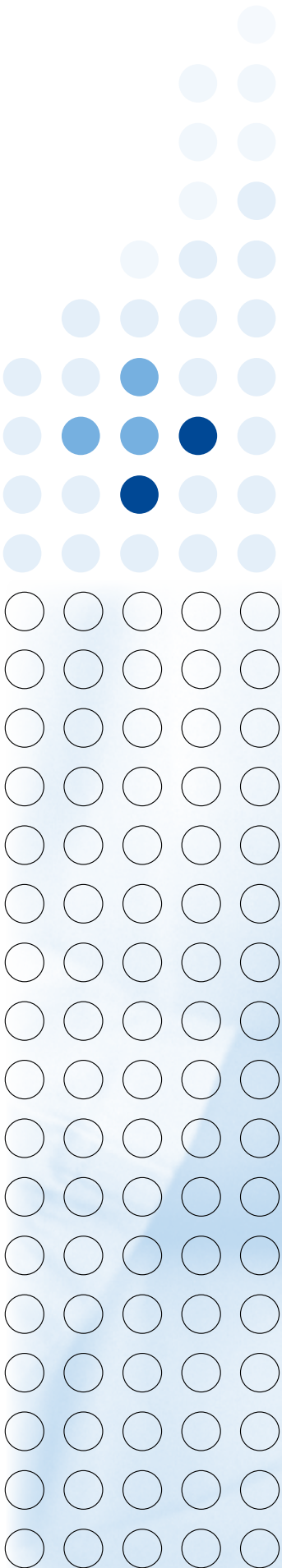


Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF 2007

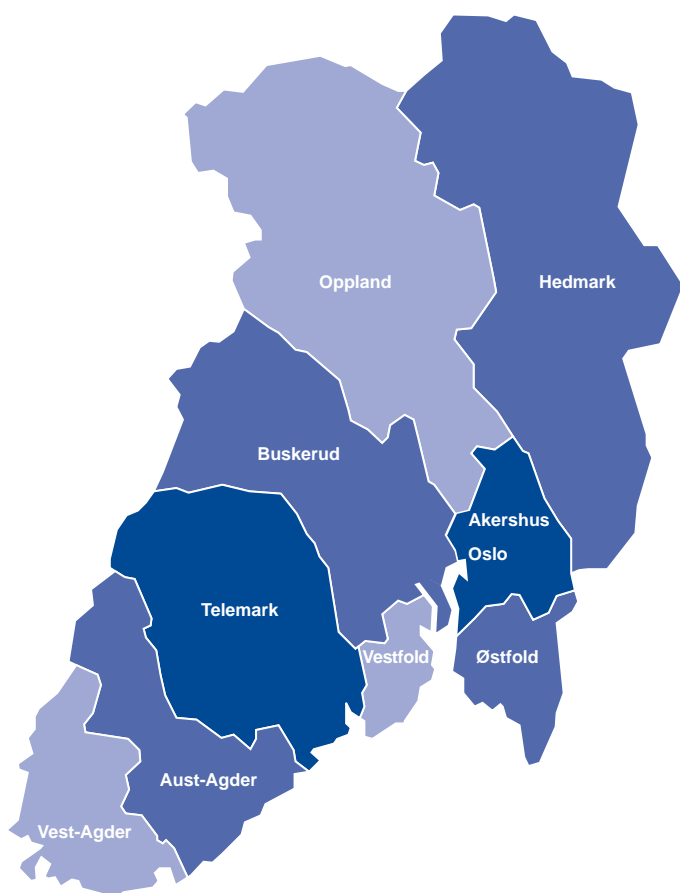


Vedtatt av styret
for Helse Sør-Øst RHF
10. mars 2008

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.

Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF (regionalt helseforetak), med underliggende datterselskaper.

I tillegg har Helse Sør-Øst RHF et tett og forpliktende samarbeid med privateide sykehus.



16 helseforetak i regionen:

Akershus universitetssykehus HF
Aker universitetssykehus HF
Blefjell sykehus HF
Psykiatrien i Vestfold HF
Ringerike sykehus HF
Rikshospitalet HF
Sykehusapotekene HF
Sykehuset Asker og Bærum HF
Sykehuset Buskerud HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sunnaas sykehus HF
Sørlandet sykehus HF
Ullevål universitetssykehus HF

Regionen har driftsavtaler med fem ikke-kommersielle sykehus (ideelle/stiftelser):

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



Årlig melding 2007
til Helse- og omsorgsdepartementet

Hamar 10.03.2008

Innhold

1	Innledning.....	6
1.1	Om årlig melding	6
1.2	Om Helse Sør-Øst	7
1.2.1	Visjon og verdigrunnlag	8
2	Brukermedvirkning.....	9
2.1	Uttalelse fra Brukerutvalget	9
2.1.1	Organisasjon/sammensetning.....	9
2.1.2	Årsrapport fra Brukerutvalget.....	9
2.1.3	Sluttkommentarer.....	10
Del I – Ivaretagelsen av sørge for-ansvaret, overordnet vurdering av måloppnåelse.....		12
3	Overordnede vurderinger.....	12
3.1	Fagområder og pasientgrupper	13
3.2	Økonomisk styring	14
3.3	Områder som krever særskilt oppfølging.....	15
3.4	Styrets konklusjon.....	17
Del II – Rapport for 2007.....		19
4	Økonomi, aktivitet og kvalitet 2007.....	19
4.1	Økonomi – foreløpig regnskap 2007	19
4.2	Aktivitet for Helse Sør-Øst	19
4.2.1	Aktivitetsdata somatikk for 2007.....	19
4.2.2	Akkumulerte aktivitetsdata for 2007	21
4.3	Kostnader fordelt på tjenestoområder	22
4.4	Andre styringsparametere	22
5	Oppfølging av Oppdragsdokumentet	23
5.1	Pasientbehandling	23
5.1.1	Aktivitet	23
5.1.2	Kvalitet	24
5.1.3	Prioritering	37
5.1.4	Nøkkeldata/indikatorer.....	38
5.1.5	Områder med særskilt fokus	39
5.2	Forskning	49
5.3	Utdanning av helsepersonell.....	51
5.4	Pasientopplæring.....	52
5.5	Oppfølging og rapportering	53
6	Oppfølging av protokoll fra foretaksmøtet	55
6.1	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 4).....	55
6.2	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 5).....	60
6.3	Øvrige saker (Sak 6).....	62
6.4	Om krav og rammebetingelser for Helse Sør-Øst RHF for 2007 (Sak 4).....	66
6.5	Øvrige saker (Sak 5).....	66
6.6	Låneopptak og driftskreditt (Sak 7)	69
6.7	Instruks om forholdet til universitet og høyskoler (Sak 8)	69
6.8	Formalisering av kontaktmøter med fylkeskommuner o.a. (Sak 9).....	69
7	Rapportering av avvik etter tilsyn i Helse Sør-Øst i 2007	70
8	Styrets arbeid i 2007	71

Del III – Styrets plandokument	72
9 Rammer for virksomheten - lovgrunnlag og andre overordnede styringsbudskap	72
10 Nasjonal Helseplan.....	73
10.1 Nasjonal helseplan - Helhet og samhandling.....	73
10.2 Nasjonal helseplan - Demokrati og legitimitet	74
10.3 Nasjonal helseplan - Nærhet og trygghet	74
10.4 Nasjonal helseplan - Sterkere brukerrolle.....	75
10.5 Nasjonal helseplan - Faglighet og kvalitet	76
10.6 Nasjonal helseplan - Arbeid og helse	77
11 Oppdragsdokument for 2008 og protokoll fra foretaksmøte	78
12 Samlet program for utvikling og omstilling	79
12.1 Bakgrunn	79
12.2 Mål for omstillingsprogrammet	79
12.3 Medvirkning / forankring.....	80
12.4 Innsatsområder i programmet.....	80
13 Strategisk fokus for Helse Sør-Øst 2008 – 2011.....	81
14 Pasientbehandling (herunder struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet)	82
14.1 Strategisk fokus	82
14.2 Omstillingsprogrammet	82
14.2.1 Bakgrunn	82
14.2.2 Mål for arbeidet i hovedstadsprosessen.....	83
14.2.3 Aktiviteter.....	84
14.3 Befolkningsutvikling.....	85
14.4 Faglige trender og utfordringer.....	86
14.5 Faglige prioriteringer.....	88
14.6 Videreutvikling av lokalsykehusfunksjonene og forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten.....	89
14.7 Forebyggende virksomhet	89
14.8 Oversikt over eksisterende fagplaner	90
14.9 Kvalitetsarbeid.....	90
14.10 Brukermedvirkning.....	91
14.11 Pasientopplevd kvalitet.....	92
15 Forskning.....	93
15.1 Strategisk fokus	93
15.2 Omstillingsprogrammet	93
15.2.1 Bakgrunn	93
15.2.2 Mål for planperioden.....	93
15.2.3 Aktivitet	93
16 Kunnskapshåndtering og beste praksis	95
16.1 Strategisk fokus	95
16.2 Omstillingsprogrammet	95
16.2.1 Bakgrunn	95
16.2.2 Aktivitet	95
17 Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner	96
17.1 Strategisk fokus	96
17.2 Omstillingsprogrammet	96

17.2.1	IKT.....	96
17.2.2	Innkjøp og logistikk. Handlingsplan 2008-2009.....	97
17.2.3	Administrative HR-funksjoner.....	98
17.2.4	Eiendomsområdet.....	99
17.3	Behov for utbygging og vedlikehold.....	100
18	Mobilisering av medarbeidere og ledere.....	101
18.1	Strategisk fokus	101
18.2	Omstillingsprogrammet	101
18.2.1	Bakgrunn	101
18.2.2	Mål for arbeidet.....	101
18.2.3	Aktiviteter.....	102
18.3	Andre prioriterte områder	102
18.3.1	Sykefravær.....	102
18.3.2	Medarbeidertilfredshet	103
18.3.3	Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn, vurdering av språkkrav mv. 103	
18.3.4	Regulering av bierverv og etiske retningslinjer.....	104
18.3.5	Organisering av arbeidsgiveransvaret.....	104
18.3.6	Lederutvikling.....	105
18.3.7	Forholdet mellom bruken av egne helseforetak og private virksomheter.....	106
19	Økonomisk balanse og bærekraft.....	108
19.1	Strategisk fokus	108
19.2	Økonomiske rammeforutsetninger	108
19.2.1	Økte bevilgninger til investeringer innebærer et krav om 0-resultat.	108
19.2.2	Krevende omstillingsutfordring for 2008.....	108
19.2.3	Ledige lånerammer og likviditetsmessig utfordringer.....	109
19.2.4	Nye Ahus – økonomiske utfordringer.....	109
19.2.5	Pensjonskostnader	109
19.2.6	Ny modell for fordeling av inntekter mellom helseregionene.....	110
19.2.7	Ny modell for fordeling av inntektsrammer internt i Helse Sør- Øst.....	110
20	Åpenhet og kommunikasjon.....	111
21	Intern revisjon.....	112
Del IV – Styrets Budsjettforslag		113
22	Tjenestens aktivitetsbehov i 2009 – innspill til statsbudsjettet for 2009	113
22.1	Hvilken aktivitet er nødvendig for å ivareta ”sørge for”-ansvaret i 2009.....	113
22.2	Somatiske spesialisthelsetjenester	113
22.3	Psykisk helsevern.....	115
22.4	Ressursinnsats og aktivitet innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere.....	118
22.5	Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2009.....	120
22.6	Særskilte merknader fra Helse Sør-Øst RHF.....	120
	Finansiering av Nye Ahus	120
Del V – Vedlegg		121
VEDLEGG 1:		121
Rapporteringskjema investeringskostnader og finansieringsmåte		121
VEDLEGG 2:		121
Styresak 068/2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst.....		121

VEDLEGG 3:	121
Årsmelding fra Pasientombudene i Helse Sør-Øst	121

1 Innledning

1.1 Om årlig melding

I henhold til Lov om helseforetak (§ 34) skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til Helse- og omsorgsdepartementet om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Årlig melding er nærmere beskrevet i vedtektene for Helse Sør-Øst RHF og det forutsettes at meldingen skal:

- Gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett
- Inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet. Planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt legges frem for Stortinget
- Gi departementet rapportering på oppfølging av styringsdokumentet.

I samsvar med vedtektene skal Årlig melding behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2008. Dette foretaksmøtet skal også behandle årsregnskap 2007 for Helse Sør-Øst.

Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i helseforetakenes vedtekter. Med bakgrunn i dette har helseforetakene utarbeidet årlig melding for 2007 og oversendt denne til Helse Sør-Øst RHF til 15. januar 2008. Årlig melding og årsregnskap for 2007 for helseforetakene skal også behandles i foretaksmøter innen utgangen av juni 2008.

Årlig melding er inndelt i fem hoveddeler:

- I. Ivaretagelse av sørge for-ansvaret – overordnet vurdering av måloppnåelse
- II. Rapporten om virksomheten i 2007, som viser:
 - Rapport om kvalitet, økonomi og aktivitet i 2007
 - Hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i oppdragsdokument(ene) for 2007, foretaksmøte(ne) eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp.
 - Rapportering av avvik etter tilsyn
- III. Plandokumentet som er strategisk og overordnet, og som viser:
 - Hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor gitte rammebetingelser.
 - Endringer i behov for helsetjenester og den helsefaglige utvikling.
 - Behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene.
- IV. Budsjettforslag 2009 med RHFenes innspill til statsbudsjett for 2009.
- V. Vedlegg

Frist for innsending av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet er 1. mars 2008.

I utarbeidelsen av Årlig melding har det vært tett dialog med Brukerutvalget og de konserntillitsvalgte. Felles drøftinger har vært særlig viktig under utarbeidelsen av Del I, hvor det gjøres en overordnet vurdering av hvordan Helse Sør-Øst har ivaretatt sitt sørge for-ansvar.

1.2 Om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helseregion og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,6 millioner innbyggere, som er drøyt 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har ca 69 000 medarbeidere og et årlig bruttobudsjett på om lag 49 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et ”sørge for”-ansvar i regionen. Helse Sør-Øst RHF er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester.

Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer også ansvar for behandling av rusavhengige, pasienttransport, habilitering og rehabilitering. Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør- Øst RHF har per 1. januar 2008 16 helseforetak:

- Akershus universitetssykehus HF
- Aker universitetssykehus HF
- Blefjell sykehus HF
- Psykiatrien i Vestfold HF
- Ringerike sykehus HF
- Rikshospitalet HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehuset Asker og Bærum HF
- Sykehuset Buskerud HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sørlandet sykehus HF
- Ullevål universitetssykehus HF
- Sykehusapotekene HF

Helse Sør-Øst RHF er også medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS i Bodø og Norsk Helsenet AS.

Helse Sør-Øst RHF har et tett og forpliktende samarbeid med privateide sykehus. Det er inngått langsiktige avtaler og årlige driftsavtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Disse virksomhetene fungerer i praksis som en del av Helse Sør-Øst på linje med helseforetakene og omfatter:

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

Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med ca 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering. Alle avtalene er inngått med det regionale helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF sin rolle som eier av helseforetakene utøves gjennom vedtekter og beslutning i foretaksmøte. Rammer for helseforetakenes virksomhet fastsettes i årlige driftsavtaler hvor det avtales nærmere om aktivitet, prioritering, økonomiske og organisatoriske forhold.

1.2.1 Visjon og verdigrunnlag

Helse Sør-Øst sin visjon er:

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

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

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

2 Brukermedvirkning

Helse Sør-Øst RHF vektlegger reell brukermedvirkning. Brukermedvirkning omtales i styresakene 010-2007, 025-2007 og 038-2007. I arbeidet med årlig melding 2007 har det vært tett dialog med Brukerutvalget.

Brukerutvalget avgir en egen uttalelse som gir en nærmere beskrivelse av brukermedvirkning og de samarbeidsarenaer som er etablert for dette i Helse Sør-Øst.

2.1 Uttalelse fra Brukerutvalget

2.1.1 Organisasjon/sammensetning

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst har 14 medlemmer. Utvalget har konstituert seg selv ved å velge leder og et arbeidsutvalg bestående av 4 av utvalgets medlemmer.

Det var fram til sammenslåingen to selvstendige brukervalg/-råd i tidligere Helse Sør RHF og tidligere Helse Øst RHF. Etter sammenslåingen oppnevnte Styret for Helse Sør-Øst RHF nytt brukervalg etter forslag fra brukerorganisasjonene og de fylkeskommunale elderråd.

Et flertall av medlemmene i Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF har erfaring fra de regionale brukerråd /-utvalg i tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Disse medlemmene har med seg en positiv erfaring fra de tidligere brukervalgene. Etter sammenslåingen viderefører brukervalget i det nye Helse Sør-Øst RHF det gode samarbeidet i en reell brukermedvirkningsrolle. Utvalget deltar i utviklingen av fremtidens helsetjeneste i regionen.

Brukerutvalget mener at Helse Sør-Øst RHF vektlegger sterk og reell brukermedvirkning i alle viktige prosesser og ser at brukerkompetansen er nyttig. Det stilles til rådighet en sekretærtjeneste som tilrettelegger utvalgets arbeid på en meget god måte.

2.1.2 Årsrapport fra Brukerutvalget

HOD innkalte de to brukervalgenes arbeidsutvalg til en rekke samarbeidsmøter fra februar 2007 og fram til sammenslåingen med den hensikt å gi informasjon om prosessen og bl.a. avklare forhold omkring opprettelse av et nytt brukervalg. Dette bidro positivt til at organisasjonene som foreslår kandidater til brukervalgene, fikk et økt informasjonsnivå og at det nye brukervalget fikk en god start.

Brukerutvalgets virksomhetsområde er definert i det av styret godkjente mandatet:

- Være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene.
- Arbeide for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemming.
- Arbeide for god samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå.
- Bidra til god medvirkning fra pasienter, deres pårørende og deres organisasjoner på alle nivå i spesialisthelsetjenesten.
- Delta i plan - og budsjettprosesser og arbeidet med årlig melding.
- Ta initiativ til å fremme saker av betydning for pasienter og pårørende.
- Avgi høringsuttalelser til planer og utredninger.
- Uttale seg i styresaker som utvalget finner relevante.

- Foreslå minst to brukerrepresentanter til prosjekter, råd og utvalg som oppnevnes av Helse Sør-Øst RHF.
- Være representert ved brukerutvalgets leder og nestleder, eller den utvalget bestemmer i styrets møter med tale- og forslagsrett.
- Sørge for at sak som taes opp som hovedregel er behandlet i Brukerutvalget, og meddelt styret ved adm. Dir. På forhånd.

Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker (pasientsaker)

Brukerutvalget anser at utvalgets hovedoppgave er, sammen med alle som arbeider med helsetjenester, å sørge for at pasientenes behov er i sentrum på deres premisser. Rammen for utvalgets arbeid er mandatet og de lover og retningslinjer som gjelder for Helse Sør-Øst RHF sin virksomhet. Utvalget vil samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om å utvikle spesialisthelsetjenesten frem mot de målsetninger som besluttede myndigheter har satt for virksomheten og til beste for brukerne.

Særlige innsatsområder for Brukerutvalget har i 2007 vært

- Arbeide for å styrke og videreutvikle individuell plan, likemannsarbeidet og Lærings - og mestringssentrene.
- Arbeide for å fremme gode behandlingslinjer.
- Arbeide for å forbedre samhandlingen over fag- og avdelingsgrenser.
- Arbeide for å utvikle samhandlingsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som fremmer et for pasienten ”sømløst” behandlingsforløp.
- Arbeide for å utvikle en pasienttransport som både tar vare på pasienten og utnytter ressursene effektivt.
- Arbeide for at det legges sterk vekt på rehabilitering og habilitering og forebyggende tiltak i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Prioriterte innsatsområder i 2008 vil være:

- Pasienttransport.
- Rehabilitering og habilitering.
- Kronisk syke barn og unge.
- Behandlingslinjer.
- Pasientopplevd kvalitet.
- IP, LMS og likemannsarbeidet

Brukerutvalget vil dessuten generelt arbeide for å sikre en god arbeidsform i Brukerutvalget, arbeide for å styrke samarbeidet med dem utvalget representerer, og støtte og bidra til å utvikle arbeidet til brukerutvalgene på HF - nivå.

Brukerutvalget har medvirket ved utforming av årlig melding, og slutter seg til beskrivelsen av status og utfordringer.

2.1.3 Sluttkommentarer

Sammenslåingen av de to regionene har påvirket brukerutvalgsarbeidet i 2007 og vil gjøre det også i 2008. Ledelsen i Helse Sør-Øst har igangsatt arbeidet med å løse det oppdraget Sykehuseier har gitt, og Brukerutvalget er representert i alle relevante prosesser. Omstillingsarbeid i Helse Sør-Øst er omfattende og krevende og går i et tempo som setter store krav til brukerrepresentantene. Det er krevende å holde tett dialog med dem utvalget representerer.

En hovedoppgave for brukerutvalget vil være å arbeide for at de som har behov for det, får en spesialisthelsetjeneste av god helsefaglig kvalitet og som har pasienten i sentrum. Det er sentralt at pasientens vei fra kommunehelsetjenesten, og gjennom helseforetaket er ordnet på en for pasienten rasjonell og helsefremmende måte. Dette gjelder alle, men spesielt eldre, kronikere og pasienter med sammensatte diagnoser og lidelser.

Brukerutvalget er innforstått med kravet fra Sykehuseier om budsjettbalanse i 2008. Dette må oppnås uten at kvaliteten på pasientbehandlingen blir redusert. Krav om drift i balanse stiller store krav til styre, ledelse og ansatte i helseforetakene.

Brukerutvalgene var før sammenslåingen med på å ferdigstille planer som hadde som mål å forbedre kvaliteten på tjenestene. Implementering av planene har for en del måttet vente som følge av sammenslåingen og det vil bli krevende å sammenstille og iverksette planene som ledd i den omfattende omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst. Utvalget er imidlertid tilfreds med at alt det gode arbeidet i de to tidligere helseforetakene blir tatt med som grunnlag for utvikling av helsetjenestene i Helse Sør-Øst

Brukerutvalget er tilfreds med at det i Helse Sør-Øst og også på nasjonalt nivå arbeides for etablering av gode, felles løsninger for de ikke medisinske tjenestene slik at en størst mulig del av ressursene kan disponeres til pasientbehandlingen. Når det gjelder de medisinske tjenestene bør Helse Sør-Øst i tillegg til å arbeide for god organisering av virksomheten, ha stor oppmerksomhet på innholdet i tjenesten.

Brukerutvalget mener det er svært mye å oppnå både faglig og økonomisk med videre arbeid med behandlingslinjer. Det framgår av de mål som brukerutvalget har satt for sitt arbeid at dette er en høyt prioritert sak, og utvalget er tilfreds med at hvert helseforetak er pålagt å arbeide for å oppnå mest mulig rasjonelle behandlingslinjer.

Brukerutvalget ser det som særdeles viktig at det fortsatt arbeides aktivt med tanke på å nå målene som ligger i nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

Det er videre brukerutvalgets ønske at det arbeidet som er gjort i forhold til organdonasjoner og transplantasjoner, videreføres og at det stilles friske midler til rådighet for dette.

Brukerutvalget ser at det er store utfordringer innen de store gruppene som eksempelvis eldre, personer med kroniske sykdommer, barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne, psykisk helse og rus.

Det er behov for bedre tolketjenester og tilrettelegging for pasienter med flerkulturell bakgrunn, særlig for pasienter som ikke behersker norsk/vestlig språk.

Samhandling vil også fremover være viktig for Brukerutvalget. Utvalget ønsker å bidra til at Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med kommunene gjennomfører felles kompetanseutvikling og hospitering, at det samarbeides om rekruttering av fagpersonell og at man på best mulig måte deltar i diverse fora og planprosesser med kommunene.

DEL I – IVARETAKELSEN AV SØRGE FOR-ANSVARET, OVERORDNET VURDERING AV MÅLOPPNÅELSE

3 Overordnede vurderinger

Tidligere Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og fra 1. juni Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2007 vært i kontinuerlig prosess og utvikling for å oppfylle befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Viktige føringer i RHFenes arbeid har vært helsereformens intensjoner, de politiske styringsbudskap og gjeldende rammebetingelser.

De regionale helseforetakene styres gjennom lover, forskrifter, vedtekter og gjennom virkemidler forvaltet av Helse- og omsorgsdepartementet. For 2007 er det samlede styringsbudskap gitt gjennom:

- Bestillerdokumentet for 2007.
- Protokoll fra foretaksmøter 12. februar og 30. mai 2007.

I tillegg har tidligere Helse Øst operasjonalisert de lovpålagte oppgaver og verdigrunnlaget gjennom Strategisk fokus og Helse Øst 2025 mens tidligere Helse Sør har tilsvarende ivaretatt dette i Resept 2006 med supplerende plandokumenter. Det foreligger et omfattende plangrunnlag og spesifikke fagplaner på en hel rekke områder som vil bli harmonisert og videreutviklet i tiden som kommer.

I samsvar med oppdragsdokumentene for 2007 og eiers krav formidlet gjennom foretaksmøtene 12. februar 2007, har en lagt til grunn at Helse Sør RHF og Helse Øst RHF og underliggende helseforetak skulle ivareta ansvar og oppgaver som de er tillagt i perioden fram til ny organisasjon fullt ut var etablert. Videre skulle de to helseforetakene følge opp føringene om at det ikke skulle inngås bindinger i form av avtaler, legges strategier eller gjøres andre disposisjoner som kunne virke blokkerende eller forplikte nytt regionalt helseforetak på en uhensiktsmessig måte.

Styringsbudskapet for den nye regionen ble behandlet av styret i sak 011-2007. Her ble det vedtatt at hovedfokus for administrasjonen skulle være å sørge for en sikker og rask etablering av ledelsen og den øvrige administrasjonen for Helse Sør-Øst RHF. Videre å fastholde og forsterke styringen av helseforetaksgruppen for å sikre at driften styres iht. de kvalitative og økonomiske styringsmål som er satt av eier for 2007. Likeledes ble det i sak 008-2007 besluttet styringsmodell og overordnet organisasjonsstruktur for Helse Sør-Øst RHF hvor det i sær ble lagt vekt på at den videre ledelsesstruktur og organiseringen skal sikre at Helse Sør-Øst RHF på en optimal måte kan ivareta de mål og oppdrag som eier og styret har fastsatt. Dette ble fulgt opp og overordnet ledelse ble etablert per juli 2007. Det ble iverksatt en OU prosess i flere faser som ble videreført høsten 2007.

Det er understreket at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har skapt et handlingsrom for utvikling og verdiskapning i helsetjenesten. Dette gjelder særlig i hovedstadsområdet, hvor både

befolkningsgrunnet og de korte avstandene gir nye muligheter for å tenke effektiv organisering og samhandling. Tidligere uhensiktsmessige administrative skillelinjer er opphevet, og med et tydelig mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst en unik mulighet til å gjøre nødvendige endringer som kommer pasientene og helsetjenesten til nytte.

Krav og forventninger i forbindelse med beslutningen om å slå sammen de to tidligere regionene til Helse Sør-Øst RHF innebærer at ressursutnyttelsen og koordineringen av spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet må bedres, og at dette skal komme pasientene til gode i hele regionen og landet for øvrig. Det skal også sikre bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT og andre administrative støttetjenester.

På regionalt nivå ble vinteren og våren 2007 i stor grad brukt til å forberede sammenslåingen gjennom en bred kartlegging av planarbeid, styrevedtak og parallelle virksomheter i de to regionene ("styreforberedende arbeid"). I noen grad påvirket dette fremdriften for annet utviklingsarbeid våren 2007. Sammenslåingen medførte at tid, energi og fokus på RHF-nivå måtte rettes mot aktiviteter knyttet til selve sammenslåingen. Tilhørende ressursbruk har hatt som konsekvens at organisasjonen har måttet omprioritere ressurser til dette arbeidet..

Første halvår, frem til sammenslåingen, berørte i all hovedsak medarbeiderne på regionalt nivå, og i liten grad ansatte ute i helseforetakene. Men i tiden etter sammenslåingen rapporterer de konserntillitsvalgte at medarbeidere i virksomhetene har opplevd usikkerhet, ikke minst som følge av uro knyttet til hva samordningen i hovedstadsområdet vil innebære. Det er fortløpende satt inn tiltak for å redusere denne uroen..

Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2007. Det redegjøres nærmere for dette i kapittel 5 og 6, samt gis en overordnet vurdering i dette kapitlet. Aktivitet og økonomi omtales særskilt i kapittel 4.

3.1 Fagområder og pasientgrupper

I tråd med føringer i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene i 2007 har Helse Sør-Øst prioritert innsats på områdene habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenester for eldre. Nasjonal helseplan har vært en referanseramme for den samlede innsatsen i 2007.

Kapittel 4 redegjør nærmere for aktiviteten, og i kapittel 5 er oppdragsdokumentet svart opp med hvordan styringsindikatorerne har utviklet seg. Dette avsnittet vil derfor konsentrere seg om mer overordnede vurderinger av hvordan "sørge for"-ansvaret er ivaretatt.

Kapittel 4 viser aktivitetsøkning på alle tjenesteområder, med relativt størst vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Økningen har vært særlig sterk for poliklinisk aktivitet.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp, bl.a. ved at den relative ressursøkningen har vært større innenfor psykisk helsevern enn somatisk. Ventetidene for foretaksgruppen samlet er litt redusert for barn og unge, ellers er de omtrent på samme nivå som i 2006. For barn og unge blir nyhenvisningene også raskere behandlet enn tidligere. Ca. 95 % av henvisningene blir nå vurdert innen 10 dager, og Helse Sør-Øst har dermed oppfylt eiers mål om at minst 90 % skal være vurdert.

Helse Sør-Øst RHF er likevel bekymret for at aktivitetsøkningen i psykisk helsevern ikke speiler økningen i ressursinnsats i ønsket grad. Helseforetakene rapporterer at dette kan forklares i

endrede arbeidsformer. For eksempel gir ambulant virksomhet med veiledning til og samhandling med kommunale tjenester krever mye tid, og slik virksomhet blir enten ikke eller bare delvis registrert, ved at nasjonale indikatorer og registreringer ikke er utviklet på linje med andre aktiviteter.

Tilsvarende vurderinger gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Her har Helse Sør-Øst et særlig stort innslag av private leverandører, med de utfordringer dette skaper i prioriteringen av og samhandlingen med foretakenes egne aktiviteter, samt relasjonen til kommunenes viktige ansvar for egen rusomsorg. For å nå flere pasienter har en satset på flere og mer varierte tilbud, men Helse Sør-Øst har samtidig fått kritikk for at kronikere med langvarig avhengighet ikke får behandlingsopphold av tilstrekkelig varighet.

Tjenesteområdene habilitering og rehabilitering har i 2007 fortsatt en utvikling mot mer målrettede tilbud, både med spissing av målgrupper og differensiering av tilbudene. Innenfor rehabilitering har ordningen med Raskere tilbake gitt særlige tilbud for arbeidstakere som trenger hjelp til å fortsette i arbeidslivet. Sammen med de ordinære tilbudene har dette gjort at den samlede rehabiliteringsinnsatsen er styrket i 2007.

Når det gjelder spesialisthelsetjenester for eldre, ble eiers krav om egne planer på området oppfylt, ved at både tidligere Sør og Øst fullførte sine planarbeid i begynnelsen av 2007. Sammenslåingen har medført at det gjenstår å sammenstille disse planene, slik at Helse Sør-Øst får en samlet forpliktende og tiltaksorientert handlingsplan. Det ble utover høsten 2007 stadig tydeligere at dette arbeidet måtte ses i sammenheng med det oppdrag regionen hadde fått med omstillingsarbeid og hovedstadsprosess.

For andre grupper kroniske pasienter, for eksempel kreftpasienter, vurderes tjenestetilbudet å være på nivå med tidligere. På RHF-nivå har gruppene vært høyt prioritert gjennom arbeidet med bedre pasientforløp/behandlingslinjer, bedre samhandling og individuell plan og dette er satsingsområder som fortsatt vil kreve betydelig oppmerksomhet. Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at helseforetakene selv har fulgt opp gitte nasjonale strategier på spesifikke områder som diabetes, KOLS og smertebehandling gjennom oppdragsdokumenter og driftsavtaler til helseforetakene.

3.2 Økonomisk styring

De to tidligere regionale helseforetakene, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF hadde etablert ulike modeller for inntektsfordeling mellom helseforetakene innen sine respektive foretaksgrupper, og ulike økonomiske styringsregimer overfor helseforetakene.

Det har derfor vært en betydelig utfordring å samordne disse styringsregimene til et enhetlig system for oppfølging av økonomien. Dette skyldes ikke minst at sammenslåingen av de tidligere helseregionene fant sted midt i budsjettåret, og at den sammenslåtte helseregionen på tidspunktet for sammenslåingen hadde et samlet negativt budsjettavvik i forhold til eiers resultatkrav på 521 mill. kroner.

Styret og ledelsen for det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF satte fra første møte fokus på den negative utviklingen i økonomien, og la til grunn at tiltak ble iverksatt for å kunne avslutte regnskapet for 2007 i henhold til eieres krav til økonomisk resultat.

Foreløpige tall per februar 2008 viser at det ligger an til et negativt resultat i forhold til eiers styringsmål for 2007 på 1,0 mrd kroner. Generelt er de negative budsjettavvikene relatert til høyere lønnskostnader enn forventet med en netto økning i månedsverk gjennom året på 1440, fortsatt svak kontroll på aktivitetsutviklingen, innleie av helsepersonell, samt andre

driftskostnader. Resultatavvikene skyldes videre manglende og ikke planlagte omstillingstiltak på ca 400 mill kroner samt manglende realisering av vedtatte omstillingstiltak i de enkelte helseforetakene. I tillegg medvirker høyere pensjonskostnader, økte kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer samt manglende inntekt på dagrehabilitering til resultatet

Aktiviteten innen somatisk sektor ligger 1-2 % over det nivået som er forutsatt av eier, målt i DRG-poeng. Dette gir høyere kostnader enn forutsatt og bidrar til et negativt resultat.

3.3 Områder som krever særskilt oppfølging

Tidligere Helse Sør og Helse Øst la frem risikovurderinger for 2007 før sammenslåingen pr 01.06.07. Sommeren 2007 ble det laget en samlet fremstilling og vurdering som viste risikoområder for den nye helseregionen. Høsten 2007 ble det innhentet risikovurderinger fra helseforetakene samtidig med at RHFet gjennomførte egne risikovurderinger. Videre har en i dialogmøter med Brukerutvalg og konserntillitsvalget i Helse Sør-Øst diskutert utfordringsområder

Risikovurderingene og gjennomgangen av oppfølgingen av styringsdokumentene fra eier, ref kapittel 5 og 6, har avdekket områder med særlig store utfordringer og områder der resultatene ligger tilbake i forhold til nasjonale og egne mål..

Under omtales kort de områder som krever særskilt oppmerksomhet og ledelsesmessig fokus hos Helse Sør-Øst i tiden fremover. Det henvises for øvrig til Del III Styrets plandokument hvor styrets samlede prioriteringer og satsninger fremgår.

- Den økonomiske situasjonen gir særskilte utfordringer for 2008, ved at aktiviteten og inngangsfarten er for høy. I tillegg til at alle helseforetakene og sykehusene vil bli fulgt på økonomisk utvikling i jevnlig oppfølgingsmøter, har alle i driftsavtalene for 2008 fått et særskilt punkt om at "helseforetaket/sykehuset skal i første oppfølgingsmøte rapportere hvordan sykehuset prioriterer og styrer aktiviteten".
- Helseforetakene har meldt inn behov for investeringer på ca 20 mrd kroner. Det vil være en stor utfordring å prioritere hvilke investeringsprosjekter som er mulig å realisere innenfor de økonomiske rammene.
- Et spesielt forhold knytter seg til poliklinisk aktivitet, der Helse Sør-Øst er bekymret for at den nye finansieringsmodellen vil begrense en naturlig utvikling fra døgn og dag til poliklinisk behandling, i tråd med fremskrittene i medisinske behandlingsmetoder.
- Utfordringen med korridorpasienter er fortsatt ikke løst, noe som blant annet er en følge av høyt pasientbelegg og høy aktivitet, spesielt på medisinske avdelinger samt et høyt innleggelsespress på akutenhetene i psykisk helsevern. Det viktigste tiltaket på dette området er aktiv omfordeling av tilgjengelig sengeplasser innenfor hvert helseforetak. En vil også arbeide videre med ulike forpliktende samhandlingstiltak ift primærhelsetjenesten og interne tiltak som erfaringsoverføring mellom helseforetak, eksempelvis etablering av geriatrisk dagbehandlingstilbud og fokus på pasientforløp. Samtidig vil en følge utviklingen ift overbelegg for å sikre at det er samsvar mellom organisering, ressurser og oppgaver.
- Kompetansen og kapasiteten til primærhelsetjenesten er avgjørende for å sikre god samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten må i enda sterkere

grad følges opp og utvikles gjensidig. Målet er at pasienter får riktig behandling på rett nivå og at henvisning og utskrivning skjer trygt og forsvarlig. Bedre veiledning og samhandling skal også sikre at utskrivningsklare pasienter får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå.

- Det er behov for fortsatt økt satsing på bedre pasientforløp/behandlingslinjer. Dette forutsetter bedre interne rutiner og logistikk, men også samhandling med kommunale tjenester for å sikre god pasientflyt ”fra hjem til hjem”.
- Altfor få foretak og avdelinger har nådd målet om at minst 80 prosent av epikrisene skal sendes ut innen syv dager. Helse Sør-Øst prioriterer dette arbeidet, bl.a. ved at helseforetakene innfører talegjenkjenning ved utarbeidelse av epikrise, samt videre utbredelse og opplæring i arbeidsmetodene fra prosjektet ”Epikrise til pasienten”.
- En vil fortsette et prioritert arbeid med å fremme bruken av Individuell plan, slik at alle som ønsker det og har krav på det skal få utarbeidet plan.
- En registrerer at det fortsatt er et stort behov for å forbedre rutinene for prioritering av rettighetspasienter etter prioriteringsforskriften. Det er for liten forskjell i faktiske ventetider for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp på alle fagområder. De nye driftsavtalene krever at retningslinjene skal implementeres, og målet er at pasienter med rett både skal ha kortere ventetid og en bedre ventetidsutvikling enn andre pasienter.
- Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag har økt noe i løpet av året. Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag har falt i 2007.
- Det er sterkt behov for å oppnå en ytterligere reduksjon av ventetidene innen psykisk helsevern for barn og unge. Virkemidlene vil fortsatt være å øke dekningsgraden, endre arbeidsformene samt ytterligere øke produktiviteten. Prosjekt for å utdanne og beholde spesialister innen psykisk helsevern vil bli utvidet til hele regionen.
- Det er fortsatt lang ventetid innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige særlig for avrusning og døgntilrettelagt behandling. Det er behov for økt satsing og samtidig en omstrukturering av behandlingstilbudene på dette feltet for å oppnå god nok standard på spesialisthelsetjenestene. Innen rusfeltet er det et særlig behov for harmonisering av tildeling av pasientrettigheter.
- En vil sammen med Brukerutvalget arbeide videre med å utvikle en profesjonell pasienttransport som er god for pasientene og som samtidig er kostnadseffektiv.
- En vil i samarbeid med Brukerutvalget ha fokus på at pasientene får opplysninger om hvilke rettigheter en har ved fristbrudd.
- Det opprettet lærings- og mestringssenter (LMS) i alle helseforetak, men flere steder er disse ikke godt nok integrert som en del av sykehusets drift. En vil sammen med Brukerutvalget arbeide for en god og ledelsesforankret integrering av LMS.
- En erkjenner sammenhengen mellom et godt arbeidsmiljø og kvaliteten på tjenesten. En har med bekymring registrert at medarbeidere melder at knappe tidsmarginer gjør at de

ikke opplever tilstrekkelig medvirkning i de pågående omstillingsprosesser. Helse Sør-Øst vil holde et kontinuerlig fokus på å sikre reell medvirkning og åpenhet i helseforetakene.

- Med økte krav til effektivitet og stram økonomisk styring må en arbeide bevisst for en åpenhetskultur, der ansatte som varsler om bekymringsverdige forhold eller feil blir ansett som viktige bidragsyttere i kvalitetsutviklingsarbeidet.
- Det akkumulerte sykefraværet i Helse Sør-Øst lå i 2007 på 8,3 %. Dette er en svak reduksjon i forhold til 2006. Samtidig mener en at totalnivået fortsatt er for høyt og en vil også i 2008 ha fokus på sykefraværarbeidet bl.a. gjennom tertialrapportering til styrene, i oppfølgingsmøter mellom RHF-ledelsen og foretakenes ledere, gjennom erfaringsutveksling mellom foretakene og i lederutviklingstiltak.
- Overgang til dagbehandling og kortere liggetid for døgnpasienter øker behovet for spesialisert kompetanse. Samtidig har en registrert etterspørsel etter personell med generalisert kompetanse samt innenfor stabs- og støttefunksjoner. Både av hensyn til pasientbehandlingen og veksten i samlede lønnsmidler vil en følge utviklingen i fordelingen av årsverk på de ulike personellgruppene.
- Andelen deltidsstillinger innenfor pleiepersonellgruppene er høy. For å sikre kompetanse, kontinuitet og et stabilt arbeidsmiljø er det viktig å arbeide for å øke andelen heltidsstillinger.
- Det meldes om en bekymring blant helsepersonell for at sterk fokus på drift og økonomisk balanse kan undergrave det store utdanningsansvaret som hviler på helseforetakene. En vil følge med på utviklingen for å sikre riktig kompetanse for morgendagens utfordringer med god pasientbehandling og god rekruttering av kompetent fagpersonell.
- En må i større grad legge til rette for gode lærlingplasser for pleiepersonell med utdanning på videregående nivå for å sikre rett personell på rett plass.

