

Årlig melding 2004



***Årlig melding er behandlet i styret i
Helse Sør RHF 2. februar 2005***

INNHold

1.	<u>Innledning</u>	4
2.	<u>Krav til ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret for pasientbehandling - andre hovedoppgaver</u>	5
2.1.	<u>Pasientbehandling</u>	5
	Aktivitet	
	Ventetider	
2.1.1.	<u>Kvalitet i tjenesten</u>	8
	Prioritering	
	Prioritering – sterk overvekt og fedme	
	Kvalitet og metodevurdering	
	Faglig rammeverk – epikriser	
	Faglig rammeverk – korridorpasienter	
	Faglig rammeverk – preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	
2.1.2.	<u>Nærmere om særskilt prioriterte områder</u>	11
	Opptappingsplanen for psykisk helse	
	Kreftbehandling og kreftomsorg	
	Rehabilitering og habilitering	
	Tilbud til rusmiddelmissbrukere	
	Behandlingsreiser	
2.1.3.	<u>Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling</u>	20
	Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten	
	Forebyggende arbeid	
	Smittevern og beredskap	
	Høyspesialisert medisin – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra	
2.2.	<u>Utdanning</u>	22
2.3.	<u>Forskning</u>	23
2.4.	<u>Pasientopplæring og brukerperspektiv</u>	25
2.5.	<u>Andre forhold innen helsefag som Departementet ikke spesifikt har bedt om rapportering på for 2004</u>	26

3.	<u>Helsedepartementets eierkrav knyttet til økonomi og organisasjonsutvikling</u>	28
3.1.	<u>Økonomiske prestasjonskrav</u>	28
3.1.1.	Resultatkrav og forventet effektivisering i 2004	
3.1.2.	Kapitalfundamentet til Helse Sør	
3.1.3.	Investeringer	
3.2.	<u>Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling</u>	34
3.2.1.	Ledelse	
3.2.2.	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	
3.2.3.	Åpenhet	
3.2.4.	Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll	
3.2.5.	Grønn stat	
4.	<u>Private aktører</u>	38
	Avtaler med private sykehus	
	Avtaler med privatpraktiserende avtalespesialister	
	Røntgen- og laboratorieavtaler	
	Undervisning av helsepersonell	
5.	<u>Nasjonale aktører</u>	40
6.	<u>Nye oppgaver for de regionale helseforetakene</u>	41
7.	<u>Organisering</u>	42
8.	<u>Styrets plandokument 2005-2006</u>	44

1. INNLEDNING

I vedtektene for Helse Sør RHF gjengis kravene og oppgavene for ”Årlig melding” i § 15:

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

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurdering av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behov for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise foretakets utvikling i forhold til plandokumentet.”

Helse Sørs ”Årlig melding 2004” er organisert slik at kapitlene 2 til 6 tilsvarer Departementets ”Styringsdokument 2004” – med samme saker og samme inndeling. På denne måten er det lettere å se sammenhengen mellom Departementets krav til Helse Sør – og vår rapportering om hvordan vi har fulgt opp kravene. I rapportdelen av ”Årlig melding” har vi også gjengitt de sentrale krav og oppgaver som Departementet påla Helse Sør i styringsdokumentet.

I kapittel 7 redegjør vi for organisasjonsmessige endringer i Helse Sør i 2004.

Kapittel 8 er styrets plandokument for 2005-2006.

Årlig melding er drøftet med representanter for de tillitsvalgte – og behandlet i styret i Helse Sør RHF hvor tre av de konsernvalgte er ansattvalgte medlemmer..

Det regionale brukerutvalget i Helse Sør RHF har kommet med innspill til Årlig melding.

Årsrapport fra pasientombudene er vedlagt.

2. KRAV TIL IVARETAKELSE AV ”SØRGE FOR”-ANSVARET FOR PASIENTBEHANDLING – ANDRE HOVEDOPPGAVER

2.1. Pasientbehandling

Aktivitet

Aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme. Departementet skrev at budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003. Innen psykisk helsevern skal økt aktivitet legges til grunn.

Somatikk

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	2004 jan-nov	endring 2002-2003	endring 2003-2004
Blefjell sykehus HF	11 091	11 110	11 140	0,2 %	0 %
Det norske radiumhospital HF	11 520	10 959	11 062	-4,9 %	1 %
Rikshospitalet HF	38 159	40 203	39 792	5,4 %	-1 %
Ringerike sykehus HF	8 420	9 085	9 729	7,9 %	7 %
Sykehuset Buskerud HF	20 347	21 090	21 379	3,7 %	1 %
Sykehuset i Vestfold HF	24 398	24 970	24 843	2,3 %	-1 %
Sykehuset Telemark HF	19 414	19 778	21 918	1,9 %	11 %
Sørlandet sykehus HF	37 297	38 900	38 856	4,3 %	0 %
Helse Sør totalt	170 646	176 095	178 719	3,2 %	1 %

Tabell 1 Innleggelses (antall utskrevne) per 30. november 2002 – 2004

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	2004 jan-nov	endring 2001-2002	endring 2003-2004
Blefjell sykehus HF	1 671	2 190	2 056	31 %	-6 %
Det norske radiumhospital HF ¹	798	801	238	0 %	-70 %
Rikshospitalet HF ²	4 412	5 196	2 455	18 %	-53 %
Ringerike sykehus HF	1 828	1 793	1 742	-2 %	-3 %
Sykehuset Buskerud HF	3 716	4 465	4 668	20 %	5 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 957	10 860	10 517	21 %	-3 %
Sykehuset Telemark HF	6 113	7 574	7 183	24 %	-5 %
Sørlandet sykehus HF	9 546	11 222	12 412	18 %	11 %
Helse Sør totalt	37 041	44 101	41 271	19 %	-6 %

Tabell 2 Dagkirurgi per 30. november 2002 – 2004

¹ Reduksjonen i 2004 skyldes ombygging av lokaler

² Reduksjonen i 2004 skyldes overføringen av Øyeavdelingen til Ullevål universitetssykehus HF

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	2004 jan-nov	endring 2002-2003	endring 2003-2004
Blefjell sykehus HF	36 765	34 133	34 921	-7 %	2 %
Det norske radiumhospital HF	24 194	25 635	28 704	6 %	12 %
Rikshospitalet HF	135 583	158 048	159 055	17 %	1 %
Ringerike sykehus HF	31 890	32 704	35 448	3 %	8 %
Sykehuset Buskerud HF	104 183	101 017	106 683	-3 %	6 %
Sykehuset i Vestfold HF	138 747	139 333	139 505	0 %	0 %
Sykehuset Telemark HF	88 662	92 453	97 271	4 %	5 %
Sørlandet sykehus HF	168 530	165 400	177 109	-2 %	7 %
Helse Sør totalt	728 554	748 723	778 696	3 %	4 %

Tabell 3 Polikliniske konsultasjoner somatikk (RTV + ISF) per 30. november 2002 – 2004

Tabell 1, 2 og 3 viser aktivitetsutviklingen innen somatikk i helseforetakene i Helse Sør de tre siste årene. Økningen har vært størst innen poliklinikk siste året. Nedgangen i dagkirurgi i 2004 skyldes Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF.

Psykisk helsevern

	2001	2002	2003	2004	endring 2002-2003	endring 2003-2004
Blefjell sykehus HF	241	293	301	369	3 %	23 %
Psykiatrien i Vestfold HF	1 264	1 373	1 461	1 585	6 %	8 %
Ringerike sykehus HF	140	122	186	209	52 %	12 %
Sykehuset Buskerud HF ¹	1 401	1 605	1 981	1 724	23 %	-13 %
Sykehuset Telemark HF	813	752	844	980	12 %	16 %
Sørlandet sykehus HF	2 806	3 017	3 282	3 570	9 %	9 %
Helse Sør totalt	6 665	7 162	8 055	8 437	12 %	5 %

Tabell 4 Døgnoophold psykisk helsevern

	2001	2002	2003	2004	endring 2002-2003	endring 2003-2004
Blefjell sykehus HF	12 739	16 264	18 982	22 640	17 %	19 %
Psykiatrien i Vestfold HF	37 256	43 004	47 939	47 987	11 %	0 %
Ringerike sykehus HF	10 165	10 522	17 015	21 299	62 %	25 %
Sykehuset Buskerud HF	19 652	24 281	28 977	30 236	19 %	4 %
Sykehuset Telemark HF	28 019	36 579	48 322	53 679	32 %	11 %
Sørlandet sykehus HF	34 787	37 855	42 239	45 589	12 %	8 %
Helse Sør totalt	142 618	168 505	203 474	221 430	21 %	9 %

Tabell 5 Polikliniske konsultasjoner

¹ Økningen fra 2001 til 2002 skyldes økt aktivitet, men også at to nye institusjoner ble integrert i sykehuset 1. januar 2002. Tall for 2001 er eksklusiv disse enhetene. I 2002 ble et nytt pasientadministrativt system tatt i bruk fra forskjellige tidspunkt ved de forskjellige enhetene. Aktivitet i tidsrommet fra 1. januar 2002 til systemet ble tatt i bruk, er ikke blitt etterregistrert. Tall for 2002 er derfor noe ufullstendig og gir ikke et riktig bilde av faktisk aktivitet.

Aktivitetøkningen innen psykisk helsevern fortsetter også i 2004. Økningen er markert sterkere enn for somatikken.

I tillegg til aktiviteten som er gjengitt i tabell 4 og 5 foregår det behandling av pasienter innen psykisk helsevern ved Rikshospitalet HF både for voksne, barn og ungdom. Disse tallene er ikke tatt inn i tabellen.

Ventetider

Det må være fokus på å holde ventelistene på et lavt nivå.

Ved sykehusreformens introduksjon 1. januar 2002 var gjennomsnittlig ventetid for ventende i Helse Sør 163 dager. Styret i Helse Sør RHF satt da som mål at gjennomsnittlig ventetid for ventende skulle bringes under 100 dager i løpet av 2003.

Ventetidsmålet ble nådd allerede tidlig i 2003. Ved utgangen av 2003 var gjennomsnittlig ventetid for ventende i Helse Sør 87 dager. I 2004 har utfordringen vært å holde ventetidene lave gjennom en periode med betydelige økonomiske innsparinger. Dette målet er nådd. Ved utgangen av november 2004 var ventetiden for ventende i Helse Sør 85 dager. Sørlandet sykehus HF er det eneste helseforetaket i regionen som i løpet av året har hatt ventetider over 100 dager (mai-november).

Ventetid for ventende innen somatikk har gått ned fra 90 dager ved årets start til 88 dager ved utgangen av året.

Innen psykisk helsevern har ventetid for ventende endret seg fra 61 til 62 dager i løpet av året.

Ventetiden for barn og unge innen psykisk helsevern har gått ned fra 79 dager ved årets begynnelse til 60 dager ved årets slutt.

Et delmål i Helse Sør er at ingen skal vente mer enn ett år. Ved sykehusreformens introduksjon hadde mer enn 5.000 personer ventet mer enn et år. Ved starten av 2004 var dette tallet nede i 1.264, mens det ved utgangen av året 2004 var 1.350. Antallet som har ventet mer enn et år er fortsatt for høyt. Det betyr at det har skjedd en uønsket utvikling i 2004, og Helse Sør RHF vil intensivere arbeidet med å redusere antall som har ventet mer enn et år.

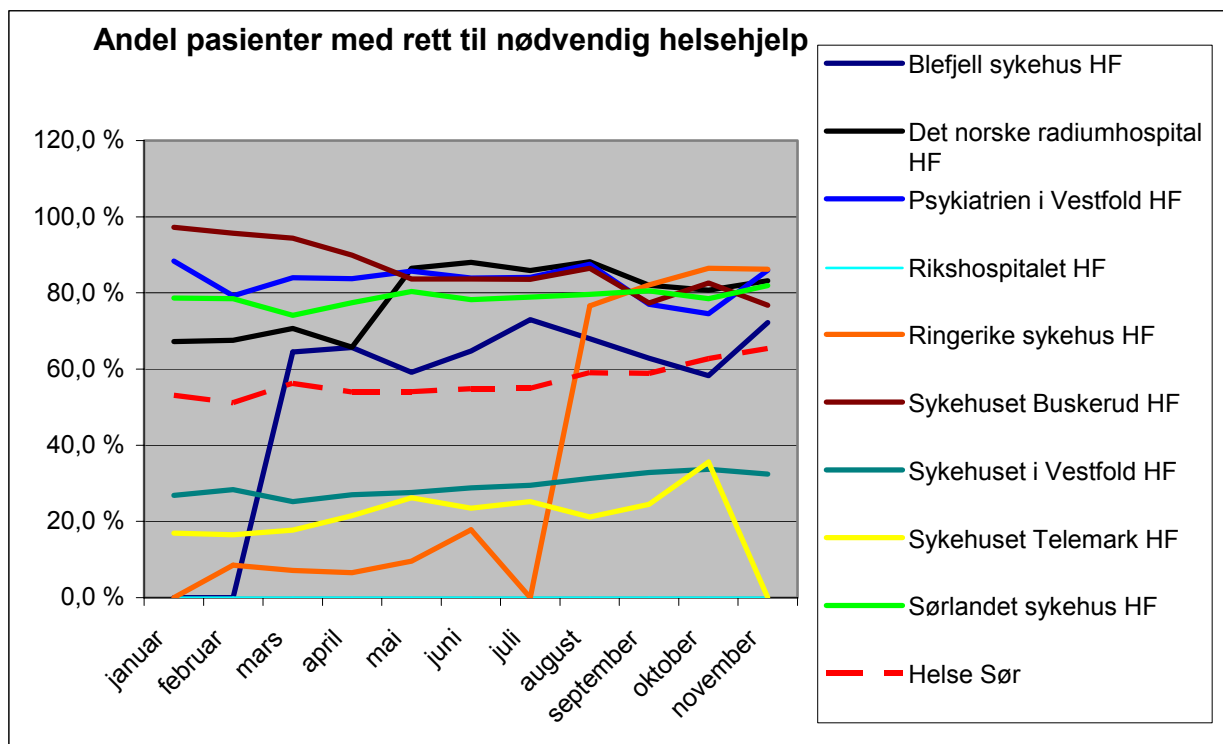
2.1.1 Kvalitet i tjenesten

Prioritering

De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere innenfor ulike pasientgrupper. Det skal arbeides mot en enhetlig prioritering av prioriteringsforskriften med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Dessuten skal Helse Sør etablere et system for å gi pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en individuell frist for behandling.

Helse Sørs regionale fagråd har i 2004 utarbeidet enhetlige kriterier for prioritering av pasienter. Helse Sør RHF har sammen med helseforetakene gjennomgått forslagene og kriteriene er distribuert til alle helseforetak med anbefaling om at de blir lagt til grunn ved vurdering av hvilke pasienter som skal gis "rett til nødvendig helsehjelp".

Helse Sør har samarbeidet med helseforetakene om etableringen av et system for å gi pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en individuell frist for behandling. Før loven trådte i kraft ble det gjennomført et utstrakt informasjonsprogram, der Helse Sør orienterte og informerte om lovendringene og konsekvensene for helseforetakenes del.



Figur 1 Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ved helseforetakene i Helse Sør

Som figuren viser er det fortsatt store ulikheter i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i Helse Sør. Arbeidet med å samordne helseforetakenes prioriteringer og frister for rett til nødvendig helsehjelp fortsetter i 2005.

Det forekom ingen fristbrudd i Helse Sør i 2004.

Prioritering – sterk overvekt og fedme

Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme

I september 2004 startet Helse Sør RHF utviklingen av et behandlingstilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Prosjektet skal kartlegge behovet for denne type behandling i vår region og prøve ut en modell for et helhetlig behandlingsopplegg for mennesker med sykkelig overvekt. Prosjektet vurderer hvilket behandlingsopplegg den enkelte pasient skal tilbys og utarbeider behandlingsopplegg ut fra den enkeltes behov. Behandlingstilbudet kan variere fra livsstilsprogrammer via medisinske behandlingstilbud til i noen tilfeller operasjon.

Prosjektet vil i første omgang vare til utgangen av 2006.

Ved årsskiftet var det kommet inn 400 søknader, alle ble vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp.

Helse Sør RHF er i siste fase av anbud om rehabiliteringsopphold med fokus på endring av livsstil.

Kvalitet og metodevurdering

Helse Sør skal etablere og finansiere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2004.

Helse Sør RHF har i 2003 prioritert tre områder innen faglig kvalitetsarbeid:

- Oppfyllelse av lovkrav (prioriteringsforskriften, endring i retten til nødvendig helsehjelp og internkontrollforskriften)
- Samhandling mellom tjenestenivåer, felles prosedyrer.
- Pasientsikkerhet

Oppfyllelse av lovkrav

Se ”2.1.1 Kvalitet i tjenesten – Prioritering” på side 8.

Samhandling mellom tjenestenivåer - sikring av god praksis

Helse Sør har i 2004 gjennomført et prosjekt med utarbeiding av dataverktøy for å sikre felles prosedyrer ved behandling av pasienter i helseforetak og hos fastleger. Verktøyet har vært under utprøving i flere helseforetak og kan tas i bruk i 2005.

