. Abrahamsen, MD, PhD; Eline Kjorsvik Steen, BSc; Are Hugo Pripp, PhD; Arild E. Ronnestad, MD, PhD. <i>Early Enhanced Parenteral Nutrition, Hyperglycemia, and death among Extremely Low-Birth-Weight Infants</i>. JAMA Pediatr. 2015 Nov; 169 (11):1003-10 <p>De to siste publikasjonene (ref 3 publikasjoner) vil bli omtalt i neste årsrapport.</p>	<p>Klinisk praksis knyttet til bruk av antibiotika har vært diskutert, og det har vært åpenhet rundt de enkelte avdelingens resultater i forhold til varighet av antibiotikabehandling for de ulike pasientgruppene (gruppert etter modenhet/GA ved fødsel). Fokus har vært satt på å avslutte antibiotikabehandling på de pasientene som er klinisk stabile og uten tegn til infeksjon.</p> <p>I tillegg til at fokuset på redusert bruk av antibiotika har vært diskutert i fagmiljøet på årskonferansene og blitt særlig belyst i årsrapportene de siste årene, er det også blitt inkorporert i den automatiske funksjonaliteten i Neonatalprogrammet. Når det er registrert i Neonatalprogrammet at en pasient behandles med antibiotika, kommer det automatiske varsler for å minne om varighet av behandlingen. I tillegg er programmet satt opp for å sørge for at korrekt sepsisdiagnose blir registrert ved oppvekst av mikrobe i blodkultur.</p>
Nasjonalt traumeregister (Oslo universitetssykehus)	<p>Det planlegges å igangsette arbeidet med å utarbeide prosjektskisser og etablere kontakt med aktuelle samarbeidspartnere for forskningsprosjekter. Spesielt prosjekter som omhandler datakvalitet, reliabilitet og validitet for aktuelle målemetoder/verktøy samt prosjekter som er essensielle for videreutvikling av registeret, herunder prosjekter rettet mot rehabilitering og PROMs/PREMs, som vil bli prioritert.</p>	<p>Foreløpig ikke aktuelt. Nasjonalt traumeregister (NTR) sentralt har foreløpig ikke initiert noe spesifikt kvalitetsforbedringsarbeid lokalt ved innregistrerende institusjoner.</p> <p>Etablering av interne kvalitetsregistre ved de enkelte sykehus/helseforetak som et ledd i opprettelsen av NTR, sammen med opplæring av registrarer, veiledning og tilrettelegging for uthenting, formidling og anvendelse av innregistrerte data, anses å være en essensiell del av det lokale kvalitetsforbedrende arbeidet som registeret sentralt kan bidra til. Nasjonalt traumeregister har videre oppfordret helseforetakene til å etablere styringsgrupper for lokale kvalitetsregistre, samt å utarbeide egne vedtekter og retningslinjer for utlevering av data. Registeret har i stor grad fokusert på viktigheten av aktivt å anvende de innregistrerte dataene i det kvalitetsforbedrende arbeidet lokalt i helseforetaket/sykehuset.</p> <p>NTR har intensjoner om å kunne bidra i det kvalitetsforbedrende arbeidet både på nasjonalt og lokalt nivå så snart registeret har tilfredsstillende datagrunnlag for dette.</p>
Nasjonalt register for	Ingen vitenskapelige arbeider blant annet fordi registeret mangler konsesjon fra	Infeksjonspoliklinikken på Oslo universitetssykehus, Ullevål, har jobbet systematisk

hiv (Oslo universitetssykehus)	Datatilsynet.	<p>med kvalitetsindikatorer fra registeret siden 2013. Flere tiltak er initiert av dette arbeidet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) intensivert innkalling og oppfølging av pasienter som ikke møter til årlig kontroll 2) bedre psykososial kartlegging og økt tverrfaglig samarbeid om pasienter på hiv-behandling som ikke har viruskontroll 3) alle hivpasienter har fått egen koordinator (fast sykepleier) som er registrert i EPJ
Norsk register for døvblinde (Oslo universitetssykehus)	Årsrapport for 2015 foreligger ikke.	Årsrapport for 2015 foreligger ikke.