3.4 Styrets konklusjon

Ut fra den samlede rapportering for 2007 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at

- ”Sørge for”-ansvaret som er pålagt Helse Sør-Øst RHF i sum er oppfylt for 2007.
- Det regnskapmessige resultatet for foretaksgruppen for 2007 tilkjenner at en ikke har klart å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer som eier har stilt til disposisjon. Styret vil sikre at foretaksgruppens virksomhet tilpasses de økonomiske rammer.
- Helse- og omsorgsdepartementets øvrige styringskrav formidlet i foretaksmøter med tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF og nåværende Helse Sør-Øst RHF er fulgt opp.

- Helse- og omsorgsdepartementets bestilling gjennom Oppdragsdokumentet av 12. februar 2007 for tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, samt tillegg til oppdragsdokumentene for Helse Sør-Øst RHF gitt i brev av 30. mai 2007, er fulgt opp. Tilsvarende er pålegg gitt i foretaksmøter i 2007 fulgt opp.
- Det er viktig å forebygge at stram styring og omstillingsprosesser begrenser mulighetsrommet til faglig utvikling og påfører frustrasjon og slitasje for medarbeidere i foretaksgruppen.
- Fremtidig utvikling og omstilling av tjenestetilbudet må baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft, grunnlagt på Nasjonal helseplan, mål for 2008 og arbeidet med omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst.

DEL II – RAPPORT FOR 2007

4 Økonomi, aktivitet og kvalitet 2007

I 2007 har det vært et høyt aktivitetsnivå i foretaksgruppen og i de fleste helseforetakene. Oversiktene i dette kapitlet vil vise at det samlede aktivitetsnivået også har vært høyere enn målene gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

I forbindelse med inngåelse av driftsavtaler med aktivitetsforutsetninger for 2008, har en sikret at det samlede aktivitetsnivået i foretaksgruppen skal tilpasses de tildelte aktivitetsmål for 2008. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til omleggingen av finansiering av somatisk poliklinisk aktivitet, bl.a. om takene på refusjonspoeng og DRG-poeng må vurderes atskilt uten noen mulighet for å se dem i sammenheng.

4.1 Økonomi – foreløpig regnskap 2007

Helse Sør-Øst var i utgangspunktet gitt et unntak fra balansekrav i 2007 på 880 mill. kroner knyttet til strukturfond og endrede levetider. I foretaksmøte i januar 2008 ble unntak fra balansekrav ytterligere økt med 1.895 mill. kroner, tilsvarende merkostnader pensjon som følge av endrede økonomiske forutsetninger. Styringsmålet for foretaksgruppen er således i 2007 et underskudd på 2.775 mill. kroner.

I forhold til dette styringsmålet har foretaksgruppen i 2007 et negativt avvik på 1.049 mill. kroner. Det presiseres at årsregnskapene ikke er endelige. De er ikke revisorgodkjent eller styrebehandlet, slik at det kan komme justeringer fram mot avleggelse av endelig årsregnskap. Men det kan allerede nå slås fast at det etablerte aktivitetsnivået er for høyt i forhold til helseforetaksgruppens samlede økonomiske bæreevne.

RHFet har fulgt opp kravene til økonomisk og aktivitetsmessig styring og kontroll i jevnlige oppfølgingsmøter med helseforetakene. Møtefrekvensen har vært justert i forhold til den økonomiske og aktivitetsmessige utviklingen, og vil bli ytterligere økt i 2008.

4.2 Aktivitet for Helse Sør-Øst

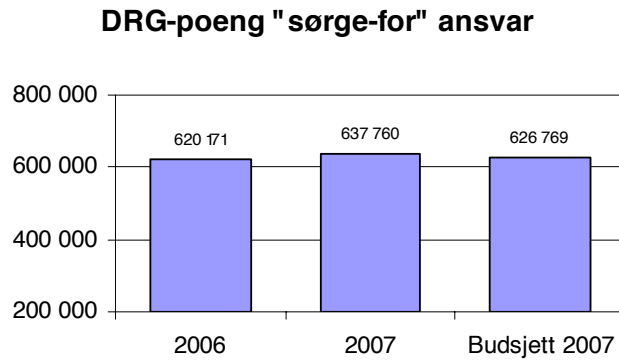
Siden aktiviteten på døgn- og dagbehandling somatikk utgjør den største delen for de fleste helseforetakene/sykjehusene, blir det her redegjort særskilt for denne. I tillegg blir det vist hvordan den samlede aktiviteten har utviklet seg, og hvordan denne er fordelt på de store tjenestoområdene somatikk, psykisk helsevern (for voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

4.2.1 Aktivitetsdata somatikk for 2007

I oppdragsdokumentene for 2007 ble Helse Sør-Øst tildelt et aktivitetsnivå for dag- og døgnbehandling somatikk på totalt 626.769 DRG-poeng. Dette har også vært foretaksgruppens budsjetterte aktivitet for året.

Aktiviteten i henhold til dette "sørge-for"-ansvaret, målt i DRG-poeng, er 1,8 % høyere enn budsjettet. Av dette vil det bli en avkorting som følge av endret kodepraksis for dagrehabilitering, foreløpig anslått til å utgjøre om lag 5.500 DRG-poeng. Hensyntatt denne avkorting, ligger aktiviteten om lag 0,9 % høyere enn budsjettet.

Figur 4.2.1 viser at "sørge for"-aktiviteten i 2007 ligger ca 2,8 % (17.600 DRG-poeng) høyere enn i 2006.



Figur 4.2.1 – DRG aktivitet Helse Sør-Øst ihht "sørge for" ansvaret

Tabell 4.2.1 viser at universitetssykehusene Ullevål og Akershus i 2007 har hatt en høyere aktivitet i forhold til budsjettet på om lag 5 %. Lovisenberg Diakonale Sykehus (+11,5 %) og Martina Hansens Hospital (+9,1 %) har gjennom året hatt høyest aktivitetsnivå mot budsjett av alle helseforetakene/sykehusene i regionen.

DRG-poeng "sørge for"	Per desember 2007		
	Faktisk	Budsjett	Avvik
Aker universitetssykehus HF	25 528	25 982	-454
Akershus universitetssykehus HF	48 142	45 789	2 353
Blefjell Sykehus HF	13 673	13 800	-127
Psykiatrien i Vestfold HF			-
Rikshospitalet HF	37 483	37 000	483
Ringerike Sykehus HF	10 572	10 120	453
Sunnaas sykehus HF	4 580	4 700	-120
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 111	20 986	125
Sykehuset Buskerud HF	32 275	32 539	-264
Sykehuset Innlandet HF	75 151	74 188	963
Sykehuset i Vestfold HF	41 298	40 555	743
Sykehuset Telemark HF	33 017	34 250	-1 233
Sykehuset Østfold HF	43 461	44 313	-852
Sørlandet Sykehus HF	55 457	56 095	-638
Ullevål universitetssykehus HF	76 980	73 695	3 285
Helse Sør-Øst RHF	-	-4 559	4 559
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	518 728	509 453	9 275
Betanien Hospital	3 525	3 735	-210
Diakonhjemmet Sykehus	13 522	13 095	427
Lovisenberg Diakonale Sykehus	12 269	11 000	1 269
Martina Hansens Hospital	5 769	5 290	479
Revmatismesykehuset	1 315	1 349	-34
Sum private sykehus	36 400	34 469	1 931
Kjøp fra andre regioner *)/private sykehus	82 632	82 847	-215
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus	637 760	626 769	10 991

Tabell 4.2.1 – DRG produksjon total per foretak/sykehus og regionalt ift "sørge for ansvaret".

4.2.2 Akkumulerte aktivitetsdata for 2007

Tabell 4.2.2.1 Aktivitetsdata somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktivitet – Somatikk	2006	2007	Endring i %
Antall polikliniske konsultasjoner, egne HF + 5 med driftsavtale	2 108 294	2 186 979	3,73 %
Aktivitet – Psykisk helsevern for voksne	2006	2007	Endring i %
Antall oppholdsdager dagbeh	86 437	64 934	-24,88 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	24 333	24 105	-0,94 %
Antall polikliniske konsultasjoner	528 341	561 464	6,27 %
Aktivitet – Psykisk helsevern for barn og unge			
Antall oppholdsdager dagbehandling	12 621	12 142	-3,80 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	900	983	9,22 %
Antall polikliniske konsultasjoner	281 917	322 861	14,52 %
Aktivitet – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 301	4 520	36,93 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	8 265	7 394	-10,54 %
Antall polikliniske konsultasjoner	128 500	146 765	14,21 %

Tabell 4.2.2.1. viser fordelingen av pasientbehandling (aktivitet døgn) på egen foretaksgruppe, andre helseregioner og kjøp fra private. Den viser at innslaget av private leverandører er desidert størst innen rusbehandling, mens den utgjør en relativt liten del på de andre områdene. En tilsvarende oversikt over poliklinisk aktivitet ville ha vist en langt større andel levert av private aktører, fordi avtalespesialistene utgjør en stor og viktig del av denne tjenesten, også innenfor psykisk helsevern.

Vi mangler ennå tall for liggedøgn innen psykisk helsevern, men vurdert ut fra antall utskrivninger (pasientopphold døgnbehandling) har det vært en liten reduksjon for voksne og økning for barn og ungdom. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser de foreløpige tallene en betydelig nedgang på døgnbehandling (-10,5 %). Dette er ikke i samsvar med måltall, og resultatet må kvalitetssikres. Dagbehandling øker mye, men her er det små tall, og det vil ikke kompensere for reduksjonen på døgn. For de andre tjenesteområdene er en del av tidligere registrert dagbehandling konvertert til poliklinisk aktivitet, og endringene her må ses i sammenheng.

4.3 Kostnader fordelt på tjenesteområder

Tabell 1 Kostnader fordelt på tjenesteområder

Kostnader fordelt på tjenesteområder	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Prosentvis vekst
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	1 320 268	1 617 130	22,5 %
Psykisk helsevern	7 343 047	9 105 625	24,0 %
Somatiske tjenester	30 189 549	35 166 162	16,5 %
Rehabilitering	1 862 620	2 139 975	14,9 %
Annet	6 060 549	3 436 901	-43,3 %
Sum	46 776 034	51 465 793	10,0 %

Tabell 1 viser en stor prosentvis økning på alle tjenesteområder, målt ved hjelp av driftskostnader fordelt på områdene. I tråd med helsepolitiske føringer har økningen vært spesielt høy innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og høyere enn for somatikk og rehabilitering. Det knytter seg likevel noe usikkerhet til tabellen, fordi kostnadsområdet "annet" er vesentlig redusert/omfordelt. Det gjøres oppmerksom på at i rapportering for -07 fordeles felleskostnader systemteknisk ut fra fastsatte fordelingsnøkler. Dette var ikke tilfelle i 2006, slik at tall ikke nødvendigvis er sammenlignbare. Dataene for 2007 vil bli ytterligere kvalitetssikret.

4.4 Andre styringsparametere

Det er ikke redegjort nærmere for utviklingen av øvrige styringsparametere her, siden de hører naturlig hjemme i kap. 5, under besvarelsen av deloppdragene i oppdragsdokumentet.

5 Oppfølging av Oppdragsdokumentet

Styringskrav gitt i oppdragsdokumentene er i 2007 fulgt opp overfor helseforetakene og de fem private ikke-kommersielle sykehusene gjennom driftsavtaler (i tidligere Helse Øst) og oppdragsdokument (i tidligere Helse Sør). Videre er styringskrav fulgt opp gjennom rapporteringssystem innen helseforetaksgruppen, i form av enkeltstående prosjekter og tiltak nedfelt i handlingsplaner samt ved oppfølging fra de regionale helseforetakene v/administrerende direktør. Videre er styringskravene fulgt opp ved implementering og oppfølging av styrets plandokument som del av Årlig melding.

Styringskrav gitt i protokollen fra foretaksmøtet er fulgt opp i foretaksmøter med helseforetakene, gjennom etablering og praktisering av vedtatte styringsmodeller og dialog med helseforetakene i direktør- og styreleder møter.

Rapporteringen til styret skjer i den ordinære måneds- og tertialrapporten, i tillegg til den omfattende rapporteringen som skjer i Årlig melding.

Gjennomgangen i dette kapitlet følger strukturen i oppdragsdokumentene. De enkelte punktene i oppdragsdokumentene er besvart med en kortfattet beskrivelse av status, bl.a. på grunnlag av rapporteringer og årlig melding fra helseforetakene som følger saken som utrykte vedlegg.

I noen tilfeller er løsningen av flere oppdragspunkter beskrevet i en samlet fremstilling. I noen sammenhenger er det vist til de periodiske rapporter om økonomi og aktivitet. For enkelte områder, som psykisk helsevern og rus, er det gitt mer utførlige redegjørelser.

Kapittel 1 i Oppdragsdokumentet sendt januar 2007: Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Sør/Helse Øst:

5.1 Pasientbehandling

5.1.1 Aktivitet

- *Det øremerkede tilskuddet innen psykisk helsevern skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

Opptrappingsmidlene inngår som del av driftsavtalen for 2007 for helseforetak og sykehus i tidligere Helse Øst, og er gitt i tillegg til basisrammen til psykisk helsevern. Det er presisert i avtalene at økte opptrappingsmidler skal resultere i økt aktivitet.

Oppdragsdokumentene til helseforetakene i tidligere Helse Sør inneholder beløp for budsjettet innen psykisk helsevern i basisbevilgningen og beløp for opptrapping psykisk helsevern for 2007. Det er stilt krav om at midlene som er budsjettert til psykisk helsevern skal benyttes innenfor dette fagområdet.

I begge de tidligere regionene ble det stilt krav om at gevinster av effektiviseringstiltak innen psykisk helsevern skal komme mennesker med psykiske lidelser til gode.

- *Det øremerkede tilskuddet til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

I begge de to tidligere regionene er disse midlene holdt utenfor den ordinære budsjettprosessen, og kommer i tillegg til de økonomiske rammene som er tildelt helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at avtalene med private kommersielle sykebus er av en slik karakter at de ikke medfører ubeldige prioriteringer i forhold til egne enheter.*

I forkant av avtaleinngåelse er det gjort behovs- og kapasitetsvurderinger, basert på kartlegging i helseforetakene og Fritt sykehusvalg, for å definere hvilke tjenester som best vil komplettere pasienttilbudet. Ved inngåelse av avtaler fra og med 2005 har Helse Øst og Helse Sør hatt med at ingen private tjenesteytere kan bruke medarbeidere som er ansatt i helseregionen til å behandle pasienter fra regionen.

- *Den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2007 være sterkere enn innen somatikk.*

Det er stilt krav om dette i helseforetakenes oppdragsdokumenter samt at det er budsjettet i henhold til dette kravet. Hvordan tallene fordeler seg, fremgår av kapittel 4.

5.1.2 Kvalitet

Tjenestene skal virke

Indikator/styringsvariabler:

- Minst 90 prosent av pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge skal bli diagnostisk vurdert etter ICD-10

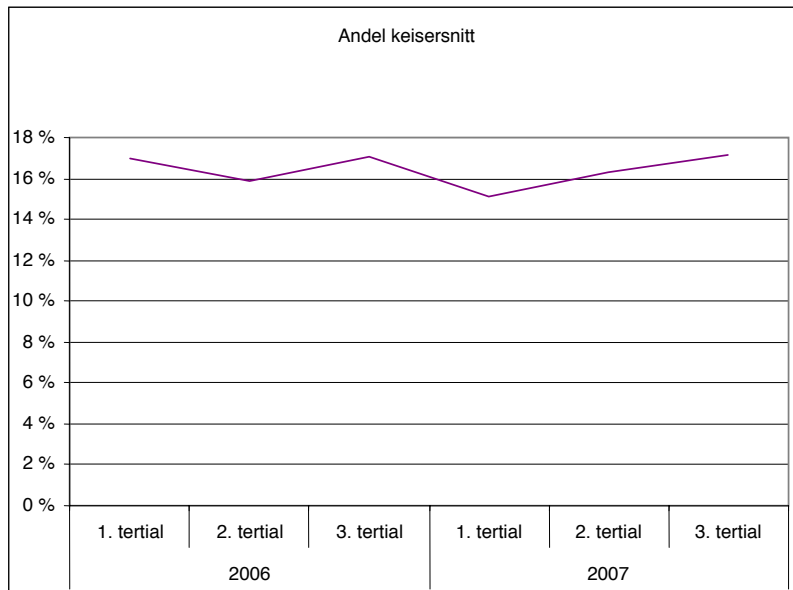
Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdragsdokument og driftsavtaler. Resultatene for Helse Sør-Øst er noe bedre enn landet totalt i 1. tertial og noe dårligere i 2. tertial. Det foreligger ikke data for 3. tertial fra NPR.

Tabell 2 Antall og andel diagnostisk vurdert innen BUP.

	Diagnoser akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom		Diagnoser akse 2 - Spesifikke utviklingsforstyrrelser		Diagnoser akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold		Diagnoser akse 6 - Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå	
	1. tert 07	2. tert 07	1. tert 07	2. tert 07	1. tert 07	2. tert 07	1. tert 07	2. tert 07
Helse Sør-Øst RHF	75,1	69,7	37,2	34,2	65,8	61,0	66,0	60,7
Helse Vest RHF	73,8	72	39,9	37,8	59,7	57,4	60,1	58,1
Helse Midt-Norge RHF	76,4	68,7	31,2	31,5	56,4	54,1	55,3	53,3
Helse Nord RHF	63,8	61,8	29,9	29,8	53,3	53,8	53,4	53,4
Landet	73,6	69,0	36,0	34,0	62,0	58,6	62,0	58,4

Kilde: NPR

- Frekvens av keisersnitt i forhold til total antall fødsler.



Figur 1 Utvikling i andel keisersnitt

Figur 1 viser at andel keisersnitt svinger noe tertialvis, men over tid har ligget stabilt med et årsgjennomsnitt mellom 16,0 og 16,5 %. Helseforetakene får forelagt resultatene i regionen i ulike møter for sammenligning. Helse Sør-Øst RHF ber om kommentarer dersom noen har avvikende resultater forhold til sammenlignbare helseforetak.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at de medisinske kvalitetsregistrene det regionale helseforetak blir databehandleransvarlig for, utvikles, driftes og anvendes på den mest formålstjenlige måten, og i tråd med retningslinjene gitt i Nasjonal helseplan. For å sikre felles nasjonale løsninger for medisinske kvalitetsregistre bes Helse Sør-Øst samordne seg med øvrige RHF.*

Helse Sør-Øst har i 2007, gjennom særskilt tilskudd, tilrettelagt for at helseforetakene i tidligere Helse Øst skal være i stand til å levere data til Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi i Helse Nord. Videre har Helse Sør-Øst i 2007 igangsatt arbeidet med å finne formålstjenlige tekniske løsninger for de nasjonale registrene som har hatt utilfredsstillende tekniske løsninger hittil. Helse Sør-Øst har kartlagt status for de tekniske løsningene i registrene som Helse Sør-Øst er databehandlingsansvarlig for i den hensikt å få tilfredsstillende løsninger for registrene på plass i 2008.

I påvente av ny forskrift for kvalitetsregistre, har Helse Sør-Øst sørget for forlenget konsesjon fra Datatilsynet for Cerebral pareseregisteret i Norge.

Når det gjelder departementets krav om å sikre felles nasjonale løsninger for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, bidrar Helse Sør-Øst i samarbeidet som er etablert mellom de fire regionale helseforetakene med samordning av arbeidet med felles nasjonale løsninger for registrene. Helse Sør-Øst deltar i et kontaktforum for regionalt eide nasjonale kvalitetsregistre, der aktører med ulike roller i forhold til registrene, arbeider med forslag til tekniske, juridiske og organisatoriske løsninger. Anbefalinger fra kontaktforumet legges jevnlig fram for fagdirektørforumet.

- *Helse Sør-Øst skal bidra til å identifisere områder hvor det er behov for at Sosial- og helsedirektoratet utarbeider nasjonale retningslinjer, bidra i det nasjonale arbeidet med å utvikle retningslinjer samt følge opp og implementere retningslinjer som utarbeides.*

Helse Sør-Øst har deltatt aktivt i Sosial- og helsedirektoratets (Shdir) arbeid i arbeidsgrupper med å utforme retningslinjer for utvalgte pasientgrupper i forhold til prioriteringsforskriften. Alle HF har hatt en eller flere representanter i dette arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har deltatt i styringsgruppe samt ressursgruppe.

Det er fra Helse Sør-Øst tatt initiativ til å utforme nasjonale retningslinjer blant annet for slagbehandling. Det er videre meldt inn behov for å utforme nasjonale retningslinjer innen behandling av sykkelig overvekt.

I tidligere Helse Sør var det i 2007 satt fokus på implementering av kliniske retningslinjer og lagt plan for oppfølging av praksis gjennom clinical audit. Det ble igangsatt pilotprosjekt på behandling av mennesker med selvmordsfare.

På noen områder er regionale faggrupper i gang med å utarbeide regionale retningslinjer. I arbeidet med retningslinjene er premissene kunnskapsbasert erfaring, nasjonal helseplan og krav til likeverdig behandling.

- *Helse Sør-Øst skal som ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles. Den økonomiske medvirkningen vil bli meddelt i foretaksnotet i januar 2007.*

Representanter fra Helse Sør-Øst er utpekt til redaksjonsrådet for Helsebiblioteket. RHFene har representanter i styringsgruppen for Helsebiblioteket.

- *Helse Sør-Øst skal delta i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.*

I 1. halvår 2007 var de administrerende direktørene i tidligere Helse Sør og Helse Øst med i rådet. Etter sammenslåingen har administrerende direktør Bente Mikkelsen vært representant for Helse Sør-Øst RHF.

Tjenestene skal være trygge og sikre

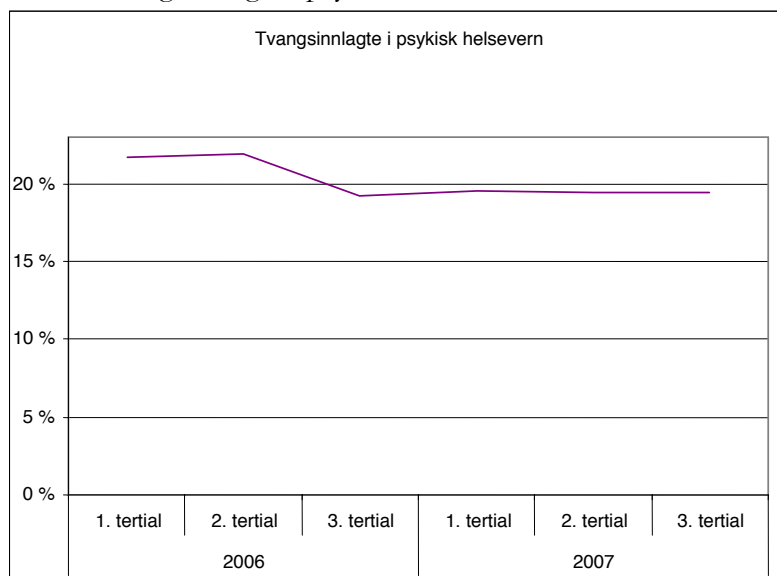
Indikatorer/styringsvariable:

- Sykehusinfeksjoner (insidens)

Definisjonen for infeksjonsinsidensmåling og IKT -verktøy for målingene er ikke på plass. Helse Sør-Øst har derfor ikke rapportering på denne indikatoren.

Det gjennomføres årlige interne revisjoner på utvalgte medisinske områder. Prevalensmålinger gjøres ved alle helseforetak.

- Tvangsinnlagte i psykisk helsevern



Figur 2 Utvikling i andel tvangsinnlagte i psykisk helsevern

Andel tvangsinnlagte har vært stabil i 2007. Helse Sør-Øst RHF utarbeider oversikt over helseforetakenes resultater slik at helseforetakene sammenlignes. Det er store variasjoner mellom helseforetakene i regionen og helseforetak som rapporterer spesielt høyt blir fulgt opp.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at uønskede hendelser rapporteres til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst bes samarbeide med enheten om hvilke data som skal sendes enheten og i hvilken form dette skal gjøres. For nærmere omtale, se Nasjonal helseplan.*

Dette kravet er formidlet i driftsavtalen/oppdragsdokumentet til helseforetakene.

Referansegruppe med representasjon fra RHFet er etablert. Et krav til helseforetakene er at de skal arbeide med minst to områder per klinikk eller avdeling, utvalgt som følge av rapportering av uheldige hendelser eller tilbakemeldinger fra pasienter på uheldige pasientforløp eller manglende samhandling mellom tjenestenivåene i helsetjenesten.

- *Helse Sør-Øst skal aktivt stimulere til bruk av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i et læringsperspektiv.*

Helse Sør- Øst har innledet et samarbeid med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet for å få avklart samarbeidsform, ansvar, roller og konkrete innsatsområder.

- *Helse Sør-Øst skal implementere handlingsplan for kvalitets sikret bruk av tvang.*

Dette er fulgt opp av foretakene som ledd i arbeidet med Opptrappingsplanen psykisk helse.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at det er etablert ledelsesforankrede, kliniske etikk-komiteer i hele helseforetaksgruppen, og at disse sikres nødvendige rammer og ressurser.*

Dette kravet er formidlet i driftsavtalen/oppdragsdokumentet til helseforetakene og skal rapporteres i årlig melding. Gjennomgang av årlig melding fra helseforetakene viser at tre av HFene i regionen har kommentert å ha dette implementert. Øvrige HF viser i sine kommentarer til arbeid med klinisk etiske problemstillinger. Helse Sør-Øst vil følge opp dette videre.

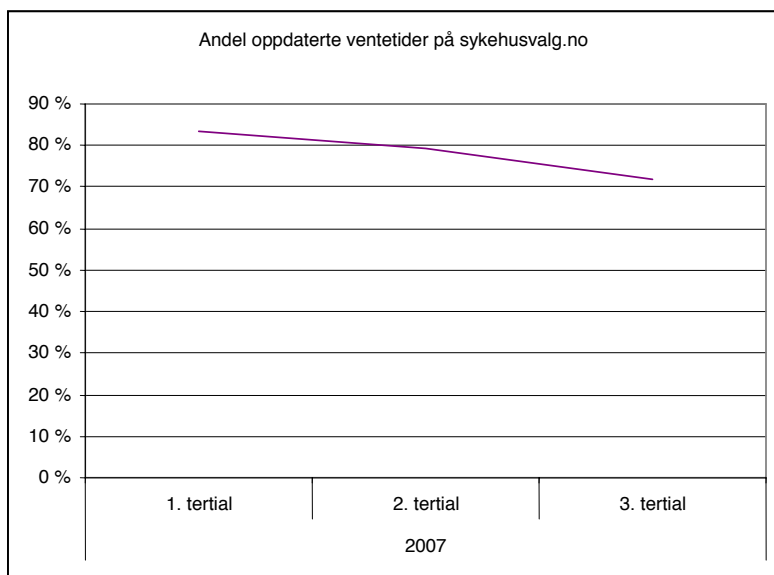
- *Helse Sør-Øst skal inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) i ansvarsområdet til kliniske etiske komiteer.*

Dette er ivare tatt.

Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse

Indikatorer/styringsvariable:

- Andel av ventetider på sykehusvalg.no som er oppdatert siste 3 uker



Figur 3 Utvikling i andel oppdaterte ventetider på nettstedet sykehusvalg.no

Til tross for mye arbeid for å bedre meldefrekvensen, har andelen oppdaterte ventetider vist en svak nedgang gjennom året. I 3. tertial varierte resultatene mellom 1 og 100 prosent, slik at fortsatt innsats må målrettes mot utvalgte foretak/sykehus.

- *Helse Sør-Øst skal etablere rutiner slik at tjenesten kan nyttiggjøre seg av brukernes erfaringer.*

Helse Sør-Øst RHF har et velfungerende brukerutvalg og deltagelse av brukere oppnevnt av brukerutvalget i alle prosjekter som igangsettes. Helseforetakene har også etablert brukerutvalg og bred deltagelse av brukere i prosjekter mv.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for og finansiere tolketjenester og tilrettelegge hjelpemidler for døve og sterkt hørselsbemmede pasienter når tjenesten krever det, eller når disse pasientene føler behov for dette.*
- *Helse Sør-Øst skal sørge for og finansiere tolketjenester til den samiske befolkning hvis det er behov for dette.*
- *Helse Sør-Øst skal sørge for og finansiere tolketjenester til innvandrerbefolkningen hvis det er behov for dette.*

Gjennom oppdragsdokument og driftsavtaler til helseforetakene er føringene i de tre punktene over synliggjort som krav.

Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

Indikatorer/styringsvariable:

- Minst 80 prosent av epikriser skal sendes ut innen syv dager.

Tabell 3 Utvikling i andel epikriser sendt innen 7 dager innen somatikk

	2006			2007		
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Aker universitetssykehus HF		57 %	51 %	52 %	57 %	54 %
Akershus universitetssykehus HF	70 %	71 %	69 %	71 %	72 %	69 %
Blefjell sykehus HF	36 %	40 %	40 %	56 %	68 %	70 %
Rikshospitalet HF	47 %	56 %	66 %	69 %	68 %	68 %
Ringerike sykehus HF	68 %	61 %	64 %	64 %	66 %	72 %
Sunnaas sykehus HF	76 %	70 %	63 %	73 %	85 %	89 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	63 %	68 %	68 %	70 %	75 %	74 %
Sykehuset Buskerud HF	48 %	46 %	47 %	47 %	62 %	64 %
Sykehuset Innlandet HF	72 %	82 %	78 %	31 %	49 %	50 %
Sykehuset i Vestfold HF	54 %	60 %	56 %	55 %	56 %	53 %
Sykehuset Telemark HF	60 %	60 %	61 %	78 %	84 %	80 %
Sykehuset Østfold HF	64 %	66 %	64 %	61 %	59 %	49 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	52 %	57 %	55 %	57 %	64 %
Ullevål universitetssykehus HF	68 %	71 %	70 %	71 %	70 %	65 %
Helse Sør-Øst	56 %	60 %	62 %	62 %	63 %	62 %

Tabell 2 Andel epikriser sendt innen 7 dager innen psykisk helsevern

	2006			2007		
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Aker universitetssykehus HF					41 %	39 %
Akershus universitetssykehus HF				57 %	73 %	68 %
Blefjell sykehus HF	66 %	74 %	66 %	67 %	73 %	67 %
Psykiatrien i Vestfold HF	72 %	77 %	67 %	81 %	85 %	80 %
Ringerike sykehus HF	84 %	83 %	82 %	83 %	81 %	76 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	63 %	68 %	68 %	80 %	91 %	84 %
Sykehuset Buskerud HF	66 %	65 %	64 %	63 %	69 %	64 %
Sykehuset Innlandet HF				44 %	52 %	46 %
Sykehuset Telemark HF	70 %	74 %	72 %	55 %	55 %	58 %
Sykehuset Østfold HF				56 %	59 %	60 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	62 %	56 %	58 %	69 %	69 %
Ullevål universitetssykehus HF	35 %	39 %	46 %	43 %	52 %	69 %
Helse Sør-Øst	56 %	62 %	60 %	59 %	64 %	63 %

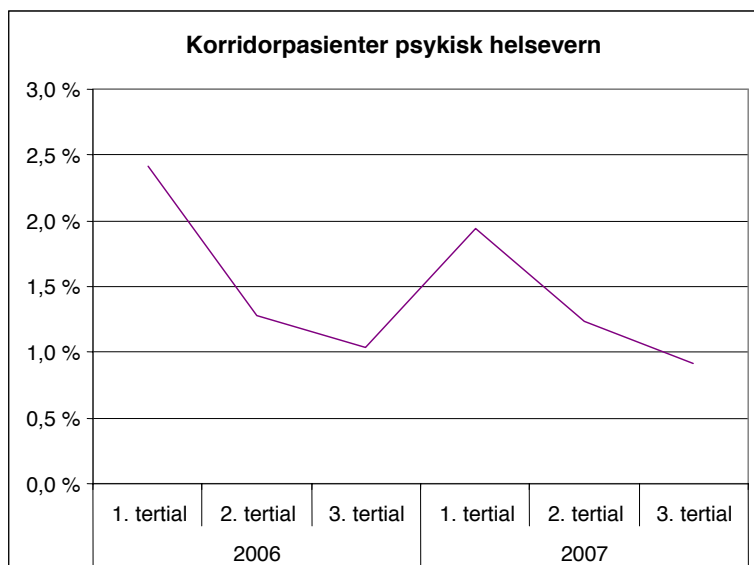
Tabellene viser at Helse Sør-Øst ikke har klart å nå målet på 80 prosent. Fire helseforetak innfrir kravet, to innen psykisk helsevern og to innen somatikk. Tallene viser likevel samlet økning for foretaksgruppen, både innen somatikk og psykisk helsevern

Helseforetakene har iverksatt tiltak som elektronisk signering, fokus på å få diktret epikriser så snart som mulig etter utreise, og omlegging av rutiner hos kontoransatte. I tillegg arbeider de fleste helseforetakene nå med innføring av talegjenkjenning som ett av midlene for å nå målet.

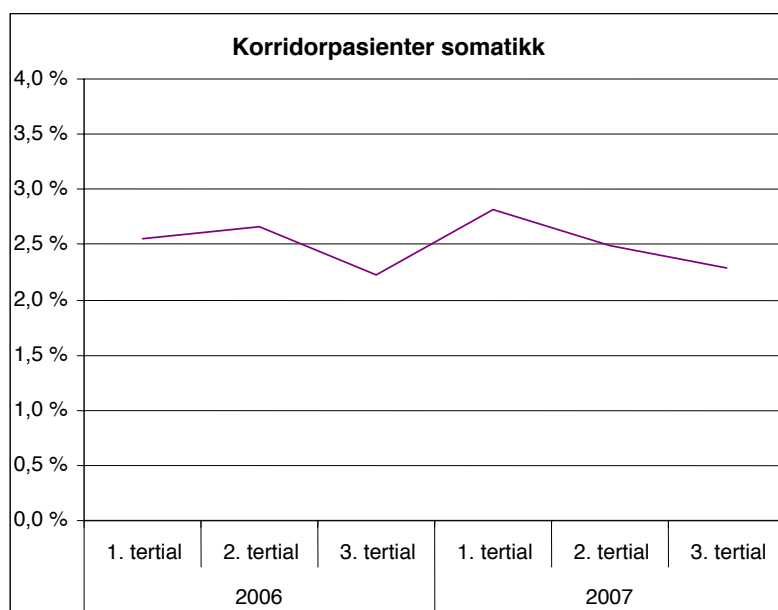
RHFet har besøkt helseforetakene og informert om hva som ble oppnådd i pilotprosjektet ”Epikrise til pasienten”. Det er gitt opplæring i statistisk prosessstyring slik at ledere og medarbeidere kan følge med i og lære av egne data for at raskere epikriser kan realiseres. Det er også arrangert regional erfaringskonferanse for kontaktpersoner på sykehusene.

- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

Figur 4 Utvikling i andel korridorpasienter i akuttavdelinger psykisk helsevern



Figur 5 Utvikling i andel korridorpasienter somatiske avdelinger



Figur 4 og 5 viser at andelen korridorpasienter i regionen holder seg på omtrent samme nivå, bortsett fra noe høyere tall i 1. tertial 2007.

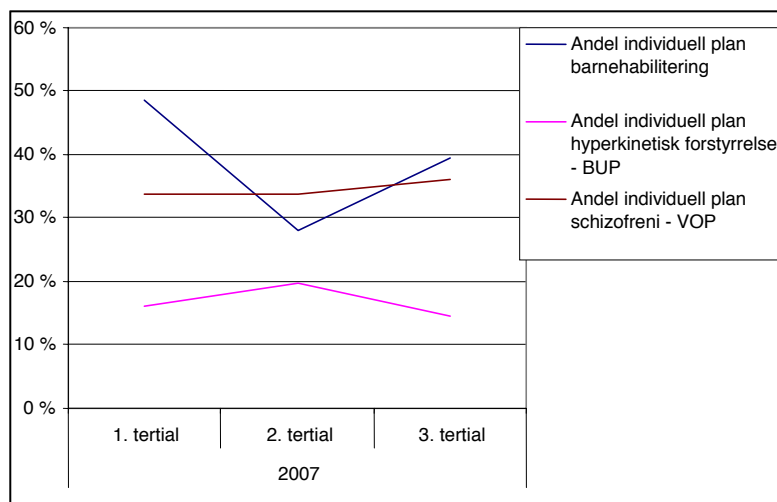
Helseforetakene med høyest andel melder om høyt pasientbelegg og høy aktivitet, spesielt på medisinsk avdeling og et høyt innleggelsespress på akuttenehetene i psykisk helsevern.

Mange tiltak er iverksatt, bl.a. etablering av geriatiske dagbehandlingstilbud, styrking av samarbeidet med primærhelsetjenesten, kompetanseoverføring til sykehjem, i tillegg til bedret intern logistikk med bruk av ledige senger på andre enheter. Innen psykisk helsevern er raskere overføring av pasienter fra akuttenehetene til avdelingens øvrige enheter en av utfordringene.

Det er utarbeidet en regional rapport om korridorpasienter, basert på anbefalinger etter erfaringskonferansen om korridorpasienter i tidligere Helse Øst. Helse Sør-Øst RHF skal følge opp rapporten med å stimulere til lokale tiltak i helseforetakene og sykehusene.

- Pasienter tildelt individuell plan

Figur 6 Utvikling i andel pasienter tildelt individuell plan



Det er for lav andel av pasientene innen barnehabilitering, barn med hyperkinetisk forstyrrelse og voksne med diagnosen schizofreni som har individuell plan.

Også på dette området har regionene satset mye på å øke fagpersonellens forståelse for og bruk av individuell plan som et godt og nødvendig verktøy i behandlingen av pasienter med langvarige og sammensatte behov. Helse Øst hadde utviklet en egen mal for arbeidet og planen, og dette er nå videreutviklet som retningsgivende for arbeidet i Helse Sør-Øst. Helseforetakene er gitt tilbud om veiledning og opplæring i arbeidet med individuell plan.

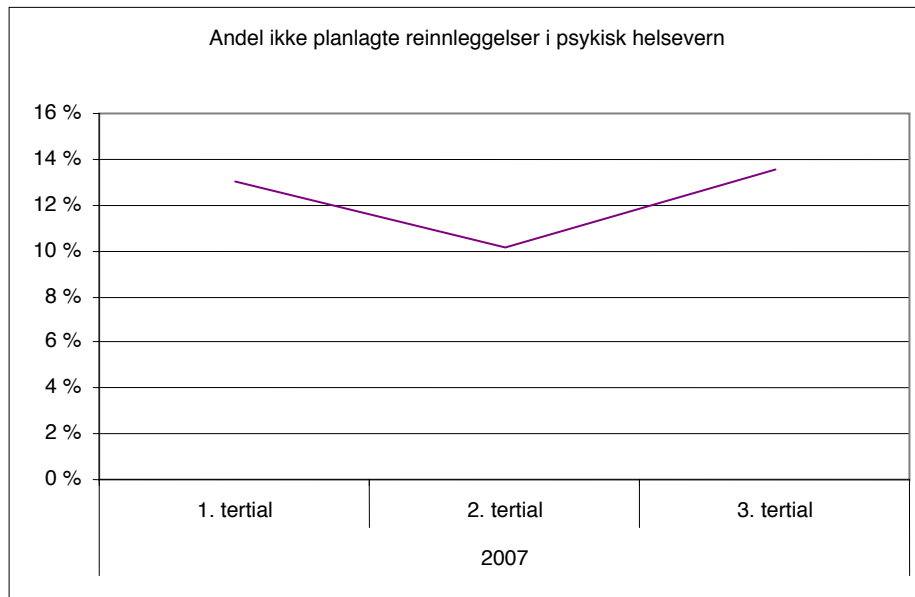
Det gjenstår fortsatt mye før en har sikret god bruk av individuell plan til alle rettighetspasienter. Noen melder at bruken av individuell plan er godt innarbeidet innen psykisk helsevern og habilitering, og at det arbeides med økt bruk for øvrige aktuelle pasientgrupper. Ett av helseforetakene sier at om lag 25 prosent av foreldrene innen barnehabilitering ikke ønsker individuell plan, men at det arbeides med å forbedre samarbeidet.

I sine årlige meldinger har helseforetakene bl.a. nevnt at følgende tiltak har vært prøvet:

- undersøkelse av hvordan individuell plan brukes i helseforetaket for å se om de etterlever intensjonen og bestemmelser
- gjennomføring av internrevisjon i sykehuset om temaet
- rapportering av andel pasienter som får individuell plan ved de enkelte klinikkene/avdelinger videreutvikles og knyttes til oppfølgingssystematikk i linjen
- styrebehandling av egen handlingsplan for individuell plan
- ambulant koordinator i psykisk helsevern har individuell plan som verktøy i samhandlingen med pasient og samarbeidspartnere

- Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern innen 30 dager.

Figur 7 Utvikling i andel ikke planlagte innleggelser i psykisk helsevern



Andel ikke planlagte innleggelser varierer noe gjennom året. Det er fortsatt noe usikkerhet om hvordan indikatoren skal rapporteres. Bare om lag halvparten av aktuelle helseforetak har rapportert og noen har åpenbar feilrapportering. Variabelen vil bli fulgt opp, både i forhold til resultat og kvalitet på rapporteringen.

- *Helse Sør-Øst skal bidra i arbeidet med en nasjonal samarbeidsavtale mellom Regjeringen og KS om bedre samhandling på helse- og omsorgsområdet og videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område.*

Tidligere Helse Sør ivaretok dette arbeidet med Helsedialog som samarbeidsavtale med Kommunenes sentralforbund (KS). I tidligere Helse Øst hadde helseforetakene samarbeidsavtaler med sine kommuner og bydeler. Den nye nasjonale samarbeidsavtalen følges nå opp av Helse Sør-Øst RHF og mellom kommunene og helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst skal følge opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.*

Kravet er videreført i driftsavtalen/oppdragsdokumentet, og helseforetakene rapporterer i Årlig melding. Gjennomgang av Årlig melding viser at alle helseforetak har pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.