Pasientsikkerhet

Helse Sør har i 2004 prioritert utdanning innen internrevisjon. Alle helseforetak har fått tilbud om å utdanne minimum to internrevisorer bekostet av Helse Sør. Dette tiltaket går også inn i programmet for ”oppfyllelse av lovkrav”, se ovenfor.

Helse Sør har dessuten gjennomført temadager for helseforetakene for å styrke interessen for og kunnskapen om pasientsikkerhet.

Undersøkelser om pasientopplevelser

Helse Sør RHF har i 2004 engasjert Nasjonalt kunnskapssenter i helsetjenesten til å gjennomføre to undersøkelser om pasientopplevelser. Sammenlignbare undersøkelser er blitt gjennomført i de andre helseregionene, slik at det har vært mulig å foreta sammenligning av resultatene mellom regionene.

Undersøkelse ved poliklinisk behandling ved somatiske poliklinikker

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kartla opplevelsene til pasienter som var til poliklinisk behandling ved somatiske poliklinikker i perioden fra 1. til 14. september. Svarprosenten var 54.

Gjennomsnittscore på hovedområder for Helse Sør. Skala 0-100 hvor 100 er best:

	<i>Helse Sørs resultater</i>	<i>Gjennomsnitt på landsbasis</i>
Erfaringer før besøket	79,2	78,5
Informasjon	82,0	81,3
Standard	91,2	89,3
Tilgjengelighet	91,3	89,7
Organisering	87,2	86,4
Kommunikasjon	86,5	85,9

Undersøkelse av voksenpsykiatriske polikliniske pasienter

Nasjonalt kunnskapssenter i helsetjenesten har også gjennomført en undersøkelse av pasientopplevelser blant voksenpsykiatriske polikliniske pasienter. Undersøkelsen kartlegger opplevelsene psykiatriske pasienter har hatt med den behandlingen de har mottatt i psykiatriske poliklinikker fra 1. til 28. september. Svarprosenten var 43.

Gjennomsnittsscore på hovedområder for Helse Sør. Skala 0-100 hvor 100 er best:

	<i>Helse Sørs resultater</i>	<i>Gjennomsnitt på landsbasis</i>
Informasjon	62,5	62,3
Behandlerrelasjon	69,8	70,0
Utbytte	69,3	70,2
Hovedindeks	68,4	68,7

Resultatene for de fem regionale helseforetakene i Norge varierer lite i de to undersøkelsene. Men mellom enkelte helseforetak kan forskjellen være betydelig.

Resultatene benyttes i benchmark-sammenligninger og i det interne kvalitetsarbeidet.

Det nasjonale kvalitetsregisteret Helse Sør har etablert er perinatalregister som administreres av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF.

Faglig rammeverk - epikriser

Helse Sør skal sørge for at minst 80 prosent av epikrisene sendes innen syv dager etter utskriving.

Helseforetakene i Helse Sør har i 2003 og 2004 rapportert andel epikriser sendt inn 7 dager. Andelen har ligget på om lag 50 prosent siden vi startet målingene. Bare Ringerike sykehus HF tilfredsstiller kravet om at 80 prosent skal sendes innen 7 dager. De andre helseforetakene ligger på mellom 40 og 60 prosent.

Faglig rammeverk - korridorpasienter

Helse Sør skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter.

Andel korridorpasienter telles og rapporteres månedlig i helseforetakene i Helse Sør. Gjennomsnittet i regionen er på mellom 1 og 2 prosent gjennom året.

Faglig rammeverk – preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd

Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling av lårhalsbrudd.

Andel pasienter med preoperativ liggetid på mindre enn 48 timer før behandling av lårhalsbrudd følges opp gjennom nasjonal kvalitetsindikator. Tallene fra nettsidene til Fritt sykehusvalg Norge viser at helseforetakene i regionen ligger på mellom 92 og 100 prosent.

2.1.2. Nærmere om særskilt prioriterte områder

Opptappingsplanen for psykisk helse

Helse Sør skal realisere opptappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Sør

Både Helse Sørs strategiplan ”Resept 2006” og Departementets styringsdokument fastslår at arbeidet med psykisk helsevern skal styrkes og struktureres i tråd med føringene i ”Opptappingsplan for psykisk helse”.

Helse Sør startet i 2003 arbeidet med en egen plan for psykisk helsevern i regionen. Planen ble ferdig våren 2004 og godkjent i styret 29. april 2004.

I plan for psykisk helsevern legger Helse Sør føringer for utviklingen av det psykiske helsevernet i regionen i tråd med intensjonene i Opptappingsplanen. Helse Sør prioriterer videreutvikling av behandlingsskapiteten i det psykiske helsevernet. Midlene til psykiatrien har derfor vært skjermet for kostnadsreduksjonsprogrammet i 2004. Dette videreføres i 2005.

Helse Sør styrer utviklingen gjennom implementering av regional plan for psykisk helsevern og gjennom resultatoppfølging og dialog med foretakene.

Helse Sør viderefører utbyggigen av *distriktpspsykiatriske sentre (DPS)* og *barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. Ressurser til dette kommer fra Opptappingsplanens midler, effektiviseringsgevinster og ressurser frigjort gjennom omstilling og omdisponering av ressurser knyttet til psykiatriske sykehjem og psykiatriske sykehus.

I henhold til vår plan skal de *sentraliserte sykehusavdelinger* spisses for å kunne gi behandlingstilbud til pasienter med sjeldne tilstander, eller tilstander som krever mer spesialisert kompetanse og mer ressurser enn det som med rimelighet skal finnes på lokalsykehusnivå (DPS). Eksempel på dette er svært kompliserte spiseforstyrrelser og pasienter med uttalt tendens til selvskading samt pasienter som har behov for lukket avdeling.

Regionale funksjoner

Helse Sør har fordelt regionale funksjoner slik:

- Psykiatrien i Vestfold HF i samarbeid med Sykehuset Telemark HF: Alderspsykiatri
- Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF: Nevropsykiatri/ biologisk psykiatri, liaisonpsykiatri, psykosomatiske og somatoforme tilstander
- Sykehuset Buskerud HF: Psykisk utviklingshemmede med psykose og/ eller alvorlige adferdsforstyrrelser
- Sykehuset Buskerud HF: Spiseforstyrrelser
- Sykehuset Telemark HF: Selvmordsforebygging
- Sørlandet sykehus HF: Affektive lidelser
- Sørlandet sykehus HF: Flyktningeproblematikk/ transkulturell psykiatri
- Helse Sør og Helse Øst samarbeider om sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Samarbeidet fortsetter både om kompetansesenterfunksjonen og den kliniske funksjonen.

Tvunget psykisk helsevern

Helse Sør er den helseregion som brukte minst tvunget psykisk helsevern i 2004. Vi regner med at tvangsbruken vil reduseres ytterligere når de distriktpspsykiatriske sentrene i løpet av opptappingsplanperioden får tilfredsstillende bemanning. Tilgjengeligheten av frivillige behandlingstilbud vil da bli ytterligere bedret.

Psykiske lidelse og ruslidelser

I 2004 et det startet et toårig tverrfaglig og tverretatlig utdanningsforsøk innen psykiske lidelser med samtidig ruslidelser. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom stiftelsen SEPREP, rusfaglige og psykiatrifaglige miljøer i Helse Sør og Helse Øst, Høgskolen i Hedmark og Sosial- og helsedirektoratet.

Utvidede pasientrettigheter

Etter at rett til nødvendig helsehjelp med individuell frist ble innført, har Helse Sør tatt initiativ til et opplæringsprogram for å bedre reliabiliteten i vurderingene blant klinisk

personell som fastsetter denne retten. Helse Sør har også gitt ut veiledende retningslinjer for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp med individuell tidsfrist.

Se ellers punkt ”2.1.1 Kvalitet i tjenesten – Prioritering” på side 8.

Bruk av økonomiske midler over Opptappingsplanen for psykiatri

Helse Sør fikk i 2004 tildelt 249 millioner kroner over Opptappingsplanen for psykiatri.

Institusjon mill kr	2003			2004		
	Økning fra 2002	Endring Ekstraordinære tillegg	AKK. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2003	Økning fra 2003	Lønns- og pristillegg	Akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2004
Formel for kolonne:						
Sykehuset Buskerud	3,644		42,207	3,500	1,435	47,142
Ringerike sykehus	1,822		5,619	1,500	0,191	7,310
Psykiatrien i Vestfold	6,520		51,772	3,853	1,760	57,385
Sykehuset Telemark	4,986	-2,900	32,650	2,745	1,110	36,505
Kongsberg sykehus	1,822		10,950	4,000	0,372	15,322
Notodden sykehus	0,500		9,781		0,333	10,114
Helse Blefjell	2,322		20,731	4,000	0,705	25,436
Sørlandet sykehus	9,425		68,321	4,635	2,323	75,279
SUM	28,719		221,300	20,233	7,524	249,057

Tabell 6 Driftsmidler til Opptappingsplanen i psykiatri

Figuren viser at opptappingsmidler til psykiatrien i 2004 økte med cirka 20,2 millioner kroner pluss lønns- og pristillegg på cirka 7,5 millioner kroner.

Det ble opptatt 31 nye stillinger innen psykiatrisk behandling rundt om i regionen.

Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift

Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift ble for 2004 fordelt til helseforetakene ut fra objektive kriterier basert på innbyggertall. Blefjell sykehus fikk i forbindelse oppstart av det nye distriktpsikiatriske senteret på Kongsberg en større tildeling enn innbyggertallet skulle tilsi.

Økningen av midlene til drift over Opptappingsplanen ble fordelt som vist nedenfor (en del av de nye stillingene er delårsfinansiert):

- **Blefjell sykehus HF** fikk en økning på 4,0 millioner kroner. Av dette er 2,0 millioner kroner brukt til å finansiere nødvendig inventar til det nye distriktpsikiatriske senteret på Kongsberg. De resterende 2,0 millioner kroner er benyttet til delårsfinansiering av syv nye stillinger ved DPS Kongsberg: En prosjektkoordinator, en overlege, fem psykiatriske sykepleiere og en sekretær.
- **Psykiatrien i Vestfold HF** fikk en økning på 3,853 millioner kroner. Midlene er benyttet til:
 - *Barne- og ungdomspsykiatrien(BUPA): 2,0 millioner kroner.* Midlene er benyttet til oppbyggingen av poliklinikk i Holmestrand: Finansiering av ny 1,0 overlegestilling, 1,0 psykologstilling + øvrig til driftsmidler.

- *Søndre Vestfold DPS: 1,0 millioner kroner.*
Midlene er benyttet til styrking av DPS-nivået for å motta overføringsklare pasienter fra akuttpostene: Finansiering av ny 1,0 overlegestilling.
- *Alderspsykiatrien ved Psykiatrisk fylkesavdeling: 0,4 millioner kroner.*
Midlene er benyttet til et treårig samarbeidsprosjekt med kommunene i Vestfold v/Horten kommune om omsorgs- og behandlingstiltak for demente med problematferd:
1,0 stilling for høyskolepersonell (psykiatrisk sykepleier)/ prosjektmedarbeider
- *Fagutvikling og kvalitetsforbedringstiltak med 0,453 millioner kroner*
Midlene er benyttet til 1,0 fagutviklerstilling (høyskoleutdannet) fordelt på Nordre Vestfold DPS og Tønsberg DPS.
- ***Ringerike sykehus HF*** fikk en økning på 1,5 millioner kroner. Midlene er benyttet til å finansiere en høyskoleutdannet BUP-stilling ved Hallingdal sjukestugu og en overlegestilling med tilhørighet ved Psykiatrisk ungdomsteam.
- ***Sykehuset Buskerud HF*** fikk en økning på 3,5 millioner kroner. Funksjonsbudsjettet for psykiatri inkludert opptrappingsmidler var ikke tilstrekkelig til å opprettholde driften slik den var i 2003. Psykiatrisk klinikk fikk tilført ytterligere 13 millioner kroner fra Sykehuset Buskerud i 2004. For å komme i budsjettbalanse måtte det i tillegg gjennomføres en rekke omstruktureringstiltak. Samlet sett ga dette rom for følgende tiltak:
 - *Etablering av ny dagenhet ved DPS Thorsberg.*
Etableringen omfattet opprettelse av to nye stillinger (sykepleiere/miljøterapeuter). Tiltaket innebar nedleggelse av en døgnenhet. Samlet har disse tiltakene ført til økt behandlingsskapasitet og tilgjengelighet for brukerne, samt til økt pleiefaktor ved den gjenværende døgnenheten.
 - *Finansiering av to stillinger ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.*
En ny overlegestilling og en tidligere tildelt assistentlegestilling.
 - *Finansiering av en stilling ved Drammen psykiatriske senter.*
Gjelder en tidligere tildelt assistentlegestilling.
 - *Finansiering av en stilling ved Avdeling for rus og psykiatri.*
Gjelder en ny overlegestilling.
- ***Sykehuset Telemark HF*** fikk en økning på 2,745 millioner kroner. Midlene er benyttet til:
 - *DPS Vestmar-Stathelle, opprettelse av poliklinikk: 2,0 millioner kroner.*
Delårsfinansiering av fem stillinger for høyskoleutdannede.
 - *DPS Skien/Porsgrunn: 0,745 millioner kroner*
Helårsvirkning av stillinger

- **Sørlandet sykehus HF** fikk en økning på 4,635 millioner kroner. Midlene er benyttet til å finansiere 1 stilling som klinikkssjef, 3 stillinger som psykologspesialist, 1 stilling som sekretær og 1 stilling som spesialsykepleier ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand.

Investeringsmidler til Opptrappingsplanen i psykiatri

Følgende byggeprosjekter ble ferdigstilt i 2004:

- *Bleffell sykehus HF, Kongsberg: Nybygg døgnavdeling, dagtilbud og poliklinikk.*
Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 52,5 millioner kroner.
- *Ringerike sykehus HF: Poliklinikk og dagavdeling.*
Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 32 millioner kroner.
- *Sørlandet sykehus HF: Nybygg Solvang DPS.*
Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 32,323 millioner kroner.

Midler til prosjektering av senere investeringer i opptrappingsplanen i 2004

På grunn av forsinket fremdrift og manglende finansiering av drift av nye bygg har det ikke vært planlagt å benytte mer enn 19,522 millioner kroner av den budsjetterte investeringsrammen på totalt 90 millioner kroner i 2004.

Helse Sør har i regnskapet for 2004 satt av 90 millioner kroner til investeringer i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse. Styret i Helse Sør RHF vedtok å benytte de udisponerte 70 millioner kroner til investeringer i prosjekter som gir positive effektiviseringsgevinster. Denne omdisponeringen representerer ingen reduksjon i opptrappingsplanen, kun en forskyvning av utbetaling mellom 2004 og 2005.

HF	Tiltak	Prosjektets totalramme i 2004-kroner	Beløp i 2004	Beløp i 2005	Beløp i 2006
Sykehuset Telemark HF	Prosjektering av: DPS - utbygging i Porsgrunn/Grenland/Vestmar	88 496 000	1 500 000	30 000 000	56 996 000
Sykehuset Telemark HF	Ombygging av Kragerø Sykehus (kr. 5.760 mill. er finansiert i 2003)	6 000 000	240 000		
Sørlandet sykehus HF	DPS Solvang - Restfinansiering		1 782 000	0	0
Sørlandet sykehus HF	DPS Lovisenlund/Mandal -Prosjekteringskostnader	87 000 000	4 000 000	53 000 000	30 000 000
Sørlandet sykehus HF	DPS Aust-Agder - Prosjekteringskostnader	41 104 000	4 000 000	27 104 000	10 000 000
Sørlandet sykehus HF	PSA Arendal (Nybygg psykosepost)	38 231 000		20 000 000	12 231 000
Sørlandet sykehus HF	BUP Arendal - Prosjekteringskostnader	31 639 000	4 000 000	27 639 000	0
Psykiatrien i Vestfold HF	DPS Tønsberg - Påbygning og ombygning		4 000 000		
Sum Investeringer Helse Sør		292 470 000	19 522 000	157 743 000	109 227 000

Tabell 7 Investeringsmidler til Opptrappingsplanen i psykiatri

Kreftbehandling og kreftomsorg

Helse Sør skal prioritere tilbud innen kreftbehandling og -omsorg. Intensjonene i kreftplanen skal videreføres innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

Helse Sør prioriterer tilbud innen kreftbehandling og -omsorg. Intensjonene i kreftplanen er videreført innenfor rammen av tilgjengelige ressurser. Regionale kompetansesentra innen arvelig kreft, lindrende behandling og genterapi er videreført. Helse Sør RHF har et tilbud innen mammografiscreening i alle fylkene i regionen.

Helse Sør RHF har i 2004 utarbeidet en kreftplan for regionen. Planen ble vedtatt av styret i juni. Kreftplanen, som gjelder for perioden 2004-2008, konkretiserer hva som har vært gjennomført i regionen innenfor Nasjonal kreftplan 1997-2003. Planen foreslår 17 tiltak til forbedring av kreftbehandling og omsorg i regionen.

Status strålebehandling

	2003	2004
Sørlandet sykehus HF	579	670
Det norske radiumhospital	3 084	3 050
Totalt i Helse Sør	3 663	3 720

Tabell 8 Status strålebehandling - Aktivitet beskrevet som behandlingsserier

Det er nå åtte akseleratorer ved Det norske radiumhospital HF. I 2004 ble to av disse utnyttet på to skift. Effektiv samlet kapasitet var etter dette 9,7 lineær akseleratorekvivalenter (LA).