Nasjonalt kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes (Oslo universitetssykehus)	<ul style="list-style-type: none"> • Gagnum V, Stene LC, Sandvik L, Fagerland MW, Njølstad PR, Joner G, Skrivarhaug T. <i>All-cause mortality in a nationwide cohort of childhood-onset diabetes in Norway 1973-2013</i>. Diabetologia 2015 Aug;58(8):1779-86. Epub 2015 May 14 • Line Wisting, Lasse Bang, Henrik Natvig, Torild Skrivarhaug, KnutDahl-Jørgensen, Bryan Lask, Øyvind Rø. <i>Adolescents with Type 1 Diabetes – the impact of eating disorder psychopathology, coping strategies, illness perceptions and insulin beliefs on metabolic control</i>. PLoS One. 2015 Nov 3;10(11): e0141386. Doi:1371 • Dzidzonu DK, Skrivarhaug T, Joner G, Moger TA. <i>Ethnic differences in the incidence of type 1 diabetes in Norway: a register-based study using data from the period 2002-2009</i>. Pediatric Diabetes 2015 Jun 25 • Magnus MC, Olsen SF, Granström C, Joner G, Skrivarhaug T, Svensson J, Johannesen J, Njølstad P, Magnus P, Størdal K, Stene LC. <i>Infant Growth and Risk of Childhood-Onset Type 1 Diabetes in Children From 2 Scandinavian Birth Cohorts</i>. JAMA Pediatr. 2015 Dec ;169(12):e153759. Doi: 10.1001/ jamapediatrics. 2015.3759. PMID:26642117 • Wisting L, Bang L, Natvig H, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Lask B, Rø Ø. <i>Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 Diabetes</i>. J Diabetes Research, 2016; 2016:3486094. Doi:10.1155/2016/3486094. Epub 2015 Nov. 22. PMID:26682231 • Carlsen S, Skrivarhaug T, Thue G, Cooper JG, Gøranson L, Løvaas K, Dandberg S. <i>Glycemic control and complications in patients with type 1 diabetes – a registry-based longitudinal study of adolescents and young adults</i>. Pediatr Diabetes. 2016 Feb 15. Doi:10.1111/pedi.12372. PMID:26875589 • Gagnum V, Stene LC, Jenssen TG, Berteussen LM, Sandvik L, Joner G, T. Skrivarhaug. <i>Cause of death in childhood onset Type 1 diabetes – long term follow-up</i>. Diabetic Medicine, 2016 Mar. 21. Doi:10.1111/dme.13114 (Epub ahead of print) • Wisting L, Bang L, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. <i>Psychological Barriers to optimal Insulin Therapy – more concerns in Adolescent Females than males</i>. BMJ Open 	<p>«Fra barnehelsetjenesten til voksenhelsetjenesten. Bedre samhandling for ungdom med livsløpssykdom» er et kvalitetsforbedringsprosjekt som bruker type 1 diabetes som en modell sykdom for å beskrive utfordringene ved overgang fra barne- til voksenhelsetjenesten i den sårbare livsfasen som ungdomsårene kan være. Prosjektet er en studie av Barnediabetesregisteret (BDR) og er et samarbeid mellom Den norske barnelegeforening, Diabetesforbundet, Helsedirektoratet, Sykehuset Telemark og BDR. Det er ikke publisert noen resultater ennå.</p> <p>BDR gir regelmessig tilbakemelding til den enkelte barneavdeling. Hver barneavdeling får en rapport på egne leverte data og en rapport hvor de selv er plassert i forhold til landsgjennomsnittet på de aktuelle resultatmålene.</p> <p>BDR arrangerer årlig et nasjonalt kvalitetsmøte hvor alle deltagende barneavdelinger (sykepleiere, leger, klinisk ernæringsfysiologer, psykologer) samles for å gjennomgå og drøfte resultatene. Dette gir økt fokus på nasjonale og internasjonale behandlingsretningslinjer.</p>

	<p>Diabetes Research & Care, 2016 Jun 23;4(1):e000203. Doi: 10.1136/bmjdr-2016-000203. PMID:27403325</p> <ul style="list-style-type: none"> Line Wisting (2015) <i>Comorbid type 1 diabetes and disturbed eating behaviors – Assessment, prevalence, psychological correlates and metabolic control</i>. ISSN 1504-3991 /Nr. 515. UiO, Faculty of Social Sciences. Disputas 11.06.15 	
Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten NorKog (Oslo universitetssykehus)	<ul style="list-style-type: none"> Tangen, G.G., Engedal, K., Bergland, A., Moger, T.A., Hansson O. & Mengshoel, A.M. <i>Spatial navigation measured by the Floor Maze Test in patients with subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease</i>. Int Psychogeriatr. 2015 Aug;27(8):1401-9. (0) doi: 10.1017/S1041610215000022. Epub 2015 Feb 3 Desikan, Rahul S.; Schork, Andrew J.; et al (2015). <i>Polygenic overlap between C-reactive protein, plasma lipids, and Alzheimer disease</i>. Circulation . ISSN 0009-7322. 131(23), s 2061- 2069 . doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015489 Steinberg, Stacy; Stefansson, Hreinn; Jonsson, Thorlakur; Johannsdottir, Hrefna et al (2015). <i>Loss-of-function variants in ABCA7 confer risk of Alzheimer's disease</i>. Nature Genetics. ISSN 1061-4036. 47(5), s 455-447.doi: 10.1038/ng.3246 Hvidtsten L, Engedal K, Selbæk G, Wyller TB, Kersten H. <i>Cognitive characteristics in persons with young onset Alzheimer's disease and frontotemporal dementia in Norwegian memory clinics study population</i>. European geriatric medicine 6:S186 • September 2015 Knapskog, A.B., K. Engedal, and A. Brækhus, <i>Performance of Cerebrospinal Fluid Biomarkers of Alzheimer Disease in a Memory Clinic in Norway</i>. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2016. 30(1): p. 8-14 Persson K, Anne Brækhus A, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. <i>Burden of Care and Patient's Neuropsychiatric Symptoms Influence Carer's Evaluation of Cognitive Impairment</i>. Dement Geriatr Cogn Disord 2015;40:256–267 Tangen GG, Engedal K, Bergland A, Moger AT, Hansson O, Mengshoel AM. <i>Spatial navigation measured by the Floor Maze Test in patients with subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease</i>. International Psychogeriatrics 2015 Mellingsæter M; Wyller TB; Ranhoff, A H; Bogdanovi N ,Wyller VB (2015). <i>Reduced sympathetic response to head-up tilt in subjects with mild cognitive impairment or mild Alzheimer's dementia</i>. Dementia and geriatric cognitive disorders extra. ISSN 1664-5464. 5(1), s 107- 115 . doi:10.1159/000375297 Bjoernstad Tonga JB, Karlsoen BK, Arnevik EA, Werheid K, Korsnes MS, Ulstein ID. <i>Challenges With Manual-Based Multimodal Psychotherapy for People With Alzheimer's Disease: A Case Study</i>. AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN 1533317515603958, first published on September 17, 2015 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidet med utarbeidelse av nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende har skjedd i nært samarbeid med NorKog. Utarbeidelse og revisjon av registersett har skjedd i tett samarbeid med fagmiljø fra alderspsykiatriske, geriatriske og hukommelsespoliklinikker og har tatt utgangspunkt i standard utredningsforløp i spesialisthelsetjenesten. Registerets brukerveiledning gir normer for tolkning og forståelse av testresultater fra kognitive tester og andre kartleggingsverktøy og bidrar til lik praksis. Oppdaterte diagnostiske kriterier styrker lik praksis knyttet til å sette en demensdiagnose. Skriftlig og muntlig opplæring og veiledning av nye senter som ønsker å delta i registeret gir økt kunnskap både om utredning og pasientgruppen. Forskning, hvor data fra registeret benyttes, har gitt ny kunnskap om depresjon ved demens, fysiske aktivitet og demens, yngre personer med demens og deres pårørende samt genetik. Presentasjon av registerets innhold og resultat fra forskning er gitt i seminar, møter på sykehus og i regioner. Presentasjoner på nasjonale og internasjonale konferanser har vært en del av dette kvalitetsarbeidet. Kvalitetsforbedringsformål ved de enkelte sykehus har sekretariatet lagt til rette for gjennom presentasjon av resultater fra enkeltsykehus sett i forhold til andre sykehus og resultater fra registeret samlet.
