

Årlig melding 2005



*Behandlet i styret i Helse Sør RHF
23. februar 2006*

INNHOLD

1. Innledning	4
Styrende dokumenter for virksomheten i 2005	
2. Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret	6
2.1. Pasientbehandling	6
Aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering	
Ventetider	
Pasienter med kroniske lidelser	
Lindrende behandling	
Inntektssystem for private laboratorier og røntgeninstitutt	
Private avtalespesialister	
2.1.1. Kvalitet i tjenesten	9
Prioritering	
Kvalitet og metodevurdering	
Faglig rammeverk	
2.1.2. Nærmere om særskilt prioriterte områder	13
Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse	
Psykisk helse	
Tilbudet til rusmiddelbrukere	
Rehabilitering og habilitering	
2.1.3. Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling	20
Lokalsykehus	
Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten	
Smittevern og beredskap	
Høyspesialisert medisin – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra	
2.2. Utdanning	23
2.3. Forskning	24
2.4. Brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende	26
2.5. Forhold som ikke spesifikt tas opp i bestillerdokumentene	27
Forebyggende arbeid	
3. Eierkrav knyttet til økonomi	28
3.1. Økonomiske prestasjonskrav	28
Foreløpig resultat 2005 for foretaksgruppen	
Investeringer	
Status for større byggeprosjekter innen somatikk	
Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	

4.	Organisatoriske krav og rammebetingelser	32
4.1.	Oppfølging av juridisk rammeverk	32
	Krav til internkontroll i Helse Sør RHF	
	Krav til etablering av intern revisjon i Helse Sør RHF	
	Oppfølging av retningslinjer for lønns- og pensjonsforhold i staten	
	Bruk av revisor til oppgaver ut over inngått kontrakt	
4.2.	Organisatorisk videreutvikling	32
	Tydeligere skille mellom Helse Sør RHF's to kjerneroller	
	Begrenset adgang til styrerepresentasjon i egne HF for ansatte i RHF	
	Relasjon til private aktører	
4.3.	Deltakelse i regionovergrepene tiltak	38
	Samordning og standardisering av IKT mellom de regionale helseforetakene	
	Mulig etablering av landsdekkende stabs- og støttefunksjoner	
	Deltagelse i etablering av nasjonale ledelsesutviklingstiltak	
	Utvikling av retningslinjer for styrearbeid i helseforetak	
	Likestillingsperspektiv i styresammensetning	
	Nødnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for nødetatene	
	Samordning av hovedstadsområdet	
	Kommunikasjon	
	Oppfølging av statlige handlingsplaner mv på særskilte områder	
4.4.	Avvikling av sengepost ved Sørlandet sykehus HF Farsund	38
5.	Styrets plandokument 2006-2007	39
	Befolkningsutvikling	
	Medisinske utviklingstrender	
	Lærings- og mestringssentra	
	Samhandlingskultur og -kompetanse	
	Ambulant team	
	Samhandling om IKT og helsenett	
	Kapasitetsbehov	
	Helse Sørs planer for å møte utviklingen	
	Forskning	
	Utdanning	
	Opplæring av pasienter og pårørende	
	Beredskap	
	Smittevern	
	Syketransport	
	Økonomisk balanse i 2006 – faglige utfordringer i 2007	
6.	Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2005	51

1. INNLEDNING

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

Styret skal innen den 1. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

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

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

Styrende dokumenter for virksomheten i 2005

I "Årlig melding for 2005" forholder Helse Sør RHF seg særlig til:

- Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør RHF 21. desember 2004
- Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør RHF 11. januar 2005
- Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør RHF 27. januar 2005
- Protokoll fra foretaksmøtet (telefonmøte) i Helse Sør RHF 10. juni 2005
- Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør RHF 22. juni 2005

- Bestillerdokument 2005, datert 11. januar 2005.
- Bestillerdokument 2005, tilleggsdokument etter Stortingets behandling av RNB 2005, datert 22. juni 2005

For å lette arbeidet med å sammenligne kravene i de styrende dokumenter og oppfølgingen i "Årlig melding 2005", er Kapittel 2 i hovedsak en oppfølging av Bestillerdokument 2005 av 11. januar 2005 og har samme oppbygging og inndeling som dette dokumentet. Kapittel 4 er i hovedsak en oppfølging av Protokoll fra Foretaksmøtet i Helse Sør RHF 11. januar 2005 og har samme oppbygging og inndeling som denne protokollens del 4.