Utbyggingen av nytt strålebygg ved Radiumhospitalet vil gi fem nye bunkere; tre som tilvekst og to som fornyelse. Det totale antall LA i Helse Sør vil bli 13. Ved skiftturnus vil kapasiteten kunne økes til cirka 16 LA-ekvivalenter.

Økt kapasitet ved Det norske radiumhospital HF og opprettelse av strålesatellittene i Gjøvik og Kristiansand fører sammen med drift på flere skift at henvisningene til stråleterapi er tatt hånd om. Det vil imidlertid fortsatt være behov for å utbygge stråleterapitilbudet i henhold til vedtatte planer fordi man ser en vedvarende økning i krefthyppigheten og fordi indikasjonsstillingen for stråleterapi ved kreft stadig utvides.

Status genterapi

Genterapi kan defineres som overføring av gener til celler for å oppnå en terapeutisk effekt. Dette er en vid definisjon som dekker alle aktiviteter organisert under "Styringsgruppe genterapi" ved Radiumhospitalet HF.

Prosjektene kan inndeles i basale forskningsprosjekter og kliniske prosjekter som omfatter pasientbehandling.

Basale forskningsprosjekter

Basale forskningsprosjekter gir kompetanse og innsikt i ulike teknologier som er viktig for en bred kompetanseoppbygging innenfor fagfeltet. Arbeidet på dette området er organisert i seks ulike prosjekter. Aktiviteten har vært meget stor. I 2004 er det produsert mer enn 24 artikler som er innsendt for publikasjon eller allerede publisert, flere i svært gode tidsskrifter.

Kliniske prosjekter

Et av prosjektene er videreført fra basalforskning til klinikk. To protokoller er utarbeidet og over 60 pasienter er til nå behandlet. Disse to protokollene, en for genterapivaksinering av pasienter med prostatakreft og en som benytter lignende teknologi for pasienter med malignt melanom er videreført for utprøving av metoder for å forsterke immunreaksjonen mot vaksinen. I disse studiene ønsker en inklusjon av pasienter med mindre omfattende sykdom, og antallet pasienter har vært noe lavt i den nye fasen av studiene. Pasientinklusionen er nå imidlertid betydelig øket og det er ventetid for inklusjon av pasienter i disse studiene. Ytterligere tre protokoller er godkjent for oppstart. Disse vil benytte lignende genterapibasert teknologi for vaksinering av barn med kreft, og vil starte i første halvår av 2005.

Videre oppfølging

Styringsgruppen har i 2004 startet arbeidet med å kvalitetssikre prosjektene som støttes gjennom bevilgningene fra Helse Sør. Dette gjelder alle prosjekter, også de kliniske. Arbeidet vil danne grunnlag for prioritering mellom ulike studier og mellom kliniske prosjekter og basalforskningsprosjekter. Gruppen ønsker å ferdigstille dette arbeidet slik at dette kan komme med i den formelle rapporten for året 2004.

Status arvelig kreft

Det norske radiumhospital mottar øremerkede midler til arbeid omkring arvelig kreft. Midlene har også i 2004 gått med til oppbygging av fagområdet kreftgenetikk og drifting av fagområdets kliniske og forskningsmessige virksomhet. Samlet produksjonsøkning ved fagområdet var i 2004 på nær 10 prosent i forhold til foregående år, mest uttalt ved seksjonen for cytogenetikk. Rundt 15 vitenskapelige artikler ble publisert og én kandidat ved fagområdet avla doktorgradseksamen.

Ved fagområdets seksjon for genetisk veiledning utredes familier med opphopning av kreftsykdom. Sannsynligheten for at opphopningen skyldes arvelige genfeil vurderes, diagnose- og oppfølgingsopplegg tilpasses de enkelte pasientgruppene, og oppleggene implementeres i samarbeid med et stort antall kliniske avdelinger over hele landet. Seksjonens virksomhet til beste for kreftfamiliene er totalt dominerende i sitt slag i Norge. Den var først ute med å sette i gang slik virksomhet. Samtidig med denne store kliniske virksomheten driver seksjonen en utstrakt forskningsvirksomhet og internasjonalt samarbeid. De norske forhold vedrørende arvelig kreft kartlegges, disse sammenholdes med forholdene i utlandet og omforente retningslinjer skapes for hvordan man best skal ta hånd om pasienter i de ulike risikogruppene.

Ved fagområdets seksjon for molekylærgenetikk er tre av fire medarbeidere direkte lønnet av de nevnte øremerkede midler. Seksjonen foretar mutasjonsanalyser først og fremst på prøver tatt fra risikoindivider identifisert via seksjonen for genetisk veiledning, men også i noen grad på kreftpasienter ved Det norske radiumhospital. Særlig er det arvelig bryst- og eggstokkreft man søker å diagnostisere, gjennom mutasjonsanalyser av de gener som styrer slik kreftdisposisjon.

Ved fagområdets seksjon for cytogenetikk utføres kromosomal diagnostikk av kreftsykdom, det være seg leukemier, lymfomer eller solide svulster. Seksjonen er den ledende i landet innenfor denne formen for høyspesialisert kreftdiagnostikk og den eneste der lymfom og solid tumorcytogenetikk foretas. Ved seksjonen foregår samtidig betydelig internasjonal forskning innen kreftcytogenetikk, i hovedsak finansiert fra Kreftforeningen og andre eksterne, konkurranseutsatte finansieringskilder.

Mammografiscreening

Mammografiprogrammer er i gang i Buskerud, Vestfold, Telemark og Agder-fylkene. Programmene drives bra - fremdriften er etter planen.

Lindrende behandling

Radiumhospitalet

Kompetansesenteret for lindrende behandling ved Det norske radiumhospital ble offisielt åpnet 3. mai 2004. Senteret er en forskningsbasert enhet med en visjon om å være et kraftsenter for palliativ forskning og kompetanseformidling. Enheten vil bidra til å utvikle den best mulige kunnskapsbaserte palliative behandling for pasienter med langtkommen, uhelbredelig kreftsykdom og kort forventet levetid.

Senteret fokuserer også på pasienter som trenger lindrende behandling i vid forstand. Dette gjelder både pasienter tidligere i sykdomsforløpet og pasienter med uttalte langtidsbivirkninger etter avsluttet behandling.

Arbeidet deles inn i fire aktivitetsområder:

- Forskning og fagutvikling
- Klinisk virksomhet
- Undervisning
- Nettverksarbeid i Helse Sør

Kompetansesenter for lindrende behandling har etablert et eget nettsted for lindrende behandling i Helse Sør. På www.palliasjon.no bygges det opp informasjon om det tilbudet som finnes innen lindrende behandling som foregår i regionen fra 3. linjetjeneste til 2. linjetjeneste til 1. linjetjeneste.

Alle helseforetakene har planer for etablering av palliative team og palliative enheter, men er avhengige av "øremerkede tilskudd" for å få dette til.

Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold har et team for lindrende behandling ved onkologisk seksjon. Teamet er tverrfaglig oppbygd. SiV satte i høst i gang et forprosjekt skal klarlegge konsekvensene for etablering av et palliativt senter med egen sengeenhet ved helseforetaket. Prosjektplanen er oversendt sykehusledelsen.

Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark etablerte høsten 2000 et team for lindrende behandling og høsten 2001 en lindrende enhet, begge med økonomisk tilskudd fra Helsedepartementet og Helse og Rehabilitering. Helse Sør har tildelt sykehuset 800 000 kroner til finansiering av delfunksjon som regionalt kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Sør.

Sykehuset Telemark tilbyr nå lokale møter ved helseforetak som ønsker støtte og veiledning i etablering av lindrende arbeid. Foretaket har et tett samarbeid med kompetansesenter for lindrende behandling ved Det norske radiumhospital. Alle fagmøter og arrangementer koordineres innad i regionen i regi av Det norske radiumhospital for å sikre en helhetlig sammenheng i kurs og møter.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus, Kristiansand etablerte et lindrende team høsten 2002. Det lindrende teamet består av lege i halv stilling og to sykepleiere. Sykehuset har bygd en lindrende enhet. Denne byggingen er kommet i stand ved hjelp av gaver fra Sanitetsforeningen og Stråleaksjonen. Oppstart av den lindrende enheten er på grunn av foretakets stramme økonomi utsatt inntil videre.

Rehabilitering og habilitering

Helse Sør skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering

Helse Sør har i 2004 lagt til rette for støtte til foreldre som ønsker trening etter Domans metode. Videre har vi gitt støtte til to prosjekter i regionen for å utvikle et bedre tilbud innen intensiv habilitering av barn.

I samarbeid med opptreningsinstitusjonene vi har ansvar for har det foregått en vurdering av funksjonalitet og justering av oppdragsbeskrivelse.

Pasienter og pårørende skal møtes med respekt, imøtekommenhet og vennlighet. Helsetjenestene skal i størst mulig grad tilpasses individuelle behov. Det skal vektlegges god og tydelig muntlig og skriftlig informasjon og opplæring til pasienter og pårørende.

Som et ledd i arbeidet med Helse Sørs tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander, som ble vedtatt i styret i desember 2004, har to arbeidsgrupper utredet og foreslått tiltak innen rehabilitering og habilitering. Det foreligger fylldige rapporter fra begge prosjektarbeidene.

Tilbudet til rusmiddelmisbrukere

Helse Sør skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelbrukere. Et særlig fokus må rettes mot implementering av rusreformen.

Ansvar for behandlingstilbudet innen rus- og avhengighet ligger hos de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. Helse Sør overtok da ansvaret for de offentlige institusjonene, og inngikk avtaler med private institusjoner som tidligere hadde avtale med fylkeskommunene.

Strategisk handlingsprogram for spesialisthelsetjeneste rus ble vedtatt av styret 22. juni 2004. Prosjekt rus ble avsluttet 1. juli.

Helse Sørs visjon for spesialisthelsetjeneste rus, konkretiseres i en overordnet målsetting, ”Riktig tilbud når pasienten trenger det”, der forbedringsmålet er ”mer helse for hver krone slik at flere pasienter skal få hjelp”.

Handlingsprogrammet omhandler prioriteringer, og anbefalinger om tiltak som bør iverksettes innenfor de til enhver tids gjeldende økonomiske rammer. Høsten 2004 er det blant annet rettet spesiell oppmerksomhet mot iverksetting av pasientrettighetsloven, retningslinjer for prioriteringer av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og henvisningsrutiner. Dessuten

er det gjennomført reforhandlinger med de private avtaleinstitusjonene. Forhandlingene har ført til at man har fått noe utvidet kapasitet i regionen.

Regional enhet for samhandling og analyse ble etablert ved Sørlandet sykehus HF. Denne enheten har vært en nyttig og verdifull instans i arbeidet med implementering av rusreformen.

Det har vært nær kontakt med de øvrige RHFene, som har søkt samarbeid, utveksling av erfaringer og samordning der dette har vært hensiktsmessig.

Behandlingsreiser

Behandlingsreiseordningen innen astma-, psoriasis- og raumaprogrammet skal videreføres på om lag samme nivå som i 2003. Det skal gis et økt tilbud til pasienter med senskader etter poliomyelitt.

Helse Sør har videreført behandlingsreiseordningen innen astma-, psoriasis- og raumaprogrammet som i 2003. Det er utviklet og gitt tilbud til pasienter med senskader etter poliomyelitt.

Behandlingsreisene til pasienter med postpoliosyndrom i 2004 har foregått i mai, september og oktober 2004. Oppholdet varer i fire uker. Behandlingen er individuelt tilrettelagt og består i hovedsak av fysioterapibehandling, bassentrening og gruppetrening. Det legges til rette for temaundervisning og samtalegrupper. Lege og sykepleier er tilgjengelig hele døgnet.

2.1.3. Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten

Helse Sør skal utvikle desentraliserte tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.

Planen ”Mestring, tilgjengelighet og forutsigbarhet. En tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander” ble utarbeidet i 2004 med bred deltakelse fra helseforetakene, kommuner og brukere. Planen ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF i desember 2004.

Blant tiltakene i vedtaket ligger utvikling og innføring av programmer for systematisk forbedring av samhandling i helsetjenesten. Dette er under arbeid i samarbeid med blant andre Kommunenes Sentralforbund og representanter for fastlegene. Det er etablert en prosjektorganisasjon der de ulike aktørene deltar. I 2005 vil prosjektet utarbeide et langsiktig program for praktiske forbedringsprosjekter knyttet til de ulike helseforetakene og deres opptakskommuner.

Helse Sør har videre under oppstarting en praksiskonsulentordning for fastleger i helseforetak, en ordning som etter planen skal dekke alle større avdelinger ved alle helseforetak innen 2007. Fra 2006 planlegges også andre yrkesgrupper å etablere slike ordninger. Helse Sør har utviklet et eget elektronisk verktøy for utarbeidelse og presentasjon av rutiner for samhandling mellom fastleger og leger i helseforetak. I 2005 regner vi med å få ordningen etablert for 2-3 helseforetak.

Forebyggende arbeid

Helse Sør skal sørge for opprusting av den forebyggende innsatsen i helseforetakene.

Helse Sør RHF har inngått partnerskapsavtale med Telemark fylkeskommune om et folkehelseprogram for Telemark. Sentrale aktører fra det offentlige og frivillige Telemark skal delta i arbeidet. Fylkeskommunen er det administrative utøvende organet for programmet. Oppstartmøte for prosjektet var i januar 2005.

Smittevern og beredskap

Helse Sør skal arbeide med forebygging av sykehusinfeksjoner og iverksette den nye handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge 2003-2005.

Regional smittevernplan ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF i april 2004. Regional smittevernplan er samordnet med Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner slik at regionens forpliktelser i forhold til handlingsplanen dekkes i smittevernplanen. Rikshospitalet HF er gjennom samme plan utnevnt til regionens kompetansesenter for smittevern. Isolatsituasjonen er gjennomgått.

Beredskap

Arbeidet med beredskapsplaner går videre og er nå i en fase der planene i det vesentlige er på plass og innsatsen konsentreres om revisjon, utvikling og øvelser. Helse Sør RHF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF/Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Buskerud HF har tilsatt egne beredskapsrådgivere som møtes jevnlig i den hensikt å samordne og utvikle beredskapsarbeidet. Hovedstadsberedskapsplanen er videreført og øvd. Arbeidet med samordning av den akuttmedisinske kjede er videreført i henhold til strategiplan; Resept 2006. Helse Sør RHF er medeier i Luftambulansetjenesten ANS.

Høyspesialisert medisin – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

Helse Sør skal etablere referansegrupper fra alle de regionale helseforetak for godkjente landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra som Helse Sør er tillagt ansvar for.

I Helse Sør er høyspesialiserte medisinske funksjoner – som omfatter landsfunksjoner og det som tidligere var kalt flerregionale funksjoner – i all hovedsak lagt til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Funksjonene er dels landsfunksjoner formelt tildelt av Helsedepartementet og dels behandlinger hvor Rikshospitalet-Radiumhospitalet i kraft av sin kompetanse er eneste eller blant få sykehus som utfører i Norge.

Høyspesialisert medisin er generelt underfinansiert i dagens finansieringsregime. Helse Sør prioriterer arbeidet med å dokumentere nytten av denne behandling og kostnadene knyttet til virksomheten. Målet er å oppnå korrekt finansiering og derved bidra til å sikre kvaliteten og tilgjengeligheten for disse tjenestene.

Helse Sør engasjerte i 2004 ECON Analyse til å vurdere forholdet mellom internasjonale priser for et utvalg høyspesialiserte behandlinger (i Sverige, Danmark, Tyskland og

Storbritannia) og kostnader for samme behandlinger ved Det norske radiumhospital og Rikshospitalet. En av ECON- rapportens hovedkonklusjoner er at behandlingen ved Det norske radiumhospital og Rikshospitalet synes å være kostnadsmessig konkurransedyktig. Det ikke er grunnlag for å forvente at internasjonale løsninger vil gi lavere behandlingskostnader for norske regionale helseforetak enn behandling i Norge. I følge ECON tilsier faren for høye transaksjonskostnader, vanskelig dokumenterbar kvalitet, i noen tilfeller komplisert logistikk og uforutsigbare fakturabeløp at både effektiv utnyttelse av norsk kompetanse og internasjonale samarbeidsmuligheter bør skje i nært samarbeid mellom våre høyspesialiserte sykehusmiljøer og norske regionale helseforetak.

Helse Sør RHF rapporterer til Departementet om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra – samtidig med innlevering av Årlig melding for 2004 (innen 15. februar 2005). For detaljert informasjon om dette temaet, viser vi til denne rapporten, hvor kravene er beskrevet i Rundskriv I-19/2003.

2.2. Utdanning

Helse Sør skal sørge for tilstrekkelig kapasitet (jfr årskullstørrelsen fastsatt av UFD) og et kvalitativt godt tilbud for praksisundervisning av studenter i medisin, psykologi og øvrige helsefag i helseregionen. Tilsvarende gjelder turnusundervisning og etter- og videreutdanning. Helse Sør skal etablere avtaler med høgskolene om praksisveiledning.

Antall medisinerstudenter i den kliniske undervisningen i 2004, kapasitet og tiltak for å sikre god kvalitet på de ulike utdanningstilbudene skal omtales særskilt i årlig melding.