- *Helse Sør-Øst skal bistå kommunene for å sikre pasienter med psykiske lidelser som har store og sammensatte behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå.*

Dette er ivare tatt, se omtale under punktet *Områder med særskilt fokus, Lokalsykehus*, nedenfor.

- *Helse Sør-Øst skal følge opp samarbeidsavtalen som er inngått med statlig regionalt barnevern slik at barn og unge som har behov for tjenester både fra BUP, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og*

barnevern får sammenhengende og helhetlige tilbud og slik at gjensidig informasjonsutveksling herunder bekymringsmeldinger, finner sted på en hensiktsmessig måte.

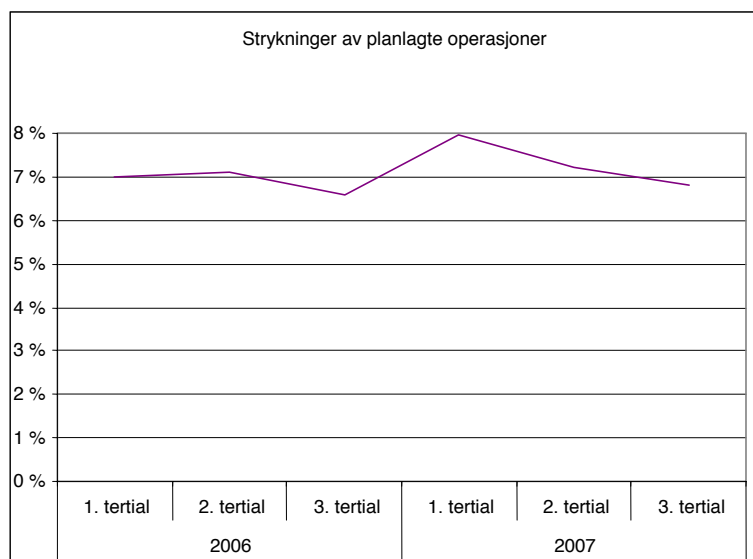
Det er inngått avtale mellom Helse Sør RHF og Bufetat region sør i 2006 og mellom helseforetakene og tilsvarende nivå i Bufetat region sør i løpet av 2006 og 2007.

Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte

Indikator/styringsvariable:

- Det skal være færre enn fem prosent strykninger av planlagte operasjoner.

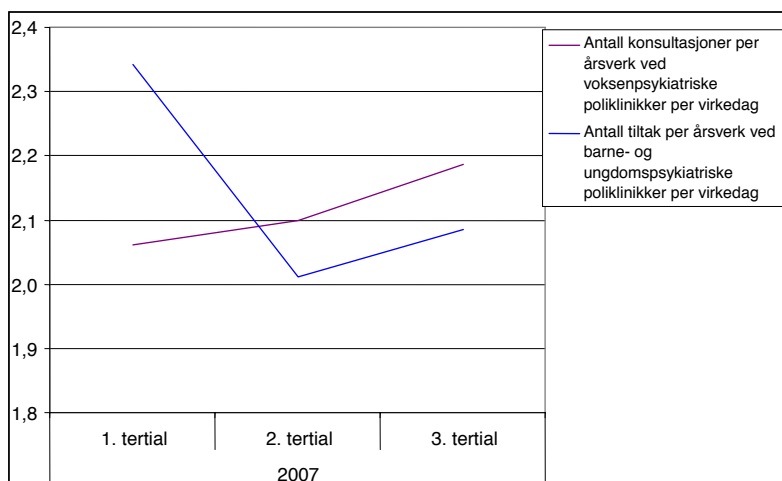
Figur 8 Utvikling i strykninger av planlagte operasjoner



Helseforetakene ligger over målet om fem prosent strykning av planlagte operasjoner, men regionen lå under det nasjonale gjennomsnittet på 8 prosent i 2. tertial 2007.

- Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes.
- Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes.

Figur 9 Utvikling i antall tiltak og antall konsultasjoner innen psykisk helsevern



Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag har økt i løpet av året. Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag har falt i 2007. Helse Sør-Øst er ikke fornøyd med utviklingen, som følges nøye i den løpende dialogen med helseforetakene/sykehusene.

- *Helse Sør-Øst skal se til at pasientene ikke må vente unødvendig på avtalte polikliniske konsultasjoner. Dersom ventetid overskrider en time skal det være rutiner for fritak av egenandel.*

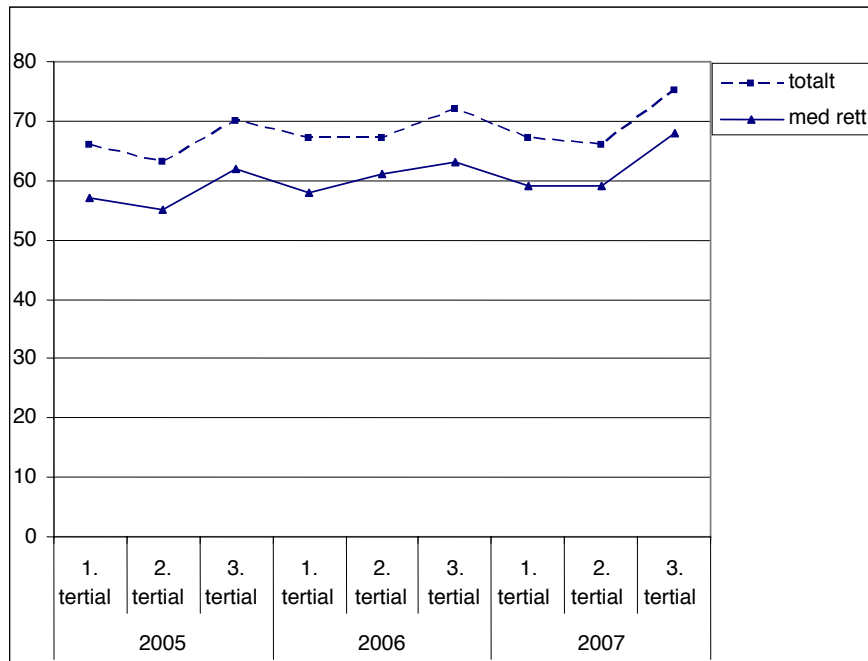
Mandatet er videreført i driftsavtale/oppdragsdokument til helseforetakene, noen rapporterer at de har implementert tiltak, andre arbeider fortsatt med tiltak og rutiner.

Tjenestene skal være tilgjengelige

Indikator/styringsvariable:

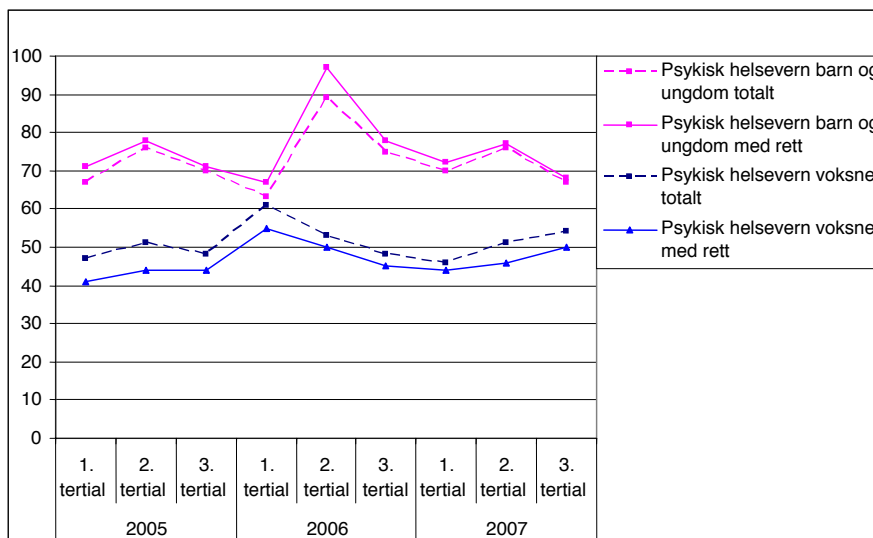
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet fordelt på somatikk, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP) og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere (TSB).
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen somatikk skal ikke øke mens den skal reduseres innen BUP, VOP og TSB.

Figur 10 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede totalt og med rett innen somatikk



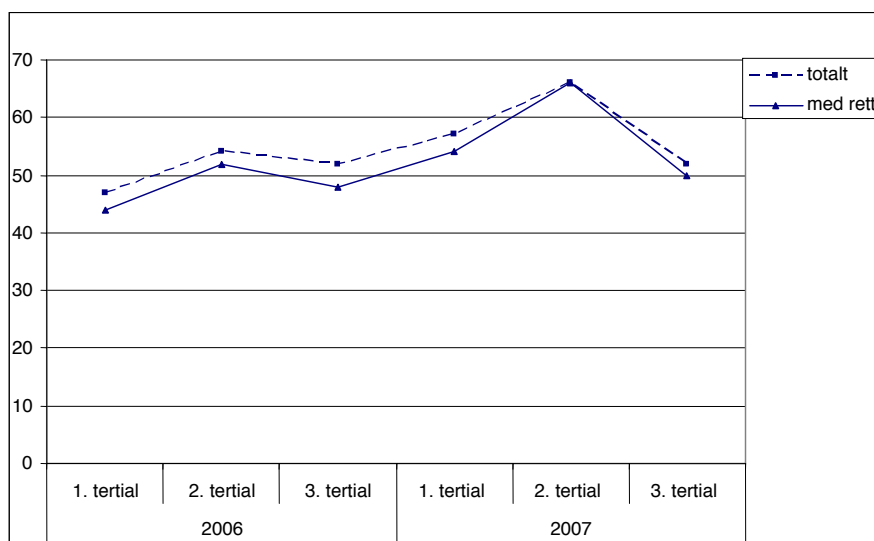
Figuren over indikerer at gjennomsnittlig ventetid for avviklede innen somatikk viser en svak økende tendens i perioden 2005-2007. For hvert av årene har tallene for 3. tertial ligget høyest. Tendensen i 2007 er den samme, og økningen er så vidt stor at RHFet vil ha særlig oppmerksomhet på utviklingen i 2008.

Figur 11 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede totalt og med rett innen psykisk helsevern, barn/ungdom og voksne



Ventetiden for barn og ungdom innen psykisk helsevern er omtrent uendret fra 2005 til 2007, men er bedret i forhold til 2006-tallene. For psykisk helsevern for voksne har det vært en svak økning i gjennomsnittlig ventetid fra 2005 til 2007, og det er også en økende tendens fra tertial til tertial i 2007.

Figur 12 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede totalt og med rett innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling



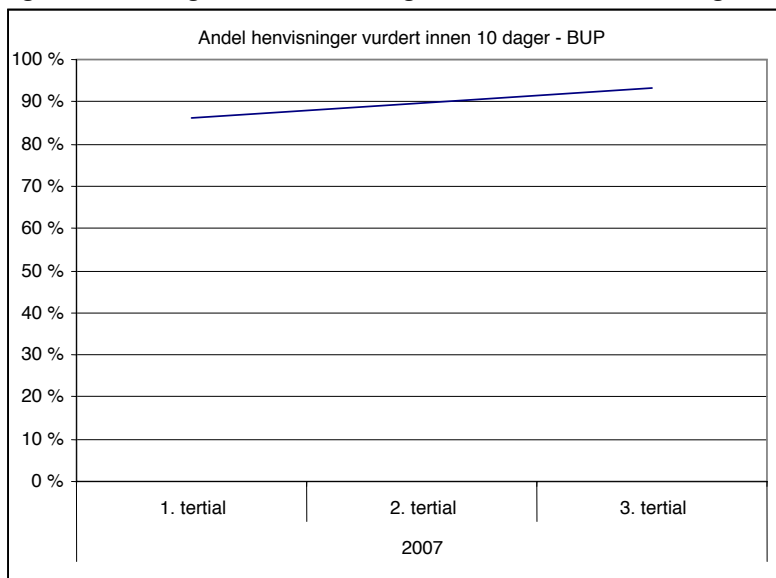
Ventetiden innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært høyere i år enn i 2006, men med en nedgang mot slutten av året. Det er også grunn til å merke seg at forskjellen i ventetid mellom gruppene har blitt mindre enn den var i 2006.

Gjennomgående ser det ut til at prioriteringsforskriften fram til nå i for liten grad har gitt konsekvenser for de pasienter som har særlig stort behov for behandling/helsehjelp. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det svært liten forskjell på ventetidene mellom de som har fått rett til nødvendig helsehjelp og alle pasienter innen fagområdet. For barn og ungdom har ventetiden gjennom året endog vært noe lengre for pasienter med rett. Innen somatikk er ventetiden kortere for pasienter med rett enn for alle pasienter innen fagområdet, slik kravet er, men heller ikke her er det en overbevisende bedre utvikling for pasienter med rett.

I en tid med økende behov for helsehjelp, og økende muligheter for diagnostikk og behandling, ser Helse Sør-Øst at en må satse enda sterkere på arbeidet med å gjøre reelle prioriteringer mellom pasienter som blir søkt til spesialisthelsetjenesten. Hensikten er at de pasienter som trenger hjelpen mest, skal få kortere ventetid enn andre pasienter. Med en riktigere prioritering vil de mest hjelpetrengende kunne få reelt kortere ventetid enn i dag, men med uendret effektivitet og produktivitet vil det samtidig bety at pasienter med mindre plagsomme lidelser må påregne lengre ventetider.

- Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager

Figur 13 Utvikling i andel henvisninger vurdert innen ti virkedager – BUP



Det har vært en økning i andel henvisninger som er vurdert innen 10 dager gjennom året, til 93 prosent i 3. tertial. Det innebærer at kravet om at ventetid til vurdering av henvisning skal være mindre enn ti dager ikke er innfridd. Tallene reflekterer helseforetakene i tidligere Helse Sør, da det i tidligere Helse Øst ikke er data på denne indikatoren for 2007. For 2008 er indikatoren lagt inn i rapporteringsmalen til alle og vil bli fulgt opp.

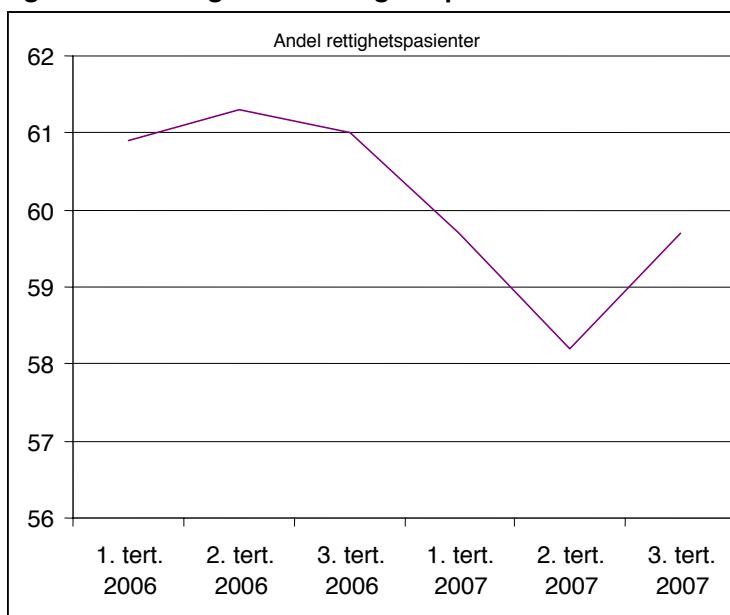
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på planlagt avrusning skal reduseres. Tall fra NPR viser 55 dagers ventetid 2. tertial og 26 dager i 3. tertial. Tallene er usikre da det er data fra få av helseforetakene.

5.1.3 Prioritering

Indikator/styringsvariable:

- Andel rettighetspasienter

Figur 14 Utvikling i andel rettighetspasienter



Figuren over tyder på at andelen av pasientene som samlet blir prioritert som rettighetspasienter har gått ned i 2007, men det er fortsatt store variasjoner mellom helseforetakene. Andelen rettighetspasienter ved helseforetakene varierer mellom 36 og 90 prosent innen somatikk. Innen psykisk helsevern er variasjonene både for barn og ungdom og for voksne mellom 42 og 95 prosent, men gjennomsnittstallene for regionen viser at flest pasienter blir definert som rettighetspasienter blant barn og ungdom (over 80 prosent). Spredningen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er særlig stor, med variasjon mellom 32 og 100 prosent.

Helse Sør-Øst har merket seg at færre pasienter i 2007 har blitt definert som rettighetspasienter, samtidig med at ventetidene viser en økende tendens. Det kan være et tegn på økende press og lavere behovsdekning. En vil følge utviklingen på dette området.

- Antall rettighetspasienter som har meldt seg til NAV Enhet for pasientformidling.

Tabell 3 Antall rettighetspasienter med fristbrudd som har meldt seg til NAV pasientformidling

2006				2007		
1. kvartal	2. kvartal	3. kvartal	4. kvartal	1. tertial	2. tertial	3. tertial
171	100	97	104	210	285	245

Tabellen viser at betydelig flere pasienter har meldt seg til NAV pasientformidling. Økningen er på 57 prosent fra 2006 til 2007. En antar at deler av økningen skyldes at ordningen har blitt mer kjent. Samtidig melder helseforetakene at mange pasienter som ikke får behandling innen fristen, ikke melder seg til NAV pasientformidling. Dette vil bli fulgt opp i forhold til helseforetakene i 2008.

- *Helse Sør-Øst skal samarbeide med de andre regionale helseforetakene og Sosial og helsedirektoratet om utarbeidelse av veileder for praktiseringen av prioriteringsforskriften innenfor ulike fagområder.*

Helse Sør og Helse Øst, og senere Sør-Øst RHF, har i 2007 deltatt i samarbeidsprosjektet ”Prosjekt riktigere prioritering” gjennom representasjon i styringsgruppen og prosjektgruppen i tillegg til at det har vært bred deltakelse fra HF-nivået i arbeidsgruppene der det viktigste arbeidet med utarbeidelsen av veiledertabeller for de ulike fagområdene foregår. De to første rundene i prosjektet (som omfatter ca 20 fagområdene) ble på det nærmeste ferdigstilt i løpet av året, og det ble lagt planer for gjennomføring av runde 3 i 2008 (for de 10 siste fagområdene) sammen med pilotering, høringsrunde og opplæring.

Ansatte fra helseforetakene og fra det regionale helseforetaket bidrar i dette arbeidet.

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Helse og omsorgsdepartementet gjennomgå beslutningsprosesser rundt investeringer i kostbart utstyr og kostbare medikamenter med sikte på å etablere felles rutiner i de regionale helseforetakene.*

Dialog pågår, og dette blir fulgt opp i et delprosjekt under omstillingsprogrammet, se nærmere omtale i Del III Styrets plandokument.

5.1.4 Nøkkeldata/indikatorer

Indikator/styringsvariable:

- Kvalitet i rapporterte virksomhetsdata fordelt på somatikk, VOP, BUP og TSB

Oppdraget er gitt videre til helseforetakene gjennom styringsdokumenter. Det er fortsatt mangler i rapporteringen fra en del av helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF vil fortsette arbeidet for at rapporteringen skal bli mer presis både i kvalitet og tid.

- Andel institusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket, og som er godkjent for rapportering på NPR-melding.
 - Andel private avtalespesialister som har avtale med det regionale helseforetaket, og som er godkjent for rapportering på NPR-melding.
- *Helse Sør-Øst skal bidra til å bedre både nøkkeldata og gjennomgående rapporteringssystem gjennom samarbeidsprosjekt med Helse og omsorgsdepartementet og Sosial og helsedirektoratet.*

Videreført i helseforetakenes oppdragsdokumenter. Rapporteringsdata fra NPR brukes aktivt i sammenligning mellom helseforetakene, noe som i seg selv bidrar til at helseforetakene bedrer kvaliteten på dataene. Deltar aktivt i samarbeidsprosjekt, og foretar også internt en kritisk og løpende vurdering av egne variabler og rapporteringsdata. Helse Sør-Øst RHF opprettet høsten 2007 en tverrfaglig arbeidsgruppe for å sikre enhetlig rapportering i foretaksgruppen i 2008.

5.1.5 Områder med særskilt fokus

Lokalsykehus

- *Helse Sør-Øst skal fortsette arbeidet med strategier for lokalsykehusene, i prosesser som inkluderer god dialog med brukere, primærhelsetjenesten samt lokale og regionale myndigheter.*
- *Helse Sør-Øst skal påse at lokalsykehusfunksjonene, også ved de store sykehusene, innrettes og organiseres ut fra behovene i de store sykdomsgruppene og de pasientgruppene som trenger tett oppfølging (som syke eldre og kronisk syke).*

Gjennom Nettverk for samhandling i tidligere Helse Øst og samhandlingsprogrammet "Helsedialog" i tidligere Helse Sør, har RHFets satt fokus på å spre gode erfaringer med slike tiltak. Her er også presisert betydningen av likeverdighet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og fokus på, og medvirkning fra brukerne og de ansattes organisasjoner.

Ved alle helseforetak er det inngått avtaler som formaliserer samhandlingen mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten. I rammen av disse er det etablert overordnede samarbeidsorgan der blant annet sykehusenes tilbud behandles og i flere tilfeller videreutvikles. Representanter for brukerorganisasjonene, fastlegene (praksiskoordinator) og ansattes organisasjoner er i mange tilfeller representert i disse fora. Konseptet Helsedialog skal stimulere til at dette skjer.

Foretakene har hatt et særlig fokus på å utvikle lokalsykehusfunksjonene i forhold til prioriterte pasientgrupper, særlig har det vært satt i gang en rekke prosjekter for å gi bedre tilbud til eldre med kroniske og sammensatte tilstander. Dette gjelder spesialiserte korttidsposter/ felles drift av forsterkede, kommunale institusjonsavdelinger, økt fokus på ambulant virksomhet og rådgivning/kompetanseoverføring til kommunene mv.

- *Helse Sør-Øst skal påse at lokalsykehusene har en hensiktsmessig arbeidsdeling med regionssykehus slik at lokalsykehusene tilbyr generelle og helhetlige spesialisthelsetjenester, og at mer spesialiserte tjenester tilbys innen et samarbeid mellom regionens sykehus.*

Disse føringene ble lagt til grunn for utformingen av plandokumenter i tidligere Helse Øst og Helse Sør, og denne føringen fra departementet følges nå opp i hovedstadsprosessen.

Videre er disse føringene formidlet i driftsavtale/oppdragsdokument til helseforetakene, og fulgt opp i oppfølgingsmøter med helseforetakene og i regionale samarbeidsmøter.

Spesialisthelsetjeneste for eldre

- *Helse Sør-Øst skal følge opp handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre.*

Tidligere Helse Sør og Helse Øst har utarbeidet handlingsplaner for spesialisert helsetjeneste til eldre med fokus på sammensatte problemstillinger. Planene var koordinert med pågående arbeid i SHdir for samme område. Planene er ikke styrebehandlet, men har sammenfallende fokusområder og blir i dag benyttet som retningsgivende for utviklingen av spesialisthelsetjeneste til eldre i regionen.

Psykisk helsevern

- *Distriktpsykiatriske sentre (DPS) skal være faglig og bemanningsmessig i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern.*

Det regionale helseforetaket utarbeidet en tiltaksplan med fokus på å oppnå målsettingene i Opptrappingsplanen om å styrke de desentraliserte behandlingstilbudene.

- *Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner. Ressursfordelingen mellom sykehusavdelinger og DPS må tilpasses oppgavefordelingen. Det vises i den sammenheng til DPS-veileder fra Sosial- og helsedirektoratet.*

RHFet har konkrete målsettinger for ressursfordelingen mellom sentralsykehusnivået og DPS-ene. DPS-ene og psykisk helsevern for barn og unge ble som en følge av dette prioritert ved tildelingen av Opptrappingsmidler for 2007.

- *Helse Sør-Øst skal overvåke overbelegg og tidlig utskrivning ved akuttavdelingene. Helse Sør-Øst må iverksette ytterligere tiltak herunder øke akutt plasser dersom det er risiko for gjentatte episoder med overbelegg.*

Beleggsprosenten på akuttavdelingene rapporteres månedlig til styret for RHFet. Beleggsprosenten gikk ned for flere helseforetak i 2007 grunnet større omstillings,- og omorganiseringsprosesser på helseforetakene med siktemål å få ned beleggsprosenten.

- *Helse Sør-Øst skal styrke behandlingstilbudet til sterkt traumatiserte pasienter og torturofre ved å opprette kliniske kompetansmiljøer.*

Sørlandet sykehus HF har en nasjonal kompetansesenterfunksjon for traumatisk stress. Aker universitetssykehus HF er gitt i oppdrag å styrke dette området både gjennom å bygge opp et regionalt kompetansesenter og gjennom øremerkede midler gitt fra Shdir.

- *Helse Sør-Øst skal vurdere behovet for antall sikkerhetsplasser og etablere tilstrekkelig kapasitet. Det vises til Sosial- og helsedirektoratets vurdering der det framkommer at det er behov for 30 flere sikkerhetsplasser på nasjonalt nivå.*

Det ble i 2007 foretatt en gjennomgang av sikkerhetspsykiatrien med sikte på å tydeliggjøre ansvarsfordelingen helseforetakene i mellom, herunder hvilken kapasitet det er behov for både på regionalt nivå og på helseforetaksnivå.

- *Helse Sør-Øst skal bidra i Sosial- og helsedirektoratets arbeid med å utarbeide retningslinjer om sikkerhet i sikkerhetspsykiatrien.*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har deltatt i arbeidsgruppe ledet av Shdir.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusavhengighet, får nødvendig oppfølging og hjelp jf. rundskriv IS-5/2006.*

Helseforetakene har fått sitt ansvar på dette området tydeliggjort i oppdragsdokumentene og driftsavtalene. Videre ble helseforetakene i 2007 tildelt prosjektmidler for å bedre sine tilbud, jfr øremerkede midler gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet.

- *Helse Sør-Øst skal utvikle gode rutiner for identifikasjon av selvmordsrisiko og oppfølging av personer som har forsøkt å begå selvmord. Departementet viser i den forbindelse til retningslinjer om selvmordsforebyggende arbeid som utgis av SHdir våren 2007.*

Helse Sør-Øst RHF har gitt Aker universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et regionalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress. RHFet har lagt inn en egenfinansiering på 6 mill. til dette kompetansesenteret for å øke den selvmordsforebyggende innsatsen ut over den tildelte økonomiske rammen fra Shdir. Det er som et ledd i dette arbeidet opprettet nettverksstillinger ved alle helseforetakene i tidligere Hele Øst.

Rehabilitering og habilitering

- *Kapasitet skal styrkes når det gjelder plasser i sykehus og andre institusjoner som yter tjenester innen spesialisert rehabilitering, og ansatte knyttet til poliklinikk og team i forhold til 2006 nivå.*

Helse Sør-Øst har i 2007 opprettholdt ressursinnsats i institusjoner utenfor sykehus/helseforetak. Gjennom avtaler og løpende oppfølging er det i samsvar med faglige anbefalinger arbeidet for økt kapasitet gjennom kortere liggetid for pasienter med enkle tilstander.

Helseforetakene er gjennom driftsavtaler og oppdragsdokument pålagt å prioritere rehabilitering. Som følge av variasjoner i aktivitetskoding, er det usikkerhet knyttet til aktivitetstall. Helse Sør-Øst har videre etablert ordning for stimulering av pasientopplæring og ambulant virksomhet innen definerte områder. Effekt av dette vil bli evaluert. Se også omtale under ”Tilbud til pasienter med alvorlige hodeskader”.

- *Helse Sør-Øst skal følge opp egen plan for habilitering og rehabilitering.*

Prinsipper i egne planer er gjennom driftsavtale/oppdragsdokument lagt som føring for prioriteringer i HF.

Regionale kompetansemiljøer for autisme er etablert. Regionale kompetansemiljø for ADHD, Tourette og narkolepsi er under etablering. Koordinerende enhet for døvblindesystemet er etablert. Helse Sør-Øst har sammen med SHdir gitt støtte til to prosjekter i regionen (Ullevål universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF) for å utvikle et bedre tilbud innen intensiv habilitering av barn, samt til Sykehuset Østfold HF som utvikler oppfølgingsprogram i livsløp uavhengig av diagnose etter modell fra Canada (”Habilitering for livet”). Avtaler inngått med private institusjoner er i samsvar med føringer i eget planverk. Avtalen med Beitostølen Helseportsenter omfatter re-/habiliteringstilbud til barn og unge med kroniske sykdommer og funksjonshemninger. Avtale med Cato-Senteret omfatter rehabiliteringstilbud til ungdom og unge voksne.

- *Helse Sør-Øst skal sikre behandlings- og rehabiliteringstilbud til tinnitusrammede.*

Helse Sør-Øst RHF har avtale med Landåsen rehabiliteringstilbud om institusjonsbasert rehabilitering. I tillegg til virksomhet ved hørselssentral/ØNH-avdelinger har flere lærings- og mestringssentra kurs for pasienter med Tinnitus.

- *Helse Sør-Øst skal styrke tiltak for pasienter med alvorlige hodeskader.*

Helse Sør-Øst RHF har gjennom regional omprioritering styrket tidligrehabiliteringstilbudet til pasienter med alvorlige hodeskader ved Sunnaas sykehus HF og Ullevål universitetssykehus HF. Tilbud ved Spesialsykehus Rehabilitering i Kristiansand er i vurderings- og planleggingsfase. Det arbeides systematisk med utvikling av behandlingsskjedene.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for relevante tiltak til synshemmede som trenger rehabilitering, herunder informasjonsmateriell, tilrettelagt opplæring, og legge til rette for samarbeid mellom aktuelle aktører.*

Dette ivaretas i helseforetakenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

- *Kjøp av tjenester fra private opptreningsinstitusjoner/ rehabiliteringsinstitusjoner skal skje i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser, samtidig som det skal tas hensyn til politiske retningslinjer.*

Dette er ivaretatt, både i de ordinære anbudsrunderne og for anskaffelser under ordningen Raskere tilbake.

- *Helse Sør-Øst skal øke antall operasjoner for Cochlea implantater til 70*

Dette er ivaretatt.

- *Helse Sør-Øst skal ha en koordinerende enhet innenfor det regionale helseforetaket, jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering.*

Ivaretatt gjennom enheter ved Spesialsykehus Rehabilitering og Sunnaas sykehus HF. Enhetene gir informasjon gjennom internett og "Grønn linje". Det er startet et prosjekt for å utvikle en internettbasert rehabiliteringsportal som skal kunne gi oversikt over alle tilbud innen rehabilitering i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

- *Iverksette og gjennomføre ordning for helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet. Jfr. tillegg til oppdragsdokumentet datert 31.1.2007.*

Helse Sør-Øst RHF har etablert eget prosjekt for gjennomføring av ordningen. Det er etablert tilbud gjennom økning av kapasitet innen eksisterende tilbud og nye tilbud til pasienter med sammensatte/uklart definerte tilstander med behov for tverrfaglig innsats. Alle HF deltar. Det er inngått/inngås avtale med private innen kirurgi og rehabilitering.

- *Helse Sør skal avsette 10 mill. kroner i 2007 til nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering ved Attføringscenteret i Rauland.*

Dette er ivaretatt.

Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innen smertebehandling mv

- *Helse Sør-Øst skal i oppfølging av Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 bistå Sosial- og helsedirektoratet i utarbeidelsen av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer.*

Det er oppnevnt representanter for fagområdet fra regionens helseforetak/sykehus som deltar i arbeidet med handlingsprogrammene. Når det gjelder det overordnede strategiarbeidet, foreligger det forslag til regionale planer fra begge de tidligere regioner samt et felles strategiarbeid for de spesialiserte funksjonene. Ved behandling av sak 068/2007- *Program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* - i desember 2007 sluttet styret i Helse Sør-Øst RHF seg til den overordnede beskrivelse av mål og aktiviteter for hovedstadsprosessen. Kreftområdet inngår som del av arbeidet i omstillingsprogrammet.

- *Helse Sør-Øst skal følge opp Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 på spesialisthelsetjenestens område, herunder etablere tverrfaglige diabetesteam og tiltak for å redusere senkomplikasjoner blant denne pasientgruppen.*

Krav til oppfølging av Nasjonal strategi for diabetesområdet er videreført til helseforetakene og sykehusene gjennom oppdragsdokument og driftsavtaler. Helse Sør-Øst har videre deltatt i en nasjonal kartlegging for etablering og drift av tverrfaglige diabetesteam. Resultatet fra kartleggingen er fulgt opp gjennom dialog med helseforetakene.

Et annet svært viktig tiltak er kurs i regi av våre lærings- og mestringsentre. Ved alle HF er det opprettet lærings- og mestringsentre. Det er et mål at kursvirksomhetene her også skal innbefatte samhandling med primærhelsetjenesten.

Som et stimuleringsiltak for å forebygge og redusere senkomplikasjoner ble det i tidligere Sør gjennomført forsøk med egne takster for ambulerende team som samarbeidet med kommunehelsetjenesten spesielt rettet mot sårbehandling. Dette vil i 2008 bli utvidet til hele regionen.

- *Helse Sør-Øst skal følge opp Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011.*

Kravet til oppfølging av nasjonal strategi for KOLS er videreført til helseforetakene og sykehusene. Det viktigste element i dette arbeidet skjer via aktivitet i lærings- og mestringsentrene. Det er tidligere utarbeidet eget opplæringsprogram innen KOLS og lungesykdommer. Dette er tilgjengelig for alle helseforetak. Det ble i 2007 gjort forsøk med egne takster for å stimulere til ambulerende virksomhet innen KOLS. Dette har ikke vist seg å være et egnet tiltak og vil ikke bli videreført.

- *Helse Sør-Øst skal i samhandling med primærhelsetjenesten styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter. Det skal legges til rette for tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å møte utfordringene på dette området, bl.a. ved smerteklinikkene.*

Kravet er videreført i oppdragsdokument og driftsavtaler. Det gjenstår en del arbeid og innsatsen vil bli intensivert i 2008.

- *Helse Sør-Øst skal bruke diagnostiske kriterier for å identifisere pasienter med myalgisk encefalopati (ME) og sikre behandlingstilbudet til denne pasientgruppen.*

Helse Sør-Øst har i 2007 arbeidet for å finne midler for forbedring av tilbudet til pasienter med ME i budsjettet for 2008.

Sykehuset Innlandet HF og Ullevål universitetssykehus har gjennomført informasjons- og lærings og mestringskurs for personer med kroniske utmattelsestilstander. Helse Sør-Øst har også avtaler med private institusjoner med spesiell kompetanse til å gi tilpassede trenings- og mestringskurs. En institusjon tar imot barn og unge i samarbeid med fagpersonell ved helseforetak.

Helseforetakene følger faglige retningslinjer for diagnostisering, eller de henviser pasienter videre dersom helseforetakene selv anser at de ikke har nødvendig kompetanse. Helse Sør-Øst RHF erkjenner imidlertid behov for å bedre tilbudet og har arbeidet mot budsjett 2008 for å få etablert en tverrfaglig poliklinikk, ambulant team, tiltak for å sikre lik praksis m.v.

Landsfunksjoner, nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

- *Helse Sør-Øst skal iverksette nødvendige tiltak for å sikre lik tilgjengelighet til de landsfunksjoner det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for.*

I utgangspunktet er det lik tilgjengelighet til disse landsfunksjonene, men de ansvarlige rapporterer om ulik henvisningspraksis. Det er foreløpig ikke iverksatt særskilte tiltak for å legge til rette for lik henvisningspraksis.

- *Helse Sør-Øst skal rapportere til Sosial- og helsedirektoratet på landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, eventuelt overnasjonale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for små og sjeldne funksjonshemninger i tråd med de krav som stilles av Sosial- og helsedirektoratet.*

Dette er ivaretatt, se omtale under punktet "Helse Sør-Øst skal følge opp egen plan for habilitering og rehabilitering" ovenfor.

- *Helse Sør-Øst skal opprette faglige referansegrupper for de landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for, i tråd med de krav som stilles.*

Dette følges opp løpende.

- *Helse Sør-Øst skal sammen med øvrige regionale helseforetak følge opp arbeidet med styring av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og overnasjonale funksjoner og nasjonale kompetansesentra for spesialisthelsetjenesten i tråd med departementets beslutninger.*

Samordning med andre RHF ivaretas gjennom formalisert samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet videreutvikle kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, herunder fastlegge framtidige oppgaver. De regionale fagmiljøene for autisme skal videreutvikles.*

Dette er ivaretatt, se omtale under punktet "Helse Sør-Øst skal følge opp egen plan for habilitering og rehabilitering" ovenfor.

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bygge opp regionalt fagmiljø innen ADHD, narkolepsi og Tourettes syndrom.*

Dette er ivaretatt, se omtale under punktet "Helse Sør-Øst skal følge opp egen plan for habilitering og rehabilitering" ovenfor.

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bygge opp regionalt fagmiljø for døve med psykiske lidelser.*

Aker universitetssykehus HF har fått tilskudd til å etablere landsfunksjon for døve og døvblinde med psykiske lidelser. Landsfunksjonen er etablert.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- *Helse Sør-Øst skal iverksette samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling*

Dette ansvaret er bakt inn i driftsavtalene/oppdragsdokumentene med helseforetakene/sykehusene.

- *Helse Sør-Øst skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.*

Poliklinikkene innen rusfeltet er styrket for å muliggjøre en tverrfaglig vurdering. Det er i tillegg foretatt en betydelig styrking av akuttavdelingene for å sikre at pasientene får en tverrfaglig vurdering av sine behandlingsbehov.

- *Helse Sør-Øst skal sikre at rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd gir en god oppfølging for kommunale tjenesteytere.*

Det vektlegges i driftsavtalen/oppdragsdokumentet med helseforetakene og de private avtalepartnere at en bruker individuell plan som middel til å sikre god samhandling mellom nivåene. Det er videre satt fokus på at institusjonene ved behandlingsavbrudd må sørge for at vedkommende får et tilpasset tilbud.

- *Helse Sør-Øst skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

Det er lagt inn friske midler både på helseforetakene og hos de private avtalepartene med sikte på å styrke den helsefaglige bemanningen.

- *Helse Sør-Øst skal årlig registrere antall gravide rusmiddelavhengige som er i legemiddelassistert rehabilitering og hva slags tilbud disse pasientene mottar.*

Det finnes ikke noen sentral oversikt over kvinner som bruker metadon eller buprenorfin i svangerskapet i Helse Sør-Øst, og det er ikke meldepliktig å bruke metadon eller buprenorfin i svangerskapet. LAR Øst og de enkelte virksomheter i foretaksgruppen har oversikt over de rusmiddelavhengige kvinnene de følger opp i poliklinikken og kommer også i kontakt med kvinner hvor fastlege eller kvinnen selv tar kontakt for råd og veiledning. Det antas å være ca 150 kvinner i LAR som har fått barn i perioden 1996 - 2007.

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

Det samarbeides med Kriminalomsorgen både gjennom prosjektet Narkotikaprogram med domstolskontroll, gjennom Stifinner-prosjektet samt i det arbeidet som skjer i helseforetakene.

Kvinnehelse

- *Helse Sør-Øst skal arbeide med en helhetlig fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten.*

Alle helseforetakene må tilpasse sin kapasitet til den faktiske søkningen, men føringen i Helse Sør-Øst er at de skal opprettholde spekteret av tilbud, og herunder er det grunnleggende å kunne håndtere normalfødsler i jordmorstyrte enheter.

Det har gjennom flere år vært et sterkt press på fødeplassene i hovedstadsområdet. Stadig flere kvinner ønsker å gjøre bruk av fritt sykehusvalg, og i den forbindelse er Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus de mest søkte fødesteder.

I juni 2006 konkluderte Helse Øst RHF i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet med at fødetilbudet skulle utvides med 400 plasser i hovedstadsområdet (300 til Rikshospitalet, og 50 hver til Akershus universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum). Det har vært en grunnleggende forutsetning for Helse Sør-Øst at eventuell utvidelse av fødekapasiteten i hovedstadsområdet skulle løses ved utnyttelse av potensialet ved alle sykehusene i hovedstadsområdet.

Etter at retten til fritt sykehusvalg for fødende, valg av fødested, ble juridisk avklart i 2006 i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, og sykehusene gikk sammen om å utarbeide felles rutiner og informasjon knyttet til søknadshåndteringen, har det vært ro i inntakssituasjonen i hovedstadsområdet i 2007.

- *Helse Sør-Øst skal utvikle lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og fødsler, herunder ivareta fødestuer der det er stor avstand til sykehus.*

I 2007 ble det realisert en ny lavrisikoenhet (jordmorstyrt ABC-tilbud) ved Rikshospitalet. Dette tilbudet kom i stand bl.a. basert på innspill fra private initiativtakere som var opptatt av å få virkeliggjort helhetlig svangerskaps- og fødselsomsorg for lavrisikofødsler i storbymiljø. De nye plassene ble basert på tildelingen av 300 nye fødeplasser for 2007 til Rikshospitalet fra Helse Sør-Øst RHF. Ullevål universitetssykehus har også i 2007 arbeidet med å utvikle en egen mottaksenhet og organisering av sammenhengende svangerskaps- og fødselsomsorg ved nærmere samarbeid med utvalgte bydeler.

Fødetilbudet og antall fødsler i øvrige deler av regionen har vært stabilt i 2007, men en registrerer svak nedgang i antall fødsler i distriktene og med tilsvarende økt antall fødsler i hovedstadsområdet i tråd med det generelle etablerings- og flyttemønsteret for yngre voksne inn mot byer og tettbebygde strøk.