Det norske hjertekirurgiregisteret (Oslo	Ingen publikasjoner i 2015.	Registrering av komplikasjoner og 30 dagers dødelighet gjør det mulig å vurdere tidlige resultater etter de ulike gruppene hjerteoperasjoner, både nasjonalt og institusjonelt. Ved en mer komplett registrering av diagnoser og prosedyrekoder vil

universitetssykehus)		<p>det også være mulig å ta beslutninger om spesialisering av ulike institusjoner til å behandle spesielle pasientgrupper.</p> <p>Når registeret er utviklet til også å kunne anvende personidentifiserbare data vil man kunne følge enkeltpasienter og pasientgrupper både med hensyn på senere reintervensjoner eller sen mortalitet og dermed belyse behandlingseffekter og prognose på en langt bedre måte enn i dag. Per i dag ligger slike muligheter i avgrensede forskningsprosjekter.</p> <p>Registeret har ved flere anledninger gitt tilbakemelding ved endringer i resultatene, spesielt har dette hatt betydning ved behandling av pasientgrupper hvor hvert sykehus har få pasienter. Et eksempel på dette var resultatene etter oppvarming av hypoterme (nedkjølte) pasienter på hjerte-lungemaskin. Som en direkte følge av observasjonen gjennomgikk avdelingen sine prosedyrer, og det er registrert en bedring i resultatene.</p>
Norsk pacemaker- og ICD-register (Oslo universitetssykehus)	Ingen publikasjoner i 2015.	<p>Den nye versjonen av registeret, som er under utvikling, vil registrere hvorfor og hvordan pacemaker og hjertestartere (ICD) implanteres, på en bedre og lettere rapporterbar måte. Data for selve inngrepet gjør det mulig å kartlegge komplikasjoner og eventuelle risikofaktorer. Reoperasjoner og komplikasjoner skal registreres slik at data blir lett tilgjengelige.</p> <p>I tillegg vil en kunne registrere langtidsdata for overlevelse, funksjon til de ulike ledningene og pacemakerne som brukes, samt kliniske problemer og komplikasjoner. Det nye registeret vil dekke hele «livsløpet» til implantert utstyr, inkludert ekstraksjoner (fjerning av utstyr). Nytt register vil gi komplikasjonsrater og implantasjonsrater på institusjons-, fylkes- og landsnivå. Det forventes at nytt register skal gi vesentlig mer opplysninger enn det gamle og gi grunnlag for forskning og kvalitetssikring til beste for nåværende og fremtidige pasienter.</p>
Norsk hjertestansregister (Oslo universitetssykehus)	<p>Siden 2010 er det arbeidet med en klargjøring av definisjonene og oppretting av nye registre i hele Europa. I oktober 2014 samlet 27 europeiske land data på plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus etter samme mal, og funnene vil rapporteres i studien «EuReCa-ONE». Mer informasjon om studien, inkludert protokoll og datasett, finnes på http://www.eureca-one.eu. Håpet er at EuReCa- ONE studien vil bidra til at arbeidet med innsamling av hjertestansdata fortsetter, og at en på sikt vil kunne få ensartede og sammenliknbare data fra alle land i Europa. Registerleder deltok i arbeidsgruppen for EuReCa og er medforfatter på EuReCa artikkelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al. <i>EuReCa ONE Collaborators. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe</i>. Resuscitation. 2016 Aug;105:188-95. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004 	Norsk hjertestansregister sentralt har foreløpig ikke initiert spesifikt kvalitetsforbedringsarbeid lokalt ved innregistrerende institusjoner.
Nasjonalt	Det er publisert tre artikler fra Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia	Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av

<p>kvalitetsregister for barnekreft (Kreftregisteret)</p>	<p>(ALiCCS), som er en stor nordisk registerstudie der sykkelighet hos barnekreftoverlevende er sammenliknet med friske personer (http://www.cancer.dk/aliccs/). Tre PhD-kandidater fortsetter arbeidet med data.</p> <p>Data fra Barnekreftregisteret er også en del av Pancare Childhood and Adolescent Cancer Survivor Care and Follow-up Studies (PanCareSurFup), som undersøker risiko for sekundær kreft blant europeiske barnekreftoverlevende (http://www.pancaresurfup.eu/). Dette er et pågående arbeid.</p>	<p>resultater i årsrapporten for 2015 fra barnekreftregisteret.</p>