Helse Sør RHF skal sørge for å legge til rette for tilstrekkelig kapasitet og et godt utdanningstilbud i forhold til de kompetansebehov som til enhver tid finnes i spesialisthelsetjenesten.

Behovet for intern kompetanseutvikling og individuelle kompetanseplaner kartlegges blant annet gjennom årlige medarbeiderundersøkelser i alle helseforetakene i Helse Sør (MUSIK).

Helse Sør har et eget utdanningsnettverk som består av representanter fra alle helseforetakene. Utdanningsnettverket er viktig i arbeidet med å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet. Nettverket drøfter blant annet (1) rammeavtaler mellom høgskolene og Helse Sør om praksisplasser, (2) samordning av videreutdanninger innen intensiv, anestesi, operasjon, barne- og kreftsykepleiere samt (3) andre utdanningspolitiske saker.

Rammeavtalen om gjensidige rettigheter og plikter mellom høgskolene og Helse Sør er underskrevet av alle høgskolene og Helse Sør RHF. Samarbeidsorganet mellom høgskolene og Helse Sør hadde sitt første møte 24. mars 2004.

Helse Sør RHF har gjennom hele 2004 hatt møter med alle høgskolene som samarbeider med våre helseforetak om utdanning av helsepersonell. Helseforetakene har store utfordringer når det gjelder å skaffe gode praksisplasser for studentene fra høgskolene. Det er et spørsmål om hvor god kvaliteten på denne praksisopplæringen blir når sengepostene tar imot for mange studenter.

Den norske lægeförening og de fem regionale helseforetak inngikk høsten 2003 rammeavtale som gir bedre oppfølging og utnyttelse av den ressursen spesialistene representerer. En lignende avtale ble inngått med Norsk psykologforening i 2004. Mulighetene til etter- og videreutdanning, samt tilrettelagt oppfølging og undervisning er styrket gjennom overenskomstene.

Alderssammensetning og andre forhold kan føre til at det kan bli underskudd av legespesialister innen enkelte spesialistgrupper. Den langsiktige planleggingen av utdanningstilbud for spesialister må ta høyde for dette. Det er viktig at slike fakta blir hensyntatt ved vurdering av funksjonsfordeling inne spesialistfagene. Helse Sør har i samarbeid med Helse Øst initiert en nærmere gjennomgang av denne problemstillingen.

Informasjon om antall medisinerstudenter i den kliniske undervisningen i 2004, kapasitet og tiltak for å sikre god kvalitet på de ulike utdanningstilbudene blir ettersendt til Helse- og omsorgsdepartementet.

2.3. Forskning

Helse Sør skal dokumentere ressursforbruk til forskning ved bruk av felles mal utarbeidet av de regionale helseforetak. (Helse Sør er ansvarlig for koordinering av tiltaket). Helse Sør forutsettes å følge opp nasjonalt system for måling av forskningsresultater og bidra til etablering av felles retningslinjer for registreringspraksis og kvalitetssikring av grunddata.

Helse Sør har i strategiplanen "Resept 2006" satt som mål at FoU-andelen av ikke-universitetssykehusenes totalbudsjetter skal økes til 1,0 prosent. Opptrappingen ble startet i 2003. I Helse Sør RHF's styringsdokument for 2004 til helseforetakene ble foretakene bedt om å tilstrebe en forsknings- og utviklingsaktivitet tilsvarende om lag 1 prosent av brutto driftskostnader. FoU-budsjettet ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet skal også økes med 1 prosent, men den reelle økningen blir på grunn av budsjettinnstrammingene ikke så stor.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet har stor forskningsaktivitet. Disse to sykehusene dominerer forskningsaktiviteten i regionen. Men også de andre helseforetakene bygger opp gode forskningsmiljøer. Helse Sør RHF søker å stimulere til at helseforetakene drar nytte av å samarbeide med Rikshospitalet-Radiumhospitalet ved forskning og ved utvikling av sine forskningsmiljøer.

Det regionale nettverket for forskning og utvikling har hatt fire møter i 2004. Saker som har vært tatt opp i nettverket i 2004 har vært:

Fordeling av utlyste midler for 2004

I budsjettet for 2004 ble det satt av fem millioner kroner til samarbeidsforskning og regionale infrastrukturtiltak. Det er en forutsetning at tiltakene skal være av en slik karakter at det styrker FoU-infrastrukturen ved flere sykehus i regionen. En ekstern ekspertkomité ble oppnevnt for å vurdere søknadene til kliniske studier og komme med en innstilling til utvalget. Det kom inn 38 søknader.

Det ble vedtatt å anbefale å tildele midler til 15 kliniske studier og tre infrastrukturtiltak. Innstillingen ble senere vedtatt uendret av samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør.

Rapporteringsrutiner

Helseforetakene rapporterer to ganger i året hvor mye penger de har brukt til forskning. Vi venter på den nasjonale malen når det gjelder registrering av ressursbruk. Helse Sør RHF fokuserer på god kontakt mellom fagavdeling og økonomiavdeling når det gjelder rapporteringsrutiner og budsjettprosess. Vi ser det som hensiktsmessig at forskningsutvalget på det enkelte helseforetak er involvert i rapporteringsrutiner og budsjettprosessen og kvalitetssikrer dette når det gjelder forskning og utvikling.

Kåring av utvalgte artikler

Helse Sør RHF har innført premiering med 25 000 kroner av utvalgte artikler produsert av forskningsmiljøet i regionen for å stimulere og styrke forskningen. Pengene skal gå til artikler publisert i internasjonalt tidsskrift med peer review. Det er opprettet tre veiledende kategorier: Basalforskning, klinisk forskning og førsteforfatter utenfor universitetssykehus. Det kåres seks utvalgte artikler per halvår og de aktuelle tildelingene skjer to ganger i året. Den første tildelingen ble gjort i november for første halvår 2004 og forskningsmiljøer ved Det norske radiumhospital (2 artikler), Rikshospitalet (2 artikler), Sykehuset Buskerud og Sykehuset Telemark ble premiert for gode artikler.

Måling av forskningsresultater i helseforetakene

Helsedepartementet har engasjert NIFU til å utarbeide et system for måling av forskningsresultater. Dette systemet er tatt i bruk i 2004, og alle helseforetakene har gjennomgått egne publikasjonslister inkludert rapportering på dr. grader. Denne evalueringen vil bli brukt av Helsedepartementet som underlag for tildeling av forskningsmidler til de enkelte RHF.

Tallene viser at Helse Sørs andel av alle publikasjoner i Norge har økt fra forrige treårs periode fra 39,5 til 40,7 prosent. Tall for de ulike helseforetakene i Helse Sør viser at Rikshospitalet fikk 652 vektete publikasjonspoeng. Det norske radiumhospital fikk 415, mens de øvrige helseforetakene har mellom 4 og 26 vektete publikasjonspoeng.

Om Helse Sørs forskningsstrategi

Forskningsnettverket ønsker å foreta en status og oppsummering over nåværende forskningsstrategi, utformet i Resept 2006. Blant annet skal det gjøres opp status på hvordan den desentraliserte modellen fungerer.

Kommersialisering

Helse Sør RHF er opptatt av et nasjonalt felles regelverk når det gjelder kommersialisering, basert på regelverket ved Det norske radiumhospital og Rikshospitalet. Regelverket blir noe omarbeidet etter møte i nasjonal gruppe for forskning som strategisk hovedområde. Dette regelverket vil sendes som sak til styrene i de regionale helseforetakene. Det er nasjonal enighet om prinsippene.

Samarbeidet med universitetssektoren og høyskolene

Samarbeidsorganet Helse Sør/Helse Øst/Universitetet i Oslo har hatt flere møter i 2004.

Ett hovedfokus har vært anvendelsen av øremerkede forskningsmidler (regionssykehustilskuddet), der hovedparten utgjorde midler som var bundet opp i forskningsaktiviteten ved Riks- og Radiumhospitalet, mens 5 millioner kroner ble brukt til fri utlysning i regionen (se over). Det arbeides også med en felles forskningsstrategi. Samarbeid vedrørende avtale- og regelverk, ble også diskutert, inkludert publikasjonsregistrering og – kreditering og rettigheter i forbindelse med kommersialisering.

Rammeavtalen om gjensidige rettigheter og plikter mellom høyskolene og Helse Sør er underskrevet av alle høyskolene. Samarbeidsorganet mellom høyskolene og Helse Sør hadde sitt første møte 24. mars 2004.

Nasjonal koordinerende gruppe for forskning som strategisk hovedområde

Helse Sør RHF leder nasjonal koordinerende gruppe for forskning som strategisk satsningsområde. Gruppen har medlemmer fra de fem regionale helseforetakene og Helsedepartementet. I 2004 har arbeidet i gruppen vært konsentrert om å:

- utarbeide en felles, overordnet forskningsstrategi for helsevesenet
- forslag om opprettelse av et nasjonalt samarbeidsorgan ledet av Helse Sør RHF
- kriterier vedrørende publikasjonsregistrering
- problemstillinger forbundet med kommersialisering og industrisamarbeid
- kartlegging av ressursbruk til forskning

Nasjonal koordinerende gruppe har opprettet en undergruppe som skal arbeide videre med ressurskartlegging. Denne gruppen ledes av Helse Sør.

2.4. Pasientopplæring og brukerperspektiv

Helse Sør skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak, og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.

Brukermedvirkning

Helse Sør legger vekt på å oppnå reell brukermidvirkning i utforming av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning er en av hovedpilarene i gjennomføringen av Resept 2006. Brukerutvalget i Helse Sør RHF samarbeider tett med administrasjonen. Alle helseforetakene i Helse Sør har opprettet brukerutvalg.

På konferansen for brukerutvalgene i regionen i november 2004 kom det frem at flere av brukerutvalgene har utviklet gode prinsipper for brukermidvirkning og opplever god kommunikasjon med ledelsen. Både ledelse og brukerrepresentanter arbeider aktivt for å styrke brukermidvirkningen ytterligere.

Helse Sør har etablert prosedyrer for å sikre brukermidvirkning i arbeid med planer og prosjekt- og arbeidsgrupper på alle plan i Helse Sør.

Mandatet for brukerutvalget for Helse Sør RHF skal danne grunnlag for mandat for brukerutvalgene ved helseforetakene. Dette vil gi et mer enhetlig fundament for brukerutvalgenes arbeid.

Brukerutvalget mener at brukerne bør ha sterkere representasjon i utredninger og arbeid som skjer på nasjonalt nivå og på tvers av de regionale helseforetakene.

Helhetlig opplæringstilbud til pasienter

Helse Sør arbeider med en mer systematisert struktur for pasient- og pårørendeopplæring. Brukermedvirkning skal ha en sentral plass i dette arbeidet. En nettverksgruppe for lærings og mestringssentra i Helse Sør er etablert, med betydelig deltakelse fra brukerorganisasjonene.

Ved utgangen av 2004 er det etablert lærings- og mestringssentra ved Blefjell sykehus HF, Rikshospitalet HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Betanien Hospital, Skien

Flere av helseforetakene har egne "pasientskoler". Brukermedvirkningen i disse "pasientskolene" er av ulik kvalitet.

2.5. Andre forhold innen helsefag som Helse- og omsorgsdepartementet ikke spesifikt har bedt om rapportering på for 2004

Behandlingshjelpemidler

Helseregionene tok i 2004 initiativ til å opprette en nasjonal arbeidsgruppe for behandlingshjelpemidler. Arbeidsgruppen har arbeidet med ansvarsavklaringer inn mot Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Rikstrykdeverket. Gruppen har også arbeidet med nye, felles retningslinjer for å sikre like rettigheter samt en faglig og økonomisk praktisering av ordningen. To personer fra helseforetakene i Helse Sør har deltatt i dette arbeidet. Gruppen har utført et betydelig stykke arbeid - og det forventes at arbeidet avsluttes medio juni 2005.

Det er store økonomiske utfordringer på dette feltet pga underfinansiering av reformen. Helse Sør vil i begynnelsen av 2005 gå ut med en felles anbudsinnbydelse for hele helseregionen som ledd i å dempe kostnadsutviklingen.

Tilbakemeldingen fra brukerne til helseforetakene er fortsatt entydige positive med hensyn til den forbedrede kvalitet reformen har medført.

Ansvar for insulinpumper og insulininjektor med tilhørende forbruksmateriell er organisert i de samme enheter på fem helseforetak som behandlingshjelpemidler generelt.

Fritt sykehusvalg

Helseregionene Sør og Øst har felles kontor for "Fritt sykehusvalg" i Tønsberg. Kontoret dekker 2,5 millioner innbyggere. Det har fire ansatte fordelt på 3,5 stillinger.

Antall registrerte henvendelser til dette kontoret er nesten tredoblet fra 2002 til 2004. Registrerte henvendelser økte fra 5 898 i 2002 til 15 475 i 2004. I forhold til innbyggertallet er det relativt sett flere henvendelser fra Helseregion Sør enn fra Helseregion Øst.

I Helse Sørs område er ble det i 2004 det registrert flest henvendelser fra Buskerud, og færrest fra Aust-Agder.

Nytt telefonisystem som ble innført i mai 2003 har ført til at langt færre henvendelser viderekoples til andre regionale opplysningstelefoner. Andelen viderekoblinger falt fra 40 prosent i 2002 via 24 prosent i 2003 til 16 prosent i 2004.

Pasienter med sykdommer i muskel-/skjelettsystemet er de som retter flest henvendelser til "Fritt sykehusvalg"-telefonen i Tønsberg. Av samtlige forespørsler gjelder 70 prosent poliklinikk. Det er pasienten selv som i hovedsak tar kontakt (73 prosent av registrerte henvendelser), mens for eksempel primærlegen sjelden henvender seg på vegne av pasienten (7 prosent).

Gjestepasienter

I Helse Sør er det tre helseforetak som i særlig grad mottar gjestepasienter fra andre helseregioner: Det norske radiumhospital HF, Rikshospitalet HF og Ringerike Sykehus HF.

Ved *Det norske radiumhospital HF* kommer om lag 35 prosent av pasientene fra Helse Sør, resten fra de øvrige helseregionene. Dette er en økning i andel av pasienter fra Helse Sør med om lag 5 prosent fra 2003.

Ved *Rikshospitalet HF* kommer om lag 40 prosent av pasientene fra Helse Sør, resten fra de øvrige helseregionene. Dette er en økning i andelen av pasienter fra Helse Sør med om lag 10 prosent fra 2003.

Bruken av Rikshospitalet HF og Det norske radiumhospital HF er for 2004 regulert i en egen rammeavtale mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.

Ringerike Sykehus HF mottar spesielt fødepasienter fra Jevnaker kommune, som ligger i Helse Østs område. Ved Ringerike Sykehus utgjør gjestepasienter om lag 15 prosent av DRG-aktiviteten.

Behandlingen av gjestepasienter ble i 2003 finansiert ved 60/70/80 prosent DRG-refusjon for Rikshospitalet og 85 prosent for Det norske radiumhospital. For disse helseforetakene, hvor en vesentlig del av aktiviteten er knyttet opp til diagnostikk og behandling av pasienter fra andre regioner er aktiviteten underfinansiert. Dette gir Helse Sør RHF en vesentlig økonomisk merbelastning som bidrar til den vanskelige økonomiske situasjonen i foretaket.

3. HELSEDEPARTEMENTETS EIERKRAV KNYTTET TIL ØKONOMI OG ORGANISASJONSUTVIKLING

3.1. Økonomiske prestasjonskrav

3.1.1. Resultatkrav og forventet effektivisering i 2004

Estimert driftsresultat 2004 per november for foretaksgruppen

Estimert driftsresultat for 2004 er minus 689 millioner kroner. Dette er 67 millioner kroner dårligere enn budsjettert. Ny DRG-pris er ikke hensyntatt i estimatet per november, heller ikke ISF-avkorting for 2003.

Resultatregnskap Helse Sør foretaksgruppen (tall i millioner kroner)	2004		2003
	Estimert resultat pr 30.11.04	Budsjett	Årsregnskap
Driftsinntekter (ex inntekter til avskrivninger)	14 056	14 092	13 222
Varekostnader	2 433	2 535	2 366
Lønns og personalkostnader	10 218	10 170	9 709
Andre driftskostnader	2 094	2 010	1 887
Sum driftskostnader (ex avskrivninger)	14 745	14 715	13 962
Driftsresultat (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger)	(689)	(622)	(740)
Netto finanskostnader	1	(30)	44
Årsresultat (før avskrivninger og inntekter til avskrivninger)	(688)	(652)	(696)

Tabell 9 Estimert driftsresultat for 2004

Foreløpig driftsresultat per helseforetak

Blefjell sykehus HF, Det norske radiumhospital HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF har vesentlige avvik fra budsjett. Avvikene forklares blant annet ved at foretakene ikke klarer å ta ut full effekt av budsjetterte omstillingstiltak.