Fødestuetilbudet i Helse Sør-Øst i områder med lang reiseavstand til sykehus er opprettholdt i 2007, men en ser behov for å vurdere nye løsninger som kan gi bedre ressursutnyttelse og samtidig et kvalitativt like godt tilbud til brukerne. En imøteser føringer fra det statlige strategiarbeidet som pågår på dette området.

- *Helse Sør-Øst skal bidra til å sikre gjennomføring av mammografiprogrammet i tråd med nasjonale føringer, herunder sikre gode tekniske kommunikasjonsmuligheter mellom de ulike aktørene som deltar i den praktiske gjennomføringen av programmet.*

Helse Sør-Øst har et godt utbygd tilbud i regionen. Arbeidet med tekniske kommunikasjonsmuligheter mellom aktørene vil være en del av det generelle arbeidet med IKT-løsninger for pasientbehandlingssystemene. Helse Sør-Øst har arbeidet mye med dette i 2007 for den nye regionen.

Donoransvarlige leger i sykehusene

- *Helse Sør-Øst skal i arbeidet med å øke antall tilgjengelige organer samarbeide med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Sosial- og helsedirektoratet.*

Arbeidet med å øke organdonasjon ble intensivert i 2007. Rikshospitalet HF og Ullevål Universitetssykehus HF fikk begge økte ressurser ut over det fastsatte beløp til dette formål. Rikshospitalet HF benyttet disse midlene til ambulering opplæring overfor regionens helseforetak. Ved Ullevål Universitetssykehus HF ble midlene benyttet til intensivert aktivitet for å kunne høste organer.

- *Helse Sør-Øst skal øke ressursbruken tilsvarende 5,9 mill. kroner til dette formålet i 2007.*

5,9 mill. kroner er fordelt til helseforetakene i regionen og øremerket dette formålet.

Smittevern og beredskap

- *Helse Sør-Øst skal få på plass samarbeidsformer med kommunene, øvrige samarbeidsparter i helseregionen, og andre helseregioner om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.*

I Helse Sør-Øst sitt regionale planverk for helsemessig- og sosial beredskap, er det beskrevet samhandlingsformer med alle relevante aktører, Fylkesmannen, andre regionale helseforetak og nasjonale myndigheter. Ullevål universitetssykehus HF er tillagt rollen med å koordinere ressursdisponeringen og samhandlingen ved kriser som rammer større deler av helseregionen.

HF med prehospitalt ansvar er pålagt samhandling med relevante aktører innen sine respektive ansvarsområder. Disse HF gjennomfører regelmessige møter med kommunene om koordinering og samhandling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Det er samarbeidsavtaler om smittevern bistand med alle kommuner. Alle HF med PHT er pålagt å gjennomføre møter med hver eneste kommune i løpet av året. Felles øvelser og relaterte seminarer gjennomføres.

HF representerer i alle fylkers beredskapsråd. Gjennom medisinsk nødmeldetjeneste er det etablert og øvd varsling av alle HF og LV sentraler. RHF har deltatt som observatør i en rekke fylkesberedskapsrådsmøter.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av alle RHF gjennom Interregional samordningsgruppe beredskap (ISB) deltatt i en nasjonal arbeidsgruppe for å utarbeide veileder for kommunenes beredskapsplanarbeid, og i dette arbeidet blant annet bidratt til å tilrettlegge for bedre samordning av planverkene mellom nivåene.

- *Helse Sør-Øst skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med tiltaksplanen som ventes våren 2007.*

Dette er dels ivarettatt i den regionale smittevernplanen for 2006-2008 som ble utarbeidet for tidligere Helse Øst og tilhørende foretak/sykehus, og gjennom tilsvarende smittevernplan for Helse Sør.

I tidligere Helse Øst var det Aker universitetssykehus HF som var kompetansesenteret og som drev dette arbeidet. Tilsvarende Rikshospitalet HF for tidligere Helse Sør. Arbeidet i 2007 har vesentlig bestått i å sette kontroll med antibiotikaforbruk på dagsorden i ulike faglige sammenhenger, samt arbeide med å kartlegge det faktiske forbruk. Sistnevnte tiltak sammen med sykehusapotekene. Utfordringen pr i dag er å skaffe gode oversikter og rutiner for tilbakemelding

til behandlere som indikerer lokalt forbruk sammenliknet med norm. Dette arbeidet prioriteres i det videre smittevernarbeidet, se også neste avsnitt.

- *Helse Sør-Øst skal utarbeide mål for smittevernarbeidet innenfor Helse Sør-Øst, herunder definere behovet for smittevernpersonell og smittevernkompentanse.*

Da Helse Sør-Øst ble etablert, hadde hver region sin smittevernplan. Disse ble gjort gjeldende inntil videre. Helse Sør sin smittevernplan ble revidert våren 2007, men pga fusjonen ikke styrebehandlet. Planene inneholdt noe ulike mål på disse områdene, og Helse Sør-Øst har påbegynt arbeidet med en ny, felles smittevernplan hvor disse tema inngår.

- *Helse Sør-Øst skal innarbeide beredskapshensyn i tjenestens logistikk-systemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene sammen med helseforetak kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre innsatsfaktorer / kritiske infrastruktur til spesialisthelsetjenesten i landet.*

Se omtale av arbeidet med oppdatering av regional beredskapsplan nedenfor. Det ble i 2006 foretatt egne beredskapsanalyser for å avdekke behov og mangler i forhold til sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler. Resultatet av beredskapsanalysene og tilhørende tiltak er dels innarbeidet i planverket, dels lagt til grunn for et pågående prosjekt med følgende mål:

- Prosjektet skal gjennomgå, etablere og kvalitetssikre forsyningsberedskapen på legemidler, antidoter, vaksiner og væsker i Helse Sør-Øst.
- Det skal utarbeides et sett dimensjonerende hendelser som legger grunnlag for beregning av forbruk av legemidler ved akutt oppståtte hendelser.
- Det skal utarbeides en revidert liste over kritiske legemidler i regionen og besluttes hvilke kvanta av legemidler som skal lagres lokalt
- Det skal tas stilling til behov for regionalt lager

HOD vil få tilsendt resultatet av prosjektarbeidet når dette slutføres ila første halvår i år. I Interregional samordningsgruppe beredskap (ISB) har forsyningsberedskap vært tema på flere møter for å sikre interregionalt samarbeid.

- *Helse Sør-Øst skal oppdatere og øve smittevern- og beredskapsplaner - også mot pandemisk influensa.*

Styret i tidligere Helse Øst RHF vedtok i desember 2006 en revidert helseberedskapsplan. Planen integrerer og ivaretar beredskapen overfor en mulig pandemisk influensa og andre alvorlige epidemier /smitteutbrudd. Helseforetakene skal revidere sine beredskapsplaner etter samme mal.

Ved rulleringen av planverket har tidligere Helse Øst vurdert om det eksisterer nye forutsetninger som det bør tas hensyn til. Funn i nasjonale ROS-analyser, resultater fra egne beredskapsanalyser innen smittevern og forsyningsberedskap og føringer gitt i ny "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" er tillagt særlig vekt.

Hovedtyngden i rulleringsarbeidet har vært oppdatering på områder som tidligere ikke har vært tilstrekkelig ivare tatt i planverket og som er prioritert bl.a. i bestillerdokumentet for 2006. Dette gjelder forsyningsberedskap ift legemidler og forsyningsberedskap ift helsemateriell samt smittevernberedskap med fokus på pandemi, med bakgrunn i nasjonal pandemiplan.

I tidligere Helse Sør ble beredskapsplaner/pandemiplanene revidert på alle nivå i 2007. Utover nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa ble samhandling med kommuner via fylkesmannen tillagt vekt.

Helse Sør-Øst RHF deltok i planlegging og gjennomføring av nasjonal pandemiøving i regi av HOD. Regionen er i gang med planlegging av en tilsvarende regional pandemiøvelse med bistand fra SHdir høsten 08.

Etter sammenslåingen ble de respektive regioners planverk med noen mindre tilpassinger gjort fortsatt gjeldende inntil det kunne etableres ett felles planverk. Arbeidet med dette felles planverk nærmer seg ferdigstillelse. En kopi av planverket vil bli sendt HOD når det er styregodkjent.

- *Helse Sør-Øst skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med en gjennomgang av den nasjonale forsyningsikkerheten og vurdere behov for nye tiltak for å ha nødvendig robusthet.*

Helse Sør-Øst bidrar ved forespørsel.

- *Helse Sør-Øst skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.*

Helse Sør-Øst har sammen med øvrige regioner gjennom ISB avgitt ressurspersoner til SH dir sin arbeidsgruppe. ISB har fungert som referansegruppe i dette arbeidet. Videre har RHF ene i fellesskap utarbeidet rutiner på lønn og personalområdet for slike team. Helse Sør-Øst RHF vil påpeke at man i arbeidet med helseteam til innsats i utlandet har kommet til den erkjennelse at disse team også bør forberedes til bruk nasjonalt og utgjøre en ressurs i det nasjonale, interregionale beredskapssamarbeide.

- *Helseforetaksgruppen skal ha en tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.*

Se omtale av arbeidet med oppdatering av regional beredskapsplan ovenfor. Det ble i 2006 foretatt egne beredskapsanalyser for å avdekke behov og mangler i forhold til sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler. Resultatet av beredskapsanalysene og tilhørende tiltak er innarbeidet i det oppdaterte planverket.

I tillegg samarbeider Helse Øst RHF med de øvrige regionale helseforetakene for å få på plass rutiner for samhandling og evt samarbeidsavtaler på disse områdene.

5.2 Forskning

- *Helse Sør-Øst skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene iverksette forskningssamarbeid innenfor minst to fagområder gjennom etablering av formelle forskernettverk og/ eller andre eventuelle tiltak. Arbeidet skal forankres i strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG)*

Helse Sør-Øst deltar i nasjonale forskningssamarbeidsprosjekter innen alvorlige psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer (Unikard) og nevrovitenskapelig forskning (NevroNor). Alle disse satsingene er forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG), som i tillegg har startet et arbeid med å etablere nasjonale forsknings-satsinger innen kreftforskning, rygg/muskelforskning og helsetjenesteforskning.

- *Helse Sør-Øst skal prioritere oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, herunder tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/ habilitering og kvinnehelse.*

Tidligere Helse Øst utpekte syv forskningssvake fagområder mtp spesiell satsing på oppbygging av kompetanse. I forbindelse med tildeling av forskningsmidler for 2007 ble prosjekter innen rehabilitering og psykisk helse/rus prioritert. Det ble også tildelt midler til etablering av en egen forskerskole for psykiatri og rus, i samarbeid med Universitetet i Oslo. I tidligere Helse Sør ble det i 2007 videreført satsning på et eget forskningsnettverk for psykiatri. Forskning innen psykiatri og rus ble også synliggjort gjennom utdeling av egne forskningspriser for dette forskningsfeltet i 2007.

- *Helse Sør-Øst skal sikre ivaretagelse av kjønnspektivet i klinisk forskning (kjønnsforskjeller i sykdom og behandling) berunder sikre at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant.*

Analyser av sykdomsforekomst og behandlingsresultater etter kjønn inngår rutinemessig i forskningsprosjekter der dette er relevant.

Samarbeidsorganet (SO) for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo (UiO) har tatt initiativ til utredning av en felles tiltaksplan for likestilling innen forskning. Tiltaksplanen har vært på høring i helseforetakene. Cirka en tredjedel av forskningsmidlene tildeles prosjekter/tiltak som ledes av kvinnelige søkere. For tiden pågår en evaluering av forskningssatsningen i tidligere Helse Øst. Denne vil også ta opp likestillingsperspektivet.

- *Helse Sør-Øst skal foreta en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringsystemer som er etablert for forskning i helseforetakene.*

Helse Øst gjennomførte andre halvår 2006 internrevisjon av systemer for forskning i helseforetakene. Dette inkluderte også kvalitetssikringsystemene for forskning. Resultatene av revisjonen er fulgt opp på helseforetaksnivå og ble samlet presentert og diskutert på fellesmøter med forskningsledelsen ved helseforetakene i februar og mai 2007. I tillegg ble resultatet lagt fram på et eget seminar om kvalitetssikring i forskning arrangert av Samarbeidsorganet i mai 2007. Systemer for kvalitetssikring i forskning er også tema ved utforming av ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF.

- *Det skal gjennomføres måling av forskningsresultater i henhold til etablert system. Helse Sør-Øst skal i samråd med de øvrige regionale helseforetakene og de fire breddeuniversitetene arbeide med sikte på at forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA skal etableres i alle helseforetak. Det forutsettes at det etableres tilfredsstillende systemer for innsyn og kvalitetssikring på tvers av institusjonene og brukermedvirkning fra de regionale helseforetakene.*

Helseforetakene rapporterer forskningsproduksjon til NIFU STEP etter fastlagte standarder, som ledd i grunnlaget for den nasjonale kartleggingen. I tillegg samarbeider det regionale helseforetaket med ledelsen av FRIDA med tanke på videreutvikling av rapporteringssystemet for forskning til å bli felles for helseforetakene og universitetene. Målet er å unngå dublerede rapporteringsrutiner og samtidig sikre oversikt og transparens mht forskningsaktiviteten.

- *Helse Sør-Øst skal rapportere på ressursbruk til forskning samt bidra med kompetanse og nødvendige ressurser til utviklingsarbeid og nasjonal samordning med måling av ressursbruk til forskning og utvikling i regi av NIFU STEP.*

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF rapporterer egen ressursbruk til forskning i henhold til rapporteringsrutiner satt opp av NIFU STEP. Dette danner grunnlaget for årlige nasjonale rapporter om ressursbruk. På anmodning fra NIFU STEP bidrar helseforetakene og fagpersoner innen Helse Sør-Øst RHF til kvalitetssikring av metode og tallgrunnlag for disse rapportene.

- *Helse Sør-Øst skal bidra i arbeidet med en ytterligere konkretisering og implementering av felles femårig nasjonal satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren med særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.*

Helse Sør-Øst RHF har opprettet en egen rådgiverstilling for å følge opp innovasjon og næringsutvikling. Arbeidet skjer i samarbeid med sentrale aktører, inkludert Helse- og omsorgsdepartementet, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. Innovasjon er tatt med som eget tema i arbeidet med ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF.

5.3 Utdanning av helsepersonell

- *Helse Sør-Øst skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen slik at helseforetakene framstår som og er attraktive læringsarenaer.*
- *Helse Sør-Øst skal etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnusplasser for turnuskandidater i turnustjeneste.*
- *Helse Sør-Øst skal sikre at de som har helseforetakene som praksis-/turnusarena opplever at praksis/turnus er strukturert og at det gis god veiledning.*

Helse Sør-Øst RHF videreførte i 2007 et gjennomføringsprosjekt for bedre koordinering av praksisplasser for høyskoleutdanningene. Prosjektet er basert på et utviklingsarbeid i samarbeidsorganets regi som ble påbegynt i det tidligere Helse Øst-området i 2005. Siktemålet har vært å bedre kvaliteten på praksis og å få på plass en felles organisasjons- og samarbeidsstruktur mellom helseforetakene og høyskolene. Gjennomføringsprosjektet slutføres som et pilotprosjekt for helseforetakene og høyskolene i tidligere Helse Øst og med sikte på utrulling for helseregionen i 2009. Ved årsskiftet ble det startet et konkret arbeid med IKT-løsning for felles database for praksisplasser for de sosial- og helsefaglige høyskoleutdanningene i hele region Helse Sør-Øst. Arbeidet er båret fram med stort engasjement og oppslutning fra alle parter, og det er forventninger til å få fremtidig arbeidsverktøy til å lette praksisformidlingen og effektivisere samhandlingen.

Arbeidet med tilrettelegging og mottak av turnuskandidater i helseforetakene i Helse Sør-Øst er videreført i tråd med avtalt fordeling av plasser.

- *Helse Sør-Øst skal medvirke til at forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger kan gjennomføres.*

Helse Sør-Øst har deltatt i et arbeid initiert av Sosial- og helsedirektoratet når det gjelder oppfølging av oppdrag vedrørende turnustjeneste for leger. Dette oppdraget består i å gjøre forsøk med psykiatri i legers turnustjeneste samt å utarbeide en samlet vurdering og forslag til framtidig organisering av turnustjenesten for leger generelt. Dette arbeidet er i slutfasen nå og rapport om en helhetlig gjennomgang av turnustjenesten for leger utarbeides. Helse Sør-Øst har gjort en forespørsel til helseforetakene om de er interessert i å være med på et forsøk med psykiatri i legers turnustjeneste. De fleste helseforetakene er interessert i å være med på et forsøk såfremt forholdene blir lagt til rette for det. Arbeidet er ikke kommet så langt at et eller flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst er valgt ut til tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger.

- *Helse Sør-Øst skal planlegge og bidra til videreutdanning og etterutdanning av personellet for å møte nåværende og framtidige behov.*

Tidligere Helse Sør har kartlagt helseforetakenes behov for spesialsykepleiere innen anestesi-, barne- intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie i perioden 2007-2010 og 2010 -2017. Behovskartleggingen er oversendt høgskolene med henstilling om å tilpasse studietilbudet i takt med helseforetakenes behov.

- *Helse Sør-Øst skal bidra til at det nasjonalt utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene (herunder effektive utdanningsløp) og bidra til god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger.*

Helse Sør-Øst har videreført arbeidet med forvaltning av legefordelings- og reguleringssystemet i 2007 i tråd med gitte nasjonale føringer. Det til enhver tid mangel på tildelte legehjemler sett i forhold til helseforetakenes og sykehusenes innmeldte behov.

Tidligere Helse Sør igangsatte et prosjekt for å rekruttere og utdanne flere barne- og ungdomspsykiatere etter modell fra Helse Nord. Prosjektleder er tilsatt og styringsgruppen hadde første møte i juni.

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at legenes stillingsstruktur er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database <http://www.nr.dep.no/> og systematisk og fortløpende melde inn avviksendringer.*

Oppfølgingen av dette er videreført også i 2007 i tråd gjeldende nasjonale retningslinjer. De enkelte helseforetak/sykehus har oppnevnte kontaktpersoner i HR-avdelingene som skal sørge for å holde oversikten på legehjemler med tilhørende NR-id.nr og fortløpende avmelding til den nasjonale databasen om endringer.

5.4 Pasientopplæring

- *Helse Sør-Øst skal sørge for at det er lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak.*

LMS er etablert ved alle helseforetak. I Helse Sør RHF er det også etablert et regionalt LMS ved Sørlandet sykehus HF som skal ha et koordineringsansvar og et ansvar for fagutvikling og metodeutvikling i regionen. Det nasjonale kompetansesenteret for læring og mestring er lokalisert til Ved Aker universitetssykehus HF. I begge de to tidligere helseregionene ble det i 2007 etablert ordninger med økonomiske stimuleringsordninger /egne takster for pasientopplæring hvor det er krav om brukerdeltakelse. Det er anvendt 3,6 mill. kr. til dette formålet. Ordningene er noe ulikt innrettet og planlegges evaluert i 2008.

LMS inngår som et sentralt element i Helsedialogprogrammet som omfatter foretakene i tidligere Helse Sør.

- *Helse Sør-Øst skal tilby opplæring og bidra til innsikt i pasienters egen sykdom for pasienter med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse.*

Ansvar for pasientopplæring inngår i driftsavtaler med HF. Opplæring skjer både i klinikk og gjennom lærings- og mestringssentrene.

- *Helse Sør-Øst skal gi råd til foreldre med funksjonsbemmede barn om tilbud i Norge, og råd i forhold til bruk av utenlandske metoder.*

Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for at 25 familier kan følge utenlandsk metodikk.

- *Helse Sør-Øst bes om å ta initiativ til å utvikle et tilbud til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende innenfor rammen av lærings- og mestringssentrene.*

Det er etablert pilotprosjekt ved to helseforetak. Disse vil bli evaluert for eventuell videreføring.

5.5 Oppfølging og rapportering

- *Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra formulerte krav skal meldes til departementet når slike avvik blir kjent.*

Dette er fulgt opp.

- *Indikatorer/ styringsvariable skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i fortaksmøtet i januar 2007. Mål departementet setter for resultatindikatorer framgår av vedlegg 1 i Oppdragsdokumentet.*

Dette er fulgt opp via det ordinære rapporteringssystemet.

- *I årlig melding (helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15) skal det rapporteres på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2006. Rapportering på tiltak til oppfølging skal inngå som del av årlig melding. Videre skal det i årlig melding gis en helhetlig presentasjon av hvordan styringsopplegget overfor helseforetakene tilsikter å ivareta Helse Sør-Østs "sørge for"-ansvar.*

Dette anses å være fulgt opp i og med denne årlige meldingen for 2007.

- *Årlig melding vil være et viktig grunnlag for departementets tilbakemelding til Stortinget angående oppfølging av Nasjonal helseplan og Årlig melding skal vise hvordan planen har vært en referanseramme for den samlede innsatsen i 2007.*

Nasjonal helseplan ble lagt til grunn for de planer som ble utarbeidet i 2007 i tidligere Helse Øst og Helse Sør og mye av plangrunnlaget er videreført i de planer som er lagt til grunn for Helse Sør-Øst, se plandelen av Årlig melding, kapittel 10.

Nasjonal helseplan reflekteres også i de føringer som er videreformidlet til helseforetakene og sykehusene i driftsavtaler og oppdragsdokumenter for 2007.

- *Helse Sør-Øst skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2009 innen 15. desember 2007.*

Dette er ivaretatt.

Brev av 30.05.2007: Oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF – tillegg til Oppdragsdokument 2007 Helse Sør RHF og Oppdragsdokument 2007 Helse Øst RHF

Det vises til opprettelsen av Helse Sør-Øst RHF ved kongelig resolusjon av 11. mai 2007. Helse Sør- Øst RHF skal:

Sørge for at befolkningen i Helseregion Sør-Øst tilbys spesialisthelsetjeneste.

Se del I hvor ivaretagelsen av sørge for-ansvaret vurderes, og styrets konklusjon i kap. 3.4.

- Ivareta eierskapet til virksomhetene i Helse Sør Øst.

En har arbeidet aktivt for å følge opp styringsbudskapet for den nye regionen. Gjennom styrebehandlingen ble det vedtatt at hovedfokus for administrasjonen skulle være å sørge for en sikker og rask etablering av ledelsen og den øvrige administrasjonen for Helse Sør-Øst RHF samt å fastholde og forsterke styringen av helseforetaksgruppen for å sikre at driften styres iht. de kvalitative og økonomiske styringsmål som er satt. Det vises for øvrig kapittel 3 og styrets konklusjon i kapittel 3.4.

- Overta ansvaret for samlede bevilgninger til Helse Sør RHF og Helse Øst RHF for 2007.

Dette er ivaretatt.

- Oppfylle de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet har stilt i oppdragsdokumentene til Helse Sør RHF og Helse Øst RHF for 2007.

Se del I hvor ivaretagelsen av sørge for-ansvaret vurderes, og styrets konklusjon i kap. 3.4.

I tillegg legges følgende premisser til grunn fra eier:

- For 2007 er Helse Sør-Øst RHF bevilget 100 mill. kroner for å sikre pasientbehandlingen og gi noe bedre tid til effektivisering av driften.

Dette er tatt til etterretning.

- Helse Sør-Øst RHF må være innstilt på løpene effektivisering/omstilling i årene fremover.

Dette er tatt til etterretning.

- Det legges ikke opp til å redusere bevilgningene til Helse Sør-Øst RHF i 2007 og 2008 som følge av effektiviseringsgevinster.

Dette er tatt til etterretning

- Effektiviseringsgevinstene må komme sykehus utenfor hovedstadsregionen til gode, med fokus på ytterkantene.

Dette er tatt til etterretning

- Sammenslåingen av de to RHF-ene skal gjennomføres innenfor de samlede bevilgninger.

Dette er tatt til etterretning. Det vises for øvrig til nærmere omtale i kapittel 3.

6 Oppfølging av protokoll fra foretaksmøtet

I dette kapittel rapporteres det først på protokoll fra foretaksmøte med hhv Helse Øst RHF og Helse Sør RHF i februar 2007 og dernest på protokoll fra foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF i mai 2007. Protokollene fra møtene med de to tidligere helseregionene er slått sammen på de punkter som er sammenfallende i ordlyden.

6.1 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 4)

Sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF – etablering av Helse Sør-Øst RHF

- *Det legges til grunn at Helse Øst RHF og underliggende helseforetak i perioden fram til ny organisasjon er etablert fullt ut skal ivareta ansvar og oppgaver som det er tillagt. I det forberedende arbeidet må det stilles nødvendige ressurser til disposisjon.*

Dette er etterkommet.

- *Det må ikke inngås bindinger i form av avtaler, utvikles strategier eller gjøres andre disposisjoner som vil virke blokkerende eller forplikte nytt regionalt helseforetak på en uhensiktsmessig måte.*

Dette kravet er videreført overfor helseforetakene gjennom foretaksmøter.

Samordning av stabs- og støttefunksjoner

- *Helse Sør RHF får ansvar for å lede og koordinere det videre arbeidet med mulige fellesløsninger for stabs- og støttefunksjoner.*

Helse Sør RHF, senere Helse Sør-Øst RHF, har iht oppdrag gitt i foretaksmøte for 2007 ledet et arbeid knyttet til utredning av mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Alle helseregioner har deltatt i arbeidet, og Styringsgruppen leverte 15. november 2007 sin anbefaling til videre arbeid. Anbefalingen ble behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF desember 2007.

Helse Sør-Øst RHF er i foretaksmøte januar 2008 bedt om å lede videre arbeid med saken i tråd med anbefalingene fra november 2007.

HR-området – personell og lønn som innsatsfaktor i helseforetakene

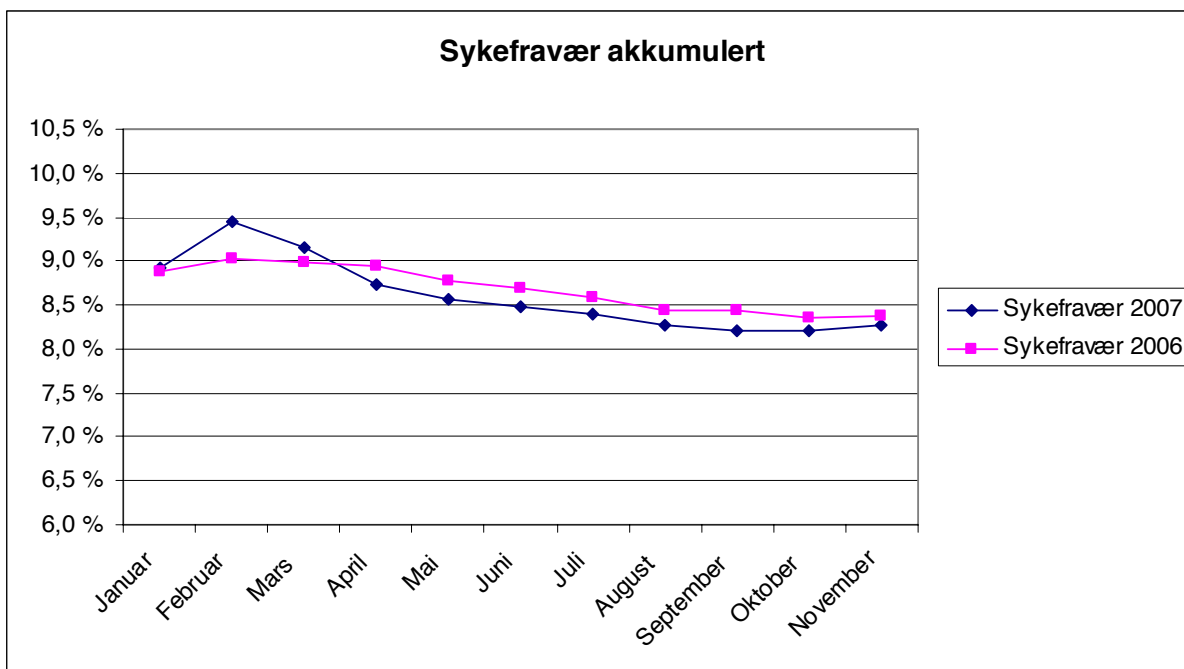
Sykefravær

- *Sykefravær blant ansatte utgjør en stor utfordring for helseforetakene. For 2007 legges det til grunn at Helse Sør-Øst RHF arbeider systematisk med sikte på reduksjon i sykefravær blant ansatte i helseforetaksgruppen. Samtlige foretak må ivareta aktiv forebygging og oppfølging av sykefraværet med sikte på reduksjon. Spesielt framhevet foretaksmøtet viktigheten av at styrene involveres i utvikling og tiltak på sykefraværsområdet. Videre må det arbeides systematisk og målrettet i forhold til faktisk utfordringsbilde med hensyn til variasjon mellom ulike personellgrupper, årsaker til fravær og økende langtidsfravær – og at styrene blir orientert og holdt oppdatert om sykefraværarbeidet i foretaksgruppen.*

Sykefraværet for Helse Sør og Helse Øst var i 2006 samlet 8,4 %.

Det er i 2007 arbeidet systematisk for å redusere fraværet. Styrene er involvert som foreskrevet i protokollen.

Utviklingen av sykefraværet i Helse Sør-Øst for 2006 og 2007:



Det er relativt store variasjoner mellom helseforetakene i totalt sykefravær. Videre er det store variasjoner mellom yrkesgruppene. Leger og ledere ligger på 3-4 % fravær, sykepleiere 7-9 %, hjelpe- og vernepleiere på 11- 14 % og ufaglærte enda høyere. I sum utgjør langtidsfraværet mellom 2/3 og 3/4 av det totale fraværet.

Akkumulert sykefravær for 2007 ligger på tross av forsterket innsats så høyt som 8,3 %. Det presiseres at måten sykefraværet blir registrert og målt på er endret. Dette har medført en nominell økning på noen tidels prosentpoeng. Det reelle fraværet er likevel alt for høyt.

For 2007 ble det i begge de tidligere regioner vedtatt en reduksjon i sykefraværet med opptil 1 % poeng. Målene er ikke oppnådd, men tas opp igjen i 2008- se del III, pkt. 17.3.1 nedenfor.

Håndtering av lønnsområdet

- *Lønn utgjør en helt vesentlig innsatsfaktor i spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i arbeidsgruppe og gjennomført evaluering av den valgte arbeidsgiverorganiseringen av spesialisthelsetjenesten, er det avdekket et betydelig forbedringspotensial med hensyn til helseforetakenes håndtering av lønnsområdet. Foretaksnotet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF søker å nyttiggjøre seg forbedringspotensialet som er avdekket i nevnte arbeid, og framhevet særlig viktigheten av at styrene i større grad involveres i lønnsoppgjørene. Ledelsen må ha stort fokus på at det er viktig å ivareta arbeidsgiveransvaret på en god måte, inklusiv kompetanse på håndtering av lønnsområdet.*

Helseforetakene er organisert i arbeidsgiverforeningen Spekter (tidligere NAVO). Fra 2004 har det vært oppnevnt et eget styre for underutvalget Spekter Helse. I tillegg har det vært nedsatt et *Faglig råd helse* som rådgivende organ for Spekters ledelse. Etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst - og på bakgrunn av en mer generell evaluering, ble det mot slutten av 2007 foretatt noen organisatoriske justeringer.

Oppsummert er den sentrale strukturen på lønnsområdet nå som følger:

1. Spekters styre, som fastsetter det overordnede mandat for de sentrale forhandlingene som gjelder alle Spekters medlemmer.

2. Underutvalget Spekter Helse, som består av administrerende direktør i de fire RHF. Underutvalget fastsetter mandat med de overordnede føringer for de videre forhandlinger på overenskomstområdet helse.
3. Strategi- og forhandlingsutvalg. Dette er nytt og erstatter det tidligere Faglig Råd Helse. Utvalget består av fem administrerende direktører oppnevnt blant landets helseforetak (herav to fra Helse Sør-Øst), samt HR-direktørene i de fire RHFene (samlet ni medlemmer). Utvalget er premissgiver overfor Underutvalget Helse. Videre skal utvalget ha mer operative roller inn mot forhandlingene. Forskjellen fra Faglig Råd er først og fremst at medlemmene er nærmere knyttet til styringslinjen.

Denne strukturen må ses i sammenheng med den lokale organisering av arbeidsgivers arbeid på lønnsområdet.

Internt i Helse Sør-Øst benyttes følgende arenaer for innspill og forankring:

1. Direktørmøtet
2. HR-direktørforum, ledet av RHF's HR-direktør.
3. Tariffnettverk, bestående av en forhandlings-/tariffaglig representant fra hvert av HFene. Dette nettverket skal bistå HR-direktørene og understøtte helseforetakenes medlemsaktiviteter innen Spekter, sikre erfaringsutveksling og fremme den interne debatt på lønns- og tariffområdet.

Det ligger en betydelig utfordring i å få disse sentrale og lokale ledd til å spille sammen på en måte som både sikrer enhetlige prioriteringer, lokale tilpasningsbehov, involvering og effektive beslutningsprosesser. På lokalt nivå skal også styrene involveres. Dette reiser særskilte problemstillinger i forhold til å definere mandat for styrenes deltakelse i prosessene.

Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til at foretakene v/adm.direktør sørger for at styrene gis generell informasjon om det økonomiske utgangspunktet og rammene for lønnsoppgjørene. På dette grunnlag inviteres de til å gi innspill til lokale rammer og føringer i forkant av forhandlingene. Etter gjennomførte forhandlinger informeres det dessuten om inngåtte avtaler og deres økonomiske konsekvenser. Dette er viktig for at styrene skal kunne fylle sin rolle. Det forutsetter imidlertid at styret ikke selv deltar i de enkelte forhandlingsprosesser.

Helsepersonells bierverv – ansattes integritet og uavhengighet

➤ *Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble i foretaksmøtet januar 2006 pålagt å utvikle gjennomgående retningslinjer for ansattes bierverv. Når det gjelder forholdet til legemiddelindustrien gjelder også lovgivning og avtalebaserte regelverk, i tillegg til interne retningslinjer for bierverv. Helse Øst RHF skal påse at aktuelle retningslinjer, lovgivning og gjeldende avtaler er godt kjent og etterleves av alt personell i helseforetakene slik at det ikke kan reises spørsmål ved de ansattes integritet, habilitet og uavhengighet.*

Helse Sør-Øst har fokus på god virksomhetsstyring og legger vekt på å sikre at dette blir oppfylt i hele foretaksgruppen. Arbeidet med bierverv og etiske retningslinjer har i 2007 vært preget av et mål om å konsolidere situasjonen ved løpende oppfølging av regelverket mv.

Riksrevisjonen er i to særskilte ekspedisjoner fra henholdsvis tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst orientert om foretakenes situasjon m.h.t. til følgende:

- Hvordan etablert samarbeidsavtale med legemiddelindustrien (LMI-avtalen) praktiseres
- Omfanget av ansattes bierverv i legemiddelindustrien
- Praksis for mottak og forvaltning av gaver
- Eventuelle interne fond og forvaltingsregimene knyttet til disse
- Ansatte med bierverv knyttet til stiftelser

De tidligere regioner Helse Sør og Helse Øst hadde alt før sammenslåingen etablert likeverdige regelverk for håndtering av bierverv i tråd med felles retningslinjer. Erfaringen i 2007 viser imidlertid et behov for ny gjennomgang av dette regelverket. Det vises i den forbindelse bl.a. til Sivilombudsmannens uttalelse i en konkret sak i 2007 ("Radiograf-saken"). Denne saken har også ført til konkrete krav fra ulike fagorganisasjoner på vegne av medlemmer med bierverv.

Helse Sør Øst RHF vil på denne bakgrunn evaluere eget regelverk for håndtering bierverv i 2008. Dette som grunnlag for eventuelle justeringer. Departementet vil bli orientert underveis.

Integrering og inkludering av personer med innvandrerbakgrunn

- *Regjeringen har bestemt at alle statlige virksomheter, herunder helseforetakene, i 2007 skal sette mål og utarbeide planer for å øke rekrutteringen av personer med innvandrerbakgrunn. Slike mål og planer kan f.eks. inngå i virksomhets- og/ eller personalplaner. Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av underliggende helseforetak innhente statistikk fra SSB og rapportere dette til Helse- og omsorgsdepartementet.*

Helse Sør-Øst RHF har i egen ekspedisjon til departementet rapportert på andel av ansatte med innvandrerbakgrunn fordelt på helseforetak og ansatte med henholdsvis vestlig og ikke-vestlig bakgrunn.

Det presiseres at tallmaterialet i denne rapporten er innhentet via Statistisk Sentralbyrå og at tallene ikke kan sammenlignes med rapporteringen for de to tidligere regionene i 2006. Utviklingstrekk kan derfor ikke beskrives før neste rapportering.

Datauttrekkene viser store variasjoner mellom helseforetakene, både når det gjelder andel innvandrere generelt og m.h.t. andel ikke-vestlige innvandrere spesielt. Det antas at dette i stor grad gjenspeiler ulikheter i innvandreres andel av befolkningen i de distriktene helseforetakene ligger. Dermed er det også naturlig at Oslo-foretakene har den største andelen innvandrere.

Flere av helseforetakene har fra før inntatt mål, retningslinjer og tiltak for å øke rekrutteringen av personer med innvandrerbakgrunn. I 2007 ble det igangsatt planarbeid som foreskrevet ved alle de øvrige foretakene. De fleste er på plass ved årets utløp.

Deltidsstillinger

- *Helse- og omsorgsdepartementet har behov for en nærmere oversikt over faktisk situasjon når det gjelder bruk av deltidsstillinger i helseforetakene. Foretaksrådet ba Helse Sør-Øst RHF om å foreta en kartlegging av bruk av deltidsstillinger i underliggende helseforetak, og sende Helse- og omsorgsdepartementet en overordnet orientering om status innen utgangen av første halvår 2007.*

Helse Sør-Øst RHF orienterte departementet om resultatet av kartleggingen i egen ekspedisjon vedlagt oversiktsrapporter for de tidligere foretaksgruppene Helse Sør og Helse Øst pr. utløpet av 1. halvår.

Form og innhold på rapportene ble samkjørt så langt råd var. På grunn av ulike lønns- og personalsystemer var det likevel ikke mulig å foreta en fullstendig samordning m.h.t. valg og avgrensning av aktuelle variable. Det kunne heller ikke foretas en direkte sammenligning av alle sammenfallende data.

Det fremkom store forskjeller både i omfang og fordeling av deltid ved ulike foretak og i ulike yrkesgrupper. Noen generelle trekk kan likevel skisseres:

- Deltidsansettelse omfatter ved de fleste foretak noe mellom en tredjedel og en halvdel av de ansatte, flere ved de mindre enn ved de større foretakene

- Deltidsansettelse er først og fremst et kvinnefenomen
- Deltidsansettelse forekommer mest hyppig i aldersgruppene fra 30-60 år

Om helsepersonell på utenlandsoppdrag

- *Det har vært uklarheter knyttet til oppgjør ved bemanning av helseteam for utrykning til utlandet. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene tar initiativ til å etablere tariffavtaler i forhold til sine ansatte for slike oppdrag.*

Med basis i en utredning fra en arbeidsgruppe nedsatt av det interregionale HR-direktørmøtet har regionhelseforetakene i fellesskap utarbeidet retningslinjer og rutiner på lønns- og personalområdet. Det er ikke tatt endelig standpunkt til reguleringsregime. Det er imidlertid foretatt en kartlegging og vurdering av aktuelle tariffspørsmål for slike team.

Oppfølging av juridisk rammeverk og særskilte tilsynssaker mv.

- *Foretaksmøtet viste til Arbeidstilsynets undersøkelse "God vakt", hvor det er funnet avvik ved alle virksomhetene som er undersøkt. Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere understreket at alle tilsyn skal følges opp av ledelsen i helseforetakene. Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakenes oppfølging av nevnte rapport skal legges fram og behandles av de respektive styrene ved underliggende helseforetak og i styret for regionalt helseforetak.*

Alle avvik er rettet opp, og ledelsens oppfølging av tilsynsrapportene er behandlet i de respektive styrer. Det er for øvrig satt i verk en rekke aktiviteter for å følge opp "God Vakt"-kampanjen. De pålegg som ble gitt og som nå er gjennomført, vil danne utgangspunkt for et mer systematisk miljøarbeid fremover.

- *Foretaksmøtet la til grunn at styrene for de regionale helseforetakene på en hensiktsmessig måte må få seg forelagt rapportene fra Helsetilsynets tilsynsvirksomhet.*

Styret i tidligere Helse Øst RHF fikk i april 2007 seg forelagt de viktigste forbedringspunktene etter tilsyn fra Helsetilsynet, og rapporterte forbedringspunkter fra pasientombudene og Norsk Pasientskadeerstatning. Styret i tidligere Helse Sør RHF fikk i mars 2007 seg forelagt en egen sak om Pasientombudenes årsrapport med forslag til forbedringspunkter. I begge regioner ble det avholdt møter med fylkeslegen om de innrapporterte funnene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal gjennomgå sine innkjøpsystemer og herunder påse at nytt regelverk om offentlige anskaffelser er kjent og etterleves. I gjennomgangen må innkjøpssystemene for helseforetaksgruppen vurderes og sees i sammenheng med økonomisystemet og fullmaktssystemene.*

Helse Øst RHF utarbeidet i 2007 et utkast til ny fullmaktstruktur for helseforetakene. I dette har man sett på innkjøps- og økonomisystemet i sammenheng med fullmaktssystemet. Dette arbeidet er videreført i Helse Sør-Øst, og utkastet har vært ute til høring i foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF vil i 2008 ta stilling til hvordan den nye strukturen eventuelt skal implementeres i helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere rutiner for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond som tilgodeser formål knyttet til spesialisthelsetjenesten eller driver virksomhet i forbindelse med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Rutinene skal være gjennomgående for helseforetaksgruppen og sikre at foretakene benytter de muligheter de har til ivareta sine interesser i styring av stiftelsene, herunder sikre at forvaltning av stiftelsene oppfyller de krav stiftelsesloven stiller. Rutinene skal særskilt behandle foretakenes rolle som mottager av midler fra stiftelser og legater, slik at ikke utenforstående aktører får innflytelse på foretaket på bekostning av foretakets ledelse. Overføring av midler fra foretaksgruppen til stiftelser, legater eller fond skal bare finne sted dersom det foreligger vesentlige grunner som av hensyn til foretakenes interesse tilsier det.*

Helse Sør-Øst RHF og de øvrige regionale helseforetakene samarbeider om å utvikle rutinene. Departementet har i foretaksmøte 24. januar 2008 gitt frist til 30. april 2008 med å avgi endelig rapport.