<p>Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft (Kreftregisteret)</p>	<p>Det pågår et doktorgradsarbeid med data fra Brystkreftregisteret som forventes ferdig i 2016, ved kirurg Olaf Johan Hartmann-Johnsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hartmann-Johnsen OJ, Kåresen R, Schlichting E, Nygård JF. <i>Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008</i>. Annals of Surgical Oncology. 2015 Mar 6 	<p>Kirurgi: Det er en økning i antall brystbevarende operasjoner totalt i Norge og det er en mer lik praksis mellom sykehusene. Data vedrørende brystbevarende operasjoner ble grundig diskutert både på bryst- og endokrinkirurgenes årsmøte på høsten 2015 samt på Onkologisk Forum samme år. Medieoppmerksomhet rundt disse tallene kan også ha påskyndet en ønsket utvikling i retning av flere brystbevarende operasjoner.</p> <p>Patologi: Variasjoner i mål av perinodal tumorvekst. Det pågår et arbeid med å lage retningslinjer for kirurgisk håndtering og patologiundersøkelse i forhold til perinodal tumorvekst, som følge av resultater fra fjorårets årsrapport.</p>
<p>Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft (Kreftregisteret)</p>	<p>Føflekkreftregisteret er utgangspunkt for flere samarbeid med verdens ledende melanomforskere, blant annet med Adele Green og kollegaer –i en studie av langtidsoverlevelse etter melanom og i studier på sammenheng mellom tumorkarakteristika, personkarakteristika og UV-eksponering. Adele Green er professor og nestleder på Queensland Institute of Medical Research, Brisbane, Australia. Likeledes er Føflekkreftregisteret utgangspunkt for et europeisk samarbeid ledet av Lidia Sacchetto fra Piedmont Cancer Registry Torino, Italia, på forekomst av tynne svulster og in situ-lesjoner.</p>	<p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra barnekreftregisteret.</p>
<p>Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft (Kreftregisteret)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Szczesny W, Vistad I, Kærn J, Nakling J, Tropé C, Paulsen T. <i>Impact of hospital type and treatment on long-term survival among patients with FIGO stage IIIC epithelial ovarian cancer: follow-up through two recurrences and three treatment lines in search for predictors for survival</i>. EJGO Accepted proofs April 27;2015 Szczesny, W., Vistad, I., Kaern, J., Nakling, J., Tropé, C., & Paulsen, T. (2016). <i>Impact of hospital type and treatment on long-term survival among patients with FIGO Stage IIIC epithelial ovarian cancer: follow-up through two recurrences and three treatment lines in search for predictors for survival</i>. European journal of gynaecological oncology, 37(3), 305 	<p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft.</p>
<p>Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft (Kreftregisteret)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nilssen, Yngvar, et al. <i>Lung cancer survival in Norway, 1997–2011: from nihilism to optimism</i>. European Respiratory Journal (2015): ERJ-00650 	<p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra lungekreftregisteret.</p>
<p>Nasjonalt kvalitetsregister for malignt lymfom og</p>	<ul style="list-style-type: none"> Barzenje, D.A., Småstuen, M.C., Delabie, J., Fosså, A., Liestøl, K., Kolstad, A. & Holte, H. <i>Radiotherapy compared to other strategies in treatment of stage I/II follicular lymphoma. A study of 404 patients with a median follow-up of 15 years</i>. PLoS One. 2015 	<p>Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra lymfomregisteret.</p>

lymfatisk leukemi	Jul 6;10(7):e0131158	
Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft	<ul style="list-style-type: none"> • Dahl S, Loge JH, Berge V, Cvanvarova M, Dahl AA, Fosså SD. <i>Life 3 Years after Surgery. Influence of Radical Prostatectomy for Prostate Cancer on Work Status and Working.</i> J Cancer Surviv. 2015 Jun;9(2):172-9 • Dahl S., Cvancarova M., Dahl, AA., Fosså, SD. <i>Work ability in prostate cancer survivors after radiaval prostatectomy.</i> Scand J Urol. 2016;50(2): 116-22 	Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra prostatakreftregisteret.
Nasjonalt kvalitetsregister for tykk-og endetarmskreft	<ul style="list-style-type: none"> • Stornes T, Wibe A, Nesbakken A, Myklebust TÅ, Endreseth BH. <i>National early rectal cancer treatment revisited.</i> Dis Colon Rectum. 2016 Jul;59(7):623-9. • Stormark K, Søreide K, Søreide JA, Pfeffer F, Eriksen MT, Nedrebø BS, Kørner H. <i>Nationwide implementaion of laparoscopic surgery of colon cancer: short-term outcomes and long-term survival in population-based cohort.</i> Surgical Endoscopy. 23 February 2016 • Guren MG et al. <i>Nationwide improvement of rectal cancer treatment outcomes in Norway, 1993-2010.</i> Acta Oncologica. 2015 Nov; 54 (10):1714-22 • Sakkestad ST, Olsen BC, Karliczek A, Dahl O, Pfeffer F. <i>Validity of Norwegian Rectal Cancer Registry data at a major university hospital 1997-2005.</i> Acta Oncol. 2015 Apr 23:1-6 	Det er ikke iverksatt prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring på bakgrunn av resultater i årsrapporten for 2015 fra prostatakreftregisteret.