Helseforetak	2004		
	Estimat	Budsjett	Avvik
Rikshospitalet HF	-220	-258	38
Det norske radiumhospital HF	-59	-54	-5
Sykehuset i Vestfold HF	-105	-93	-12
Psykiatrien i Vestfold HF	12	0	12
Sørlandet sykehus HF	-105	-46	-59
Ringerike sykehus HF	-19	-3	-15
Sykehuset Buskerud HF	-123	-97	-26
Sykehuset Telemark HF	-57	-77	20
Blefjell Sykehus HF	-50	-17	-33
Sykehuspartner HF	0	0	0
Sykehusapotekene ANS (50%)	10	2	8
Helse Sør RHF	27	21	6
Sum	-689	-622	-67

Tabell 10 Foreløpig driftsresultat per helseforetak

Bleifjell sykehus HF har et negativt estimert driftsresultat på 50 millioner kroner, som er 33 millioner kroner dårligere enn budsjett. Svekkelsen av resultatet knytter seg i all hovedsak til et merforbruk vedrørende gjestepasienter som skyldes feilbudsjettering. Den øvrige resultatvikten forklares ved noe økt innleie av vikarer samt merforbruk på kjøp av sykepleie- og legetjenester fra vikarbyrå. Merforbruket oppveies delvis av inntektsføring av RNB og omstillingsmidler.

Det norske radiumhospital HF har et negativt estimat for året på 59 millioner kroner, som er 5 millioner kroner dårligere enn budsjett. Estimaten er slik som for Rikshospitalet forverret som følge av systemfeil i SPK- og NRS-beregningen. Systemfeilen som skyldes feilberegning av kostnad knyttet til AFP medførte økte pensjonskostnadene på cirka 2,5 millioner kroner.

Psykiatrien i Vestfold HF har et positivt estimat for året på 12 millioner kroner mot budsjett på cirka 0. Årsaken til bedringen er ekstra tildeling RNB og samt redusert anslag pensjons- og lønnskostnader

Rikshospitalet HF har et negativt estimert driftsresultat på 220 millioner kroner, som er 38 millioner kroner bedre enn budsjett. Det positive avviket skyldes dels at konsekvensene av årets lønnsoppgjør er vurdert og kostnadsføringen er i samsvar med dette. Dessuten er midler mottatt i RNB og omstillingsmidler hensyntatt i estimaten. Videre forklares forbedringen ved en viss aktivitetsvekst. Det er ikke gjort avsetning for manglende inntekter som følge av avkorting på grunn av høy aktivitet. Estimaten er forverret som følge av systemfeil i SPK- og NRS-beregningen. Systemfeilen som skyldes feilberegning av kostnad knyttet til AFP førte til cirka 36 millioner kroner høyere pensjonskostnader.

Ringerike Sykehus HF har estimert et negativt driftsresultat på 19 millioner kroner. Det er 15 millioner kroner dårligere enn budsjett. Budsjettavviket forklares ved manglende realisering av budsjetterte innsparinger, inntektssvikt som følge av lavere aktivitet, økte kostnader knyttet til behandlingshjelpemidler og økte medikament- og implantatkostnader.

Sykehuset Buskerud HF har et negativt estimat for året på 126 millioner kroner, en forverring i forhold til budsjett på 26 millioner kroner. Forklaring på resultatforverringen er lavere aktivitet samt høyere vare- og lønnskostnader enn budsjettert. Videre forklares resultatavviket med etterbetaling på lønnsoppgjør, merforbruk vikarer i forbindelse med opplæring lønns- og personal og andre omstillingstiltak, samt lavere effekt av omstillingstiltak enn forutsatt.

Sykehuset i Vestfold HF har et negativt driftsresultat på 105 millioner kroner, som er 12 millioner kroner svakere enn budsjettert. Årsaken til avviket er i all hovedsak lavere DRG-produksjon enn forutsatt.

Sykehuset Telemark HF har et negativt estimat for året på 57 millioner kroner, som er 20 millioner kroner bedre enn budsjett. Årsaken til bedringen i forhold til budsjett er inntektsføring av RNB og omstillingsmidler, samt redusert pensjonskostnad som følge av endelig NRS-beregning.

Sørlandet sykehus HF har et negativt estimert driftsresultat på 105 millioner kroner. Estimaten er 59 millioner kroner dårligere enn budsjett. Årsaken til budsjettavviket er i hovedsak at budsjetterte innsparinger i 2004 ikke har gitt forventet effekt.

Andre foretak / selskap i Helse Sør

Sykehusapotekene ANS eies 50 prosent av Helse Sør og tilsvarende av Helse Øst. Foreløpig driftsresultat (Helse Sørs andel) for 2004 er positivt med 10 millioner kroner.

Sykehuspartner HF ble tildelt en basisramme for 2004 på 7 millioner kroner til ordinær drift og 75 millioner kroner til prosjekter. I driftsresultatet for Sykehuspartner er kun innarbeidet de ordinære administrasjonskostnader, som er på nivå med budsjett for året.

Det føres eget prosjektregnskap for de 75 millioner kroner (bevilget av inntekter til å dekke avskrivninger) som er bevilget til anskaffelse og etablering av nye IKT-systemer innen områdene økonomi og logistikk, elektronisk pasientjournal (EPJ) og lønns- og personaladministrasjon. Forbruk av disse midlene er i tråd med budsjett. Disse kostnadene er trukket ut fra resultatelementet ovenfor da de dekkes av inntekter til avskrivninger.

Helse Sør RHF har et positivt estimert driftsresultat for 2004 på 27 millioner kroner.

3.1.2. Kapitalfundamentet til Helse Sør

Forslag til endring i Helseforetaksloven § 43 med tilhørende forslag til ny forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler

Helseforetakene ble stiftet av staten 1. januar 2002 med et kontantinnskudd på 100 000 kroner. Deretter ble sykehusenes netto eiendeler overført helseforetakene som tingsinnskudd. Tingsinnskuddet består av omløpsmidler, anleggsmidler, kortsiktig gjeld og forpliktelser.

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. 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, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) varslet HOD at de skulle legge fram forslag til endringer i helseforetaksloven for å kunne fastsette forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler. Disse forslagene har vært ute til høring med høringsfrist 9. desember 2004. Lovendringsforslaget og forskriften er nå til behandling administrativt hos HOD.

Det fremgår av protokollen til foretaksmøte til Helse Sør RHF av 11. januar 2005 at forskriften vedrørende regnskapsføring av anleggsmidler skal legges til grunn allerede fra 2004. Dette tross for at lovendringen og forskriften pt ikke er vedtatt. Det er imidlertid en del forhold som må avklares i forbindelse med innføring av ny forskrift. Disse forholdene er omtalt i Helse Sørs høringssvar til lovendring og forskrift. Helse Sør har med bakgrunn i de uavklarte forholdene ikke implementert endringene som forskriften medfører, da vi mener at spørsmålene må besvares først. Dette for ikke å måtte gjøre jobben denne implementeringen medfører to ganger.

Likviditet

Figuren nedenfor viser utviklingen i driftslikviditet for foretaksgruppen i 2004. I forhold til budsjettet for 2004 har likviditeten utviklet seg bedre i 2. halvår 2004. Hovedårsakene til dette er:

- Forfall reguleringspremie pensjon ble forskjøvet i tid (ref bunn i september i budsjettet)
- Endrede faktureringsrutiner fra KLP forskyver betalingen av 4. termin 2004 til primo 2005 (116 millioner kroner)
- Noe lavere pensjonspremieutbetalinger
- Uttak av lånemidler i desember 2004 på 335 millioner kroner fra Norges Bank i forhold til at vesentlige utbetalinger knyttet til pågående byggeprosjekter forskyves inn i 2005, gir en vesentlig kortsiktig forbedring i likviditeten per 31.12.2004.
- I 2003 er driftskreditten belastet med cirka 132 millioner kroner til å mellomfinansiere utbyggingen av 6. byggetrinn ved Sykehuset i Vestfold HF. Dette er refinansiert høsten 2004 og bedrer likviditeten tilsvarende i forhold til budsjettet.



Figur 2 Utviklingen i driftslikviditet for foretaksgruppen Helse Sør i 2004

Konsernet har i dag en trekkrettighet i DnbNOR på 1 600 millioner kroner.

Finansnetto og krav til effektivisering

All likviditet har siden 2002 vært plassert i konsernkontoordningen og avkastningen har vært basert på NIBOR 1 mnd. rente minus margin. Tabellen nedenfor viser historisk og forventet NIBOR 1 mnd. rente på hovedkonto (snittrente uten margin).

Periode	NIBOR	Kommentar:
2002	6,9 %	Positiv saldo på konto hele perioden
2003	4,3 %	Positiv saldo på konto hele perioden
2004	2,0 %	Trekk i hele perioden

Tabell 11 Historisk og forventet NIBOR

Avkastningen i 2002 og første seks måneder av 2003 har vært god. Snittrente NIBOR var 6,9 % p.a. i 2002 og 5,5 % p.a. de første seks måneder av 2003. Det store rentefallet i 2003 førte til at renten i 2004 ble cirka 4,9 prosentpoeng lavere enn i 2002.

Endringen i netto finanskostnader fra 2002 til 2004 er stor, se tabell nedenfor.

Millioner kroner	2002	2003	E 2004	Endr. 2003-2004	Endr. 2002-2004
Netto finanskost	116	44	- 1	- 45	- 117

Tabell 12 Endringer i netto finanskostnader 2003-2004

For 2004 medfører redusert finansnetto i forhold til 2003 et økt effektiviseringskrav på cirka 45 millioner kroner.

På sikt (1-3 år) må det forventes at rentenivået vil være høyere enn i 2004 og dermed kan lånefinansieringen av driftsunderskudd og investeringer bli vesentlig tyngre å bære i årene fremover. Kapitalkostnadene for flere store byggeprosjekt delfinansiert med byggelån vil komme med full tyngde først fra 2005 og 2006 når prosjektene er ferdige.

3.1.3. Investeringer

Investeringer i Helse Sør skjer innenfor fire hovedområder:

1. Opptrappingsplanen innen psykiatri 2002-2008
2. Nasjonal kreftplan
3. Investering nybygg somatikk > 50 millioner kroner.
4. Kapitalvedlikehold av eksisterende bygg og maskinpark

Helse Sør har i 2002-2005 til sammen budsjettert investeringer for cirka 4,8 milliarder kroner, som vist i tabellen nedenfor.

(millioner kroner)	2002	2003	2004	2005
Investering opptrappingsplan psykiatri	118	139	20	164
Nasjonal kreftplan strålebygg (somatikk)	64	21	175	185
Investering nybygg somatikk samt omstilling	537	416	686	483
Kapitalvedlikehold m.m.	444	533	*) 338	410
Etablering av Sykehuspartner HF	0	0	*) 75	58
Totalt investeringsbudsjett	1 163	1 109	1 294	1 300
Inntekter til å dekke avskrivninger	907	677	760	786
Statens 60 % andel opptrappingsplan psykiatri	53	0	0	
Låneopptak (netto)	203	300	563	474
Driftskredittfinansiering 6. byggetrinn SiV (midl.)	0	132	-132	0
Investeringstilskudd forskningsbygg Dnr	0	0	21	40
Investeringstilskudd over Nasjonal kreftplan Dnr (strålebygg)	0	0	82	0
Total finansieringsplan	1 163	1 109	1 294	1 300

*) Investeringer i forbindelse med etableringen av Sykehuspartner HF er omfordelte midler fra Kapitalvedlikehold inkl. mindre nybygg. Dekker bl.a. investeringer i produksjonskjøkken, maskinpark, etc.

Tabell 13 Budsjetterte investeringer 2002-2005

Investeringsbudsjettet 2002-2005 for større nybygg somatikk fordeler seg slik:

<i>(millioner kroner)</i>	2002	2003	2004	2005
Rikshospitalet -Radiumhospitalet HF	64	101	196	277
Ringerike sykehus HF	0	90	210	0
Sykehuset i Vestfold	175	132	350	357
Sørlandet sykehus HF	361	114	25	27,5
Sykehuset Telemark HF	0	0	80	6,5
Totalt investeringsbudsjett nybygg somatikk	601	437	861	668

Tabell 14 Investeringsbudsjettet for større nybygg somatikk 2002-2005

Status for større byggeprosjekter innen somatikk:

RH -DNR HF – nytt strålebygg

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 30. august 2002, sak nr. 42/2002, med vedtak om at det skulle prioriteres og innarbeides i investeringsbudsjettet. Prosjektet ligger an til å bli fullført innenfor vedtatt tidsplan og budsjett. Dette bygget forventes klart for innflytting i 2. kvartal 2006.

RH -DNR HF – nytt forskningsbygg

Styret for Helse Sør RHF ga i sak 04/2004 sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet innenfor en total kostnadsramme på 1 000 million kroner (i 2003-verdi). Forprosjektet forventes ferdig i april 2005.

RH-DNR HF – Nybygg ved SSE

I Budsjett-innst. S nr. 11 (2002-2003) uttalte sosialkomiteen at bygging av ny sengepost og ny intensiv observasjonsport ved SSE bør prioriteres.

Styret i Helse Sør RHF godkjente som sak 06/2004 og sak 110/2004 investeringsøknad for nybygg for intensiv observasjonsenhet ved Spesialsykehuset for epilepsi innenfor en kostnadsramme på 92 millioner kroner. Oppstart er forventet i løpet av 2. kvartal 2005. Bygget forventes ferdig i løpet av 4. kvartal 2006.

Ringerike Sykehus HF – ny somatisk døgnavdeling

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 30. august 2002. Bygget ble tatt i bruk 4. kvartal 2004. Prosjektet har en kostnadsramme på cirka 300 millioner kroner.

Sykehuset i Vestfold HF – 6. byggetrinn

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 14. februar 2003, sak nr. 14/2003. Vedtaket lød på videre- og slutføring innenfor en kostnadsramme på 800 millioner kroner (prisenivå per februar 2003). Styret forutsatte samtidig en bedring i driftsøkonomien på 40 millioner kroner. Prosjektet ligger an til å bli fullført innenfor vedtatt tidsplan og budsjett. Dette byggetrinnet forventes klart for innflytting 1.oktober 2005.

Sykehuset Telemark HF – Moflata sykehjem

Kjøp og ombygging av Moflata ble i sak 04/2004 og 78/2004 godkjent innenfor en kostnadsramme på 86,5 millioner kroner. Det er tidligere bevilget finansiering på 80 millioner kroner, og det gjenstår således et udekket finansieringsbehov på 6,5 millioner kroner i 2005. Prosjektet forventes ferdig i løpet av 2. kvartal 2005.

Sørlandet sykehus HF – ombygginger og tilbygg ved Flekkefjord sykehus

Disse arbeidene er slutføring av hovedutbyggingen ved sykehuset. De ble sist behandlet i RHF-styret som en del av investeringsbudsjettet for 2005, sak 04/2005.

Det som gjenstår er ombygging av operasjonsavdelingen, som nå planlegges utført i 2005.

Sørlandet sykehus HF – ombygginger ved Arendal sykehus

Disse ombyggingsarbeidene er fortsettelse av hovedutbyggingen ved sykehuset. Gjenstående ombygging ble kraftig redusert i omfang, fra 68 til 12 millioner kroner, og er slutført i løpet av 2004.

3.2. Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling

3.2.1. Ledelse

Helse Sør forventes å delta i uforming og gjennomføring av program for ledelsesutvikling. Dette skal ha forankring på høyeste ledelsesnivå.

Helse Sør har deltatt i styringsgruppen for ledelsesutvikling med en av sine viseadministrerende direktører. Gruppen har planlagt og gjennomført pilotprogrammet for ledelsesutvikling 2003-2004. Helse Sør har deltatt i dette programmet med ledelsesgruppen i RHFet og direktører fra helseforetakene.

Departementet og de fem regionale helseforetakene er enige om å satse sammen på ledelsesutvikling fremover. Et permanent program for ledelsesutvikling i helseforetakene vil starte i 2005. Dette vil være en overbygging og et supplement til lederutdanningen og ledelsesprogrammene som gjennomføres av de regionale helseforetakene.

I Helse Sør har RHFet og de enkelte helseforetak i 2004 gjennomført en rekke lederutviklingstiltak både internt og eksternt. I løpet av 2005 vil helseforetaksgruppen utvikle og igangsette et helhetlig program for lederutvikling gjennom en arbeidsgruppe med deltagere fra helseforetakene ledet av det regionale helseforetaket.

3.2.2. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helse Sør skal bidra til gjennomføringen av nasjonale planer innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Som et ledd i dette arbeidet skal Helse Sør bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsenett i 2004.

Helse Sør har deltatt aktivt i den felles strategigruppen for IKT i spesialisthelsetjenesten. Gruppen har utarbeidet "Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene". Styret for Helse Sør RHF har gitt sin tilslutning til denne strategiplanen. Den skal legges til grunn for IKT-utviklingen i Helse Sør.

Det regionale helseforetaket deltar i den felles styringsgruppen for prosjektene som er igangsatt i henhold til den felles IKT-strategien. Helse Sør RHF leder tiltak 13 i planen: "Utforme krav til Elektronisk Pasientjournal (EPJ) innen ulike fagområder i

spesialisthelsetjenesten.” Prosjektet gjennomføres sammen med Helse Øst, som har ansvaret for å utarbeide felles krav til funksjonalitet og innhold i EPJ-systemer i sykehus.