- *Foretaksmøtet minnet om at gjeldende krav til kjønns sammensetning må ivaretas ved sammensetning av og ved eventuelle endringer i foretakenes styre og i ulike underliggende datterselskap. Likeledes er det viktig med rask og korrekt rapportering til Brønnøysund-registrene, i samsvar med gjeldende krav.*

Dette er ivaretatt.

6.2 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 5)

- *I årlig melding, jf helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15, skal det rapporteres på oppfølging av kravene som er stilt i dette foretaksmøtet. Det vises i tillegg til omtale om rapportering under de enkelte punktene under sak 5 i protokollen, samt vedlegg til protokollen for de rapporteringspunkter og standardiserte maler for rapportering som gjelder for kravene satt i foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2007. Det regionale helseforetaket har ansvar for å melde fra til eier om vesentlige avvik i forhold til planlagt måloppnåelse.*

Dette følges opp.

Resultatkrav 2007

- *I 2007 vil fulle avskrivningskostnader knyttet til åpningsbalansen i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst RHF framkomme i sin helhet i det resultatet som foretaksgruppen i Helse Øst RHF vil bli målt etter. Etter at statsbudsjettet for 2007 ble lagt fram har regjeringen besluttet å etablere et nytt regionalt helseforetak, Helse Sør-Øst RHF til erstatning for dagens Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, senest innen 1. juli 2007. Foretaksmøtet forutsatte at foretaksgruppen i Helse Øst RHF har et regnskapsmessig resultat på avslutningstidspunktet som er i overensstemmelse med et periodisert resultat som for kalenderåret 2007 ikke skal overskride et underskudd på 390 mill. kroner. Eier er inneforstått med at dette vil kunne innebære betydelige omstillinger. Det legges samtidig til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.*

I budsjettforutsetningene for 2007, ble det lagt til grunn et styringsmål overfor helseforetakene i tidligere Helse Øst som samlet innebar et underskudd på 384,8 mill kroner.

- *Foretaksmøtet påpekte at det med forbehold om Stortingets tilslutning vil bli gitt en tilleggsbevilgning på 100 mill. kroner til det sammenslåtte selskapet Helse Sør-Øst RHF.*

Dette er ivaretatt.

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF innretter sin aktivitetsfinansierte pasientbehandling og sine investeringer slik at resultatkravet kan nås. Det ble også pekt på behovet for tett oppfølging og kontroll med de samlede lønnskostnadene i det enkelte helseforetak i foretaksgruppen.*
- *Det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst RHF sin framtidige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at Helse Sør RHF's og Helse Øst RHF's resultatkrav nås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Foretaksmøtet forutsatte at styret fram til avslutning av regnskapet sørger for betryggende styring og tett oppfølging av helseforetakenes økonomi.*
- *Foretaksmøtet viste til det nye og utvidede rapporteringsopplegget for 2007 hvor eier nå tar ytterligere grep for å forbedre oppfølging og kontroll av både de regionale helseforetakene og vel så viktig, det regionale helseforetakets oppfølging av sin foretaksgruppe. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i*

belseforetaksgruppen hver måned fram til avslutningstidspunktet (jf. vedlegg 1). Departementet vil følge opp den økonomiske utviklingen i Helse Øst RHF gjennom møter.

Det er rapportert månedlig i henhold til kravene fra eier gjennom hele 2007.

Investeringsområdet

- *Foretaksmøtet forutsatte at det skal foreligge konsernbestemmelser i det regionale helseforetaket som legger til grunn at driftsøkonomiske beregninger, inkl. hvordan økte kostnader er tenkt dekket inn, skal inngå som en del av investeringsbeslutningen. Slike bestemmelser skal gjelde alle typer investeringer.*

Dette er tatt til etterretning.

Investeringsstilskudd – Nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet

- *I henhold til det system som er lagt til grunn for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter, er Helse Øst RHF ansvarlig for styring og oppfølging av prosjektet innenfor premisser som følger av Stortingets vedtak. Foretaksmøtet minnet om at det i nevnte stortingsframlegg og i finansieringsløsningen som er lagt til grunn for prosjektet, klart framgår at eventuelle merkostnader vil være et anliggende for Helse Øst RHF.*

Dette er tatt til etterretning.

- *Foretaksmøtet forutsatte at midlene brukes til finansiering av prosjektene. Tilskuddet vil bli utbetalt med like deler i hhv. februar, april, juli og oktober. Det skal gis tilbakemelding om prosjektets framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2007 (jf. vedlegg 1). Prosjektene skal også omtales i årlig melding.*

Dette er fulgt opp ved tertialvis rapportering i forhold til de to angjeldende prosjektene, jfr også egen omtale i denne meldingen.

- *Det ble i møtet vist til innspill fra Helse Øst RHF i forkant av foretaksmøtet vedrørende framtidig finansiering av Akershus universitetssykehus. Departementet redegjorde for at innspillet vil bli vurdert og fulgt opp gjennom eget møte.*

Dette ble tatt til etterretning, og eget møte ble avholdt 23. mars 2007.

Låneopptak og driftskreditter

- *Med bakgrunn i omtalen under pkt 5.2 Investeringsområdet vil departementet fra 2007 spesifisere bruk av regionens tildelte låneramme på enkeltprosjekter. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF må derfor innen 1. mars d.å. sende inn søknad om lån til enkeltstående prosjekter i 2007 hvor samlet finansieringsplan skal vedlegges (jf vedlegg 1 til protokollen). Departementet tildeler i første omgang 1 000 mill. kroner i lån til investeringsformål i 2007. Denne lånerammen kan kun benyttes til finansiering av Nye Ahus.*

Lånesøknad ble sendt inn for Helse Øst RHF, for prosjektet Nye Ahus. Tildelt låneramme for Helse Øst RHF på 1 000 mill. kroner er brukt til finansiering av Nye Ahus. Utvidet låneramme for Helse Øst RHF på 342 mill. kroner ble avsatt til finansiering av Nye Ahus og nytt akuttmottak Sykehuset Innlandet HF, Sanderud.

- *Foretaksmøtet gjorde også oppmerksom på at ved søknad om lån til enkeltprosjekter vil departementet på et helhetlig grunnlag vurdere lånefinansieringsandelen. Videre ble det lagt til grunn at andel av midler i basisbevilgningen for å dekke avskrivningskostnader, benyttes fullt ut for lånerammer tildeles.*

Dette er tatt til etterretning.

- Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet på låneopptak, likviditet og kontantstrøm (jf. vedlegg 1 til protokollen)

Det er rapportert i henhold til krav til departementet.

6.3 Øvrige saker (Sak 6)

Utrede modell for framtidig organisering av administrasjon av enkeltoppgjør for pasienttransport

- Foretaksrådet viste til Helse- og omsorgsdepartementets brev datert 15. desember 2006 om overføring av administrasjon av enkeltoppgjør for pasienttransport fra Arbeids- og velferdsetaten til regionale helseforetak. Det er lagt til grunn at det skal være en enhetlig organisasjonsmodell for alle regionale helseforetak. Helse Øst RHF skal bidra i arbeidet og lede den tverregionale gruppen som oppnevnes i forbindelse med arbeidet. Det forutsettes at gruppens utredning og tilråding forankres på ledelsesnivå i de regionale helseforetakene og at sluttrapport oversendes departementet innen 15. juni 2007.

Tidligere Helse Øst ledet prosjektet "Utredning av modell for framtidig organisering av enkeltoppgjør for pasienttransport." Prosjektet omfattet alle regioner og ble avsluttet i juni 2007. Anbefalingene fra prosjektet følges opp fortløpende.

- Foretaksrådet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF ivaretar sine forpliktelser, herunder oppfølging av de aktuelle kommunene, gjennom prosjektet for mottak av nytt nødnett "INNF0" og helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO), i nært samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og den øvrige nødnettorganisasjonen. De øvrige regionale helseforetakene skal bistå og samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om prosjektet.

"INNF0"- og HDO-prosjektene er forankret gjennom AD-møtet ved etablering av en felles styringsgruppe hvor alle RHF og Sosial- og helsedirektoratet deltar. Sosial- og helsedirektoratet og Helse Sør-Øst RHF deltar også i koordineringsgruppen med Direktoratet for nødkommunikasjon og øvrige nødetater. "INNF0"-prosjektet og Sosial- og helsedirektoratet samarbeider om håndtering opp mot kommunehelsetjenesten.

IKT-området

- Foretaksrådet viste til Nasjonal helseplan og S@mspill 2007 og understreker betydningen av å videreføre det arbeid som pågår med fortsatt bred forankring på ledernivå i alle regionale helseforetak.
- Helse Sør-Øst RHF skal stille krav til sine leverandører om at alle standarder for meldinger som implementeres skal være godkjent gjennom Kompetansesenteret for IT i helse- og sosialsektoren sin test- og godkjenningsordning. Det skal likeledes settes krav om at nye applikasjoner har godkjente meldinger ferdig utviklet. Samhandlingsløsningene skal være i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur, som innebærer at all meldingstrafikk skal gå over Norsk Helsenett. TrygdHelsepostkassen skal fases ut i 2007. Siste versjon av meldingsstandardene (XML) for epikrise, henvisning og laboratorieresvar og felles transportformat (ebXML) tas i bruk så snart som mulig for all meldingsutveksling og overføring av data til sentrale registre.
- Styringskravet for 2006 for Helse Øst RHF og Helse Sør RHF var å sikre at alle helseforetak skulle kunne motta elektronisk henvisning i løpet av 2006. Denne målsettingen er ikke oppnådd. Helse Sør- Øst RHF skal utarbeide en prosjektplan for innføring av elektronisk epikrise innen 1. mars samt tidspunkt for når forsendelse av epikriser fra alle helseforetak og alle andelinger kan skje. Helse Nord RHF stiller til rådighet kompetanse fra Nasjonalt senter for telemedisin knyttet til elektronisk henvisning, hvis dette vurderes som ønskelig (jf rundskriv I-19/2003).

Aktuelle leverandører er klar over hvilke krav som gjelder for standard meldinger, implementerer støtte for disse i sine løsninger fortløpende. Helse Sør-Øst RHF har stilt som krav til sine

helseforetak at de skal etablere mulighet for utveksling av epikriser via Norsk Helsenet, og alle foretak med unntak av Rikshospitalet tilbyr nå overføring av epikriser elektronisk. Realisering av elektronisk samhandling på andre områder, som henvisninger utveksling av bildeinformasjon, har vist seg å innebære utfordringer som forutsetter investeringer og tyngre organisasjonsmessige tiltak, som ikke har vært mulig å realisere i 2007.

- *De regionale helseforetakene skal planlegge og legge til rette for at spesialisthelsetjenestens behov blir ivaretatt i arbeidet med eResept.*

Arbeidet med eResept ledes av Sosial- og helsedirektoratet. Helse Sør-Øst deltar i dette arbeidet gjennom representasjon fra Akershus universitetssykehus og Sykehusapotekene.

- *Av hensyn til planer om et sentralt elektronisk helsearkiv for journaler (jf. NOU 2006:5 Norsk helsearkiv - siste stopp for pasientjournalene), er det viktig at sykehusene forbereder seg, blant annet ved å innføre elektronisk pasientjournal så raskt som mulig. Regionale helseforetak må starte et samarbeid om en standard for skanning og lagring av data.*

Innføring av elektronisk pasientjournal pågår, men er ikke fullført for alle helseforetak ved utløpet av 2007. Helse Sør-Øst RHF har iverksatt en anskaffelsesprosess som grunnlag for å innføre elektronisk PAS/ EPJ hos de helseforetakene fra Helse Sør som ikke kunne realisere opprinnelige planer etter at avtalen med valgt leverandør ble terminert som følge av manglende leveringsevne. Realisering av elektronisk pasientjournal vil tidligst kunne slutføres i løpet av 2009.

Samordnet kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten

- *Informasjon er et viktig virkemiddel for formidling av nasjonal politikk. Alle de regionale helseforetakene har i 2006 deltatt i arbeidsgrupper for å få til bedre samordning av kommunikasjonsarbeidet. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF i 2007 må ansette tilstrekkelige ressurser til samordning av nettinformasjon, både visuelt og strukturelt, og til stoffproduksjon til felles informasjonspool. Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette et felles redaksjonsråd der Helse Sør- Øst RHF må delta.*

Helse Sør-Øst har bistått inn i det nasjonale arbeidet med å etablere et nasjonalt rammeverk for nettbasert kommunikasjon. Dette skal implementeres i helseforetakene i 2008, og det arbeides videre med et felles redaksjonsråd der det regionale helseforetaket skal bidra.

Avvikling av spilleautomater i sykehus

- *Helseforetakene skal være "spilleautomatfrie soner". Helseforetakene må avvike avtalene de får stedene hvor det fortsatt er utplassert spilleautomater i sykehusarealer, inklusiv tilgrensende kioskvirksomhet*

Dette kravet er videreformidlet helseforetakene i foretaksmøte.

Helsebiblioteket

- *Som ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten skal de regionale helseforetakene i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007).*

Det er gjennomført en kartlegging i alle HF/sykehus i Helse Sør-Øst RHF, om tilbudet som ytes av Helsebiblioteket står i rimelig forhold til pålagt betaling fra RHF i 2007. Kartleggingen danner et godt utgangspunkt for det videre samarbeidet med Helsebiblioteket om innhold og tilgjengelighet.

Samisk samarbeidsorgan

- *Foretaksrådet viste til protokoll fra foretaksråd 26. januar 2006 hvor Helse Øst RHF ble anmodet om å tiltre samisk samarbeidsorgan. Sametinget har meddelt overfor departementet at dette ikke er fulgt opp, og foretaksrådet forutsetter at Helse Øst RHF tiltrer samisk samarbeidsorgan.*

Helse Sør-Øst RHF deltar i samisk samarbeidsorgan.

Private laboratorietjenester

- *I bestillerdokumentet for 2005 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge de samme prinsippene om valgfrihet til grunn innenfor områdene private laboratorier og røntgeninstitutt som innen fritt sykehusvalg. Fra og med 1. mars 2007 stilles det ikke lengre krav om at disse prinsippene skal legges til grunn for private laboratorietjenester.*

Dette er tatt til etterretning.

Fordelingssystemet for leger

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører de tiltak som er nødvendige for å sikre at fordelingsystemet for leger overholdes og at fordelingen skjer i tråd med styringskravene i oppdragsdokumentet.*

Dette er ivare tatt, se rapportering i kapittel 5.

Referansegrupper for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra

- *Helse Sør-Øst RHF skal påse at det opprettes referansegrupper for alle landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra som er opprettet ved institusjoner i Helse Øst RHF.*

Helse Sør-Øst har startet arbeidet med å opprette faglige referansegrupper der dette ikke finnes.

Nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten

- *Det er vesentlig å ha komplette grunnlagsdata av god kvalitet for å kunne følge med på spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at Helse Sør-Øst RHF må sørge for at innrapportering til SSB og Norsk pasientregister gis høy prioritet.*

Rapportering har generelt høy fokus i Helse Sør-Øst. For å følge opp rapportering fra foretakene til RHF og videre til RHF-ledelse, styret og HOD, er det opprettet et tverrfaglig rapporteringsteam som også vil følge opp rapportering til SSB. Vi vil også ha en kontaktperson på hvert foretak for å ha en enda tettere dialog med foretakene på rapportering. Innrapportering til Norsk pasientregister foretas fra foretakene, men blir fulgt opp med blant annet rapportering på aktivitet til Helse Sør-Øst RHF. Vi vil også jobbe videre for å etablere en aktivitetskube for foretaksgruppen i Profitbase for å kunne følge utvikling på aktivitet.

- *Deler av styringsinformasjonen som sentrale helsemyndigheter har behov for, krever at helseforetakene rapporterer på NPR-melding. Det har derfor vært et krav at alle rapporterer på dette formatet. Fortsatt er det imidlertid flere helseforetak som ikke er godkjent for rapportering på dette formatet. Helse Sør-Øst RHF må sørge for at de godkjenningskravene som er utarbeidet, blir oppfylt av de aktuelle helseforetakene.*

Det arbeides i foretaksgruppen med å levere på v. 47 av XML meldingen fra og med 2. tertial 2008. Foretakene har pågående prosesser med Sykehuspartner / IKT og leverandører av PAS-system.

SHDir avdeling NPR har i dialogmøter med foretakene i tidligere Helse Sør ytret ønske om at de foretak som har mulighet prøverapporterer på v. 47 allerede etter 1. tertial. Noen av foretakene har vært positive til dette, men det avhenger av hvor fort de får implementert versjonen.

Sykehuset i Vestfold HF har imidlertid en utfordring ettersom de skal bytte PAS-system i perioden hvor overgangen til XML v. 47 skal gjennomføres. Dette fører til at det blir lite hensiktsmessig å implementere v. 47 XML i et system (PIMS) som det i dag ikke er support eller leverandør på. Det er bedt om en søknad/orientering fra SIV til RHF, dersom dette blir en relevant problemstilling.

Endring i vedtektene § 12 jf vedtektene § 18 og helseforetaksloven § 12

- *Helse Øst RHF gis en låneramme på totalt 7 500 mill. kroner. Lånerammen fordeles med 5 500 mill. kroner til investeringsformål og 2 000 mill. kroner i driftskredittramme. Tilsvarende for Helse Sør RHF er 5,1 mill kr i låneramme som fordeles på 2,1 mill kr til investeringsformål og 3 mill kr i driftsrammekreditt. Helse Sør-Øst RHF kan dog ikke ta opp lån eller driftskreditt som samlet sett overskrider årlige rammer for lån til investeringsformål eller driftskreditt fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.*

Helse Sør-Øst RHF hadde ved utgangen av 2007 en godkjent ramme til driftskreditt fra departementet på 2,7 mrd. kroner, og som var tilnærmet fullt unyttet.

- *Dersom Helse Sør-Øst RHF gir helseforetak som det eier adgang til å ta opp lån, skal det fastsettes en låneramme for det enkelte helseforetak. De samlede lånerammer for alle helseforetakene som Helse Øst RHF eier må ikke overskride den lånerammen som er fastsatt i første ledd.*

Dette er tatt til etterretning.

- *Dersom Helse Øst RHF tar opp lån for videre utlån til virksomheter som det eier eller har driftsavtale med, må det samlede utlån ikke overskride den lånerammen som er fastsatt i første ledd.*

Dette er tatt til etterretning.

- *Helse Øst RHF's låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene" av 26. februar 2003 med senere endringer*

Helse Øst RHF har fulgt de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i forbindelse med låneopptak til investeringsformål.

6.4 Om krav og rammebetingelser for Helse Sør-Øst RHF for 2007 (Sak 4)

- *Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF jobber videre med å finne fram til en god og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom de to administrasjonsstedene i samsvar med nevnte forutsetning.*

Dette er ivaretatt i den nye organisasjonsstrukturen. En ser samtidig at dette skaper utfordringer i forhold til arbeids- og rammevilkårene, blant annet med økt behov for reising.

- *I tråd med Stortingets krav forutsatte foretaksmøtet at Helse Sør-Øst RHF håndterer sin omstillingsutfordring slik at regnskapsmessig resultat for foretaksgruppen i 2007 ikke skal overskride et underskudd på 880 mill. kroner.*

Dette er tatt til etterretning, og er lagt til grunn som styringsmål for økonomisk resultat 2007.

- *Foretaksmøtet forutsatte at styret sørger for betryggende styring og tett oppfølging av helseforetakenes økonomi. Eier er inneforstått med at dette vil kunne innebære betydelige omstillinger. Det legges samtidig til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.*

Det arbeides kontinuerlig med oppfølging av helseforetakenes drift og tilpasning i forhold til de økonomiske rammer. Alle helseforetak har utviklet tiltak i forhold til foreliggende utfordringer. Det er lagt til grunn at omstillingstiltak skal gjennomføres i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

- *Styret for Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag å iverksette en begrenset revisjon av regnskapene i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF pr. 31. mai 2007 med supplering av avtalte kontrollhandlinger for å sikre en tilstrekkelig dokumentasjon av den økonomiske stillingen i de to regionale helseforetakene ved avslutningstidspunktet.*

Slik revisjon er gjennomført.

6.5 Øvrige saker (Sak 5)

Sykehuset Innlandet HF

- *Med bakgrunn i lengre tids uro knyttet til Sykehuset Innlandet HF, ble styret for Helse Sør-Øst RHF bedt om å ha et særskilt blikk for situasjonen ved helseforetaket. Det må legges vekt på at organisering og organisatoriske tiltak må sikre god måloppnåelse, god medvirkning for ansatte – og tillit i befolkningen.*

Administrerende direktør har i oppfølgingsmøter med Sykehuset Innlandet fokusert på dette. Sykehuset Innlandet har iverksatt en rekke tiltak for å styrke organisasjonskulturen og formidle trygghet til befolkningen. Helseforetaket har utviklet og iverksatt en kommunikasjonsplan. Ledelsesmodellen er endret slik at divisjonsdirektører for fag på tvers av geografi er erstattet med divisjonsdirektører for geografiske lokalisasjoner. Det er inngått samarbeidsavtaler med kommunene og etablert samarbeidsordninger.

Etter at helseforetaksstyret vedtok langsiktig strategisk utviklingsplan for sykehuset i juni 2006, er det vektlagt å formidle at helseforetaket skal bestå samlet og at den vedtatte funksjonsforedelingen skal ligge fast. Medvirkning fra de ansatte er vektlagt. For å styrke samarbeidet med legeförening har administrerende direktør i Helse Sør-Øst tatt initiativ til og deltatt i samarbeidsmøte med legeföreningen sentralt og lokalt i opptaksområdet.

Helseforetaket har i 2007 vist en god utvikling med vesentlig styrking av organisasjonskultur og generelt omdømme.

Planer om nytt sykehus i Buskerud

- *Det foreligger planer om utbygging av nytt sykehus i Buskerud. Dette er en sak som for tiden ligger til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, og departementet vil komme tilbake til saken på egnede måte.*

Planer om nytt sykehus i Buskerud har vært til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, som i Foretaksmøtet i Helse Sør RHF 17.12.07 fattet følgende vedtak:

1. *"Helse Sør-Øst RHF skal planlegge for et nytt sykehus til erstatning for dagens sykehusstilbud i Drammen.*
2. *Det er ikke aktuelt å benytte Sykehuset Buskerud sin opsjon på kjøp av 800 daa på Gullaug.*
3. *Helse Sør-Øst RHF gis i oppdrag å forhandle med nåværende eier av Gullaugtomta. Det er gitt nærmere retningslinjer i eget forhandlingsmandat, som er unntatt offentlighet.*
4. *Ut fra sakens særegne historie skal styret i Helse Sør-Øst RHF forelegge saken for departementet for endelig beslutning.*
5. *I perioden fram til nytt sykehus er etablert må helse Sør-Øst RHF søke å finne en forsvarlig løsning for psykiatrien som i dag er lokalisert ved psykiatriske avdeling Lier."*

Det er etablert kontakt med Dyno Nobel/Orica som grunneier, for gjennomføring av disse forhandlingene.

Helseforetakenes opptaksområder

- *Et tema i forberedelsesarbeidet forut for sammenslåingen har vært eventuelle behov for å foreta endringer i helseforetakenes opptaksområde, spesielt i hovedstadsområdet. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF vurderer behov for eventuelle endringer i opptaksområder som ledd i arbeidet med å følge opp og virkeliggjøre formål med sammenslåingen.*

Dette ivaretas gjennom arbeidet med innsatsområdene som er beskrevet i Del III, Styrets plandel, kapittel 14.

Arbeidsmedisinen skal styrkes

- *Regjeringen samarbeider med partene i arbeidslivet for å få et mer inkluderende arbeidsliv, og i den forbindelse har helseministeren uttrykt at arbeidsmedisinen skal styrkes. Foretaksmøtet har merket seg at det er et behov for å styrke kapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene, og for å øke utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin, slik at arbeidsrelaterte skader og lidelser i samfunnet kan forebygges, avdekkes og diagnostiseres. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF tar ansvar for å sikre tilstrekkelig kapasitet ved de arbeidsmedisinske avdelingene, og for tilstrekkelig utdanningskapasitet i arbeidsmedisin. Foretaksmøtet viste i den sammenheng til at det er stilt til disposisjon ekstra budsjettmidler fra prosjektet "Raskere tilbake".*

Det ble i 2007 lagt til rette for at de to arbeidsmedisinske avdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus fra 010108 blir slått sammen til en avdeling. Det er tilført en ekstra legestilling samt finansiering for dette. Avdelingen på Ullevål universitetssykehus har fått i mandat å videreføre samarbeidet med den Yrkesmedisinske avdelingen i Telemark. Innenfor prosjektet Raskere tilbake har mange av helseforetakene i Helse Sør-Øst i løpet av høsten 2007 etablert særlige tilbud for sykemeldte.

Legenes tjenesteplaner

- *Arbeidsmiljøloven legger rammene for hvorledes legenes tjenesteplaner skal innrettes på to nivåer: Rammene for maksimalt antall utførte arbeidstimer, og kravet om at tjenesteplanene skal ivareta hensynet til en forsvarlig utførelse. Foretaksmøtet viste til tidligere foretaksmøter, senest 12. februar 2007, om oppfølgingen av Arbeidstilsynets "God vakt"-undersøkelse og brev av 30. april 2007 til regionale helseforetak. Foretaksmøtet presisterte Helse Sør-Øst RHF's ansvar for å oppfylle lovkravene angående antall arbeidete timer og en forsvarlig utførelse av tjenesten slik at tjenesteplanene i helseforetakene er i samsvar med bestemmelsene i lov og/eller sentralt inngåtte avtaler.*

Helse Sør-Øst har i foretaksmøte bedt alle underliggende foretak om å forholde seg til dette.

Samhandling

- *Med bakgrunn i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund skal det i 2007 inngås en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen vil inkludere et nasjonalt oppfølgingsystem. Dette innebærer blant annet at de eksisterende avtalene må forankres og utvikles innenfor rammen av den nye nasjonale avtalen. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Sør-Øst RHF følger opp foretakenes samarbeid med kommunene innenfor rammene av den nye avtalen. Avtalen vil bli formidlet så snart den er inngått.*

Helse Sør-Øst RHF har påbegynt en videreføring av de aktiviteter og strategier på samhandlingsområdet som er initiert i de tidligere regionale helseforetakene. Ved en gjennomgang av status ved sammenslåingen, har en kommet frem til at de litt ulike tilnærmingene fra henholdsvis Øst og Sør for en stor del er komplementære og gjensidig støttende. En er imidlertid oppmerksom på at endringstiltak krever særlig fokus og ressurser fra helseforetakenes side, og at en i den fasen en er inne i må styre og koordinere aktiviteten slik at de ulike tiltakene gir nødvendig effekt.

Tidligere Helse Øst valgte en modell der ansvaret for samhandlingen ble lagt til helseforetakene og sykehusene, med spesiell vekt på de foretak/sykehus som hadde definerte opptaksområder og lokalsykehusfunksjon. I samarbeid med sine kommuner og bydeler skulle de sørge for å etablere likeverdige og nødvendige samarbeidsfora, og for å inngå og revidere samarbeidsavtaler. Det ble etablert slike avtaler mellom alle kommuner/ bydeler i helseregionen og deres foretak/sykehus. Til støtte for foretakenes/sykehusenes arbeid ble det etablert et Nettverk for samhandling i Helse Øst.

Tidligere Helse Sør hadde etablert et formalisert samarbeid innen rammen av *Helsedialog*. Den nasjonale rammeavtalen er bygget på de samme prinsipper som *Helsedialog*, og arbeidet som gjøres i regi av dette programmet er en implementering og operasjonalisering av den nasjonale rammeavtalen om samhandling. Helse Sør-Øst har startet arbeidet med å forankre dette programmet i hele regionen.

Det er arrangert en egen dialogkonferanse med representasjon fra kommuner, helseforetak og brukere høsten 2007 for å videreutvikle og spre erfaringer med samhandlingsavtaler i lys av den nasjonale rammeavtalen. Samarbeidsavtalene har også vært tema for møte med samhandlingsansvarlige ved alle helseforetakene.

På Nettstedet www.helsedialog.no formidles både den nasjonale rammeavtalen med veileder, eget, regionalt veiledningsmateriell og eksempler på gode samhandlingsavtaler mellom HF og kommuner som inspirasjonskilde og spredningsmedium til regionen for øvrig. RHFet har løpende kontakt med alle HFene, aktuelle samarbeidsfora mv for å støtte prosessene med utarbeidelse og revisjon av avtalene i lys av den nasjonale rammeavtalen. Det er videre tatt

initiativ overfor Oslo kommune og KS Oslo for å få deres avtaleverk a jour i forhold til rammeavtalen.

6.6 Låneopptak og driftskreditt (Sak 7)

- *Når det gjelder driftskreditter har Stortinget godkjent en samlet ramme i 2007 på 6,5 mrd. kroner. Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Foretaksrådet godkjenner en driftskredittramme på inntil 2,7 mrd. kroner i Helse Sør-Øst RHF. Dersom Helse Sør-Øst RHF har behov for å øke driftskredittrammen utover dette nivået må det søkes særskilt om dette.*

Helse Sør-Øst RHF klarte i 2007 å dekke inn sitt nødvendige likviditetsbehov med en godkjent driftskredittramme på inntil 2,7 mrd. Kroner.

- *Foretaksrådet ser alvorlig på likviditetsutviklingen i foretaksgruppen. Foretaksrådet la til grunn at Sør-Øst RHF's bruk av midler til drift og investeringer i 2007 må prioriteres innenfor de rammer for likviditet som her er lagt.*

Det har vært en tett oppfølging mot helseforetakene av forhold som har hatt betydning for likviditetsutviklingen i 2007, for å sikre en forsvarlig likviditetsreserve for foretaksgruppen.

6.7 Instruks om forholdet til universitet og høyskoler (Sak 8)

- *I følge vedtektene for regionale helseforetak skal foretaksrådet fastsette instruks om forholdet til universitet og høyskoler. På grunnlag av de tidligere instruksene for Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er det utarbeidet en ny oppdatert instruks. Instruksene vil bli oversendt sammen med protokoll fra foretaksrådet.*

Dette er tatt til etterretning.

6.8 Formalisering av kontaktmøter med fylkeskommuner o.a. (Sak 9)

- *Foretaksrådet minnet om at åpenhet om foretakenes og styrets virksomhet, og god samhandling med ulike interessenter, er viktige forutsetninger for å sikre tillit og legitimitet til spesialisthelsetjenesten og Helse Sør-Øst RHF. Tilsvarende gjør seg gjeldende for helseforetakene lokalt. Helse Sør-Øst RHF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med fylkeskommunene i regionen to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i regionen. Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at det etableres lignende ordninger med kommunene mv. i underliggende helseforetak.*

Det er etablert en fast ordning med Kontaktmøter med fylkeskommunene. Det er i foretaksrådet med helseforetakene satt krav om tilsvarende møter mellom helseforetak og kommunene. Vedtektene for helseforetakene er endret i samsvar med dette.

7 Rapportering av avvik etter tilsyn i Helse Sør-Øst i 2007

Det er gjennomført 156 tilsyn fra ulike myndigheter i løpet av 2007. Tabellen under gir en summarisk oversikt over antall tilsyn, avvik og ikke lukkede avvik i 2007 i alle helseforetakene:

Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Kommentar
Statens Helsetilsyn Inkludert tilsyn av blodbank	29	61	38	Avventer rapport fra et tilsyn
Datatilsynet	1	6		
Mattilsynet	29	42	5	
Arbeidstilsynet	3	10	1 (fra før 2007)	Avventer rapport fra et tilsyn
Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	8	49	23	
Statens forurensningstilsyn	3	19	5	
Statens strålevern				
Statens Helsetilsyn/Statens institutt for folkehelse				
Fylkesmannen	2	6	0	
Kommunene	1	0	0	Barnehageloven
Lokalt el-tilsyn	10	61	12	
Kommunalt brannvesen	66	100	42	Ulike kommuner
Riksrevisjonen	2			Avventer rapport fra et tilsyn
Statens legemiddelverk	2	17	0	
Sum	156	371	149	

Ullevål universitetssykehus har kun rapportert fra 3.tertial. Det mangler svar fra Psykiatrien i Vestfold, Rikshospitalet og Sykehuset Asker og Bærum.

Av de 156 tilsynene er 66 tilsyn utført av kommunalt brannvesen, 29 av Helsetilsynet (herunder tilsyn av blodbank) og 29 av Mattilsynet. Når det gjelder ikke lukkede avvik har foretakene høyeste tall fra kommunalt brannvesen med 42 ikke lukkede avvik, Helsetilsynet 38, mens det ovenfor Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (medisinsk teknisk utstyr) er 23 ikke lukkede avvik. Lukking av avvik kan ta lang tid fordi det krever iverksetting og evaluering av tiltak for å unngå nye avvik. Det kan derfor ikke forventes at alle avvik i 2007 er lukket enda.

Det høye antallet avvik og ikke lukkede avvik fra det kommunale brannvesen innen brann- og eksplosjonsvern kan reflektere vedlikeholdsetterslepet og et vedlikeholdsbudsjett som ikke alltid gjør det mulig å gjøre store økonomiske investeringer. Det kan gjøre lukking av avvik innen dette området til et vanskelig prioriteringsspørsmål i foretakene. Det er likevel ingen grunn til å tro at dette truer sikkerheten i foretakene.

Helseforetakene er pliktsubjekt ved tilsyn og har ansvaret for lukkingen av avvikene. De skal derfor selv til enhver tid ha oversikt over sine avvik og bruke dem aktivt i forbedringsarbeidet. Lokalt styre har ansvar for å følge opp at avvikene lukkes og skal holdes fortløpende orientert om avvik etter tilsyn som ikke er lukket av økonomiske eller andre årsaker.

8 Styrets arbeid i 2007

Det vises til Regjeringens beslutning om å slå sammen de to regionale helseforetakene Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til et nytt regionalt helseforetak kalt Helse Sør-Øst RHF. Av den grunn la ikke de to daværende regionale styrer konkrete planer utover styrenes funksjonstid i 2007.

Styret for Helse Sør-Øst RHF ble oppnevnt i Statsråd 11. mai 2007. Da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen 1. juni 2007 fikk den nye helseregionen i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å samordne virksomheten bedre og arbeide for bedre bruk av ressurser. Det overordnede målet er å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle som bor i regionen.

Med bakgrunn i dette oppdraget har styret for Helse Sør-Øst vedtatt at det skal arbeides med fem innsatsområder. Dette arbeidet har høy prioritet. Innsatsområdene er:

1. Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen)
2. Forskning
3. Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner
4. Kunnskapshåndtering og beste praksis
5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

I tillegg vil arbeidet med å sikre økonomisk balanse ha særskilt prioritet.

Styresak 068/2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* er tatt inn som vedlegg 2.

DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

9 Rammer for virksomheten - lovgrunnlag og andre overordnede styringsbudskap

Virksomheten i Helse Sør-Øst er basert på overordnede helsepolitiske mål, nærmere nedfelt blant annet i Lov om Helseforetak § 1.1, Lov om pasientrettigheter § 1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1, Lov om psykisk helsevern §1 og i øvrig helselovgivning og annen lovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet. Lov om spesialisthelsetjenesten angir (§ 3-8 Sykehusenes oppgaver) at sykehusene særlig skal ivareta følgende oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Videre er rammer for virksomheten fastsatt gjennom

- Vedtektene for Helse Sør-Øst RHF,
- Vedtatt statsbudsjett for 2008,
- I foretaksmøter, med særlig vekt på foretaksmøtet i januar 2008 hvor eier klargjør det overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav for 2008 samt krav og rammebetingelser knyttet til organisering og økonomi
- Oppdragsdokument for 2008 hvor eier bl.a. stiller krav til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret, og klargjør tildelingen av midler og ressursgrunnlag.

Helse Sør-Øst har som intensjon å oppfylle eiers bestilling på alle punkter og løse oppgavene ut fra en helhetlig forståelse og tenkning til beste for befolkningen.

Det er forutsatt at styrets plandokument skal:

- Være strategisk og overordnet og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor rammebetingelser gitt av eier.
- Gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og av den helsefaglige utviklingen på fagområdene.
- Vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten samt styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Tidsperspektivet for plandokument og bevilgningsbehov skal være 2-3 år, dvs. 2008-2010. Det er likevel behov for å planlegge utviklingen i et vesentlig mer langsiktig perspektiv. Det vises i denne sammenheng til arbeidet med å følge opp Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag og intensjon i forbindelse med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Med bakgrunn i dette er det igangsatt et omfattende program for omstilling og utvikling av Helse Sør-Øst.

10 Nasjonal Helseplan

I Nasjonal helseplan (2007–2010) fremheves arbeidet for å styrke og samordne innsatsen for likere og mer rettferdig fordeling av god helse. Den overordnede oppgaven defineres som å forebygge sykdom og skader og innsatsen for å fjerne uønskede geografiske forskjeller i tjenestetilbudet skal økes. De påviste betydelige sosiale forskjellene i helse og evt. i helsetjenestebruk skal reduseres. Kvaliteten i helsetjenestene skal bedres for å redusere antall feilbehandlinger og motvirke at brukere og pårørende opplever helsetjenesten som oppstykket og uten tydelig ansvar for samhandling mellom de forskjellige aktørene.

Utviklingen med at det blir flere gamle, at sykdomspanoramaet endrer seg og at ny kunnskap gir nye og oftest kostbare behandlingsmuligheter nevnes som fremtidens utfordringer. Det slås fast at forventningene til helsetjenestene i årene som kommer fortsatt vil være høye og at dette vil kreve at tjenesten organiseres og ledes bedre og at en den kunnskap som brukere og ansatte har. På bakgrunn av dette trekkes fram seks bærebjelker som skal være felles for forebyggende arbeid, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten:

10.1 Nasjonal helseplan - Helhet og samhandling

Nasjonal helseplan vektlegger at alle medarbeidere i helsetjenesten skal ha kunnskap om brukerens behov for samhandling i og utenfor organisasjonen. Ledere i sektoren har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der dette er nødvendig. God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Strategier og tiltak i helseplanperioden:

- Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet
- Der det samlede behandlings- og oppfølgingstilbudet er viktig for pasienten, skal ikke helsehjelpen skje isolert innenfor henholdsvis den kommunalt forankrede helse- og sosialtjenesten og den foretaksorganiserte spesialisthelsetjenesten. Det etableres derfor et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.
- På IKT-området skal det arbeides for at kommunene får en sterkere rolle i arbeidet med et nasjonalt helsenett slik at det legges til rette for bruk av IKT mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og sosialtjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen
- Utdanning skal fremdeles være forankret i de enkelte helsefagene, men det skal stilles sterkere krav til at utdanningene tar opp i seg samhandlingsutfordringer
- Utviklingen på forskningsområdet skal ta opp i seg samhandlingsutfordringen, blant annet ved at det skal etableres formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene, tjenestenivåene og fagdisiplinene for de ulike fagområdene
- Oppfølging av de pasientnære samhandlingstiltak slik som individuell plan og legenes praksiskonsulentordning skal styrkes
- Arbeidet med å bedre samhandlingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene følges opp med sikte på større faglighet i sykehjemmene
- Departementet og KS er enige om å starte et arbeid med sikte på å inngå en overordnet avtale som skal ha fokus på samhandlingen på helse- og omsorgsområdet

I 2007 har departementet og KS undertegnet en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Den er forankret i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Rammeavtalen varer i tre år, og legger vekt på å etablere likeverdige rammer for samhandling.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten 2007 utarbeide en strategisk plan som gir rammene for et utviklingsarbeid for å bedre tjenestetilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten. Hovedformålet er å møte utfordringene knyttet til Eldres behov for spesialisthelsetjenester på en helhetlig måte.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide forslag til nødvendige lovendringer som skal muliggjøre at informasjon kan deles eller gjøres tilgjengelig for behandlende helsepersonell i og mellom helseforetak, i og mellom private sykehus og mellom private sykehus og helseforetak.

10.2 Nasjonal helseplan - Demokrati og legitimitet

Den allmenne forventning til helsetjenesten er betydelig og økende i takt med medisinske fremskritt og økonomisk utvikling. Dette gjelder i særlig grad for spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen av helseplanen i de årlige budsjettframleggene må synliggjøre et realistisk forventningsnivå og avklare rammer for utvikling og drift av tjenestene. Innenfor de politiske fastsatte rammer, skal ledelse og ansatte i helsetjenesten forvalte tildelte ressurser på en samfunnsmessig god måte

Strategier og tiltak helseplanperioden:

- Pasientorganisasjonene og de ulike aktørene i helsetjenesten må i større grad drøfte og søke mot felles forståelse av de sentrale utfordringene og løsningsstrategiene for en bedre helsetjeneste.
- Åpenhet er et nødvendig grunnlag for helsetjenestens og foretakenes legitimitet.
- Videreutvikle et nasjonalt indikatorsystem som knyttet til seks internasjonalt anerkjente indikatorer for kvalitet, gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen
- Lage inkluderende prosesser slik at alle skal oppleve helsetjenesten «som sin»
- Legge vekt på å systematisere arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Avtalene skal synliggjør likeverdighet mellom partene
- Ressursbruken i spesialisthelsetjenesten skal være i tråd med Stortingets bevilgninger og under økonomisk kontroll

Helse- og omsorgsdepartementet har i vedtektene til de regionale helseforetakene lagt inn krav om jevnlig kontaktmøter mellom foretakene, fylkeskommunene, kommuner og øvrige relevante interessenter. Åpen kommunikasjon, god prosesshåndtering og systematisk involvering av ulike interessenter er viktige faktorer for å sikre tillit og legitimitet til helsetjenesten.