En av Helse Sørs hovedsatsninger innen IKT er innføring av felles elektronisk pasientjournalssystem for alle helseforetakene i Helse Sør. Helse Sør har i 2004 inngått rammeavtale med Tieto Enator AS om leveranse av elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system. Radiumhospitalet HF og Sykehuset i Vestfold HF har satt i gang implementeringsprosjekter. Disse to prosjektene vil ligge til grunn for et konsept for elektronisk kommunikasjon med andre aktører i helsetjenesten. I dette inngår blant annet elektronisk epikrise og sykmelding. De andre helseforetakene vil etter hvert avrope rammeavtalen og implementere Helse Sørs konsept.

Det nye konseptet vil bli prøvet ut i samarbeid med Sandefjord kommune. Sosial- og helsedirektoratet har valgt kommunen som en av fem ”fyrtårn-kommuner” for elektronisk samarbeid i helsesektoren. Prosjektet skal øke kvaliteten og effektiviteten i pasientforløpet mellom Sandefjord kommune og Sykehuset i Vestfold/Helse Sør RHF, gjennom samarbeid om utvikling og implementering av elektronisk journal og elektroniske fagsystemer.

Den felles strategigruppen har også utarbeidet ”Strategiplan for Nasjonalt helsenett”. Styret for Helse Sør RHF har gitt sin tilslutning til denne planen. Den er retningsgivende for Helse Sør RHF’s deltakelse i samarbeidet om Nasjonalt helsenett. Helse Sør RHF er en av initiativtagerne til Norsk Helsenett AS, som i henhold til strategiplanen ble etablert i 2004. Det regionale helseforetaket er representert i styret for dette selskapet.

3.2.3. Åpenhet

Styremøter i regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne.

Alle styremøter i Helse Sør RHF og i helseforetakene i regionen har fra 1. januar 2004 vært åpne.

Norsk Redaktørforening (NR) gjennomførte i 2004 en undersøkelse om åpenhet ved styremøter. Foreningen gjennomgikk praksis for innkalling, sakslister og protokoller for styremøtene i 36 helseforetak i første halvår 2004. Hensikten har vært å finne ut av hvor mange saker de enkelte helseforetakene behandler bak lukkede dører og hva slags type saker det dreier seg om. NR ville også vite om det informeres i innkallingen til møtene om at møtet vil bli lukket og hvilken lovhjemmel man påberoper seg.

Undersøkelsen konkluderte med at Helse Sør var den regionen med størst grad av åpenhet. Helse Sør RHF var mest åpen av de regionale helseforetakene. Av de seks helseforetakene som ble trukket frem som mest åpne, var tre fra Helse Sør. Sykehuset Buskerud HF var mest åpen av helseforetakene.

Både det regionale brukerutvalget og brukerutvalgene ved de enkelte helseforetak har i løpet av 2004 besluttet at deres møter skal være åpne.

Helse Sør har i 2004 gjennomført to undersøkelser som skal kartlegge virksomhetens omdømme hos publikum og hos utvalgte målgrupper som Helse Sør har et nært samarbeid

med. Undersøkelsene danner grunnlag for videreutvikling av Helse Sørs arbeid med åpenhet og dialog med målgruppene.

3.2.4. Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll

Helse Sør skal etablere et system som sikrer at lover og forskrifter, herunder journalforskriften og retningslinjer for koding, følges i virksomhetene. Helse Sør skal delta aktivt i det nasjonale utviklings- og gjennomføringsarbeidet for korrekt og ensartet koding innenfor de ulike fagområdene.

Lover og forskrifter

En arbeidsgruppe internt i Helse Sør har gjennom 2004 arbeidet med grunnlag, utvikling og etablering av et helhetlig system som skal sikre at lover og forskrifter følges i virksomhetene. Helse Sør har etablert flere "sub-systemer" for dette, men et helhetlig system er ikke på plass ennå. Utvikling og etablering av et slikt system prioriteres i 2005.

Journalforskriften / DRG-koding

I 2003 hadde Helse Sør et større internseminar om DRG-koding. Gjennom 2004 er det arbeidet med oppfølging av dette seminaret og med etablering av systemer for koding. Størstedelen av helseforetakene benytter eksterne kvalitetsrevisorer til kontroll og oppfølging av DRG-kodingen (Analysesenteret Lovisenberg og NIRVACO).

Gjennom året har Helse Sør arbeidet med utvikling av egne, interne systemer for kontroll og kvalitetssikring av kodingen. Systemet er en del av foretaksgruppens analysesystem "Profitbase", hvor NPR-filene bearbeides og analyseres. Dette systemet vil også gi anledning til å følge utviklingen i koding av grupper av diagnoser. Helse Sør har identifisert noen diagnose- og prosedyregupper som vil bli fulgt opp spesielt. Lungebetennelse er en slik diagnosegruppe som vil bli fulgt opp med seminarer og annet tidlig i 2005.

Representanter for Helse Sør RHF og helseforetakene har deltatt i det nasjonale utviklings- og gjennomføringsarbeidet for korrekt og ensartet koding innenfor de like fagområdene som Sintef koordinerer.

3.2.5. Grønn stat

Regjeringen har satt som mål at alle statlige virksomheter skal innføre miljøledelse som en integrert del av organisasjonens styringssystemer innen 2005. Departementet videreførte i styringsdokumentet for 2004 dette kravet til de regionale helseforetakene.

Helse Sør har gjennomført flere enkelttiltak i tråd med "Grønn stat"-tankegangen, blant annet:

- Miljøpolicy ved anskaffelsesprosedyrer er delvis innført. Disse bygger på "Miljø og innkjøp" fra Telemark fylkeskommune. Policyen er i tråd med veiledninger fra GRIP og Agenda 21, og er delvis i bruk i Helse Sør.
- Flere enkelttiltak innen energiområdet, som deltagelse i energinettverk, ENOVA-prosjekter og noe overgang fra olje til naturgass.

- Som første helseregion har Helse Sør utarbeidet en rapport om arbeidsmiljø og ytre miljø – blant annet virksomhetenes vann- og energibruk, avfall og utslippstillatelser. Rapporten er behandlet i RHF-styret.

Helse Sør mangler foreløpig en samlet miljøpolicy, med mål, rapporterings- og revisjonskrav. Veilederen forutsetter at policy og krav skal være integrert i styringssystemene. Arbeidet med dette startet opp høsten 2004, og skal inkluderes i et felles internkontrollsystem.

4. PRIVATE AKTØRER

Styringsdokumentet for 2004 beskrev at avtale med private skal inngås med regionalt helseforetak der dette skal understøtte oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret.

Avtaler med private sykehus

Helse Sør RHF hadde i 2003 avtaler med seks private sykehus om kjøp av behandlingstjenester. De private sykehusenes innsats etter disse avtalene bidro sammen med stor innsats fra egne sykehus til å redusere gjennomsnittlig ventetid i regionen til godt under styrets mål for 2003.

Den betydelige reduksjonen av ventetidene i 2003 lå til grunn for styrets vedtak om å redusere omfanget av utkjøp fra private sykehus fra og med 2004. Styret forutsatte at det ble inngått avtaler for et smalere segment diagnoser enn for 2003. Diagnosene ble konsentrert om områder hvor regionen har de lengste ventetidene. Omfanget av kjøp av behandlingstjenester fra private ble også tilpasset de reduserte rammene i budsjettet for 2004. Rammen for uttak gjennom private sykehus ble satt til 3 300 DRG-poeng.

Helse Sør RHF inngikk for 2004 avtaler med tre private, kommersielle sykehus etter vanlig offentlig anbudsrunde: Colosseumklinikken Oslo, Colosseumklinikken Stavanger og Drammen Private sykehus AS. Avtalene gjaldt for 2004, med mulighet for prolongering for 2005. Denne prolongeringsmulighet er benyttet for alle tre avtalepartnerne. Prognosene tyder på at samlet uttak for 2004 blir cirka 3 200 DRG-poeng, som brutto utgjør cirka 50 millioner kroner.

Etter utvidelsen av pasientrettighetslovgivningen fra 1. september 2004 kan pasienter benytte private sykehus som har avtaler med andre regionale helseforetak. Kostnadene til behandling ved private sykehus som de andre regionale helseforetakene har avtaler med, kommer i tillegg til kostnadene for behandling ved de private sykehusene Helse Sør RHF selv har avtale med. Endelig avregning foreligger ikke ennå.

Avtaler med privatpraktiserende avtalespesialister

Helse Sør RHF har driftsavtaler med cirka 280 legespesialister og psykologspesialister. Antall og spesialiteter er ulikt fordelt mellom fylkene i regionen. Den norske lægeförening og de fem regionale helseforetak inngikk høsten 2003 rammeavtale som gjør oppfølging og videre utnyttelse av ressursen spesialistene representerer mer hensiktsmessig enn med tidligere. En lignende avtale ble inngått med Norsk psykologforening i 2004.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål at det skal være 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale i 2006 i forhold til 1996. For Helse Sør er dette målet allerede oppfylt.

Røntgen- og laboratorieavtaler

Helse Sør RHF foretok i 2003 en bred kartlegging av det reelle behovet for innkjøp av laboratorietjenester og radiologiske undersøkelser. Styret besluttet i august 2003 at volumet –

spesielt innkjøp fra private leverandører - skulle reduseres betydelig. Leverandørene ble valgt etter vanlig offentlig anbudsrunde.

Avtalene utløp 31. desember 2004, men ble prolongert til 1. mai 2005 på grunn av innføring av ny refusjonsordning for disse fagene. Etter at Helse Sør RHF har mottatt departementets bestillerdokument for 2005, vil det regionale helseforetaket sette i gang en ny anbudsrunde for røntgen- og laboratorieavtaler. Planen er at nye kontrakter skal være inngått før refusjonsordningen endres 1. mai.

Undervisning av helsepersonell

Regionale helseforetak må gjennom avtaler med private tjenesteytere sikre at disse kan delta i undervisning av helsepersonell der dette vurderes som relevant.

Helse Sør har i 2004 foretatt det meste av den nødvendige undervisning av helsepersonell i egen regi og bare i liten grad benyttet private tjenesteytere.

5. NASJONALE AKTØRER

Departementet forventer at Helse Sør gjør seg kjent med tildelingsbrevene til Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens legemiddelverk og til Sosialdepartementets tildelingsbrev til Rikstrygdeverket. Helse Sør skal bidra til å oppnå målsetningene på de områder hvor de underliggende etater har fått delegert myndigheter og oppgaver.

Helse Sør har i 2004 hatt et godt samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk og Rikstrygdeverket.

6. NYE OPPGAVER FOR DE REGIONALE HELSEFORETAKENE

Departementet pekte i styringsdokumentet for 2004 spesielt på fem nye oppgaver for de regionale helseforetakene.

Helse Sør har arbeidet med de nye oppgavene gjennom 2004. Styret mener at de nye oppgavene er organisert på en god og effektiv måte. Arbeidet har ført til et bedret tilbud til pasientene.

Nedenfor gjengir vi departementets beskrivelse av oppgavene og redegjør vi for hvor i "Årlig melding 2004" rapporteringen for de nye oppgavene finnes:

- **Rusreformen.**
Se avsnitt "Tilbudet til rusmiddelmissbrukere", side 19
- **Ansvar for insulinpumper og insulininjektor med tilhørende forbruksmateriell overføres fra folketrygden.**
Se avsnitt "Behandlingsmidler", side 26
- **Finansieringsansvaret for syketransport mv. Rettighetene for pasientene videreføres uendret i pasientrettighetsloven. Helse Sør skal kjøpe saksbehandlings- og oppgjørstjenester fra trygdeetaten i henhold til avtale.**
Oppgavene med å organisere syketransport er gitt til Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Telemark HF (Sammen med Sykehuset i Vestfold HF). Ansvarsområdene tilsvare dekningsområdet for respektive 113-sentraler. Ved Sørlandet sykehus HF er syketransport organisert som en del av kirurgisk klinikk, ved de øvrige er den organisert sammen med prehospitaltjenester. Sørlandet Sykehus HF har fått ansvaret for flybestilling og utenlandsreiser.

På grunn av 50 – 50 deling i kostnader mellom RTV og Helse Sør RHF samt at dette er en ny reform har det ikke skjedd mye på området desentralisering av behandling. Forsøk med andre transportløsninger, syketransportbusser har vært gjennomført med positivt resultat. Økonomisk ser et ut for at aktiviteten syketransport har holdt seg innenfor budsjett.

- **Individuelle frister for behandling.**
Se avsnitt "Kvalitet i tjenesten – Prioritering", side 8
- **Kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger. Det vil være et samarbeid for å finne gode løsninger for døvblindesystemet, Nasjonalt autismenettverk og Frambu.**

Arbeidet med kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger er i slutfasen. Helse Sør har deltatt i dette arbeidet.

Helse Sør deltar også i samarbeid for å finne gode løsninger for døvblindesystemet.

Når det gjelder Nasjonalt autismenettverk og Frambu har Helse Sør ikke vært invitert til møter.

7. ORGANISERING

7.1. Sammenslåing Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF

Styrene for Det norske Radiumhospital HF og Rikshospitalet HF besluttet høsten 2003 å gjennomføre en bred utredning for å vurdere om Det norske radiumhospital og Rikshospitalet burde slås sammen i et helseforetak.

Utredningsarbeid ledet til at både administrasjonene og styrene for de to helseforetakene anbefalte en sammenslåing. Styret i Helse Sør RHF godkjente 22. juni 2004 den foreslåtte sammenslåingen.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF ble stiftet høsten 2004. Foretaksmøter fattet nødvendige vedtak slik at virksomheten ved de to foretakene kunne overføres til det nye foretaket med virkning fra 1. januar 2005.

Helse Sør RHF mener at sammenslåingen av Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF vil kunne føre til etablering av et foretak som vil virke til beste for norsk medisinsk forskning og pasientene. Dessuten vil sammenslåingen kunne gi mer effektiv ressursutnyttelse og flere spennende muligheter for de ansatte.

7.2 Avvikling av sengepost, Sørlandet sykehus HF Farsund

Sørlandet sykehus HF har vedtatt å avvikle driften av sengeposten ved enheten i Farsund. Saken er grundig utredet. Tjenestetilbudet til befolkningen i området opprettholdes på et totalt sett godt nivå.

Styret for Helse Sør RHF behandlet saken i sitt møte i august 2004.

I tråd med Helseforetaksloven § 30 fremmet Helse Sør RHF for Foretaksmøte 21. desember 2004. Helse Sørs tilråing var at Foretaksmøtet godkjente vedtaket fra HF og RHF. Foretaksmøtet stadfestet vedtaket i lys av en helhetlig vurdering av tilbudet.

Ledelsen for Sørlandet sykehus HF tar sikte på å avvikle sengeposten i løpet av første halvår 2005.

7.3. Endret organisasjonsform - Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF ble stiftet 29. september 2003 med formål å utføre ikke-medisinske tjenester for foretakene innen Helse Sør. På bakgrunn av at foretakets opprinnelige vedtekter ikke var i samsvar med helseforetakslovens krav stiller til et helseforetak, ble vedtektene endret i styremøte 22. juni 2004. Vedtektsendringen åpnet for at Sykehuspartner HFs virksomhet også kunne omfatte spesialiserte medisinske støttefunksjoner. Riksrevisjonen og Helsedepartementet har etter dette gitt uttrykk for at de mener at prosessen med innlemmelse av spesialisthelsetjeneste i Sykehuspartner HF har tatt for lang tid.

Styret i Helse Sør besluttet med bakgrunn i signalene fra Riksrevisjonen og Helsedepartementet å endre Sykehuspartners organisasjonsform. Med virkning fra 1. januar 2005 er Sykehuspartner avviklet som eget helseforetak. Virksomheten er nå organisert som en enhet i Helse Sør RHF.

7.4. Helse Sør reduserer kostnader ved å samle lønn-, økonomi og personal (LØP) og IKT i Sykehuspartner

Helse Sør har besluttet å etablere fellestjenester for de transaksjonstunge oppgavene innen lønn/økonomi/personal i regi av Sykehuspartner. Dette gjelder blant annet lønnskjøring og bilagsføring. Sykehuspartner har etablert virksomhet i Drammen og Grimstad for å utføre disse oppgavene. Ved utløpet av 2004 fikk fem helseforetak kjørt lønn hos Sykehuspartner. Innen utløpet av 1. halvår 2005 skal alle helseforetakene i Helse Sør være overført.

Samordningen skal blant annet sikre at alle foretak har tilgang til et moderne lønn- og personalsystem. Systemet skal gi grunnlag for å hente ut bedre ledelsesinformasjon. Det vil også legges et grunnlag for å utvikle nye styringsprinsipper slik at foretakene kan utvikle og nyttiggjøre seg medarbeiderne på en bedre måte.

Sykehuspartner har i 2004 gjennomført første fase i arbeidet med å samle all IKT-virksomhet i Helse Sør i en organisasjon. En egen prosjektorganisasjon er etablert. Planen er at Sykehuspartner i løpet av 2005 skal overta det samlede ansvar for IKT-tjenestene i Helse Sør.

7.5. Overtagelse av ny virksomhet - Nordagutu Opptreningscenter

Ved overføring av spesialisthelsetjenesten til Staten og helseregionene forble Nordagutu Opptreningscenter i fylkeskommunal eie.

Helse Sør RHF og Telemark fylkeskommune har fra høsten 2002 vært i dialog for å finne en løsning på overførsel av Nordagutu Opptreningscenter til Helse Sør. Telemark fylkeskommune ønsket å overdra institusjonen til Staten mot gjeldssanering og dekking av driftsunderskudd fra 2002 og frem til overdragelse. Partene aksepterte etter hvert at Staten ved Helsedepartementet skulle være avtalepart, fylkeskommunen ville få sanering av gjeld og institusjonen skulle etter dette overføres til Helse Sør. Et etterslep av driftsutgifter på nesten 4,6 millioner kroner ble belastet Helse Sør RHF.

Styret i Helse Sør RHF godkjente overdragelsen i juni 2004. Nordagutu opptreningscenter ble organisasjonsmessig plassert i Rikshospitalet HF avdeling Spesialsykehuset for Rehabilitering.

8. STYRETS PLANDOKUMENT 2005-2006

RAMMER FOR VIRKSOMHETEN

Planens innhold og tidshorisont

Ved overgangen til helseforetaksmodellen i januar 2002 satte styret i Helse Sør RHF i gang et omfattende strategiarbeid for å utvikle en fireårig strategiplan for virksomheten i regionen. Flere enn 500 medarbeidere deltok i strategiarbeidet. I desember 2002 vedtok styret "Resept 2006", som er Helse Sørs strategiplan for perioden 2003-2006.

Helse Sør har i 2004 foretatt en administrativ gjennomgang av "Resept 2006". Oppgaven var å vurdere om det har skjedd noe som fører til at foretaksgruppen må foreta vesentlige endringer i denne strategiplanen – eller endre tidsspennet for strategiplanen. Gruppen fant ingen forhold som tilsier at vi må foreta vesentlige strategendringer – eller endre planens varighet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Sør tiden frem til 2006 til å komme i økonomisk balanse.

De to forhold som det er redegjort for ovenfor, gjør det naturlig for Helse Sør å konsentrere plandokumentet som etter vedtektene skal sendes Departementet i februar 2005 til perioden 2005-2006. Dog har vi på enkelte områder også skissert utviklingen etter 2006.

Organisering og styringsmodell

Helse Sør vil i løpet av 2005 ha etablert en foretaksstruktur hvor antall foretak er redusert med ett som følge av at Rikshospitalet HF og Det norske radiumhospitalet HF er fusjonert.

Styret for Helse Sør RHF har i tillegg initiert en større gjennomgang av eksisterende foretaksstruktur gjennom sitt budsjettvedtak i styresak 126/04. I denne saken ber styret om at det utredes en foretaksstruktur med færre helseforetak enn det som er etablert ved utløpet av 2004. Målet er å finne frem til den mest optimale foretaksstrukturen i forhold til å kunne gi best mulig helsetjenester for de ressursene vi forvalter.

Ledelsesmessig blir helseforetakene håndtert gjennom en operativ linje og en formell linje. Modellen baserer seg på at det regionale foretaket skal ha en viss innflytelse på de vedtak de underliggende helseforetak gjør. Dette for å sikre at de underliggende styreverv fatter vedtak i tråd med overordnet strategi. Samtidig har ledelsen og styret i det regionale helseforetaket mulighet til å få god innsikt i de enkelte foretakenes virksomhet og tilstand. I løpet av høsten 2004 har Helse- og omsorgsdepartementet satt økt fokus på eierstyring. Dette vil medføre en del endringer i de regionale helseforetakenes prinsipper for virksomhetsstyring. Protokollen fra foretaksmøtet i 11. januar 2005 gir klare føringer for dette.

Helse Sør RHF må som konsekvens av dette gjøre nødvendige endringer i styringsmodell i tråd med protokollen fra foretaksmøtet. Eiers klarere bruk av foretaksmøter for eierstyring vil måtte implementeres i det regionale foretakets virksomhetsstyring og i ledelsesmodellen overfor de underliggende helseforetak. I tillegg må RHFet organisere seg med et klarere skille mellom eieroppgaver og "sørge for"-oppgaver. Utfordringene for de regionale helseforetakene de nærmeste årene blir således å implementere en ny styringsmodell som tar opp i seg de samlede krav fra både eier og styret, slik at en utvikler en helhetlig styringsmodell.

Samtidig som eier har endret styringsmodell har også det regionale styret gjort vedtak om at systemer for operasjonell revisjon og intern revisjon videreutvikles. Dette gjøres for å styrke det regionale foretakets muligheter til å sikre at RHF og de underliggende helseforetak følger styrets beslutninger, og følger opp lov- og myndighetskrav. Ref styresak 112/04

Det regionale helseforetaket har et totalansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen. Dette innebærer også et ansvar overfor private sykehus og private avtalespesialister. I årene fremover vil forvaltningen av dette ansvaret medføre en økt utfordring. Både for å sikre kvalitet, forsvarlighet og god ressursforvaltning i denne typen virksomheter.

Befolkningsutvikling

Sintef Helse har på oppdrag fra Helse Sør utarbeidet en rapport med framskrivning av behovet for somatiske sykehustjenester i Helse Sør på bakgrunn av bl.a. forventet befolkningsutvikling.

Den mekaniske fremskrivningen er basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivning 2002-2050, alternativ MMMM (middels nasjonal vekst). Framskrivningen foreligger i flere alternativer med ulike forutsetninger om dødelighet, fruktbarhet, innenlandsk flytting og inn- og utvandring. I Statistisk sentralbyrås egne kommentarer heter det at alle alternativene unntatt nullflyttealternativet anses som realistiske. De ekstreme alternativene anses likevel som mindre realistiske enn alternativet som er basert på mellomforutsetninger for de enkelte komponenter. Hva dette innebærer av endringer for Helse Sør (fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder) fremgår av tabellen:

Fylke	1 jan 2003		1 jan 2010		1 jan 2020	
	I alt	70+	I alt	70+	I alt	70+
Buskerud	241 371	27 937	251 397	27 276	266 449	35 882
Vestfold	218 171	25 699	228 905	25 572	244 059	33 055
Telemark	165 855	21 475	169 029	20 082	174 556	24 907
Aust-Agder	103 195	11 354	107 926	11 260	114 518	15 015
Vest-Agder	159 219	17 226	166 987	17 252	178 042	21 842
Helse Sør	887 811	103 691	924 244	101 442	977 624	130 701

Tabell 15 Befolkningsutvikling 2003-2020 etter fylke og totalt i Helse Sør

Etter dette fremskrivningsalternativet øker befolkningen i Helse Sør med 4,2 prosent fra 2003 til 2010, og med 10,1 prosent fra 2003 til 2020. Telemark fylke har lavest forventet befolkningsvekst med 5,2 prosent, mens de andre fylkene har 10,5 – 12 prosent vekst.

For personer 70 år og eldre forventes en nedgang på 2,2 prosent fra 2003 til 2010, og en økning på 26,0 prosent fra 2003 til 2020. Den relative økningen er størst i Aust-Agder med 32 prosent og lavest i Telemark med 16 prosent i perioden fram til 2020.

Fram mot 2020 vil Helse Sør altså oppleve en betydelig økning i den eldre delen av befolkningen, noe som vil få store konsekvenser for sykehusene i regionen.

Når det gjelder befolkningsfremskrivningen for personer 70 år og eldre, er den kjennetegnet ved at gruppen ikke berøres av forutsetninger om fruktbarhet, og dødeligheten er erfaringsmessig den komponenten som estimeres best. Et midlere alternativ for innenlandsk

flytting kan kanskje synes noe forsiktig, i og med at særlig Vestfold og Agder-fylkene fremstår som attraktive boområder. Det er derfor liten grunn til å tro at økningen av personer 70 år og eldre i Helse Sør blir mindre enn hva alternativ MMMM legger opp til.

Det er ofte utvikling i befolkningen > 70 eller > 80 år som ligger til grunn ved diskusjoner om befolkningstall som grunnlag for planlegging av tjenestetilbudet. I oppfølgingen av strategiplanen Resept 2006 er det utarbeidet flere delplaner for enkeltområder. Behovet for mer nyanserte befolkningsfremskrivninger avtegner seg. F eks regner man ved beregning av tjenestebehov for pasienter med hjertesykdommer med gruppen > 55 år. Innen psykiatri er det vanlig å differensiere over og under 18 år. I konkretisering og tilpasning av tjenestetilbudet i regionen i forbindelse med evt oppgave- og funksjonsfordeling kan det også bli aktuelt med en mer differensiert tilnærming til prognoser for befolkningsutvikling.

Medisinske utviklingstrender

Det er i Helse Sør vedtatt planer innen psykisk helsevern, rus- og avhengighetsbehandling, kreft samt tiltaksplan for mennesker med kroniske lidelser i 2004. Planene inneholder vurderinger av utviklingen innen hvert av fagområdene.

WHO har i sine scenarier sannsynliggjort at følgende grupper av ikke smittsomme sykdommer kommer til å representere 70 % av sykdommene i verden innen 2020¹:

- kreft
- diabetes
- hjertesykdommer
- lungesykdommer
- psykiske lidelser
- skader
- muskel/skjelettsykdommer

Mange mennesker har flere og sammensatte helseproblemer. Mange rusavhengige har psykiske problemer og mange med psykiske problemer har også et avhengighetsproblem. Forekomst av diabetes og hjertesykdommer henger i noen grad sammen med fedmeproblematikken. Noen lungesykdommer og ulike kreftformer henger sammen med røyking.

Andre viktige utviklingstrekk er økningen i:

- spiseforstyrrelser
- rusmisbruk
- flere barn med lav fødselsvekt overlever med større sjanse for å utvikle funksjonsforstyrrelser
- diagnostisering av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme og asperger)

Selv om alderdom i seg selv ikke er en kronisk tilstand, er det en sammenheng mellom økningen i gjennomsnittlig levealder og forekomsten av kroniske tilstander.

Samfunnsendring innen tre områder forventes å få konsekvenser for det psykiske helsevernet i tida framover; økning av antallet eldre, rusproblematikk og omsorgssvikt. Den eldre del av befolkningen øker, og dette vil medføre en økning i forekomsten av aldersdemens.

¹ www.who.int/noncommunicable_diseases/en/

Økende rusproblematikk vil kreve økte ressurser til behandling av pasienter som lider av både psykiske lidelser og rusproblemer.

Omsorgssvikt utfordrer både barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien både når det gjelder å oppdage og å minske skadelige konsekvenser av omsorgssvikten.

Psykiske lidelser er en av hovedårsakene til forekomsten av sykdom og uførhet i Norge. Fra 1994 til 1999 økte antallet sykemeldinger med diagnose psykisk lidelse med 150 %. I 1999 forårsaket disse sykemeldingene 4 millioner sykedager og omfattet 14,5 % av alle sykemeldinger. Psykiske lidelser var i 1999 hovedårsak til uførhet i 70.000 tilfeller og er den hyppigste årsak til innvilget uføretrygd hos menn under 50 år og hos kvinner under 40 år. Det er også vist i flere uavhengige undersøkelser at samtidig psykisk og somatisk sykdom øker dødeligheten.

Kreftsykdommer vil fortsatt vise en betydelig økning i de nærmeste årene. Antall som lever med kreft vil øke kraftig for alle kreftformer. I hver av de to 10-års periodene 1971-80 og 1991-2000 har den del av befolkningen som lever etter en kreftdiagnose økt med 11 % i regionens fem fylker. I løpet av samme periode har det samlede antallet nye krefttilfeller økt med 63 % (forventet 55 % ut i fra landsgjennomsnittet, justert for alderssammensetningen i regionen). Denne merbelastningen fordeler seg jevnt på de fleste av de vanligste kreftformene i landet. Data viser at det ikke er dramatiske avvik fra landsgjennomsnittet for noen enkelt kreftform eller for kreftforekomst samlet i helseregionen. Den indikerer behov for behandling og omsorg av en større andel av befolkningen enn om en fordeler ressurser ut i fra landsgjennomsnitt og aldersprofil for befolkningen i regionen. Kreftregisteret vurderer ikke forskjellen som veldig stor, og det kan være flere årsaker. Noe av forskjellen kan skyldes forskjeller i alderssammensetning. To andre årsaksfaktorer kan være at ingen av fylkene i Helse Sør var prøvefylker for brystkreftscreening og at noen fylker i Helse Sør er aktive på PSA-screening.

I tillegg skjer det en rivende teknologisk utvikling som endrer måten pasientene behandles på i spesialisthelsetjenesten. For eksempel blir en del tilstander enklere å behandle i sammenheng med utvikling av kikkhullsteknikker, langvarige endoskoper avløses av at pasienten svelger kapsel som kan følges på skjerm. Nye behandlingsformer innen anestesi og kirurgi fører til at mye behandling blir enklere og dermed tilgjengelig for flere. Stadig flere tilstander blir mulig å behandle, det skaper utfordringer i form av vurderinger om dette er tilbud som skal bekostes av den offentlige helsetjenesten.

Kapasitetsbehov

Rapporten fra Sintef Helse har en framskrivning av behovet for somatiske sykehustjenester i Helse Sør. Framskrivningen av antall sykehusopphold gjøres i tre trinn:

1. Først en mekanisk framskrivning basert på endringer i befolkningens størrelse og sammensetning, med totalt antall og personer over 70 som parameter. Den mekaniske framskrivningen justeres basert på tidligere arbeid i Helse Øst som omfatter statistiske trendanalyser og vurderinger foretatt av 10 medisinske faggrupper.
2. Forventet behovsøkning er størst innen nevrologi med 15 % innen 2010 og 34 % fram til 2020. Innen rehabilitering og fysikalsk medisin antas behovsøkningen å være 22 % fram til 2020, tallet for indremedisin er 18 % og for kirurgi og ortopedi 13,5 %. Det antas uendret behov innen fagene ØNH og øye.
3. Siste trinn er et scenario som beskriver muligheter for endringer i behandlingspraksis (fra døgn til dag eller fra døgn til ingen behandling) med utgangspunkt i fem

behandlingsgrupper: tre grupper elektive pasienter: opererte og ikke opererte innlagt i ikke-kirurgisk avdeling og i kirurgisk avdeling, to grupper øyeblikkelig hjelp: opererte og ikke opererte pasienter.

Viktige vilkår for oppfyllelse av scenariet i trinn 3 er flere; bedre kvalitet på utredninger, godt organisert oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, utvikling innen kirurgisk teknologi og anesthesiologi, bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste ved for eksempel integrert legevakt og felles akuttmedisinsk mottak.

Siden flere av forutsetningene krever både investeringer og endret praksis i helseforetakene gjøres det beregninger på 0 %, 25 %, 50 % og 75 % måloppnåelse.

Rapportens forsiktige konklusjon er at 25 % av endringene bør kunne oppnås innen 2010 og at 75 % endring bør være realistisk i 2020.

Dersom rapportens konklusjoner følges, fremstår følgende behovsanalyse for Helse Sør:

ÅR	Befolknings- mengde	Sykehus- opphold	Dag- behandling	Sengebehov
2003	887 811	197 146	127 958	3 292
2010 ¹	924 244	198 876	160 132	3 408
2020 ²	977 624	192 594	226 497	3 539
Økning:				
2003-2010	4,1 %	0,9 %	25,1 %	3,5 %
2003-2020	10,1 %	-2,3 %	77,0 %	7,5 %

Tabell 16 Framskrevne tall for befolkningsmengde, sykehusopphold, dagbehandling og sengebehov i Helse Sør

Helse Sørs planer for å møte utviklingen

Helse Sørs visjon er at Helse Sør skal være ledende innen helsesektoren og ta ansvar og bidra til trygghet, tillit og god helse.

I strategiplanen Resept 2006 har Helse Sør vedtatt å prioritere oppfølgingen av fire grupper:

- kreft
- psykiatri
- kronikere, herunder mennesker med funksjonsnedsettelse
- eldre

Situasjonen forutsetter en tilstrekkelig allokering av ressurser for å kunne heve tilbudet til disse gruppene i tråd med ambisjonene.

I forbindelse med revisjon av styringsdokumentet i 2003 gjorde styret i Helse Sør RHF vedtak om at pasienttilbudet i Helse Sør skal videreutvikles blant annet i samsvar med følgende strategi:

- Øyeblikkelig hjelp plikten ivaretas
- Tilbudet til inneliggende pasienter videreføres på dagens nivå
- Det polikliniske tilbudet ved egne helseforetak vurderes
- Kapasiteten innen enkel kirurgi, røntgen- og laboratorievirksomhet justeres ned

¹ gitt 25 % måloppfyllelse

² gitt 75 % måloppfyllelse

Det er foretatt funksjonsfordeling av følgende diagnoser/prosedyrer innen somatikk og implementeres i 2005:

- Brystkreftkirurgi og endokrin kirurgi samles til 5 sentre
- Behandling av kreft i skjoldbruskkjertel samles på ett senter
- Kirurgi ved eggstokkreft samles på ett senter
- Rectumcancer kirurgi samles til 4 sentre utenfor Oslo
- Karkirurgi samles til totalt 3 sentre
- Thoraxkirurgi legges til ett senter

Forslaget til organisering av de overnevnte fagområder tar opp i seg volum - og kvalitetsaspektet, faglig forsvarlighet, kostnader forbundet med diagnostikk og behandling og intensjonen i Styringsdokumentet for 2004.

Ytterligere funksjonsfordeling mellom helseforetakene skal vurderes i 2005. Styret vil også vurdere en struktur i Helse Sør med færre helseforetak.