10.3 Nasjonal helseplan - Nærhet og trygghet

Helsetjenesten skal understøtte et desentralisert bosettingsmønster. Hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Den medisinske utviklingen forutsetter tilgang til avansert diagnostikk og behandling som ofte krever spesialkompetanse. Denne faglige utviklingen innebærer sentralisering på enkelte områder. Utviklingen tilsier å sentralisere det som må sentraliseres og desentraliserer det som kan desentraliseres. Lokale helsetjenester med høy faglig kvalitet skal organiseres og utvikles i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de prehospitale tjenester. Ingen lokalsykehus skal legges ned og lokalsykehusenes innhold må utvikles og omstilles på basis av godt faglig innhold, med hovedvekt på de store sykdomsgrupper hvor behandling og rehabilitering nær bosted.

Strategier og tiltak helseplanperioden:

- Lokalsykehusene skal videreutvikles for å ivareta behovet for generelle tjenester og være et bindeledd mellom de kommunale tjenester og sentraliserte/spesialiserte sykehusfunksjoner.

- Distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal gi lokalt og spesialisert tilbud for pasienter med psykiske lidelser
- Stimulere til utvikling av de ambulante/mobile teamene i spesialisthelsetjenesten slik at disse kan bistå det kommunale apparatet og sikre kompetanseoverføring
- Videreutvikle det nye nødnettet som et forutsigbart og moderne kommunikasjonssystem
- Utvikle robust krisehåndtering og beredskap. Sentralt i arbeidet vil være å gjennomføre øvelser og opplæring og styrke informasjonsberedskap overfor publikum
- Sikre robuste forsyningssystemer av legemidler, materiell og andre innsatsfaktorer som kan bli begrensninger i en krisesituasjon
- Styrke det internasjonale samarbeid på helseberedskapsområdet både i WHO og EU
- Effektiv elektronisk samhandling mellom kommunene og foretakene fordrer et utviklingsarbeid for å finne felles systemløsninger
- Videreutvikle og utvide innholdet i Norsk Helsenett
- Vurdere å innføre en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal
- Etablere en ny uavhengig enhet for pasientsikkerhet som skal ha som mål å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten

Rapporten *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede* ble avlevert departementet i mars 2007. Departementet vil med bakgrunn i rapporten og høringsrundene følge opp arbeidet for å etablere tilpassede behandlingsskjeder der lokalsykehusene i større grad tilpasses lokale forhold. Det skal legges vekt på gode og bredt involverende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser. Regjeringen vil komme tilbake til saken i revidert nasjonalbudsjett i 2008.

Departementet utfører et utrednings- og utviklingsarbeid for å få en bedre integrering av de private avtalespesialistene i de regionale helseforetaks sørge for ansvar. Departementet vil sende ut forslag til endrede rammebetingelser på en bred høring i løpet av høsten.

10.4 Nasjonal helseplan - Sterkere brukerrolle

Flertallet av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. Pårørende er ofte en viktig formidler av brukerens ønsker og behov som omsorgsyttere og støttespillere for helsetjenesten. I tillegg har brukerorganisasjonene en viktig rolle. En bedre utnyttelse av ordningen med fritt sykehusvalg vil stå sentralt. Erfaringer og kunnskap som pasientene opparbeider seg som brukere av tjenestene, skal komme andre pasienter til gode.

Strategier og tiltak helseplanperioden:

- Økt bruk av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring. Brukerne skal trekkes systematisk med i arbeidet for å utvikle nasjonale retningslinjer
- Pasienterfaringer vil bli systematisk brukt for å bedre samhandlingen i tjenestene. Det vil, i samarbeid med brukerorganisasjonene, utvikles tilbakemeldingssystem for samhandlingsproblematikk
- For å sikre pasienter og brukere mulighet til å medvirke i utviklingen av egen behandling og tjenestetilbud må en sikre åpenhet og lettere tilgang på informasjon om tjenestene
- Videreutvikling av valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen
- Økt kunnskap om befolkningen og brukernes ønsker og preferanser
- Videreutvikling av pasientenes/brukerorganisasjonenes posisjon i forhold til foretak og kommuner

Bruk av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring økes. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger å gjennomføre brede prosesser med involvering av brukere både i utarbeidelsen og oppfølgingen av ulike strategier og planer. Ett sentralt punkt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011) er at den politiske styringen av utviklingsarbeidet skal styrkes med sterkere medvirkning fra brukerorganisasjonene.

10.5 Nasjonal helseplan - Faglighet og kvalitet

Undersøkelser viser at feil skjer og at mange feil har alvorlige følger for pasientene. Det skal etableres systemer for å lære av slike feil slik at de ikke gjentar seg, og disse systemer skal understøtte utviklingen av helsetjenesten som en lærende organisasjon. Det er viktig for tjenestens legitimitet at det er åpenhet om feil og kvalitetsforbedring. Fagfolkene står i en virkelighet hvor brukeres forventninger, kunnskapens muligheter, etiske grunnverdier og økonomiske og faglige prioriteringer møtes. Prioriteringsutfordringene i helsetjenesten er krevende og kompliserte, og må løses med deltagelse fra fagmiljøene og brukerorganisasjonene. Organisatoriske systemer skal videreutvikles for at brukere og nasjonale aktører bedre skal ivareta helheten i prioriterings- og kvalitetsarbeidet.

Strategier og tiltak helseplanperioden:

- Etablering av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som skal bidra til en samordnet og helhetlig tilnærming til kvalitet og prioriteringer
- Tydeliggjøring av Sosial- og helsedirektoratets rolle nasjonalt retningslinje- og indikatorarbeid. Fagmiljøene vil ha en sentral rolle i utarbeiding av retningslinjer
- Etablering av ny enhet for pasientsikkerhet med mål om å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi, Og bedre skal det bli!, vil være sentralt
- Videreutvikling av Nasjonalt helsebibliotek som kunnskapsbase for helsetjenestens medarbeidere
- Bedre rutiner for å vurdere effekter og kostnader for store og nye investeringer, teknologi og innføring av nye kostnadskrevende behandlingsmetoder
- Sterkere vektlegging av nasjonal styring og samordning bl.a. på investeringsområdet, IKT og innen stab-/ støttefunksjoner
- Videreutvikle kvaliteten i de kommunale helse- og sosialtjenester ved avtale med KS
- Etablere kultur for kvalitetsutvikling og forbedring gjennom faglig utvikling og kvalitetsregistre
- Vurdere behov for å videreutvikle data- og beslutningsgrunnlaget for å framskrive behov for helsepersonell og motvirke skjevfordeling
- Sikre at innholdet i utdanningene samsvarer med behovene
- Gjennomgå ordningen med legefördeling og spesialistutdanningen for leger
- Utnytte forskningsmiljøer, helseregistre og befolkningsundersøkelser i utviklingen av forskningspolitikken
- Styrke særskilte områder som har lav forskningsaktivitet slik som pleie- og omsorgssektoren, allmennmedisin, rehabilitering mv.
- Gjøre ny internasjonal kunnskap tilgjengelig slik at den kan bli tatt i bruk av tjenesteutøvere

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble opprettet i 2007. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helsetjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet er etablert i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Senteret skal støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere og forebygge uønskede hendelser.

Et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell vil i de kommende årene være en av de største utfordringene i helsetjenesten. En god håndtering av koblingen mellom myndighetenes utdanningspolitikk på den ene siden og tjenestenes kompetansestrategier på den andre siden, er en forutsetning for å få et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell og realisere helsepolitiske målsetninger på nasjonalt nivå.

10.6 Nasjonal helseplan - Arbeid og helse

Arbeidsledighet og usikker arbeidssituasjon utgjør en helserisiko. Det er viktig å forhindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. I Nasjonal helseplan legges vekt på forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet – og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten, helsetjenesten, arbeidsmiljømyndighetene og arbeidslivets parter, står sentralt.

Strategier og tiltak helseplanperioden:

- Arbeide for en folkehelsepolitikk der arbeidslivet er en viktig arena for å forebygge sykefravær og bedre folkehelsen
- Initiere strategier for særlig utsatte grupper som for eksempel mennesker med psykiske lidelser for å redusere sykefravær og bidra til økt sysselsetting. Strategiene skal understøttes av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)
- Utarbeide en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten.
- Vektlegge arbeid med helse, miljø og sikkerhet og rette særskilt oppmerksomhet mot årsakene til at arbeidsmiljøbelastningene oppstår

Arbeidsmiljøprosjektet, Aktive Sykehus, ble i 2007 etablert og skal gjennomføres ved et utvalg sykehus i hver helseregion i perioden 2007-2009. Målet er økt fysisk aktivitet blant ansatte, bedre trivsel og redusert sykefravær. Arbeidsmiljøtiltak med vekt på fysisk aktivitet skal innarbeides som et varig innslag i HMS-arbeidet ved sykehusene.

11 Oppdragsdokument for 2008 og protokoll fra foretaksmøte

I tillegg til lover, forskrifter, vedtekter, Nasjonal Helseplan mv. styres de regionale helseforetakene gjennom virkemidler forvaltet av Helse- omsorgsdepartementet. Det årlig styringsbudskap gis samlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøte i januar.

I Oppdragsdokumentet stiller eier bl.a. krav til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret, og klargjør tildelingen av midler og ressursgrunnlag. Det legges til grunn at det etableres systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres, utføres og videreføres i samsvar med fastsatte krav – og at systemene er dokumentert. Det regionale helseforetaket skal ha robuste systemer for formidling og oppfølging av myndighetskrav mellom det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetak for å sikre at pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring skjer i samsvar med myndighetskravene. Det presiseres at RHF har et helhetlig ansvar for at befolkningen får tilbud om relevante tjenester, i henhold til lovbestemmelser og øvrige myndighetsdirektiver. Det forutsettes videre at virksomheten må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som Stortinget har fastsatt.

I protokoll fra foretaksmøtet klargjør eier det overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav, samt krav og rammebetingelser knyttet til organisering og økonomi. RHF er forpliktet til å følge opp Stortingets budsjettvedtak knyttet til de enkelte budsjettposter og vedtak. Det legges videre til grunn at det enkelte tiltak og aktiviteter gis en innretning som følger opp bredden av de helsepolitiske målene.

Innenfor Helse Sør-Øst følges styringsbudskapet opp gjennom driftsavtaler og rapporteringssystem innen helseforetaksgruppen og ved oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF v/administrerende direktør. Videre skjer oppfølgingen gjennom vedtatt styringsmodell, dialog med helseforetakene i direktør- og styreledermøter og i foretaksmøter med helseforetakene. Enkelte oppfølgingspunkter løses i et samarbeid med de øvrige RHF. Oppfølging av styringsbudskapet for 2008 er nærmere beskrevet i styresak 002/2008 *Oppdragsdokument for 2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF – oppfølging.*

12 Samlet program for utvikling og omstilling

12.1 Bakgrunn

Beslutningen om opprettelse av Helse Sør-Øst ble fattet 31. januar 2007. Sammenslåingen ble bekreftet og rammer og oppdrag ble gitt i foretaksmøtet 30.05.07 med etableringstidspunkt for den nye regionen Helse Sør-Øst RHF 1. juni. 2007.

Eier har formulert et omfattende oppdrag for å realisere intensjoner, mål og oppgaver bak sammenslåingen av de to regionene.

Oppfølging av oppdraget er beskrevet i to styresaker høsten 2007, sak 030 *Oppfølging av foretaksmøte 30. mai 2007* og sak 040 *Oppfølging av oppdragsdokumentet - innhold og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjon og oppgavefordeling i hovedstaden*. Ytterligere konkretisering av arbeidet er beskrevet i sak 068/2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*.

Hovedintensjonene bak sammenslåingen er bl.a. formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykebusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer.”

I protokollen fra foretaksmøte 30. mai konkluderes det med at det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst sitt framtidige handlingsrom og økonomiske stilling at resultatkrav nås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Det blir samtidig uttrykt at eier er inneforstått med at det vil kunne innebære betydelige omstillinger.

Det understrekes at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har skapt et handlingsrom for utvikling og verdiskapning i helsetjenesten. Dette gjelder særlig i hovedstadsområdet, hvor både befolkningsgrunnlaget og de korte avstandene gir nye muligheter for å tenke effektiv organisering og samhandling. Tidligere uhensiktsmessige administrative skillelinjer er opphevet, og med et tydelig mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst en unik mulighet til å gjøre nødvendige endringer som kommer pasientene og helsetjenesten til nytte.

Krav og forventninger i forbindelse med beslutningen om å slå sammen de to tidligere regionene til Helse Sør-Øst RHF innebærer at ressursutnyttelsen og koordineringen av spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet må bedres, og at dette skal komme pasientene til gode i hele regionen og landet for øvrig. Det skal også sikre bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT og andre administrative støttetjenester.

12.2 Mål for omstillingsprogrammet

Målene for omstillingsprogrammet er i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi som forutsetter at tjenestene skal:

- *Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)*
- *Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)*
- *Involvere brukerne og gi dem innflytelse*
- *Være samordnet og preget av kontinuitet*

- *Utnytte ressursene på en god måte*
- *Være tilgjengelig og rettferdig fordelt*

Det tas sikte på å bruke allerede eksisterende kvalitets- og styringsindikatorer for å følge effekten av programmet.

12.3 Medvirkning / forankring

Videreutvikling av gode og fremtidsrettede tjenestetilbud forutsetter bred forankring og medvirkning på alle nivå, både fra brukere og ansatte. Sak nr 049-2007: *Oppfølging av oppdragsdokumentet - medvirkning og involvering i arbeidet med innsatsområdene* definerer opplegget for medvirkning og involvering i arbeidet med innsatsområdene og fastslår at det skal legges til rette for:

- Medvirkning, involvering og forankring:
 - a. gjennom etablerte fora
 - b. gjennom arbeidsgrupper/prosjektgrupper og referansegrupper
 - c. gjennom supplerende arenaer
- God informasjon gjennom alle faser av arbeidet.

Administrerende direktør har etablert et internt programstyre med rådgivende funksjon for programarbeidet. Intern forankring i foretaksgruppen skjer gjennom direktørmøter og i faste møter med brukere og tillitsvalgte. Som supplerende arena for medvirkning er det opprettet et programforum hvor direktørgruppen, brukere, tillitsvalgte og verneombud i fellesskap drøfter innspill og gir råd til administrerende direktør. I tillegg etableres hensiktsmessige møteplasser for informasjon og kunnskapsutveksling på tvers i RHFet. Forankring inn mot de tre øvrige RHF skjer gjennom de faste samarbeidsmøtene.

Helse Sør-Øst tilstreber involvering, dialog og medvirkning fra ansatte, brukere og interessenter for å få det beste grunnlaget for beslutninger. Dette innebærer at det ved behov og anledning også tas andre initiativ. Det utarbeides planer for informasjon, medvirkning og involvering innenfor hvert innsatsområde.

I tillegg vil en, gjennom forskjellige arenaer og fora, sikre informasjon og forankring i forhold kommuner, fylkeskommuner, sentrale helsemyndigheter, universiteter og høyskoler.

12.4 Innsatsområder i programmet

I tråd med tidligere styrevedtak, er omstillingsprogrammet organisert i følgende fem innsatsområder:

- Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen)
- Forskning
- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner
- Mobilisering av medarbeidere og ledere

Innholdet i omstillingsprogrammet blir nærmere beskrevet i kap. 14.2.

Det er et gjennomgående krav og ansvar at virksomhetene drives i økonomisk balanse og med sikte på en bærekraftig utvikling på lengre sikt. Dette perspektivet er inkludert i Strategisk fokus 2008-2011.

13 Strategisk fokus for Helse Sør-Øst 2008 – 2011

Hensikten med Strategisk fokus 2008 - 2011 er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og samlet strategisk grunnlag. Målene for 2008 uttrykker en særlig prioritering. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst.

Det forutsettes av ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder i dokumentet og at alle øvrige ansatte skal kjenne innholdet og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Følgende fokusområder er lagt til grunn for utviklingen av Strategisk fokus for 2008 – 2011 og mål for 2008:

- Pasientbehandling (herunder struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet)
- Forskning
- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Økonomisk balanse og bærekraft

Den videre oppbygging av plandokumentet tar utgangspunkt i de seks fokusområdene.

14 Pasientbehandling (herunder struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet)

14.1 Strategisk fokus

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ <i>Bedre pasientforløp og mer helsebringende tid i sykehus gjennom brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis</i>✓ <i>Bedre pasientopplevd kvalitet i utredning og behandling.</i>✓ <i>Bedre samhandling gjennom planlegging og informasjonsflyt med helsetjenesten i kommune og mellom HIF vil gi færre utskrivningsklare pasienter og korridorpasienter</i> |
|---|

Mål 2008

- *Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid*
- *Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager*
- *Redusere antall korridorpasienter*
- *Redusere antall BUP-pasienter med ventetid over 65 dager.*

14.2 Omstillingsprogrammet

14.2.1 Bakgrunn

Struktur og organisering av helsetjenesten skal understøtte pasientenes behov og utvikling av god kvalitet i tjenestene. Endringer i behov og den faglige utviklingen i tjenestene gjennom flere år tilsier at det er behov for strukturelle endringer på tvers av nåværende sykehusstruktur for å kunne understøtte god pasientbehandling.

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. I tiden framover blir det flere eldre og sykdomsbildet er preget av flere med kroniske og sammensatte sykdommer. Disse pasientene har ofte behov for nærhet til tjenestene, oversiktighet og at det er en breddekompetanse i behandlingsapparatet som kan ivareta pasienten. De vil også være helt avhengig av et tett og godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten både for det enkelte pasientforløp og i planleggingen og gjennomføringen av den samlede tjenesten.

Samtidig vil det på andre områder være behov for en ytterligere spesialisering innen fagområder som tilsier behov for samling og styrking av kompetanse. I tillegg må spesialisthelsetjenesten være forberedt på økte kostnader til ny teknologi og medikamenter. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten har for eksempel estimert at kostnader til legemidler alene kan utgjøre en økning nasjonalt på 1.6 - 3.1 mrd i løpet av de nærmeste årene.

Den faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten tilsier at flere pasienter behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. I Norge er det fortsatt lengre liggetid i sykehus enn i mange andre land og det er grunn til å tro at omleggingen til dagaktivitet/poliklinikk vil fortsette innen mange fagområder og derved redusere den gjennomsnittlige liggetiden ytterligere. I tillegg vil bedre kunnskapshåndtering og utvikling av beste faglige praksis gjøre at behandlingen vil bli mer likeverdig, noe som også vil gi større forutsigbarhet på lengden av oppholdet i sykehuset. Dette vil til sammen være til beste for pasientene som vil oppleve høyere kvalitet og helsebringende tid i sykehus.

Det er flere indikasjoner på at det er for høy sykehuskapasitet i hovedstadsområdet. Sykehusene har store fysiske arealer med til dels gammel og lite funksjonell bygningsmasse. De nye sykehusene har vist seg å være mer effektive enn de gamle og det er viktig at kapasiteten i nybyggene utnyttes fullt ut. Bedre utnyttelse av behandlingsskapasitet, areal og kompetanse vil føre til mer ressurser til pasientbehandling.

Det har vært gjennomført funksjonsfordeling innenfor mange fagområder, og det har vært foretatt flere utredninger. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst har opphevet tidligere uhensiktsmessige administrative skillelinjer i hovedstadsområdet noe som muliggjør omstillinger for å modernisere og bedre kvaliteten på tjenestene.

Det er fortsatt flere funksjoner som i andre land tilsier store pasientvolum, utføres i Norge på små sykehus. Ingen av de nordiske hovedsteder har så høy tetthet av akuttkirurgi som Oslo.

Det er videre behov for å bedre samhandlingen både innen spesialisthelsetjenesten og ikke minst mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.. Dette vil gi bedre tilrettede pasientforløp og særlig komme kronikere, eldre og pasienter med psykiske problemer og rusproblematikk til gode.

Det er nødvendig å utvikle et felles målbilde om en strategisk utvikling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasientene får i dag 90 % av behandlingen i kommunehelsetjenesten og kan derfor beskrives som ”midlertidig utskrevet” til spesialisthelsetjenesten. Arbeidsdelingen mellom tjenestenivåene må bli tydeligere samtidig som felles drift av akuttfunksjoner og felles innsats i hele pasientforløpet må utvikles. Dette gjelder spesielt i den lokalbaserte delen av tjenesten så som distriktpsikiatriske og distriktsmedisinske sentra og i felles akuttmottak og for pasienter med spesielle behov.

Mer ressurser til pasientbehandling vil også kunne fremmes gjennom bedre utnyttelse av behandlingskapasitet, areal og kompetanse. Sykehusene har 2,5 millioner arealer med til dels gammel, lite funksjonell og for dårlig vedlikeholdt bygningsmasse. De nye sykehusene har vist seg å være mer effektive enn de gamle og det er viktig at kapasiteten i nybyggene utnyttes fullt ut. Det vil innenfor eksisterende økonomiske handlingsrom være umulig å vedlikeholde all bygningsmasse opp til akseptabel standard. Det er derfor et svært viktig arbeid å beslutte hvilke arealer fremtidig sykehusdrift skal foregå i.

Med kortere liggetid, modernisering av medisinen sammen med en mer effektiv bruk av arealer hvor kapasiteten er tilpasset behovet for befolkningsområdet vil vi oppnå en bærekraftig utvikling.

14.2.2 Mål for arbeidet i hovedstadsprosessen

Arbeidet i hovedstadsområdet innrettes mot de felles mål som er satt for det samlede program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst: bedre kvalitet i det medisinske behandlingstilbudet, bedre den pasientopplevde kvaliteten på behandlingen, herunder forutsigbare og oversiktelige tjenester, effektiv ressursutnyttelse.

Hvor store omstillingstiltak må til?

For å møte de fremtidige utfordringene og nå de mål som er satt, må det frigjøres ressurser slik at disse kan nyttes til de områdene som best vil bidra til å skape et bærekraftig helsevesen for fremtiden. Områder som er identifisert hvor det er behov for styrking:

- Enkelte sykdomsgrupper som for eksempel kreft
- Forskning
- Ny medisinsk teknologi herunder medikamenter
- Investering i IKT for sikre pasientforløp med høy medisinsk kvalitet
- Sikre tilstrekkelige ressurser til å ta i bruk våre moderne nybygg på en mest mulig effektiv måte
- Medarbeidernes kompetanse slik at tjenestene fortsatt har høy kvalitet

Det er vanskelig å beregne potensialet for fremtidige omstilling. Det må derfor arbeides videre med dette gjennom omstillingsprogrammet for å konkretisere og realisere ambisjonene.

Aktuelle virkemidler

Det å arbeide for en bedre kvalitet i tjenestene vil finne sted på alle nivå. Fagmiljøene/ tjenesteutøvere vil videreutvikle tjenestene i tråd med ny kunnskap og erfaring. Foretakene har ansvar for å sikre en faglig god utvikling innenfor foretakets rammer og ansvar. På svært mange områder vil det enkelte foretak være ansvarlig for å bedre faglighet og kvalitet. Dette gjelder for eksempel utvikling av gode og effektive pasientforløp, sikre kvalitetssystemer mv. Dette arbeidet pågår fortløpende innenfor de enkelte foretak. Som oppfølging av sammenslåingen er det iverksatt bilateralt samarbeid mellom foretakene (blant annet gjennom et bredt anlagt samarbeid mellom Rikshospitalet og Ullevål) for å bedre pasientflyt, oppgavefordeling og effektivisere driften.

Det regionale helseforetak har ansvar for å sørge for en helhetlig sykehusstruktur som sikrer et samlet faglig godt og bærekraftig tilbud i tråd med ”sørge for”-ansvaret. RHFet har ansvaret for å anvende virkemidler som går på tvers av foretaksgruppen for å nå målene om god kvalitet, god pasientopplevd kvalitet og god ressursutnyttelse kan bedres ved å bruke RHFets virkemiddelstruktur gjennom:

- Kapasitetsstyring
- Størrelse på opptaksområder
- Tilrettelegge for struktur som sikrer behandling på rett nivå (desentralisering/sentralisering)
- Funksjonsdeling på fagområder /spesialiserte funksjoner
- Foretaksstruktur
- Skape gode og effektive fellestjenester innen stab, støtte og areal

14.2.3 Aktiviteter

Det legges opp til at det i styremøtet april 2008 legges frem beslutningsgrunnlag innen følgende tema:

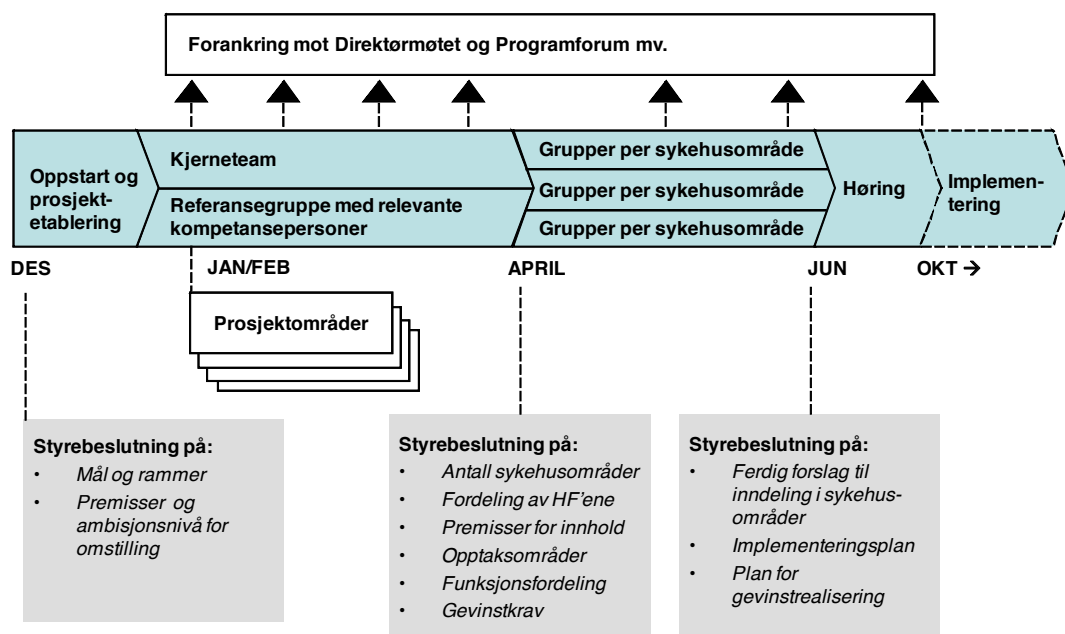
- Utvikling av lokalt baserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten som inkluderer somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
- Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
- Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus
- Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
- Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester

Til grunn for arbeidet legges Nasjonal helseplan, Opptrappingsplanen psykisk helse, Nasjonal kvalitetsstrategi, strategiarbeid i tidligere Helse Øst og tidligere Helse Sør, samt utredninger og rapporter i den grad det er relevant med ny sammenslått struktur.

Arbeidet er lagt opp i flere faser. I første fase skal prinsipper for robust sykehusstruktur herunder sykehusområder etableres. Samtidig skal det tas stilling til hvilke spesialiserte funksjoner som bør regionaliseres ut fra kvalitetshensyn (regional funksjons- og oppgavefordeling) og prinsipper for lokalt baserte helsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og rus. I neste fase (april-juni) skal disse prinsippene anvendes for å etablere gode løsninger innenfor sykehusområdene slik at det

legges et beslutningsgrunnlag om oppgave og funksjonsfordeling på HF nivå (funksjon og oppgavefordeling innen det enkelte sykehusområde).

Tredje fase vil være en bred høringsrunde med avsluttende styrebehandling, etterfulgt av en implementeringsprosess som vil strekke seg frem til 2010.



14.3 Befolkningsutvikling

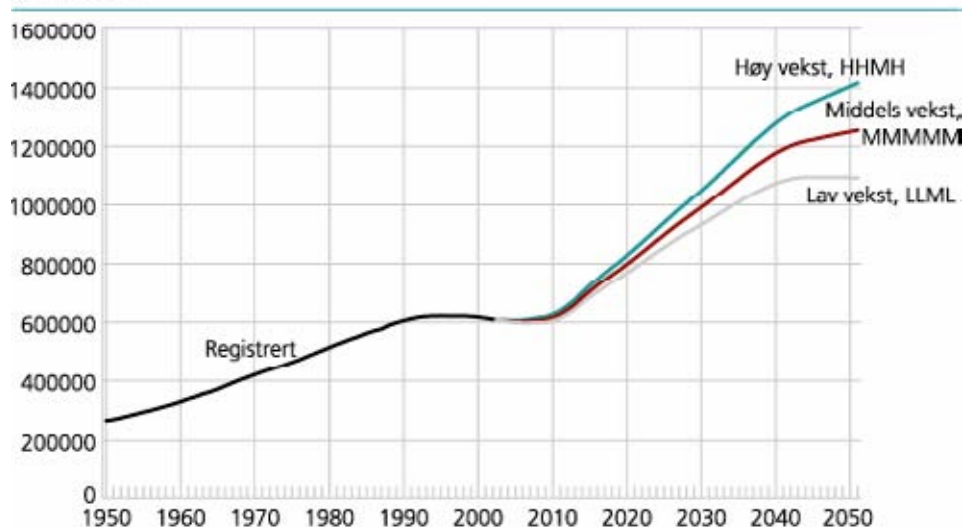
Den forventede vekst i eldrebefolkningen er av stor betydning for langsiktig utvikling, planlegging og organisering innen helsetjenesten. Utviklingen vil også ha betydning for fremtidig finansiering av infrastruktur og hvordan helsetilbudet skal betales. Dette er likevel spørsmål som avgjøres mer i samtiden og med utgangspunkt i konjungturforhold og samfunnsøkonomisk situasjon. De beslutninger som dette påvirker direkte i dag er beslutningene om sykehusstruktur og utbyggingsbehov.

Tabell: Befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2020.

Fylke	2006		2010		2020	
	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+	I alt	Andel 70+
Østfold	260 478	12 %	268 305	11 %	289 631	13 %
Akershus	499 729	9 %	521 183	9 %	569 982	12 %
Oslo	537 162	10 %	558 993	9 %	609 197	10 %
Hedmark	188 493	14 %	189 415	13 %	194 967	16 %
Oppland	182 896	13 %	182 970	13 %	187 657	15 %
Buskerud	244 705	11 %	250 039	11 %	266 435	13 %
Vestfold	222 048	11 %	227 639	11 %	243 782	13 %
Telemark	166 566	12 %	167 987	12 %	173 816	14 %
Aust-Agder	103 847	11 %	105 355	11 %	110 855	13 %
Vest-Agder	162 543	11 %	167 326	10 %	179 871	12 %
Helse Sør-Øst	2 568 467	11 %	2 639 212	11 %	2 826 193	12 %

Kilde (05.02.2008): <http://statbank.ssb.no/>

Figur: Forventet befolkningsutvikling og utvikling i aldersgruppen over 67 år frem mot 2050.



I første del av perioden (2008-2015) får Helse Sør-Øst en utflating av veksten i eldrebefolkningen, og presset på spesialisthelsetjenesten vil merkes mest ved en markant økning i aldersgruppen 60-69 år. Pasienter fra denne gruppen representerer de første kullene av etterkrigsgenerasjonen, og vil kanskje være preget av at de har levd opp med høyere levestandard, har bedre økonomi og høyere krav og forventninger, også til hvilke problemer helsetjenesten kan løse.

14.4 Faglige trender og utfordringer

- Økende antall eldre i befolkningen vil føre til flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Dette stiller krav til helsepersonells kompetanse om særskilte medisinske problemstillinger som knytter seg til høy alder. Behov for god samhandling mellom tjenestenivåene vil være en nøkkel for å løse denne utfordringen.
- Antall kreftsykdommer øker også med økende alder i befolkningen og vil derfor fortsatt vise en betydelig økning i de nærmeste årene. Antallet som lever med kreft og derfor har behov for oppfølging fra helsevesenet, vil øke kraftig for alle kreftformer.
- Livsstilssykdommer, blant annet knyttet til fysisk inaktivitet og overvekt, forventes å øke. Dette medfører en økning av diabetes type II og andre komplikasjoner.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer og multiresistente mikroorganismer forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til økende familiær og sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale forskjeller, antas å øke.
- For enkelte grupper vil sykdomsbildet i større grad preges av voldsskader, rusmiddelbruk og psykiske lidelser. Denne type lidelser er preget av høy kompleksitet med behov for nært samarbeid mellom somatikk, psykiatri og førstelinjetjeneste.
- Medisinsk kunnskap og teknologi er i rask utvikling. Det skjer betydelige endringer i behandlingstilbudet bl.a. som følge av digitalisering og genterapi der nye og mer individtilpassete behandlingsmetoder kan tilpasses det enkelte individs genetiske egenskaper. Nytt avansert utstyr for diagnostikk og nye, spesialiserte behandlingsformer blir gjort tilgjengelig. Utviklingen innen kunnskap og teknologi er ofte forbundet med høye kostnader.

- Grensene mellom dagens fagspesialiteter og profesjoner vil mykes opp til fordel for en mer oppgaveorientert arbeidsform. Nye fagspesialiteter og profesjoner vil utvikles med utgangspunkt i disse arbeidsformene.
- Pasientene vil stille krav til aktiv medvirkning i egen behandling, kvaliteten i tjenestetilbudene og valgfrihet innefor et større område av behandlingstilbud. Moderne informasjonsteknologi vil legge til rette for dette.
- Et økende antall mennesker som lever lenger med sine funksjonshemninger og lidelser vil dreie fokus for spesialisthelsetjenestene fra bare å prioritere kurativ behandling til økt satsing på forebygging, vedlikehold og palliasjon. Behov for god samhandling mellom tjenestenivåene vil være en nøkkel for å løse denne utfordringen.
- Samhandling mellom tjenestenivåene vil være en økende utfordring. Dette omfatter elektroniske systemer for samhandling, samhandlingsavtaler og ikke minst etablering av god praksis for samhandling.

Mange kjente risikofaktorer, for eksempel røyking, overvekt og inaktivitet kan forebygges. Potensialet for positive helseeffekter knyttet til forebygging anses for stort, men er vanskelig å utløse, bl.a. fordi arbeidsdelingen mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar er uklart.

Helsetilstanden vil fortsatt i vesentlig grad også avhenge av sosiokulturelle og økonomiske faktorer, og det ser ut til å være en økning i psykososiale problemer hos barn og unge.

Særlig om psykisk helse:

Flere internasjonale undersøkelser viser at forekomsten av psykiske lidelser pr. år (12 mnd prevalens) er rundt 30 prosent. Lidelse er da definert som en psykiatrisk diagnose. Norske studier viser at utbredelse av psykiske lidelser ikke skiller seg ut fra andre større undersøkelser foretatt i andre land som USA og Europa. I Norge er det ikke påvist dårligere psykisk helse for personer som bor i byer. Unntaket er Oslo, der undersøkelser viser at psykiske plager er hyppigere forekommende enn i landet for øvrig. Forskjellene er størst for menn hvor forekomsten er 13,5 % i Oslo og mellom 5,3 og 9,4 % i andre fylker og byer.

Opptappingsplanen for psykisk helse innebærer oppbygging av desentraliserte behandlingstilbud på lokalsykehusnivå i form av Distriktpsykiatriske sentre (DPS), samt utbygging av de polikliniske og ambulante behandlingstilbudene innen psykisk helsevern for barn og unge. Selv om man er i ferd med å nå målsettingene i Opptappingsplanen med henhold til rekruttering av psykologer og høgskolepersonell, er det stort behov for å øke tilgangen på psykiatere og psykologer.

Særlig om utviklingen i forhold til rusfeltet:

Det har de senere årene skjedd betydelige endringer i befolkningens bruk av rusmidler. Kontinentale drikkevaner har kommet i tillegg til det tradisjonelle norske forbruksmønsteret. Alkoholforbruket vokser i befolkningen generelt og blant de unge. Det økte forbruket antas å øke de totale skadevirkningene.

Narkotikamisbruket blant ungdom har økt sterkt siden slutten av 1990-tallet. Ungdom har blitt mer liberale til narkotika. Det skjer en økt liberalisering av narkotika i flere land i Europa. Utviklingen er preget av hurtige endringer, høyere aksept for bruk av illegale rusmidler, og utstrakt eksperimentering og kombinasjonsmisbruk.

Antall unge med alvorlige og sammensatte problemer øker. Denne gruppen omfatter også personer med aggressiv og utagerende atferd.

Det er en økende forekomst av kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og vedvarende rusmiddelmissbruk, dvs. det en kaller dobbeltdiagnoser. Overdosedødsfallene er høye. Det er en stor grad av sykkelighet og økende alder på rusmiddelavhengige.

Generelt er det et udekket behov for tjenester til rusmiddelavhengige, ikke minst for etniske minoriteter, ungdom, og voksne med relativt krevende problematikk.

Pasienter som er rusmiddelmissbrukere er en utfordring for psykisk helsevern og den somatiske helsetjenesten. utfordringen dreier seg dels om å få gitt tilstrekkelig hjelp for de somatiske sykdommene, dels å fange opp deres rusmisbruksproblem og bidra til at de får hjelp med dette.

I Helse Sør-Øst er kapasitet på avrusning og utredning for lav. Dette gjør det vanskelig å bruke den samlede institusjonskapasiteten optimalt, både med hensyn til å kunne tilby den enkelte pasient det mest hensiktsmessig behandlingstilbudet, og når det gjelder å få til god pasientflyt. Det er videre behov for å øke andelen helsepersonell innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, noe som er en stor utfordring på grunn av den generelle mangelen særlig på særlig psykiatere og psykologer.

I praksis fremkommer de største utfordringene på kort sikt som følge av endrede økonomiske rammebetingelser, effektiviseringskrav, økte pasientrettigheter og nye oppgaver, og ikke som følge av endret sykkelighet og nye behandlingsmetoder.

14.5 Faglige prioriteringer

I tråd med Helse- og omsorgsdepartementets krav vil Helse Sør-Øst RHF i 2008 prioritere økt ressurstilgang til psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering samt til prehospitaltjenester. Driftsavtalene for hvert helseforetak/sykehus sier at aktiviteten i 2008 ”skal gjenspeile disse prioriteringene”.

Helse Sør-Øst vil sette fokus på prioritering i alt ledelsesutviklingsarbeid på alle arenaer. Stramme ressursrammer vil føre til at en i perioden må redusere kapasiteten og øke produktiviteten for å kunne styrke innsatsen på prioriterte områder. Det må fortsatt effektiviseres gjennom styring/prioritering av ressurser for å oppnå økt kostnadseffektivitet på de tjenester som til enhver tid tilbys.

Prioritering vil skje gjennom direkte styring av aktivitet på faglige kriterier. Helse Sør-Øst vil fortsette arbeidet for harmonisering av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist, både i samarbeid med de andre helseregionene og Sosial- og Helsedirektoratet. Det er et klart behov for en mer aktiv og reell bruk av prioriteringsforskriften, bl.a. for å differensiere ventetidene mer enn i dag.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Parallelt med arbeidet med omstillingsprogrammet har Helse Sør-Øst prioritert en særskilt oppfølging av tre av kvalitetsindikatorerne med målrettet arbeid:

- Epikriser/epikrisetid
- Korridorpasienter
- Individuell plan

Arbeidet med å redusere epikrisetiden vil bli videreført. Flere av helseforetakene har nådd målsettingen om at 80 % av epikrisene skal være sendt ut innen 1 uke, og en prioriterer nå

utbredelse av arbeidet med at pasientene selv får epikrisen som en del av utskrivningssamtalen ("epikrise til pasienten").

Det er fortsatt for mange pasienter på korridor i Helse Sør-Øst. Dette er en uverdig situasjon for de pasienter som opplever det. Arbeidet for å redusere antallet korridorpasienter er derfor intensivert og skal følges tett opp i 2008.

Det tredje satsingsområdet er å øke antallet pasienter som får individuelle planer. På alle disse områdene er det utviklet egne tiltaksplaner med konkrete mål for 2008.

I tillegg har foretaksgruppen i Helse Sør-Øst gjort en samlet innsats for å få til bedre pasientforløp/behandlingslinjer. Alle sykehusene har egne prosjekter med fokus på kvalitet i inn- og utskrivningsrutiner, mest mulig helsebringende tid i sykehus og i flere av prosjektene inngår samarbeid med kommunale tjenester og fastlegene.

14.6 Videreutvikling av lokalsykehusfunksjonene og forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten

I følge Nasjonal helseplan skal lokalsykehusfunksjonene konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, om pasienter som trenger tett oppfølging, og om behandling som krever en generell tilnærming, men ikke utpreget spisskompetanse. Dette gjelder blant annet tjenester til pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre med sammensatte lidelser.

Helse Sør-Øst vil i 2008 ha særlig fokus på innholdet i lokalsykehusene gjennom arbeidet i omstillingsprogrammet beskrevet ovenfor. Oppdraget for denne delen omfatter også tiltak for å bedre samhandlingen.

Det er et mål at det forpliktende samarbeidet med kommunehelsetjenesten skal forbedres og styrkes, ved at dagens samarbeidsavtaler følges opp i tråd med den nasjonale avtalen mellom HOD og KS. Alle helseforetak kan vise til flere konkrete samarbeidsprosjekter med kommuner/bydeler, og Helse Sør-Øst vil søke å nå sine samhandlingsmål gjennom forbedret systematisering og konkretiseringer av samarbeidet. Som eksempel på slike konkretiseringer vil en prioritere følgende tiltaksområder:

- utskrivningsklare pasienter
- etablering av felles akuttmedisinsk mottak (FAM)
- samarbeid mellom prehospitale tjenester og kommunal akuttberedskap
- utvalgte kroniske sykdommer som modellsykdommer for samhandlingstiltak (for eksempel diabetes, kols, demens)
- etablering av samarbeidsfora basert på lokale forutsetninger
- gjensidig kompetanseoverføring og bedre informasjon
- realisering av elektronisk samhandling
- etablering av funksjon/enhet for samhandling og koordinering
- bedre behandlingsskjeder innen psykisk helsevern

14.7 Forebyggende virksomhet

Forebyggende virksomhet er et av de få områdene som direkte kan påvirke etterspørselen av tjenester og sykkeligheten i befolkningen. Tidlig identifikasjon av sykdom og utvikling av nye arbeidsmetoder stiller krav til sammenhengende behandlingsskjeder og gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste og pasientgrupper. Forebyggingsperspektivet må også ivaretas gjennom veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten i form av kompetanseoverføring, arbeidsfordeling og opplæring.

Mennesker med identifiserte risikofaktorer oppsøker i økende grad helsevesenet for å få hjelp til å hindre at sykdom utvikles. Mennesker med kroniske sykdommer etterspør hjelp til å mestre sykdommen og leve et liv som i minst mulig grad styres av den. Spesialisthelsetjenesten har derfor måttet tilpasse seg at behovet for kvalifisert tilpasset helseveiledning øker.

Helse Sør-Øst vil vurdere nivå og omfang av sin innsats i helsefremmende og forebyggende virksomhet, bl.a.:

- Økt gjensidig kompetanseoverføring både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og potensielle pasientgrupper.
- Nettverket Norske helsefremmende sykehus (NHFS) arbeider for at forebyggende virksomhet skal rettes inn mot fire områder; pasienter/pårørende, ansatte, lokalsamfunnet og organisasjonen. Deltagelse i nettverket bør vurderes, herunder om.
- "Standarder og indikatorer for forebyggende og helsefremmende arbeid på sykehus" tas i bruk som hjelpemiddel i forebyggende virksomhet.
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet overfor egne ansatte.
- Pasienters og frivillige organisasjoner som ressurs i forebygging.
- Lærings- og mestringssentra
- Kortere epikrisetid

14.8 Oversikt over eksisterende fagplaner

På de fleste områder vil en gjennom omstillingsprogrammet utarbeide nye fagplaner med forslag til intern arbeidsdeling mellom ulike nivåer av spesialisthelsetjenesten.

På andre områder har en utarbeidet egne strategier/planer i tidligere Sør og Øst de siste årene, og på noen av disse er planene samordnet eller en har definert behov for slik samordning. Tabellen gir en oversikt over planer på disse fagområdene:

Fagområde	Planer fra 2006-2007		Samordning av disse	
	Tidl. HS	Tidl. HØ	Utført	Planlagt
Somatiske tjenester (diverse fagområder og delplaner)	x	x	x	x (fortløpende 2008)
Psykisk helsevern (diverse delplaner)	x	x		x arbeid igangsatt
Tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere	x	x		x
Rehabilitering	x	x	x	x rulleres 2008
Beredskap	x	x	x	
Samhandling	x	x		x våren 2008
Lokalsykehus	x	x		x arbeid igangsatt
Smittevern	x	x		x
Tiltaksplan for mennesker med kroniske lidelser	x			

14.9 Kvalitetsarbeid

I forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst RHF har kvalitetsarbeidet i regionen dette året i stor grad vært rettet mot samordning av arbeidet. Det gjelder først og fremst:

1. Internkontroll og helhetlig kvalitetssystem, herunder risikostyring og ledelsens gjennomgåelse.
2. De nasjonale kvalitetsindikatorerne korridorpasienter, individuelle planer og epikrisetid/epikrise til pasienter har vært og er strategiske satsningsområder i Helse Sør-Øst.
3. Helse Sør-Øst har ansvar for fire nasjonale kvalitetsregistre (Norsk diabetesregister, Traumeregisteret, Nasjonalt nyfødmedisinsk kvalitetsregister og Cerebral pareseregisteret i Norge). Det arbeides med å sikre gode IT-tekniske løsninger og med det faglige innholdet i alle registrene, med mål om at de skal bidra til at de beste og mest virkningsfulle metodene blir valgt, og til forbedring og forskning.
4. Pasientsikkerhet. Det arbeides med å etablere et godt samarbeid med Pasientsikkerhetsenheten om avviks/forbedringssystem og læring av feil. De lovpålagte meldesystemene er omfattende og krevende. Det er et mål å gjøre registrering og oppfølgingen av alle uønskede hendelser enklere å håndtere på alle nivå.
5. Pasienttilfredshetsundersøkelser som gjennomføres i samarbeid med Kunnskapssenteret må tilpasses slik at de kommer til nytte på alle nivå i helsetjenesten.
6. Behandlingslinjer/pasientforløp. Muusman har gjennomført en kartlegging av pasientforløp i Helse Sør-Øst og Kunnskapssenteret har vurdert effekten av ulike prosessforbedringsverktøy innen behandlingslinjer/pasientforløp. Dette arbeidet skal følges opp i regionen.

Helse Sør-Øst RHF bruker driftsavtalene som sentralt virkemiddel for å få gjennomført tiltak i alle HF. Alle de seks punktene ovenfor er derfor tatt inn i driftsavtalene for 2008.

De overordnede føringene for kvalitetsarbeidet i Helse Sør-Øst er beskrevet i Nasjonal helseplan, Oppdragsdokumentet, Foretaksmøtet og styrevedtak. I tillegg skal gjeldende lover og forskrifter etterleves med internkontroll som styringsprinsipp.

Helsetjenesten skal være kvalitetsmessig god både ved at den oppleves god og at det settes faglige standarder som helsetjenesten kan måles og revideres opp imot. Åpenhet og kommunikasjon rundt tilbudet er viktig for at brukernes forventninger skal kunne imøtekommes og for å oppnå reell dialog og brukerinnflytelse.

Det er et mål at pasientforløpene tilrettelegges bedre, at en oppnår bedre samordning og mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helseforetakene og at kapasitet og ressurser utnyttes bedre. Gjennom dette vil en øke pasientopplevd kvalitet i utredning og behandling.

Kvaliteten på tjenestene som leveres er et lederansvar. Helse Sør-Øst RHF ønsker å etablere gode ledelsesmodeller og kvalitetssystemer. Kvalitetsindikatorer/kvalitetsmål, kvalitetsregistre, pasienttilfredshetsundersøkelser og pasientforløp skal brukes til forbedring av helsetjenestene.

14.10 Brukermedvirkning

Iht. Helseforetaksloven § 35 skal det regionale helseforetaket skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten. Av vedtektene § 14 fremgår at styret skal påse at brukernes rettigheter blir ivaretatt, bl.a. gjennom samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at erfaringer, vurderinger, prioriteringene og synspunkter innhentes fra brukerne og deres organisasjoner og gis en sentral plass i arbeidet med planlegging og drift av virksomheten. Det forutsettes også at minoritets- og innvandrerorganisasjoner skal bli hørt.

Helse Sør-Øst RHF vektlegger reell brukermedvirkning, og brukermedvirkning omtales i styresakene 010-2007, 025-2007 og 038-2007. Lovkrav og føringer i forhold til

brukermedvirkning er fulgt opp. Det er etablert Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF som et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Brukerutvalget medvirker på overordnet og strategisk nivå og har en viktig rolle i arbeidet med omstillingsprogrammet. Det er en ambisjon å gjøre Helse Sør-Øst til et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning.

14.11 Pasientopplevd kvalitet

Det å oppnå tilfredse pasienter er et ansvar for alle medarbeidere i Helse Sør-Øst. Omfanget av innsamling av informasjon som gir innsikt i pasienttilfredshet, er svært varierende mellom helseforetak og ulike kliniske spesialiteter. Samarbeid med Kunnskapscenteret er vesentlig på dette området. Utfordringen nå er å gjøre arbeidet med å skaffe innsikt om pasientopplevd kvalitet enda mer systematisk og ikke minst kople denne innsikten inn i ordinært kvalitets- og forbedringsarbeid. Her kan kopling mot modellen for måling og forbedring av medarbeidertilfredshet være riktig innfallsvinkel.

15 Forskning

15.1 Strategisk fokus

- | |
|---|
| ✓ Forskningen i Helse Sør-Øst skal styrkes for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. |
| ✓ Omstillingsprogrammet og ny regional forskningsstrategi skal sikre synergieffekter og styrket koordinering for å øke innsatsen innen forskning. |

Mål 2008

- Antall publikasjoner økes
- Antall doktorgrader økes

15.2 Omstillingsprogrammet

15.2.1 Bakgrunn

Det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for pasientrettet forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. Det er i St.prp 44 (2006-2007) i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst RHF formulert forventninger til forskningsområdet:

”... Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer ...”

Styrkingen av forskningen forventes å skje (blant annet) gjennom realisering av synergieffekter og styrket koordinering.

De to tidligere regionene representerer forskjellig tradisjon, kultur og har lagt an ulike strategiske føringer for sin forskningsaktivitet. Forskningsfinansieringen har også vært ulikt håndtert. Arbeidet er derfor startet med å utforme en ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF. Dette arbeidet skjer i regi av det regionale forskningsutvalget (FU). Parallelt med strategiarbeidet vil en kartlegge ressursbruk til forskning i Helse Sør-Øst. En evaluering av forskningssatsningen i tidligere Helse Sør-Øst er også i gang.

15.2.2 Mål for planperioden

- Utforming av ny forskningsstrategi
 - Slutføres med vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF i mai 2008
- Analyse av ressursbruk til forskning ved helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF
 - Utarbeides av NIFU STEP (Stiftelsen Norsk institutt for studier av forskning og utdanning Senter for innovasjonsforskning), slutføres ca mars 2008
- Resultatvaluering av forskningssatsningen i tidligere Helse Sør-Øst RHF
 - Utarbeides av NIFU STEP, slutføres januar 2008

I denne saken omtales bare den delen av målet som forholder seg til A. Utforming av ny forskningsstrategi.

15.2.3 Aktivitet

Det regionale forskningsutvalget har fått i oppdrag å utarbeide utkast til en forskningsstrategi for å styrke forskningen i regionen, blant annet gjennom realisering av synergieffekter og styrket koordinering.

Arbeidet med forskningsstrategien skal bygge på overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende forskning i spesialisthelsetjenesten. Tidligere strategiplaner, avtaler og utredninger i tidligere Helse Sør og tidligere Helse Sør-Øst, samt i regi av Samarbeidsorganet, skal legges til grunn for arbeidet.

Det etableres fem temagrupper samt en koordineringsgruppe for samordning. Gruppene skal utarbeide utkast til hver sin tematisk avgrensede del av det endelige strategidokument

16 Kunnskapshåndtering og beste praksis

16.1 Strategisk fokus

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Kunnskap og beste praksis<ul style="list-style-type: none">- Bidrar til god og likeverdig behandling- Sikrer god kvalitet i behandlings- forløpet og mer helsebringende tid i sykehus- Gjør tjenesten mer forutsigbar- Unngå unødige feil- Kostnadene reduseres✓ Skape endring i praksis ved å arbeide kunnskapsbasert og ved å sammenlikne resultater og styringsdata på tvers i foretaksgruppen og nasjonalt |
|---|

Mål 2008

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Hvert HF etablerer minst to behandlingslinjer/pasientforløp |
|---|

Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering og beste praksis gjennom å styrke og utvikle eksisterende strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet i RHFet som gjør det mulig for helsearbeidere og beslutningstakere å identifisere behov for samt tilrettelegge for bruk av kunnskap.

Det å utvikle gode strategier for kunnskapshåndtering vil være en kontinuerlig prosess. I arbeidet med omstillingsprosessene skal fagmiljøene involveres i prosessene og god kunnskapshåndtering basert på de foreliggende strategiske mål samt nasjonale og regionale ressurser skal legges til grunn for utvikling av løsningsalternativ.

Helse Sør-Øst vil i tillegg utvikle en fremtidsrettet helhetlig strategi for å videreutvikle arbeidet med kunnskapshåndtering. Erfaringer fra andre land skal innhentes og trekkes inn i utformingen av strategien.

16.2 Omstillingsprogrammet

16.2.1 Bakgrunn

Det å gjøre kunnskap om beste praksis lett tilgjengelig er et viktig område for å sikre god kvalitet i pasientbehandling. Dette utgjør både en mulighet til å oppnå god og likeverdig behandling, sikre kvalitet i behandling og gjøre tjenesten mer forutsigbar. Det er et stort potensiale for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres.

16.2.2 Aktivitet

Strategi for kunnskapshåndtering og beste praksis er under utvikling og vil bli lagt frem for styret våren 2008.

17 Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner

17.1 Strategisk fokus

✓ Sterkere regional styring vil bedre kvaliteten på de administrative tjenestene og utnytte stordriftsfordeler
✓ Erfaringsutveksling og læring sikres gjennom regionale nettverk innen stab og støttefunksjoner
Mål 2008
- Elektronisk samhandling mellom alle HF og primærlegene etableres.
- Gevinster frigjøres og omprioriteres til pasientbehandling

17.2 Omstillingsprogrammet

17.2.1 IKT

17.2.1.1 Bakgrunn

IKT er i ferd med å bli en kritisk innsatsfaktor i kjerneprosessene. Det stiller strenge krav til servicenivå, sikkerhet og beredskap ved leveranse av IKT- tjenestene som det ikke er realistisk å realisere lokalt av hvert helseforetak for seg.

Dagens organisering representerer en fragmentert styrings- og beslutningsmodell som ikke legger til rette for god ressursutnyttelse på IKT- området framover. Endringer i framtidig foretaksstruktur bør understøttes av en felles leverandør av standardiserte IKT- tjenester. Kommende standardisering av behandlingsprosesser og behandlingsforløp tilsier en standardisering også av de løsningene som skal understøtte prosessene. Behovet for investeringer i oppgradering av infrastruktur og nye systemløsninger er omfattende, og må samordnes på regionalt eller nasjonalt nivå.

17.2.1.2 Mål for IKT-utviklingen

Det legges følgende målsettinger til grunn for utviklingen på IKT- området:

- IKT skal bidra til å realisere helhetlige pasientforløp og integrerte behandlingsskjeder
- IKT skal bidra til høy kvalitet og god utnyttelse av ressurser i pasientbehandlingen
- IKT skal bidra til å gi ledelsen relevant og korrekt styringsinformasjon
- Organiseringen av IKT- området skal bidra til økt fleksibilitet for framtidig forandring (understøtte endringer i struktur, funksjons- og oppgavedeling)
- IKT skal levere tjenester med avtalt kvalitet gjennom effektive prosesser og god ressursutnyttelse

17.2.1.3 Aktivitet

Det videre utviklingsarbeidet med IKT skal med utgangspunkt i dagens situasjon definere visjon og mål bilde for en framtidig felles tjenesteleverandør realisert som en del av Sykehuspartner, og realisere denne funksjonen gjennom:

- Definisjon av mandat og virksomhetsmål
- Realisering av styringsmodell og ny organisasjon
- Etablering av handlings- og tiltaksplaner for videre utvikling og realisere metoder og styringssystemer for prioritering og gevinstrealisering

- Skape en felles organisasjon for effektiv leveranse IKT infrastruktur og applikasjoner som tilfredsstillende kommerende krav til servicenivå.

Utviklings- og omstillingsarbeidet innen IKT skal ha en varighet 12 – 18 måneder.

Arbeidet gjennomføres med en kombinasjon av dedikerte ressurser til prosjektledelse for hver av aktivitetene, og bredt sammensatte arbeidsgrupper hvor det legges vekt på å involvere helseforetakene og de ansattes organisasjoner i utformingen av de løsningene som velges.

Gjennomføringen representerer omfattende omstillingstiltak og komplekse problemstillinger som vil kreve ledelsesmessig oppmerksomhet, vilje til å treffe og gjennomføre krevende beslutninger samt kompetanse og kapasitet for å sikre god kvalitet på grunnlaget for de beslutningene som fattes.

Føringer som legges til grunn for utviklingen av IKT- området:

Det legges følgende føringer til grunn for utarbeidelse og gjennomføring av arbeidet:

1. IKT- delen av regional felles tjenesteenheter for stab/ støtte bygges opp med utgangspunkt i Sykehuspartner og øvrige eksisterende driftsmiljø med vekt på god utnyttelse av kompetanse og gjennomførte investeringer.
2. Faglig ansvarlige (system- og prosesseiere) er premissgivere for utvikling av IKT- støtte til arbeidsprosessene. Faglig koordinering på tvers av helseforetakene styrkes.
3. Det skal etableres kriterier for prioritering og systematisk oppfølging med krav til gevinstrealisering for felles tiltak på IKT- området.
4. Helse Sør-Øst skal delta aktivt i nasjonale fora, og bidra til realisering av nasjonale løsninger på områder hvor dette er lønnsomt i forhold til egne behov eller samfunnsøkonomisk riktig.

17.2.2 Innkjøp og logistikk. Handlingsplan 2008-2009

17.2.2.1 Bakgrunn

Innkjøpsrelaterte kostnader utgjør en betydelig andel av kostnadsbasen i Helse Sør-Øst. En forbedring av innkjøpskostnadene vil derfor ha en betydelig effekt på den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen.

Det har pågått et omfattende arbeid rundt effektivisering på innkjøp og logistikk i foretaksgruppen siden 2002 som har gitt betydelige resultater, estimert gevinst ca kr 700 mill. I prosessen rundt etableringen av Helse Sør-Øst er det identifisert et ytterligere potensial knyttet til konsolidering og standardisering rundt innkjøpsavtaler. Gjennom tiltak knyttet til kompetanseheving, bedre systemstøtte og mer effektiv oppgavefordeling vil det være mulig å oppnå en bedre styring med de løpende innkjøpene og kontroll med hva som faktisk kjøpes inn til driftsorganisasjonen.

17.2.2.2 Mål for arbeidet

Det er flere målsettinger med å gjennomføre tiltak på innkjøp- og logistikkområdet. Ut fra de data og vurderinger som foreligger er det anslått et potensial på kr 400 mill (oppnådd innen utgangen av 2009, gitt kostnadsnivå pr 2007). Både for å kunne gjennomføre tiltakene og sikre at gevinster beholdes over tid er det viktig å bygge kompetanse rundt innkjøp både i støttefunksjonene og i kjernevirksomheten. Gjennom en god organisering av tiltakene, der ansatte på alle nivå i foretaksgruppen blir involvert er det mulig å bygge en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk.

17.2.2.3 Aktivitet

Aktivitetene vil være rettet mot konsolidering av innkjøp med standardisering av produkter og forenkling av arbeidsprosessene. For å følge opp gjennomføringen av tiltakene og gevinstrealisering er det nødvendig å etablere en god organisering og en effektiv infrastruktur rundt innkjøp og logistikk. I helseforetakene må dette arbeidet være rettet mot å sikre effektiv drift. På regionalt/nasjonalt nivå vil fokus være konsolidering, standardisering og synergier ved oppgavegjennomføring på riktig organisatorisk nivå. Nødvendig styrking av ressursinnsatsen både på regionalt- og helseforetaksnivå vil sikre gjennomføring og redusere risiko for manglende gevinstrealisering.

17.2.3 Administrative HR-funksjoner

17.2.3.1 Bakgrunn

Begrunnelsen for å foreta endringer innen HR i regionen er at området er ulikt organisert i tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst. Tilsvarende er prosessene ulike med hensyn til service og kvalitetsnivå, og det anvendes ulike teknologier. Dette medfører at Helse Sør-Øst i dag har utfordringer med å fremskaffe tilfredsstillende styringsinformasjon innen HR-området.

Avtaler på sentrale systemer innen HR (ressursstyring samt lønn og personaladministrasjon) utløper i 2008 og 2009. Det er ikke mulig å utvide eller forlenge de eksisterende avtaler slik at man kan fortsette med en av de tidligere løsningene. Det er derfor behov for å gjennomføre anbud på disse systemene.

Det nasjonale stab-støtte prosjektet konkluderer med at det er grunnlag for se på en nasjonal løsning. Sluttrapporten legger opp til systemvalg i tredje kvartal 2009, og innføring fra tidligst 1. kvartal 2010. Helse Sør-Øst vil ivareta nødvendig samordning i forhold til det nasjonale prosjektet.

For å kunne ivareta lønn og personaladministrasjon, realisere gevinster rundt bedre styringsinformasjon, skape mer effektiv drift og øke kvaliteten på tjenestene, må det etableres felles løsninger for administrative HR-tjenester. I første omgang gjelder dette lønn og personaladministrasjon, ressursstyring og rekruttering.

17.2.3.2 Mål for arbeidet

- Forbedre styringsinformasjon for å oppnå bedre styring og kontroll
- Realisere økonomiske gevinster i form av direkte kostnadseffektiviseringer innen HR-området gjennom reduserte transaksjonskostnader og investeringer, samt indirekte gevinster for eksempel i form av økt trygderefusjon og/eller lavere forbruk av overtid og vikarer
- Standardisere de administrative HR-tjenestene i felles løsninger med høy kvalitet.

17.2.3.3 Aktiviteter

Det må innføres en felles løsning for administrative HR-tjenester som omfatter alle foretak i regionen. Dette må skje gjennom en standardisering og harmonisering av tjenestene. Standardisering gjelder både prosesser, teknologi og organisering. Sykehuspartner utvikles videre som fellestjenesteaktør.

Det etableres et program for standardisering i samarbeid med helseforetakene, og det gjennomføres en konkret samordning av lønn og personaladministrasjon, ressursstyring og rekruttering under ledelse av Sykehuspartner.

Parallelt med dette må det gjennomføres et strategiprojekt for etablering av et felles målbilde for utviklingen av HR i Helse Sør-Øst i et 3-5 års perspektiv. Dette skal sikre at de teknologiske systemløsningene som velges ikke legger begrensninger for en fremtidig HR strategi.

17.2.4 Eiendomsområdet

17.2.4.1 Bakgrunn

Det er behov for en større samordning av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst, for bedre å kunne styre investeringsbehovet, foreta en arealeffektivisering gjennom planlagt og styrt avhending, og for å oppnå bedre utnyttelse av den samlede kompetanse og ressursene innen eiendom. Videre er det et behov for å tydeliggjøre rollene som eier, forvalter og bruker av eiendommene. Samlet er dette forventet å gi store besparelser, og bidra til en mer effektiv kjernevirksomhet.

Eiendomsmassen i Helse Sør-Øst utgjør omtrent 2 500 000 kvm. og forvaltes av hvert enkelt helseforetak, det vil si gjennom 14 forskjellige organisasjoner. Det er om lag 700 egne ansatte som arbeider innen eiendom.

Det er stor variasjon i kvaliteten på byggene, som kan variere fra helt nye og moderne bygg, til utrangerte og uegnede. Vedlikeholdet er også varierende. Ved den statlige overtagelsen, var det registrert et stort behov for vedlikehold som er stipulert til 7 -8 milliarder kroner. Det har vist seg å være vanskelig å komme à jour med vedlikeholdsetterslepet, som i enkelte tilfelle utvikler seg til å påvirke miljøet negativt. Vedlikeholdsetterslepet skaper også et ønske og behov for å erstatte gamle bygg med nybygging.

Investeringsbehovet er stadig økende. Med begrensede investeringsrammer, vil det være en økende utfordring å tilpasse bygningsmassen til dagens behov innenfor tilgjengelige rammer. Flere bygg fremstår lite egnet til kjernevirksomheten, og blir dårlig utnyttet og utgjør dermed et unødvendig merareal. Disse arealene bør avhendes, for å bidra til en arealeffektivisering.

Det er ingen samordning av eiendomsforvaltningen, selv om faglige utvekslinger skjer i nettverk. Standardisering har også vært mangelfull. Det er ca halvparten av helseforetakene som har felles og standardisert kontoplan for eiendom, for lettere å kunne følge opp kostnadene og sammenligne mot beste praksis. Det er ellers etablert et felles prosjekt i samarbeid med ENOVA for å drive energisparing.

17.2.4.2 Mål for arbeidet

Det settes et mål om 10 % arealreduksjon og 10 % effektivisering av driften. Dette kan bidra med en vesentlig besparelse i fremtidig drift. I tillegg er det en målsetting å kunne stille bedre arealer til disposisjon, slik at kjernevirksomheten kan drives mer effektivt. Dette kan for eksempel måles i økningen i helsetjenester pr. kvm., og et anslag på gevinst må sees i sammenheng med effektiviseringen i kjernevirksomheten.

17.2.4.3 Aktiviteter

Hovedområdene innenfor effektivisering av eiendomsdriften deles i fire:

- Avhending
- Tilrettelegging for optimal bruk av alle arealer
- Effektiv drift av eiendomsmassen
- Redusere behov for nybygging

Det utredes en forvaltnings og driftsmodell innen eiendomsområdet i Helse Sør-Øst som gjør det mulig å realisere avhendingspotensialet, redusere behov for nybygging, og tilrettelegge for optimal utnyttelse av alle arealer og øke standarden på bygningsmassen.

17.3 Behov for utbygging og vedlikehold

Som grunnlag for styring av investeringer i Helse Sør-Øst RHF har styret vedtatt fullmakts- og styringsrutiner for investeringsprosjekter over 10 mill. kr. (styresak 048-2007), og tilhørende prioriteringskriterier (styresak 037-2007). Dette innebærer at alle investeringer over 10 mill. kr. skal behandles på regionalt nivå, og evalueres etter et sett med faglige, økonomiske og bygningsmessige kriterier, hvor forholdet til regionens strategiske planer vil være sentralt.

Enhetlige dokumentasjonskrav og godkjenning pr. fase (idé-, konsept- og forprosjektfase) skal sikre at urealistiske prosjekter ikke blir ført for langt, og at investeringene understøtter det regionale foretakets overordnede strategi. Det vil også være viktig at å sikre at en har en eiendoms masse som sikrer at lovkrav og offentlige forskrifter er oppfylt.

Styret i Helse Sør-Øst RHF skal i løpet av 2008 behandle en samlet prioriteringsplan for investeringer i årene framover ut fra innmeldte behov fra helseforetakene. De innmeldte prosjektene har en samlet kostnadsramme på ca. 19 mrd. kr., hvorav planene for nye sykehus i for Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Buskerud utgjør nær 12 mrd. kr.

Utgangspunktet vil være at de enkelte prosjekter primært skal kunne håndteres innenfor hvert helseforetaks bæreevne, og i minst mulig grad være avhengig av lånemidler og skjevfordeling av inntekter.

Som beslutningsstøtte har Helse Øst RHF gjennomført en tilstandskatlegging i hht. NS 3924, med tilhørende analyser av bygningenes tilpasningsdyktighet for alle helseforetakene. Denne viser et teoretisk teknisk oppgraderingsbehov på ca. 8 mrd. kr. Det gjennomføres parallelt en samlet arealklassifisering av alle helseproduserende bygg, med tilhørende kapasitetsanalyser av bygningsmassen, som vil være klar i april 2008.

Større prosjekter som ble avsluttet, eller var under bygging i 2007:

- Nye Ahus ligger an til å bli tatt i bruk i oktober 2008 som forutsatt, og å bli gjennomført innenfor godkjent kostnadsramme.
- Nytt forskningsbygg ved Rikshospitalet HF, avd. Radiumhospitalet, ligger an til å bli tatt i bruk i mai 2009 som forutsatt, og å bli gjennomført innenfor godkjent kostnadsramme.

Ut over investeringsprosjektene under opptrappingsplanen for psykisk helsevern, er det i 2007 ikke godkjent nye bygg i Helse Sør-Øst RHF. Nytt bygg for akuttpsykiatrien ved Sykehuset Innlandet HF på Sanderud ble imidlertid godkjent i februar 2008 (sak 007-2008).

Organisering av eiendomsområdet blir vurdert som en del av programmet for utvikling og omstilling, under innstatsområdet fellestjenester innen administrative støttetjenester. Målsettinger er 10 % arealreduksjon og 10 % besparing innen FDVU(S)-området. Utredningen ble igangsatt i november 2007, og det forutsettes konkludert i styret for Helse Sør-Øst i juni 2008, med påfølgende implementering av vedtatte løsninger.

18 Mobilisering av medarbeidere og ledere

18.1 Strategisk fokus

- | |
|--|
| ✓ Medarbeidernes engasjement og kompetanse er den viktigste ressursen |
| ✓ Helse Sør- Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten |
| ✓ I drift og omstilling skal Helse Sør-Øst preges av engasjerte medarbeidere og ledere med reell medbestemmelse |

Mål 2008

- Sykefravær reduseres med 1 %-poeng

18.2 Omstillingsprogrammet

18.2.1 Bakgrunn

Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Sør-Øst har skapt et handlingsrom for å forme en framtidrettet, brukervennlig, effektiv og attraktiv arbeidsplass. Helse Sør-Øst er Norges ledende kunnskapsbedrift. Det er avgjørende for å få til gode omstillingsprosesser og skape kvalitet og effektivitet i den daglige drift at foretaket utvikler og tar i bruk gode måter å mobilisere sine medarbeidere og ledere. På et overordnet nivå ønsker Helse Sør Øst å være en pådriver og foregangsvirksomhet med tanke på å videreutvikle en skandinavisk samarbeidsmodell der medarbeidere og ledere står sammen om skape en bærekraftig organisasjon.

18.2.2 Mål for arbeidet

Overordnet målsetting for satsningsområdet er at Helse Sør-Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten gjennom å ta i bruk arbeidsformer i omstilling og daglig drift som engasjerer den enkelte medarbeider, gir reell medbestemmelse over egen arbeidsplass og tar i bruk og verdsetter medarbeideres ressurser og kompetanse.

Gjennom satsingen vil øvrige innsatsområder bli tilført metoder som gir oppslutning og engasjement rundt valgte løsninger. Dermed vil denne satsningen indirekte bidra til måloppnåelse for utviklings- og omstillingsprogrammet som helhet.

God ledelse og ledelsesutvikling er avgjørende for å nå de mål som settes. Styret har presisert at temaet ledelse og ledelsesutvikling skal være en del av det samlede programmet. Det legges til grunn at Helse Sør-Øst skal videreføre og intensivere arbeidet med å utvikle god ledelse på alle nivåer i organisasjonen

Sluttresultatene fra satsningsområdet vil være:

- En veileder for medvirkningsbasert omstilling og organisasjonsutvikling
- En veileder for mobilisering av medarbeidere i den daglige drift
- Etablering av plattform for lederutvikling som setter ledere i stand til å mobilisere medarbeidere.
- Etablering av et kunnskapsgrunnlag og opplæringsprogram for skoling av medarbeidere i medvirkningsbaserte metoder for omstilling og organisasjonsutvikling.

18.2.3 Aktiviteter

Hovedstrategien for å etablere en plattform for mobilisering er en systematisk læringsprosess der de pågående aktivitetene i utviklings- og omstillingsprogrammet danner grunnlag for å prøve ut, lære av og forbedre metoder for mobilisering av medarbeidere og ledere. I denne prosessen vil det bli tatt i bruk et bredt spekter av mobiliserende metoder inklusive ulike former for workshops, dialogseminarer og samtalerunder med medarbeidere, ledere og tillitsvalgte. Det vil være separate arbeidsprosesser i forhold til delområdene:

- Mobilisering i omstillingsprosesser
- Mobilisering i daglig drift
- Lederutvikling
- Opplæringsprogram for medarbeidere

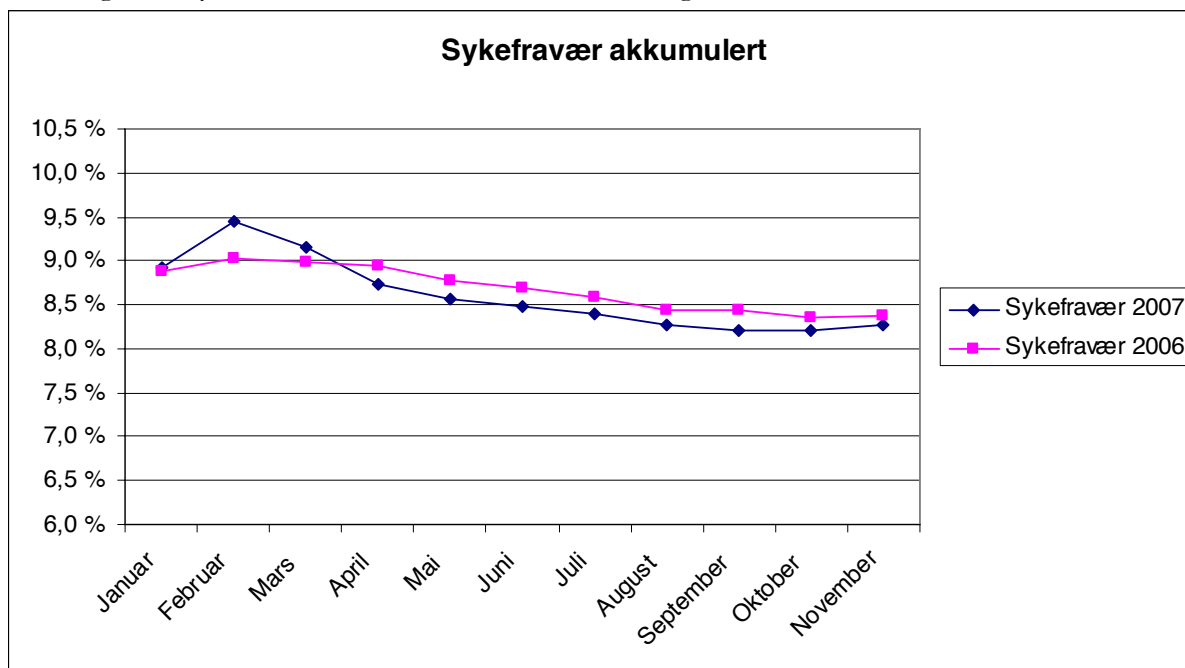
18.3 Andre prioriterte områder

18.3.1 Sykefravær

Sykefraværet er høyt ved mange av helseforetakene. Problemstillingen er relativt sammensatte og status tilsier at det er behov for en systematisk oppfølging av temaet både på lokalt og regionalt nivå - i ordinære dialogmøter med de enkelte foretak, på direktørmøter, styreledermøter og styremøter.

Sykefraværet for Helse Sør og Helse Øst var i 2006 samlet 8,4 %. Akkumulert sykefravær for 2007 er 8,3 %. Det er imidlertid gjort en endring i den måten sykefravær blir registrert og målt på som har medført en økning i sykefraværet på noen få tidels prosentpoeng.

Utviklingen av sykefraværet i Helse Sør-Øst for 2006 og 2007:



Det er relativt store variasjoner mellom helseforetakene i totalt sykefravær. Videre er det store variasjoner mellom yrkesgruppene. Leger og ledere ligger på 3-4 % fravær, mens sykepleiere ligger på 7-9 %, hjelpe- og vernepleiere på 11-14 % og ufaglærte enda høyere. I sum utgjør langtidsfraværet mellom 2/3 og 3/4 av det totale fraværet.

For 2007 ble det vedtatt en reduksjon i sykefraværet i begge de tidligere regioner med opptil 1 % poeng. Helse Sør-Øst RHF vurderer det slik at dette målet ikke er innfridd og vil følge sykefraværarbeidet videre gjennom følgende tiltak:

- a. Tertialvis rapportering til styret med analyse av status og utfordringsbildet (pr HF)
- b. Tertialvis rapportering bli fulgt opp i lederdialoger mellom RHFet og foretakene
- c. RHFet vil bidra til at erfaringer om effektfulle tiltak blir dokumentert og spredt til andre helseforetak. Dette vil blant annet skje gjennom eget underutvalg for IA og HMS spørsmål under det regionale HR direktørmøtet.
- d. Gjennom lederutviklingstiltak ha fokus på at ledere har tilstrekkelig ledelsesoppmerksomhet på sykefravær/nærvær og inkluderer reell medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud

Helse Sør-Øst har for 2008 et mål om å redusere sykefraværet med et prosentpoeng i forhold til 2007.

18.3.2 Medarbeidertilfredshet

I 2006 ble det i Helse Øst satt i gang arbeid med å ta i bruk en felles modell for å kartlegge medarbeideres synspunkter på arbeidsmiljø og følge opp resultatene gjennom involverende forbedringsprosesser. I løpet av vinteren 2006/07 er denne modellen prøvd ut innen alle enheter i Helse Øst med unntak av ett helseforetak. Tilsvarende arbeid ble satt i gang i 2003 i Helse Sør. Det ble utviklet en metoderekke for kartlegging og utvikling av lokalt arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet og i Helse Sør ble dette kalt MUSIKK. MUSIKK har vært gjennomført 4 år på rad i alle helseforetak i tidligere Helse Sør.

På bakgrunn av disse erfaringene vil det innen september 2008 utvikles en felles metoderekke for kartlegging og forbedring av arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet i Helse Sør Øst. Det tas også sikte på å innarbeide metoderekken som et fast, årlig tiltak for utvikling og forbedring av arbeidsmiljøet.

Bruk av metoderekken og andre tiltak som påvirker medarbeidernes arbeidsmiljø til det bedre, er avhengig av velfungerende ledere. Økt satsing på utvikling av ledere blir også en viktig del av dette (se eget punkt om Lederutvikling).

Det er satt i verk en rekke aktiviteter for å følge opp Arbeidstilsynets God Vakt kampanje. Denne kampanjen og andre tilsyn ved foretakene var en del av en nasjonal prioritering fra Direktoratet for Arbeidstilsynet med tanke på arbeidsmiljø i spesialisthelsetjenesten. Det ble avdekket svakheter på flere områder, fra håndtering av farlige stoffer, via stor arbeidsbelastning og svakheter ved lederskapet til mangelfull systematikk i arbeidet med arbeidsmiljø. De påleggene som er gitt, vil bli fulgt opp og forbedret. Dette vil danne utgangspunkt for et mer systematisk miljøarbeid framover.

18.3.3 Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn, vurdering av språkkrav mv.

I egen ekspedisjon til departementet har Helse Sør-Øst RHF rapportert på andel av ansatte med innvandrerbakgrunn, pr helseforetak og fordelt på vestlig og ikke-vestlig bakgrunn. Det ble også rapportert foregående år, men tallmaterialet er ikke sammenlignbart. Utviklingstrekk kan derfor ikke beskrives før neste rapportering, som nå skjer med datauttrekk via SSB.

Datauttrekkene viser store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder andel innvandrere generelt og med ikke-vestlig bakgrunn spesielt. Det antas at dette i stor grad gjenspeiler ulikheter i andelen innvandrere av befolkningen generelt i de distriktene helseforetakene ligger. Dermed er det også naturlig at Oslo-foretakene har den største andelen innvandrere. Flere av

helseforetakene har etablert policy og tiltak for å sikre en god andel ansatte med innvandrerbakgrunn. Viktigste fundament for dette er helseforetakenes ønske om å ha en stab som gjenspeiler foretakets befolkningsgrunnlag, både som personalpolitikk og i lys av utviklingen av en pasientbehandling som tilrettelegges alle brukergrupper.

I Årlig melding for 2008 skal det på samme måte som i Årlig melding for 2007, rapporteres på antall og andel personer med innvandrerbakgrunn i virksomheten per 1. januar 2008, hvilke mål virksomheten satte for rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn i 2008, samt antall og andel ansatte med innvandrerbakgrunn per 1. januar 2009.

Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF påser at underliggende helseforetak legger opp rutiner for vurdering av språkkrav i samsvar Ot.prp. nr. 26 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven.

18.3.4 Regulering av bierverv og etiske retningslinjer

Helse Sør-Øst har fokus på god virksomhetsstyring og legger vekt på å sikre at dette blir oppfylt i hele foretaksgruppen. Arbeidet med bierverv og etiske retningslinjer i 2007 har vært preget av å konsolidere situasjonen og videreføre den løpende oppfølging/forvaltning av regeverket mv.

I 2007 har foretaksgruppen redegjort i egne ekspedisjoner til Riksrevisjonen på to forskjellige undersøkelser initiert derfra:

- Hvordan etablert samarbeidsavtale med legemiddelindustrien praktiseres.
- Omfanget av ansattes bierverv i legemiddelindustrien.
- Helseforetakenes praksis knyttet til mottakelse og forvaltning av gaver.
- Eventuelle interne fond og forvaltingsregimet knyttet til disse.
- Ansatte med bierverv knyttet til stiftelser.

De tidligere regioner Helse Sør og Helse Øst hadde før sammenslåingen etablert sammenlignbart regelverk for håndtering av bierverv. Imidlertid har foretaksgruppen erfart at regelverket avstedkommer behov for ny gjennomgang av gjeldende regelverk. Det vises blant annet til Sivilombudsmannens uttalelse i en konkret sak i 2007. Videre har det i løpet av 2007 og inn i 2008 vært kontakt med noen av arbeidstakerorganisasjonene om bierversproblematikken. Helse Sør Øst RHF vurderer det nå slik at det er behov for en evaluering av regelverket, praktiseringen av dette, samt vurdering av nye innfallsvinkler erfart i de siste år med økt fokus på biervervsproblematikken. Dette arbeidet vil starte i 2008 og vil danne grunnlag for revurderinger og eventuelle nødvendig justeringer, det være seg regelverket selv eller dets praktisering.