For å få mulighet til å allokere ressurser fra fagområder med for stor kapasitet til pasienter innen prioriterte fagområder skal Helse Sør gjennomføre et prosjekt i 2005 for å få en bedre kunnskap om kapasitet i forhold til befolkningens behov og på hvilke områder det faktisk er overkapasitet.

Helse Sør ser også at viktige forutsetninger for Sintef-rapportens sengebehov i 2010 og 2020 er bedre kvalitet på utredninger, godt organisert oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, utvikling innen kirurgisk teknologi og anesthesiologi, bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste ved for eksempel integrert legevakt og felles akuttmedisinsk mottak. Dette arbeidet må iverksettes i hele organisasjonen samtidig som utviklingen innen dagbehandling må følges aktivt opp for kontinuerlig å overføre egnet behandling fra innleggelse i sykehus.

Nedenfor gjengis noen av tiltakene fra fagplanene som er vedtatt i styret i Helse Sør RHF i 2004.

Plan for psykisk helsevern i Helse Sør

Dersom en skal lykkes i å tilby befolkningen et optimalt psykisk helsevern kreves det at behandlere på alle nivåer har kjennskap til og kan implementere kunnskapsbaserte metoder og kan ta nye metoder i bruk når disse er vitenskapelig dokumentert effektive. Det er også nødvendig å kunne evaluere egne behandlinger på et nivå som ikke bare har nasjonal, men også internasjonal interesse og betydning. For å bygge opp den vitenskapelige kompetansen innen psykisk helsevern i Helse Sør er det valgt en tematisk modell analogt til den som nå velges av ledende utenlandske forskningsmiljøer og som nå også er valgt av det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Denne modellen tar utgangspunkt i at Helse Sør velger et hovedtema som forskningsfokus for å sikre synergieffekter samtidig som det innen hvert enkelt helseforetak legges opp til minst ett delprosjekt på doktorgradsnivå.

Det arbeides med å etablere kompetansesentre på ulike helseforetak innen fagområder der det er behov for økt kunnskap. Målet er at sentrene skal samle og spre kunnskap, komme med forslag til forbedrede behandlingsprogrammer, gi veiledning, utarbeide opplegg til systematisk evaluering av behandling og forløp, lage og vedlikeholde en sentral database, samt generere ny kunnskap. Det er også vedtatt å opprette sentre for tilstander som er så sjeldne og/eller krever så spesialisert utredning og/eller behandling at utredning og eller

behandling må samles på ett eller få steder for at de som jobber med dette skal opparbeide god kompetanse.

Helse Sør skal prøve ut alternative modeller til innleggelse i psykiatriske akuttavdelinger; nettverksbaserte ambulante team, samarbeid med familiens nettverk.

En utredning der en vurderer organisering av psykisk helsevern i Helse Sør skal avsluttes i februar. Styret har bedt om at denne utredningen inkluderer en vurdering av å skille psykiatrien ut i et eller flere helseforetak.

Plan for mennesker med kroniske tilstander

Det skal etableres tilbud innen kompleks rehabilitering og habilitering av sjeldent forekommende tilstander to-tre steder i Helse Sør, utredningen skal skje i 2005. Det skal utpekes regionale kompetansesentra innen kroniske lidelser som skal gi input til helsepedagogiske tilbud.

En database som gir mulighet for å presentere alle tilbud som finnes innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er etterspurt og skal opprettes.

Det skal iverksettes en opptrappingsplan innen barnehabilitering som skal dekke behovet på ca 10 stillinger årlig i 5 år. Ulike tilbud om intensiv trening/aktivisering ved helseforetakene skal etableres i tillegg til systematisk innføring av en mer brukerorientert og familiefokusert praksis.

Innen voksenhabilitering skal medisinsk, nevrologisk og psykiatrisk kompetansen heves, i tillegg til økt fagutvikling innen aldring hos personer med utviklingshemming.

Det er igangsatt et program for systematisk å forbedre samhandlingen i helsetjenesten. Programmet utvikles og gjennomføres i et samarbeid mellom Helse Sør RHF, helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening. I den forbindelse er det også satt i gang en ordning med fastleger som praksiskonsulenter på sykehus. Ordningen skal utvides til også å gjelde andre faggrupper.

Kreftplan for Helse Sør 2004 - 2008

Metodevalg og logistikk i hele behandlingkjeden for kreft fra diagnostisk utredning til behandling og oppfølging skal standardiseres, optimaliseres og gjøres likt tilgjengelig i hele regionen i 2005.

Standardisering og kvalitetssikring av medikamentell kreftbehandling skal styrkes ved å ta i bruk eksisterende IT-teknologi i alle helseforetak i 2006.

Resultatdokumentasjon av behandlingen skal videreføres og utvides til å omfatte langtidsfølger av kreftbehandling i vid forstand. Dette skal skje ved et samarbeid mellom Kreftregisteret og de relevante kliniske miljøer.

Et system for tilbakemelding fra alle kreftpasienter for å identifisere hva som eventuelt svikter i tilbudet til den enkelte pasient skal utvikles.

Palliative sentre med rådgivningstelefon for helsepersonell skal etableres ved de allsidige akuttsykehusene i 2005.

Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør

Handlingsprogrammet omhandler følgende prioriteringer:

- Utvikle fleksible tilbud innen både gruppe- og individuell behandling med fokus på veksling mellom ambulante tjenester, polikliniske tjenester, dag og døgnbehandling. Herunder også økt bruk av planlagte re-innleggelses og behandling i faser.
- Styrke kvaliteten på tvangstilbudene i regionen
- Mer og tettere samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- Mer fokus på helheten i behandlingsskjeden
- Mer fokus på utredning og avrusning både gjennom å utvide volum på avrusning der det er mulig og fokus på god kvalitet i utredning slik at pasienten får riktig tilbud, på riktig sted og til riktig tid.
- Opprettholde mangfoldet i behandlingstilbudet, men rette økt fokus på hvilke behandlingsformer som gir best behandlingsresultater for hvem.
- Fokuserer betydelig på målgruppene barn av rusmisbrukende foreldre og ungdom. Dette både fordi det er den mest voksende gruppen, og fordi det her ligger størst potensiale for forebyggingseffekt og mulighet for å redusere langsiktige fremtidige skader for den enkelte pasient.
- Fokuserer på bedre samhandling mellom psykiatri (Både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien) og rus- og avhengighetsbehandling for pasienter som trenger hjelp fra begge

Forskning

Helse Sør RHF pekte tidlig på forskning som et sentralt arbeidsområde i helseforetakene gjennom strategiarbeidet i Resept 2006. Forskning er en av de fire hovedoppgavene i sykehusene, jf lov om spesialisthelsetjenester (§ 3-8). De regionale helseforetakenes ansvar for forskning er hjemlet i helseforetaksloven (§§ 1 og 2), som danner det organisatoriske grunnlaget for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakenes ansvar for forskning og de forutsetninger som legges til grunn for ivaretagelse av denne oppgaven, er nedfelt i vedtektene og omtalt i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene.

-Forskningstrender

- **Molekylær medisin**

I løpet av det siste halve århundre har det skjedd en vesentlig økning i vår forståelse av biologiske prosesser. Medisinsk forskning har ført til en detaljinnsett i svært mange sykdomsmekanismer som man ikke kunne drømme om for et halvt århundre siden. På grunn av de store forventningene man har til anvendelsen av den nye kunnskap knyttet opp til en fullstendig kartlegging av vårt arvemateriale (genomet) innen blant annet medisin, farmasi og næringsmiddelproduksjon, har det 21. århundre blitt utropt til ”biologiens århundre”.

- **Teknologiutvikling**

Den teknologiske utviklingen har gitt store framskritt i medisinsk forskning. Dette har resultert i bedre diagnostikk og behandling, men også gitt behov for stadig nye utstyrsinvesteringer. Teknologisk kompetanse bør prioriteres ut fra det faktum at utstyrsprodusentene stadig blir færre og større, og vi må ha miljøer som kan vurdere de teknologiske nyvinninger på en kritisk måte. Det er også verdifullt å ha miljøer som kan forske på konsekvensene av innføring av ny medisinsk teknologi. Ved Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF ønsker man derfor å bygge opp et

Visualiseringscenter som en samlokalisering av PET -senteret, Nukleærmedisinsk avdeling og Intervensjonscenteret, kfr tidligere innsendt søknad om kompetansesenter for dette området.

- ***Epidemiologi/helseregistre/populasjonsfortrinn***

I Norges forskningsråds evaluering av epidemiologisk forskning blir det slått fast at Norge har "World leadership in epidemiology". Spesielt gjelder dette forskning om hjerte/karsykdommer og helse/sykdom omkring fødsel (perinatal epidemiologi). Epidemiologisk forskning prøver å forstå hvilke faktorer (både i miljø og individ (inklusive arvestoff)) som påvirker sykkelighet og død i den norske befolkning spesielt, og i verden som helhet. Dessuten vil populasjonsstudier i større og større grad kunne kobles mot molekylærbiologisk forskning gjennom bruk av biobankmateriale.

- ***Endringer i demografiske forhold og i sykdomspanorama***

Det er store utfordringer knyttet både til et stadig økende behov for helsetjenester og behov for endringer i organiseringen av tjenestetilbudet. De regionale helseforetakene og helseforetakene vil i de nærmeste årene oppleve en relativt stor endring i befolkningssammensetning og spesielt andelen eldre over 65 år vil øke dramatisk. De demografiske endringene vil føre til flere krefttilfeller, flere pasienter med kroniske sykdommer og generelt økt fokus på sykdommer i den høyere aldersgruppe (geriatri). Det er derfor viktig med økt forskning omkring sykdommer som i større grad opptrer hos den aldrende del av befolkningen. I tillegg er det viktig med økt satsning innen psykiatri, rus - og avhengighetsbehandling, rehabilitering og habilitering.

Helse Sør RHF bidrar gjennom sin satsning på forskning aktivt i kunnskapsoppbyggingen både nasjonalt og internasjonalt. Helseforetakene har som en følge av strategiarbeidet i Helse Sør satt forskning på dagsorden. I tillegg til stor aktivitet på Rikshospitalet HF og Radiumhospitalet HF, har alle helseforetakene satset på å bygge opp forskningskompetente miljøer. Forskningsnettverket i Helse Sør er aktivt og samlende for denne satsningen. I tillegg leder Helse Sør RHF den nasjonale gruppen for forskning som strategisk satsningsområde i spesialisthelsetjenesten.

Utdanning

Det er en utfordring å skape balanse mellom kvalitet og antall studenter i praksis. Når det gjelder etter- og videreutdanning er utfordringen å bli en god bestiller i forhold til fremtidig behov. Helse Sør og Helse Øst forbereder et felles prosjekt for å vurdere fremtidig kompetansebehov innen helseutdanningene.

Opplæring av pasienter og pårørende

Styret i Helse Sør RHF vedtok i desember 2004 at alle helseforetak skal ha lærings- og mestringssenter. Helse Sør skal opprette et regionalt nettverkskompetansesenter for lærings- og mestringssentra. Arbeidet med å utvikle en strategi for lærings- og mestringssentra ble startet i 2004 og blir videreført i 2005.

Beredskap

Generelt skal arbeidet med planer, samordning og øving videreføres regionalt, interregionalt og nasjonalt sammen med Sosial- og helsedirektoratet.

Smittevern

Tiltakene i smittevernplanen skal iverksettes og følges opp, jfr også Handlingsplan for sykehusinfeksjoner. RHF skal se på medikamentberedskap og laboratoriesituasjon i tilknytning til smittevern.

Syketransport

Innen syketransport er utviklingen av et styringssystem som muliggjør mindre 3. – parts finansiering den viktigste forutsetning for å komme videre i utvikling av desentraliserte tilbud. Helse Sør RHF avventer for øvrig ny forskrift om prehospitalet medisin for å iverksette en bedre samordning av syketransport og ambulansetjeneste. Konseptet med syketransportbusser (Helse – ekspresser videreføres).

Balanse 2006 – økonomiske utfordringer 2005 – 2006

Styret i Helse Sør RHF vedtok 2. februar 2005 et budsjett for 2005 som skal gi et underskudd på total 500 millioner for hele Helse Sør. For å realisere dette resultatet vil det være nødvendig å gjøre resultatforbedring i 2005 på om lag 400 millioner kroner, mens et antall forhold øker kostnadene med om lag 300 millioner kroner. Totalt effektiviseringskrav i 2005 er således på ca 700 millioner kroner.

Det er gjennomført konsekvensanalyser ved hvert enkelt helseforetak i forhold til de resultatkravene som foretakene er stilt overfor. Flere av helseforetakene anser at det må gjennomføres tiltak med vesentlig negativ effekt for tjenestetilbudet til pasientene. Helse Sør RHF vil fortsette å jobbe, både med helseforetakene og eier, for å kunne finne løsninger for å skjerme tjenestetilbudet samtidig som resultatkravet overholdes.

For 2006 er kravet at Helse Sør går i balanse. Dette betyr et effektiviseringskrav på minst 500 millioner kroner, tilsvarende underskuddet i 2005. I tillegg påregnes ikke-kompenserte kostnadsøkninger og inntektsbortfall på til sammen ca 150 millioner kroner. Dette er hovedsakelig knyttet til økte kostnader til høykostnadsmedisin, økte avskrivninger som følge av aktivering av nybygg og renter på konverterte byggelån, samt reduserte inntekter som følge av omfordeling mellom regionene.

Helse Sør RHF vil, i samarbeid med helseforetakene, jobbe med en analyse som skal identifisere tiltak for en resultatforbedring tilsvarende om lag 650 millioner i 2006. En plan for hvordan økonomisk balanse kan nås skal legges frem for styret 26. april 2005.

Helse Sør RHF vil varsle om at de økonomiske kravene til foretaksgruppen allerede i 2005 vil kunne få negative konsekvenser for tjenestetilbudet, blant annet gjennom reduksjon i aktivitet. Dette vil ytterligere forsterkes i 2006 på bakgrunn av kravet om økonomisk balanse.

Styret forutsetter at maksimalt budsjettunderskudd i 2005 skal være 500 millioner kroner. Dette innebærer at helseforetakene må redusere kostnadene i 2005 med ytterligere 200 mill utover det som allerede er innmeldte forslag, og at effekten av fusjon Rikshospitalet Radiumhospitalet HF skal gi 150 mill i reduserte kostnader i 2005, jfr tidligere styrevedtak. Kostnadsreduksjonene kan om nødvendig gjennomføres ved redusert aktivitet.

Arbeidet med å utarbeide nødvendige planer for 2006 slik at innsparinger kan realiseres skal være ferdig innen 1. april. Grunnlaget for planene skal være analyser av kostnadsutviklingen over de siste tre år og av pasientsammensetningen ved det enkelte helseforetak.

Ikke-medisinske tjenester

Sykehuspartner vil bli benyttet aktivt for å realisere gevinster innen, lønn, økonomi og personal (LØP), IKT og innkjøp.

Lønnskjøring for helseforetakene i Helse Sør overføres til Sykehuspartner. Ved årsskiftet 2004/2005 er det fem helseforetak som ikke er overført til ny løsning. Disse vil være på plass innen 1. mai 2005. Felles lønnskjøring skal også føre til bedre og mer standardiserte rapporter til helseforetakenes ledelse og til det regionale helseforetaket.

Helse Sør arbeider med å få på plass et felles økonomisystem for hele Helse Sør.

Alle investeringer innenfor IKT/MTU vil måtte ses i sammenheng med styresak etablering av Sykehuspartner (97/03) og investeringsbudsjett (06/04). Ingen investeringer eller oppgraderinger av systemer som ikke er i tråd med nevnte styrevedtak vil kunne aksepteres.

Eiendom

Helse Sør disponerer til sammen vel 1,0 million kvadratmeter eiendomsareal.

Spørsmålet om verdisetting og regnskapsbehandling av eiendommene har vært et tema helt fra sykehusreformens ikrafttredelse i 2002. Det er viktig at de gjenstående usikkerheter omkring dette forholdet avklares i dialog mellom departementet og de regionale helseforetakene tidligst mulig i 2005.

Helse Sør vil i 2005 utarbeide en plan for effektivisering av anleggskapitalen. Styret har også bedt om en vurdering av muligheten til å skille eiendomsmassen og forvaltning av denne i en egen enhet/selskap.

Innkjøp

Helse Sør vil i 2005 etablere en felles strategi for innkjøp og forsyningsområdet i Helse Sør. Et felles innkjøpsnettverk skal både styrke det innkjøpsfaglige samarbeidet, sikre forsvarlig og rettferdig gjennomføring av innkjøpshandlinger og gi en innsparingseffekt for helseforetakene og helseforetaksgruppen som helhet. Sykehuspartner vil være en sentral instans i dette arbeidet.

Styret har innskjerpet at reglene for innkjøp til offentlige virksomheter skal etterleves i alle deler av Helse Sør.

En felles regional logistikkfunksjon vil bli utredet i 2005. Helse Sør og Helse Øst vil som en del av dette arbeidet avklare om felles løsning er ønskelig.

Helse Sør vil også i 2005 delta i det nasjonale innkjøpsarbeidet gjennom Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS).

Intern kontroll og intern revisor

Styret har drøftet prinsipper for og organisering av intern kontroll og intern revisor. Beslutning i disse sakene vil bli fattet tidlig i 2005.