18.3.5 Organisering av arbeidsgiveransvaret

Fra 2004 har det innen arbeidsgiverorganisasjonen Spekter (tidligere NAVO) vært oppnevnt et eget styre for "Spekter Helse" (underutvalget). Dette består av de administrerende direktører for de fire RHF-ene. Underutvalget skal for "helseområdet" fastsette de nærmere retningslinjer for forhandlingene og treffe de beslutninger som er nødvendig for gjennomføring av forhandlingene og eventuelt meglings. Underutvalgets rolle er av strategisk karakter, hvor hovedoppgaven er å treffe beslutninger knyttet til Spekters arbeid i forhold til helseforetakene, samt beslutninger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår som spesifikt er knyttet til helseforetakene. I tillegg har det vært et Faglig råd helse, som var et rådgivende organ for Spekters administrerende direktør. Faglig råd helse har bestått av tre representanter fra de fem helseregionene, totalt 15 representanter.

Internt i region Helse Sør-Øst benyttes følgende arenaer for innspill og forankring:

- Direktørmøtet (alle HFenes ADer), ledet av RHF's AD..

- HR-direktørforum, ledet av RHF's HR-direktør.
- Tariffnettverk, bestående av en forhandlings-/tariffaglig representant fra hvert av HFEne. Dette nettverket skal bistå HR-direktørene og understøtte helseforetakenes medlemsaktiviteter innen Spekter, sikre erfaringsutveksling og fremme den interne debatt på lønns- og tariffområdet.

18.3.6 Lederutvikling

Helse Sør-Øst var i 2007 involvert i lederutvikling på tre nivå, nasjonalt, regionalt og på foretaksnivå.

På nasjonalt nivå er Helse Sør-Øst (HSØ) involvert i det nasjonale topplederprogrammet ved deltakelse i styringsgruppen for programmet og i selve gjennomføringen av programmet. To kull gjennomgikk programmet i 2007 som gir en bred innføring i den kompleksiteten toppledere i helsevesenet må bevege seg i.

I tillegg gjennomføres det 2 ganger i året nasjonale direktørsamlinger hvor AD'er fra alle helseforetakene og RHF'ene deltar for å diskutere og bearbeide aktuelle ledelsesutfordringer av felles interesse.

Når det gjelder arbeidet med lederutvikling på RHF-nivå, har det vært arbeidet noe ulikt i de to tidligere regionene Øst og Sør.

I tidligere Helse Sør ble det initiert få ledelsesutviklingstiltak regionalt. De aller fleste foretakene har utviklet egne, foretaksinterne program av til dels betydelig omfang og man har flere steder en solid foretaksintern lederutviklingskompetanse.

Tiltakene har rettet seg mot alle ledernivå i organisasjonen og har vært gjennomført dels ved hjelp av egne krefter og dels i samarbeid med forskjellige utdanningsinstitusjoner og ved hjelp av innleide konsulenter.

Helse Sør og Helse Øst har i noen år samarbeidet med Legeforeningen om "Frist meg inn i ledelse" – et lederrekrutteringsprogram for kvinnelige leger. Det planlegges et liknende lederrekrutteringsprogram i samarbeid med psykologforeningen hvor målgruppen er både mannlige og kvinnelige psykologer – "Psyk meg opp til ledelse".

I tidligere Helse Øst hadde man ansatt en person med ansvar for å initiere lederutviklingsaktiviteter på regionalt nivå, samt å bistå foretakene med å utvikle og gjennomføre foretaksinterne lederutviklingstiltak. Det var et mål å bygge opp lederutviklingskompetanse internt i foretaksgruppen slik at man i minst mulig grad var avhengig av eksterne konsulenter.

Det ble gjennomført en rekke aktiviteter regionalt:

Lederforum hvor ledergruppene i helseforetakene og RHF'ets ledergruppe møtes for å arbeide med mål og strategier, samt andre ledelsemessige utfordringer som man har felles interesse av.

Det regionale ledelsesseminaret for ledere på nivå 2, 3 i foretakene. Temaene var overordnede strategier og føringer, møte RHF'ets ledergruppe, samt å trene på å håndtere krevende lederutfordringer.

Utviklingsprogram for reelle ledergrupper i foretakene

Hensikten var å øke ledergruppens samlede prestasjonsevne ved å fokusere på hva ledergruppen definerer som sine viktigste mål og utfordringer og hvordan det enkelte medlem i gruppen bidrar til å nå disse målene. Ledergrupper fra psykiisk helsevern har vært prioritert i dette arbeidet.

Utviklingsprogram for foretaksinterne lederutviklere/-veiledere.

Førstelinjeføderne (ledere på laveste nivå i organisasjonen) har en nøkkelrolle i gjennomføringen av våre mål og planer. Derfor satses man, i samarbeid med HR-direktørene i helseforetakene, på å utvikle og gjennomføre et utviklingsprogram for foretaksinterne lederutviklere/prosesserveiledere.

I tillegg har det vært gjennomført dagskonferanser om aktuelle ledelsestema, for eksempel ”Ledelse, arbeidsmiljø og sykefravær”.

Gjennomføring av medarbeider-/arbeidsmiljøundersøkelser er vanlig praksis i foretakene. Det eksisterer slike verktøy både i tidligere Helse Øst og Helse Sør. Begge systemene har bl.a. det til felles at de er laget først og fremst for å kunne fungere som et verktøy for ledere i arbeidet med å utvikle enhetenes prestasjonsevne og arbeidsmiljø. Derfor er trening i og bruken av medarbeiderundersøkelser et viktig element i lederopplæringen/-utviklingen i organisasjonen. Det er også etablert systemer for lederevaluering som er prøvd ut i begge de to gamle regionene.

Videre arbeid med lederutvikling i foretaksgruppen

Det er fortsatt behov for en målrettet og samordnet ledelses- og utviklingsvirksomhet på forskjellig nivå i HSØ. Ledelse vil være en avgjørende faktor også for den nye regionens suksess.

På basis av en kartlegging av aktiviteter og behov i den nye foretaksgruppen vil det bli utarbeidet en samlet plan for lederutvikling i Helse Sør-Øst. Denne planen vil beskrive hvilke aktiviteter som skal foregå på regionalt nivå og eventuelle behov for samordning av aktiviteter.

En vesentlig del av Lederutviklingsprogrammet 2008 vil være ”underleveranser” til innsatsområdet ”Mobilisering av medarbeidere og ledere”. ”Leveransene” fra dette innsatsområdet vil i sin tur være:

1. Veileder for medvirkningsbasert omstilling og organisasjonsutvikling
2. Veileder for mobilisering av medarbeidere i den daglige drift.
3. Plattform for lederutvikling som setter ledere i stand til å mobilisere medarbeidere.
4. Utforming av en lederutviklingspilot der ledere blir opplært i medvirkningsbaserte metoder
5. Etablering av et kunnskapsgrunnlag og opplæringsprogram for skolering av medarbeidere i medvirkningsbaserte metoder for omstilling og organisasjonsutvikling.

18.3.7 Forholdet mellom bruken av egne helseforetak og private virksomheter

Det er inngått langsiktige rammeavtaler med de fem private ikke kommersielle sykehusene i regionen. Disse virksomhetene fungerer i praksis som en del av Helse Sør-Øst på linje med helseforetakene. Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helse, kirurgi, lab/radiologi, opptrening, habilitering og rehabilitering. Alle avtalene er inngått med det regionale helseforetaket.

Ved anskaffelser fra private legges vekt på:

- utnytting av kapasitet i egne helseforetak
- langsiktighet og forutsigbarhet for ideelle organisasjoner
- profesjonalitet i alle led i bestillerfunksjonen

Det legges vekt på åpenhet og faglige vurderinger, utvikling av prognoser for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og utvikling av benchmarkinganalyser. Det er særlig viktig at bruken av private tilbud rettes inn mot prioriterte områder hvor egen kapasitet er fraværende eller mangelfull, og at en har metoder for å klarlegge dette. Grunnlaget for konkurranse vil være kvalitet, tilgjengelighet, pris og leveringssikkerhet.

Det utvikles egnede rutiner som sikrer samhandling og langsiktighet. Det er etablert en egen bestillerfunksjon for å videreutvikle profesjonaliteten i gjennomføringen overfor egne eide foretak og private virksomheter.

19 Økonomisk balanse og bærekraft

19.1 Strategisk fokus

<ul style="list-style-type: none">✓ Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring.✓ Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte.✓ God styringsinformasjon videreutvikles
Mål 2008 <ul style="list-style-type: none">– Resultat i balanse i 2008 iht. styringskrav og fastsatt aktivitetsnivå– Aktiviteten må styres ut fra faglig prioritering slik at regionens ”sørge for”-ansvar dekkes innen fastsatt aktivitetsnivå– Bemanningsutviklingen må styres både i volum og ift. kompetanse innen ressursrammen

19.2 Økonomiske rammeforutsetninger

19.2.1 Økte bevilgninger til investeringer innebærer et krav om 0-resultat.

Etter sykehusreformen har bevilgningene til de regionale helseforetakene ikke tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikehold av bygninger og medisinsk utstyr. I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det lagt opp til økte bevilgninger på i alt 1,0 mrd. kroner, fordelt over tre år, for å kunne bidra til at dette forholdet ble noe rettet opp. I St.prp. nr. 1 (2007-2008), er beløpet foreslått økt til i alt 1,67 mrd. kroner, og at hele beløpet bevilges i 2008.

Bakgrunnen er at regnskapsmessig åpningsverdi i bygg og utstyr er høyere enn den fastsatte åpningsverdien tilhørende balansekravet. Forskjellsverdien har vært håndtert slik at de regnskapsmessige meravskrivningene som følger av verdifastsettelsen av åpningsbalansen, har blitt unntatt det økonomiske balansekravet ved å kostnadsføre disse meravskrivningene som strukturfond- og levetidskostnader. Det har vært regjeringens målsetting å bevilge et beløp tilstrekkelig til å dekke regnskapsmessige avskrivninger og dermed øke regionenes evne til gjenanskaffelse av bygg og utstyr.

Helse Sør-Øst er for 2008 tilført 920 mill kr til fornying av sykehusbygg og utstyr til sykehus. Midlene inntektsføres hos helseforetakene slik som kostnadene til struktur og levetid prognostiseres for 2008 per foretak og forutsettes å dekke disse kostnadene i sin helhet.

I henhold til St.prp.nr.1 (2007-2008) er disse midlene lagt inn i basisrammen for å gjenanskaffe/dekke avskrivninger på bygg og utstyr, samt bidra til å sikre fremtidig drift av Nye Ahus.

19.2.2 Krevende omstillingsutfordring for 2008

I henhold til St.prp. nr. 1 (2007-2008) innebærer det økonomiske opplegget for investeringer at eiers styringskrav for 2008 er et økonomisk resultat i null. Det er imidlertid presisert i protokollen fra foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør- Øst RHF 24. januar 2008, at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametre utover kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Sør- Øst RHF ikke inngår i dette resultatkravet.

Det økonomiske resultatet for 2007 for foretaksgruppen samlet sett viser et underskudd ut over eiers styringsmål i størrelsesorden 1,0 milliard kroner. Foretaksgruppen må derfor iverksette omstillings-, effektiviserings- og innsparingstiltak tilsvarende om lag 1,0 mrd. kroner for å ivareta eiers krav til økonomisk resultat for 2008.

For å ivareta det regionale helseforetakets sitt "sørge for" - ansvar er det i tillegg nødvendig å gjøre investeringer for å gjennomføre strukturelle endringer, samt for å opprettholde tilfredsstillende medisinsk kapasitet, teknologi og kvalitet, jfr. omtalen nedenfor.

Etter Helse Sør-Øst sin samlede vurdering vil det derfor være meget krevende å kunne iverksette tiltak for å kunne innfri eiers krav til økonomisk balanse ut ifra det kravet som er satt i foretaksprotokollen og samtidig sikre at Helse Sør-Øst ivaretar sørge for ansvaret slik det er forventet fra eiers side.

19.2.3 Ledige lånerammer og likviditetsmessig utfordringer

Med dagens langsiktige lånerammer har Helse Sør-Øst en utfordring med å finansiere et stort og veldokumentert vedlikeholdsetterslep i tillegg til vedtatte og påbegynte investeringsprosjekter. Ut fra dagens situasjon vil ikke Helse Sør-Øst ha disponible lånerammer til nye investeringer før i 2009. Disponering av lånemidler etter dette tidspunktet vil bli sett i sammenheng med en langsiktig investeringsstrategi når det gjelder utbyggingsprosjektene i regionen

De låneopptakene som er foretatt vil belaste likviditetssituasjonen ved helseforetakene i betydelig grad i årene som kommer.

Helse Sør-Øst har ved utgangen av 2007 en kortsiktig likviditetsreserve på 200 mill. kroner av en total driftskredittramme godkjent fra departementet på 2,7 mrd. kroner.

I forhold til Helse Sør-Øst sin størrelse, er en kortsiktig likviditetsreserve på 200 mill. kroner ikke tilstrekkelig. Prognosen for likviditetsutviklingen i 2008 forventes å bli vesentlig strammere enn hva tilfellet har vært i 2007. Helse Sør-Øst vil derfor, med stor sannsynlighet, ha behov for å søke om utvidelse av driftskreditrammen på 2,7 mrd. kroner.

19.2.4 Nye Ahus – økonomiske utfordringer

Utbyggingen av Nye Ahus går etter planen og prosjektet holdes innenfor den investeringsrammen som er forutsatt. Nytt sykehus vil tas i bruk 1. oktober 2008.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at tilskudd og lånerammer til Nye Ahus bevilges separat fra eiers side. For perioden fra 2008 til og med 2010 vil lånebehovet for hele utbyggingsprosjektet være i størrelsesorden 1,4 mrd. kroner.

Det er en stor utfordring for Helse Sør-Øst å fullfinansiere driften ved det nye sykehuset innen dagens økonomiske rammer uten at det skal gå på bekostning av det samlede tjenestetilbudet i regionen.

Spørsmålet om særskilt finansiering er tatt opp med eier i foretaksmøtet i mars 2007.

19.2.5 Pensjonskostnader

Stabile rammebetingelser over tid er viktig både for helseforetakene og departementet når det gjelder pensjonskostnader. De skjerpede økonomiske parametrene som er lagt til grunn ved beregning av helseforetakenes pensjonskostnader for 2007 har medført en betydelig kostnadsøkning. Det er disse beregningene som er lagt til grunn i regnskapsavleggelsen for 2007. Økningen for 2007 er unntatt fra balansekravet til de regionale helseforetakene.

Pensjonskostnadene representerer fortsatt en usikkerhet.

For 2008 vil det også bli gitt et unntak fra balansekravet, grunnet økte pensjonskostnader som skyldes skjerpede parametere.

19.2.6 Ny modell for fordeling av inntekter mellom helseregionene

Det regjeringsoppnevnte utvalget med mandat å vurdere prinsippene for fordeling av ressurser mellom helseregionene, avga sin innstilling 10. januar 2008 (NOU 2008:2 Fordelinger av inntekter mellom regionale helseforetak). Av innstillingen går det frem at de prinsipper som utvalget har lagt til grunn innebærer en omfordeling av midler fra Helse Sør- Øst til de andre regionale helseforetakene på 781 mill, beregnet med utgangspunkt i bevilgningsforslaget for 2008 i St.prp. nr. 1 (2007-2008).

Styret i Helse Sør-Øst RHF vil avgi en egen høringsuttalelse til NOU 2008:2 Fordelinger av inntekter mellom regionale helseforetak.

19.2.7 Ny modell for fordeling av inntektsrammer internt i Helse Sør- Øst

De to tidligere helseregionene Helse Sør og Helse Øst har benyttet ulike modeller til fordeling av inntekter mellom helseforetakene i sine respektive regioner. Disse regionmodellene er lagt til grunn også i budsjettet for 2008, for helseforetakene i de to tidligere regionene.

Det er et uttrykt ønske om at det skal utarbeides en felles fordelingsmodell som skal omfatte alle helseforetakene i den sammenslåtte regionen. Dette arbeidet er i gang.

20 Åpenhet og kommunikasjon

Åpenhet og ærlighet er en forutsetning for god kommunikasjon både internt og eksternt. God kommunikasjon er avgjørende for å lykkes – og for at medarbeiderne skal se nye muligheter for seg selv og for virksomheten.

Sykehusene i Norge er – og skal være – i offentlighetens søkelys. Dette skal Helse Sør-Øst forholde seg til profesjonelt og være i forkant av i kommunikasjonen med omverdenen. Helse Sør-Østs troverdighet bygger på offensiv, åpen og ærlig kommunikasjon.

Helse Sør-Øst står overfor store endringer og omstillinger. I slike faser er det vesentlig at alle kjenner og utfører sitt ansvar for å informere og å involvere. Samtidig er det nødvendig at hele foretaksgruppen har god kjennskap og faktakunnskap til ulike endringsplaner og prioriterte områder. Slik kan foretaksgruppen framstå samlet og koordinert med kommunikasjon basert på god innsikt og kunnskap.

Kommunikasjon handler om å dele kunnskap og å skape forståelse og innsikt. Aktiv deltakelse og involverte medarbeidere i prosesser fram mot beslutninger er en viktig forutsetning for å bygge lojalitet innad i organisasjonen – og for å skape tillit i forholdet til omverdenen.

Helse Sør-Øst har utarbeidet en felles kommunikasjonsstrategi for hele foretaksgruppen for de neste fire årene. Denne skal sikre bedre samordning av kommunikasjonsarbeidet i foretaksgruppen, og legges til grunn når det enkelte helseforetak utvikler egne kommunikasjonsplaner.

21 Intern revisjon

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen. Oppdragsgiver for internrevisjonen er Kontrollkomiteen (som benevnes Revisjonskomité fra 2008), et underutvalg av styret.

Formålet med internrevisjonsfunksjonen er å bidra til at Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene i Helse Sør- Øst når sine mål og forbedrer den løpende drift. Dette skal skje ved å evaluere og foreslå forbedringer i systemene og prosessene for styring og kontroll, herunder risikostyring og virksomhetsstyring.

Internrevisjonens oppgaver i forhold til bekreftelse av internkontroll er å:

- a) Holde seg løpende oppdatert på risikobildet i foretaksgruppen
- b) Kartlegge og vurdere internkontrollsystemene, samt teste om de fungerer som forutsatt.

Internrevisjonens fagkompetanse er internkontroll og risikostyring. I alle revisjoner blir virksomheten målt mot revisjonskriterier for internkontroll.

Det er i 2007 gjennomført internrevisjon innenfor innkjøpsområdet ved 8 helseforetak med oppsummering regionalt og rapport fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF. Det er videre gjennomført revisjoner innenfor henvisningsrutiner/dokumentflyt innenfor 4 helseforetak. I tillegg er det foretatt oppfølging av revisjoner gjennomført i 2006 overfor helseforetakene, sykehusene med privat avtale og det regionale foretaket innenfor områdene Ventetid BUP, Forskning, Ledelsens gjennomgåelse og innkjøp.

Detaljer knyttet til internrevisjonens arbeid fremgår av Årsrapport 2007 for internrevisjonen ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 6. februar, sak 006-2008.

Hovedkonklusjon fra gjennomførte revisjoner i 2007 viser at det er forbedringsområder innenfor reviderte områder for alle helseforetak som er underlagt interne revisjoner i denne perioden. Handlingsplaner er eller blir styrebehandlet både på foretaksnivå og på regionalt nivå.

Det regionale foretaket har iverksatt en risikostyringsprosess i hele foretaksgruppen. Internrevisjonen holdes løpende orientert om fremdrift og resultat og benytter aktivt denne prosessen i revisjonsplanleggingen.

DEL IV – STYRETS BUDSJETTFORSLAG

22 Tjenestens aktivitetsbehov i 2009 – innspill til statsbudsjettet for 2009

22.1 Hvilken aktivitet er nødvendig for å ivareta ”sørge for”-ansvaret i 2009

Iht. Oppdragsdokumentet for 2007 skal de regionale helseforetakene gi innspill til statsbudsjettet for 2009. I likhet med tidligere år har de administrerende direktører i de regionale helseforetakene utarbeidet et felles innspill. Dette ble behandlet i AD-møtet 17. desember og gitt enstemmig tilslutning.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige. I tillegg gis det enkelte innspill vedrørende veksten i pensjonskostnader, fastsetting av lånerammer og behovet for planlegging av større investeringsprosjekter.

22.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for 2009 er vurdert på grunnlag av de forhold som erfaringsmessig bestemmer aktivitetsutviklingen og de helsepolitiske prioriteringer som gjelder. Her skal vi først gjennomgå de viktigste elementene summarisk, og deretter drøfte dem i en helhetlig sammenheng.

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

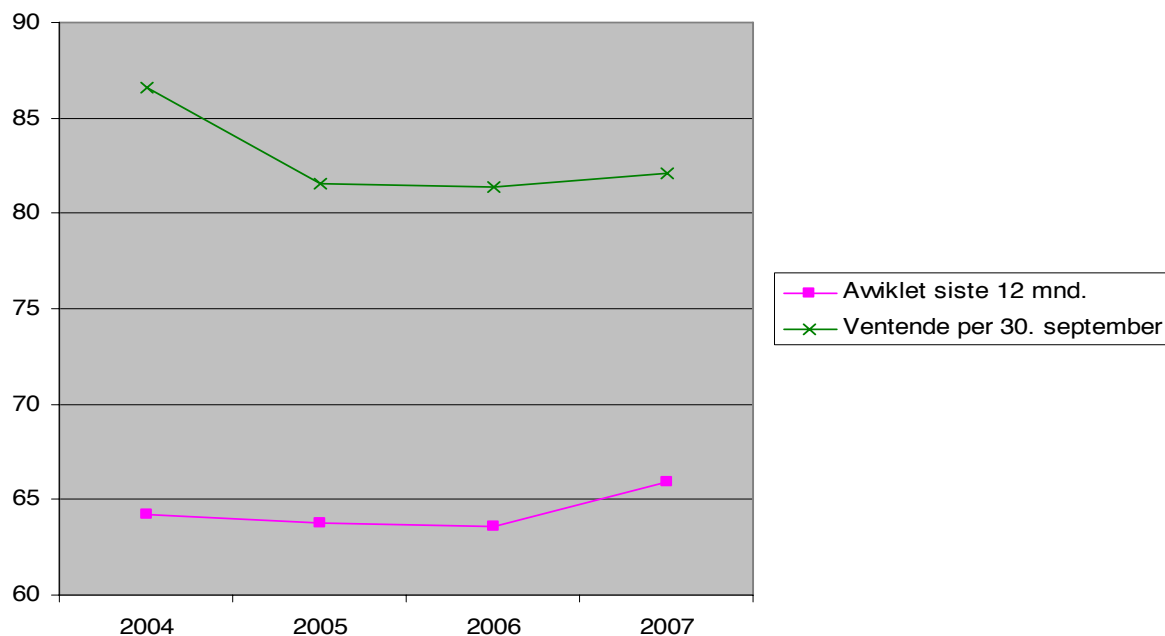
I perioden 2003-2006 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,8 prosent per år, målt i antall korrigerede DRG-poeng. Veksten fra 2005 til 2006 var 2,75 prosent. Tallene for perioden 1.1-31.8 2007 ligger 2,71 prosent over tallene for tilsvarende periode i 2006.

Aktivitetsvekst i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i Norge 2003-2006. (Kilde: ISF-kuben).

	2003	2004	2005	2006
Antall DRG-poeng	1 013 376	1 031 452	1 072 204	1 101 696
Prosent vekst fra forrige år	-	1,78	3,95	2,75

I perioden 2003-2010 vil det kreves en aktivitetsvekst på ca. 0,7 prosent per år for å kompensere for forventede endringer i folkemengde og aldersstruktur. Det er vekst ut over dette som gir rom for økt behovsdekning, inklusive nye behov. Trekker vi 0,7 fra de refererte prosenttallene, finner vi en gjennomsnittlig realvekst på 2,1 prosent per år for perioden 2003-2006. Tallene hittil i år indikerer at veksten i 2007 vil bli tilsvarende.

Aktivitetsveksten i de siste fire-fem årene har gjort det mulig å holde ventetidene under rimelig kontroll. Diagrammet nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for somatiske rettighetspasienter. Reduksjonen i rettighetspasientenes ventetider ser ut til å ha stagnert. Det indikerer at aktivitetsveksten i de to årene kan ha vært for knapp i forhold til behovsveksten.



Figur 1. Gjennomsnittlig ventetid for somatiske rettighetspasienter beregnet per 30. september i årene 2004-2007¹.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2007-2009

Demografi

Den aktivitetsvekst som kreves for at tilbudet skal holde tritt med befolkningsutviklingen er anslått på grunnlag av alders- og kjønnsespesifikke forbrukstall (ISF-kuben) og SSBs fremskrivning av befolkningen (MMMM). I perioden 2003-2010 kreves det en årlig økning i antall DRG-poeng (døgn- og dagopphold) på 0,7 prosent for å holde tritt med befolkningsutviklingen. Beregninger på grunnlag av alders- og kjønnsespesifikke rater for polikliniske konsultasjoner (SAMDATA) viser at befolkningsutviklingen medfører et tilsvarende behov for vekst i den polikliniske aktivitet.

Øyeblikkelig hjelp

Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp øker med om lag 2 prosent per år, og vi har ingen indikasjoner på at dette er i ferd med å endres. Det er erkjent at en del av de som blir innlagt for øyeblikkelig hjelp burde fått et annet tilbud, og det arbeides med å utvikle bedre løsninger for disse pasientene både internt i spesialisthelsetjenesten og i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

¹ Kurven for avviklede pasienter omfatter alle norske pasienter. På grunn av feil i data er pasienter fra Helse Vest ikke med i kurven for ventende.

Nye behov og økt behovsdekning

Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette, og i utgangspunktet forventes det at dette vil bidra til en realvekst på om lag samme nivå i perioden frem mot 2009 som vi har hatt de siste par årene.

Prioritering

Rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre skal prioriteres. Det er tidligere anslått at dette isolert sett vil kreve en vekst i det totale antall døgnopphold på 0,85 prosent per år², og det antas at dette også vil gjelde dagopphold og poliklinisk behandling. For å ta hensyn til at det også er andre grupper som skal gis særlig prioritet, rundes tallet av til 1,0 prosent.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at man skal identifisere områder med overkapasitet og overføre ressurser fra disse områdene til de områder som skal styrkes. Dette har særlig kommet psykisk helsevern og rusbehandling til gode, men det arbeides stadig for å finne nye muligheter for omfordeling internt i somatisk sektor.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2006-2009

I perioden 2003 til 2006 var aktivitetsveksten om lag 3 prosent per år, og ventetidene holdt seg noenlunde konstante. En videreføring av denne vekstraten vil trolig være tilstrekkelig til å holde ventetidene på dagens nivå også i de nærmest kommende år.

Dersom veksten reduseres til det som kreves for å holde tritt med befolkningsutviklingen, anslagsvis 0,7 prosent per år, blir det ikke rom for nye behandlingstilbud, og det må antas at dette vil medføre økende ventelister og ventetider på flere områder.

Helseforetakene legger stadig større vekt på effektiv prioritering. Med god prioritering vil en aktivitetsvekst på 2,0-3,0 prosent per år i perioden 2006-2009 kunne gi rom både for nye tilbud og gjøre det mulig å opprettholde akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper.

22.3 Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri viser imidlertid en markert vekst i perioden 2003-2006 med en gjennomsnittlig økning på 3,1 prosent. Ressursøkningen til psykisk helsevern har vært større enn for somatiske tjenester.

² Innspill fra regionale helseforetak til statsbudsjettet for 2007, desember 2005.

Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 2003-2006. Mill. kr faste 2006 kr.

(Kilde: SAMDATA 2006)

	2003	2004	2005	2006
Ugifter VOP	9 979	10 124	10 748	10 992
Endring % fra forrige år	1	1	6,2	2,3
Utgifter BUP	1 790	1 928	2 083	2 225
Endring % fra forrige år	8	8	8,0	6,8

Som det fremgår av tabellene nedenfor har det skjedd en aktivitetmessig omstrukturering innen voksenpsykiatrien fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS og poliklinikk, samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen.

I perioden 2003 – 2006 er antall oppholdsdøgn redusert med 7,5 prosent mens antall utskrivinger har økt med 17,8 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 34,8 prosent.

Aktivitetsendring psykisk helsevern VOP 2003-2006 (Kilde: SAMDATA 2005, 2006)

	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn	1 674 000	1 612 000	1 571 000	1 560 000
Endring % fra forrige år	- 3,1	- 3,7	-2,5	- 0,8
Antall utskrivinger	40 355	41 249	43 515	47 549
Endring % fra forrige år	8,5	2,2	5,5	9,3
Polikliniske konsultasjoner	699 000	759 000	867 000	931 000
Endring % fra forrige år	13,3	8,6	14,2	7,4

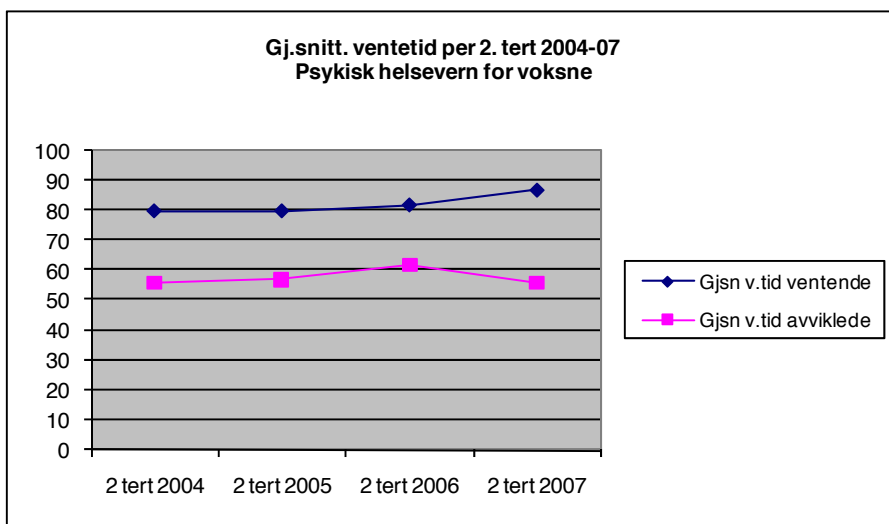
Tilsvarende omstrukturering har skjedd innen barne- og ungdomspsykiatrien. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2003-2006 redusert med 6 prosent mens antall behandlede pasienter har økt med 55 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 43,6 prosent.

Aktivitetsendring psykisk helsevern BUP 2003-2006 (Kilde: SAMDATA 2005, 2006)

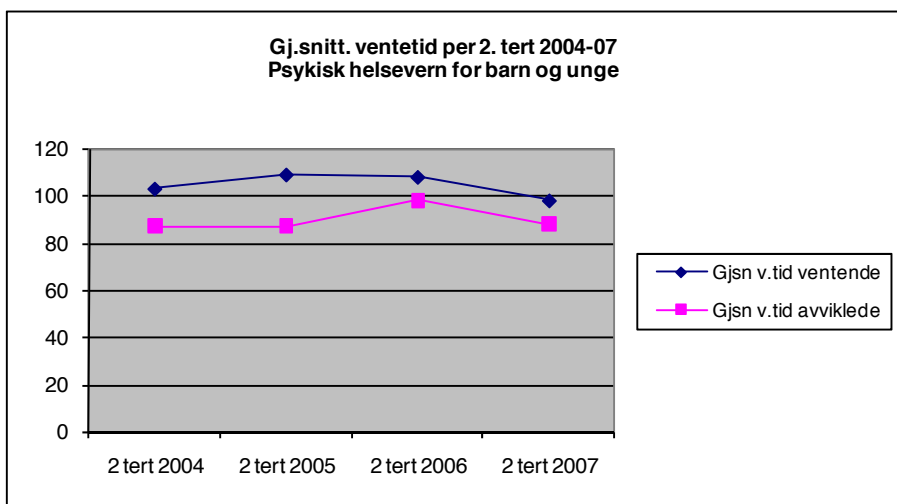
	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn ¹⁾	89 570	87 386	87 880	84 221
Endring % fra forrige år	-	-2,4	0,6	-4,2
Antall behandlede pas.	30 467	39 340	43 426	47 280
Endring % fra forrige år	4,5	2,9	10,4	8,9
Polikliniske konsultasjoner	447 000	496 000	561 000	642 000
Endring % fra forrige år	28,0	11,0	13,1	14,4

¹⁾ SSB Statistikkbanken 23/11/2007

Diagrammene nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Aktivitetsveksten har medført en beskjeden reduksjon i ventetidene. Ressursveksten tilført gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har gått med til å dekke den økte etterspørselen etter behandling.



Figur 2. Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for voksne beregnet per 2. tertial i årene 2004-2007.



Figur 3. Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for barn og unge beregnet per 2. tertial i årene 2004-2007.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2006-2009

Til tross for at flestparten av de tekniske målene for Opptappingsplanen synes å bli oppnådd, er ventelistene fortsatt lange. De regionale helseforetakene er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å øke ressursinnsatsen innen psykisk helsevern mer enn økningen innen somatikken gjennom å bruke midler fra basisrammen og samtidig øke produktiviteten.

Flere av helseforetakene har store utfordringer med å tilpasse aktiviteten innen somatikken til de økonomiske rammene. For å ivareta "sørge for"-ansvaret innen psykisk helsevern uten at dette resulterer i merforbruk og videreføre nødvendige økninger i ressursinnsats også etter Opptappingsplanen (1999-2008), må de regionale helseforetakene tilføres økte ressurser.

Den pågående omstrukturering av psykiatrien krever i tillegg at det gjøres investeringer ut over Opptappingsplanen til både distriktpspsykiatrien og til sentralsykehusene. Det må arbeides videre

med å utvikle finansieringsordninger og andre virkemidler for å sikre nødvendig aktivitetsvekst og prioritering av et samlet psykiatritilbud.

Opptrappingen innen psykisk helsevern har pågått over flere år og knappheten på psykiatere representerer en stadig større utfordring innen fagfeltet. Økning i antallet legehjemler og økt utdanningskapasitet er forutsetning for å få bygget opp faglig sterke DPS som kan utgjøre en reell avlastning av akuttpsykiatrien. Uten økt tilgang på psykiatere vil det ikke være mulig å sikre tilgjengelighet og faglig kvalitet innen verken voksenpsykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. Særlig innen barne- og ungdomspsykiatri er det i tillegg en utfordring i forhold til utdanningskapasiteten at mange psykiatere etter hvert nærmer seg pensjonsalder.

Oppsummert er det fortsatt store uløste oppgaver i psykisk helsevern. Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og kravet om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før også etter at Opptrappingsplanen er fullført, dvs. med omlag 3 prosent per år.

22.4 Ressursinnsats og aktivitet innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av st.prp. nr 1 (2007-2008). Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten at det følges opp med en tydelig og nødvendig ressursmessig styrking. Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004 – 2006 er de regionale helseforetakenes budsjetter til rusfeltet økt fra 1,3 mrd til 2,1 mrd kroner, dvs. en økning på 0,8 mrd eller 60 prosent. Dette uttrykker til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettetert inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten dokumenterer imidlertid en prosentvis vekst i ressursbruk til rusbehandling har på 7,7 prosent og 7,8 prosent for hhv. 2005 og 2006, og at veksten således har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Aktivitetsveksten skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

Det foreligger for øvrig ikke anvendelige data for aktivitetsutvikling eller utvikling i ventetid. Dette er et satsingsområde i Opptrappingsplanen. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

Aktivitetsendring tilbud til rusmiddelmissbrukere 2005-2006

(Kilde: SSB Statistikkbanken 23/11/2007)

	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn			546 908	561 314
Endring % fra forrige år				2,6 %

Det er fortsatt betydelige utfordringer i årene fremover for å nå de krav og forventninger som følger av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestenivå og på kommunalt nivå.

Alle regionale helseforetak har gjennomgått tjenestene og lagt planer for videre utvikling. Ventetidene innen feltet er generelt for lange, og noen pasientgrupper har for dårlig tilbud. Planene beskriver behov for en betydelig økning av driftsmidlene samtidig som det er nødvendig med omstillinger i dagens tilbud. Dette kommer i tillegg til de om lag 200 mill. som de regionale helseforetakene allerede har lagt inn for å styrke behandlingstilbudene.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet, og til noe styrking av visse deltjenester, men har ikke gitt rom til videre omstilling og utbygging. Det er derfor behov for at Opptappingsplanen følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst.

Følgende fremheves som særlig viktige faktorer som påvirker aktivitetsnivå og kostnader:

- Økning i etterspørsel etter tjenester på flere områder bl.a. som følge av pasientrettighetslov og annen helselovgivning
- Økte kvalitetskrav
- Implementering av tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten
- Oppfølging av nasjonale mål og strategier om styrking av tilbudene til rusmiddelmissbrukere

Strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akuttfunksjoner (inkl avrusning, innleggelser etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det er behov for nybygg og opprustning av bygningsmassen i et betydelig omfang. Dette gjelder både offentlige og private institusjoner. Sistnevnte vil primært gi økte driftskostnader i form av høyere døgnpriser.

Oppsummert er det behov for at Opptappingsplanen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst på samme nivå som de foregående år, både til drift og investeringer. Det er for budsjettåret 2009 behov for en styrking av rusfeltet med 180-200 mill. kroner.

22.5 Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2009

Resonnementene ovenfor er i hovedsak basert på betraktninger om realvekst innen de forskjellige områdene. Det er videre forutsatt at utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder fortsetter som i dag og at dette vil bidra til vekst på om lag samme nivå i perioden frem mot 2009 som en har hatt de siste par årene. Det forventes også at det i budsjettbehandlingen tas høyde for andre områder med særlig vekst. For eksempel har Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten estimert at kostnader til legemidler alene kan utgjøre en økning nasjonalt på 1.6- 3.1 mrd i løpet av de nærmeste årene.

Det vises videre til felles brev av 16.11.2007 fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, vedrørende veksten i pensjonskostnader. Som følge av nye forutsetninger for beregning av pensjonspremie øker utgiftene til de regionale helseforetakene og de private ideelle sykehusene med om lag 3 mrd kroner fra 2007 til 2008. Denne økningen har negative konsekvenser for virksomhetenes driftsresultat, egenkapital og likviditet. Det anmodes i brevet om at disse forholdene kompenseres i 2007 og 2008. Det forsettes også at kostnadsveksten ivaretas i budsjettbehandlingen for 2009.

For å redusere unødvendig usikkerhet og forbedre RHF-enes planlegging og budsjettering anbefales det for øvrig at lånerammene fastlegges for en lengre periode, minimum 3 år, og at fristen for Årlig melding avstemmes med frist for regnskap, dvs. 15. mars.

En ber videre Helse- og omsorgsdepartementet vurdere et rullerende opplegg tilsvarende Norsk veiplan, der større investeringsprosjekter planlegges med inntil 12 års tidshorisont

22.6 Særskilte merknader fra Helse Sør-Øst RHF

Finansiering av Nye Ahus

Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003/2004) og innstilling fra sosialkomiteen (Budsjettinnstilling S. nr. 11) hvor et flertall bl.a. gir uttrykk for at det samlede likviditetsopplegg, herunder betingelsene knyttet til låneopptak og avdragstider må vurderes fram mot at anlegget tas i bruk samt at prosjektet at realiseringen av prosjektet ikke i urimelig grad må gå på bekostning av drift og utvikling av det øvrige spesialisthelsetilbudet til befolkningen i Helse Sør-Øst.

I henhold til tidligere styresak er det beregnet at de årlige driftskostnader innebærer en underdekning gjennomsnittlig på i underkant av 300 mill. kroner over en periode på 20 år. I de første driftsårene vil denne underdekningen være vesentlig større enn 300 mill.

DEL V – VEDLEGG

VEDLEGG 1:

Rapporteringsskjema investeringskostnader og finansieringsmåte

VEDLEGG 2:

Styresak 068/2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst

VEDLEGG 3:

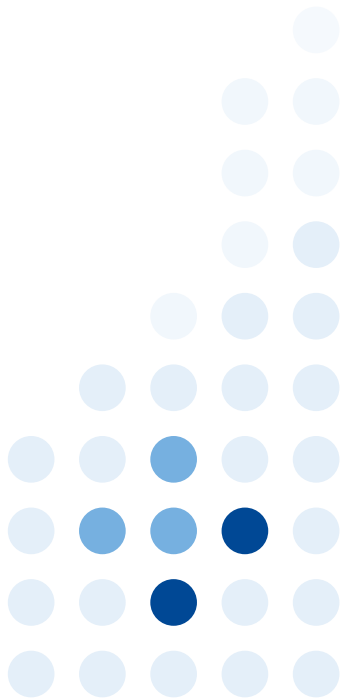
Årsmelding fra Pasientombudene i Helse Sør-Øst

(separat dokument)

Helse Sør-Øst har et godt samarbeid med pasientombudene i Helse Sør-Øst. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

I henhold til vedtektene for Helse Sør-Øst skal melding fra pasientombudene vedlegges årlig melding.

Pasientombudene i Helse Sør-Øst har utarbeidet hver sin separate melding for 2007. Disse legges ved oversendelsen av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.



Helse Sør-Øst RHF's hovedoppgaver er definert gjennom oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Våre hovedoppgaver er:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

Virksomheten omfatter:

- sykehus
- institusjoner i psykiatrien og innen rusbehandling
- ambulansetjenesten
- nødmeldingstjenesten
- pasienttransport
- opptreningsinstitusjoner
- sykehusapotek
- laboratorier

- Foretaksgruppen har omlag 69 000 medarbeidere (inkl vikarer). Dette tilsvarer omlag 53 000 årsverk.
- Omsetningen i 2006 var 47 milliarder kroner.
- Det er 2,6 millioner mennesker i regionen, dette utgjør 56 % av Norges befolkning.
- Hovedkontoret for Helse Sør-Øst RHF ligger i Hamar. Helseregionen har også administrasjonssted i Skien.

HELSE  SØR-ØST

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404, 2303 Hamar
Telefon 02411
www.helse-sorost.no