Årlig melding er behandlet i styret i Helse Sør RHF hvor to av de konserntillitsvalgte er ansattvalgte medlemmer.

Det regionale brukerutvalget i Helse Sør RHF har drøftet utkastet til Årlig melding i møte 20. februar 2006. Brukerutvalgets innspill og kommentarer er tatt med i behandlingen av meldingen.

Årsrapport fra pasientombudene er vedlagt. Rapporten vil bli gjennomgått av administrasjonen som kommer tilbake med forslag til oppfølging i et senere styremøte.

2. IVARETAKELSE AV "SØRGE FOR"-ANSVARET

I dette kapittelet er Helse- og Omsorgsdepartementets oppdrag til Helse Sør RHF i Bestillerdokumentet for 2005 først gjengitt i *innrykket, kursiv skrift*. Deretter gjengis informasjon om Helse Sørs oppfølging av oppdraget.

2.1. Pasientbehandling

- *De regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere. For psykisk helsevern medfører dette at ressursinnsatsen skal økes utover det som legges til grunn gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.*

Helse Sørs ressursbruk økte i 2005 sterkere innenfor rus og psykisk helsevern enn innen somatikken. Tabellen nedenfor viser at kostnadsøkningen innen rus og psykiatri i 2005 var 4,9 prosent mot 2,0 prosent innen somatikk.

	Endring i %	2005	2004
Rus	5,6 %	328	311
Psykiatri	4,8 %	2 230	2 128
Rus og psykiatri	4,9 %	2 559	2 439
Somatikk	2,0 %	13 744	13 472
Annet	20,3 %	1 163	966
Sum	3,5 %	17 465	16 878

Tabell 1- Utvikling kostnader på funksjonsområder 2004 - 2005

Tilgang på økonomiske ressurser er ikke alene den begrensende faktor for aktivitetsvekst og reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern. Faktorer som tilgang på kompetent behandlingspersonell og tilgjengelig og tilrettelagt infrastruktur er like viktig.

Aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering

- *Budsjettet legger til rette for at aktiviteten som omfattes av innsatsstyrt finansiering kan videreføres på samme nivå som i 2004.*

Aktiviteten målt i DRG-poeng knyttet til pasienter bosatt i Helse Sør var i 2005 på i underkant av 228 000 DRG-poeng. Dette er cirka 8 000 DRG-poeng eller 3,6 prosent høyere enn i 2004. Aktiviteten ble cirka 4 400 DRG-poeng (cirka to prosent) høyere enn forutsatt i Bestillerdokumentet for 2005.

Gjestepasientaktiviteten var cirka 200 DRG-poeng lavere i 2005 enn i 2004. Det er en reduksjon på om lag 0,3 prosent.

Ventetider

- *Ventetidene for de høyt prioriterte tjenester skal fortsatt holdes på lavt nivå.*

Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen psykisk helsevern er ved utgangen av tredje tertial 53 dager. Dette er en nedgang i forhold til samme tidspunkt året før på 9 dager, tilsvarende 15 prosent.

Psykisk helsevern	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Alle ventende	70	76	53
Ventende m/rett til nødvendig helsehjelp	48	50	42
Ventende u/rett til nødvendig helsehjelp	106	108	74

Tabell 2 - Gjennomsnittlig ventetid for ventetid innen psykisk helsevern i 2005

Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge er ved utgangen av tredje kvartal 49 dager. Dette er en nedgang i forhold til samme tidspunkt året før på 11 dager, tilsvarende 18 prosent.

Psykisk helsevern for barn og unge	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Alle ventende	70	90	49
Ventende m/rett til nødvendig helsehjelp	64	74	48
Ventende u/rett til nødvendig helsehjelp	74	140	96

Tabell 3 - Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen psykisk helsevern for barn og unge i 2005

Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen somatikk var i annet og tredje tertial 2005 høyere enn Helse Sørs mål om maksimal ventetid på 100 dager i Helse Sør. Økningen skyldes for lange ventetider ved to av helseforetakene innen øre-nese-hals-faget og innen kjevekirurgi og munnhulesykdommer. Helseforetakene har satt i gang tiltak for å få ned ventetiden innen de aktuelle fagområdene. Helse Sør RHF vil vurdere ytterligere tiltak for å få ned de høye ventetidene. Ventetiden ved de andre helseforetakene ligger godt under målet på 100 dager.

Somatikk	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Alle ventende	95	115	113
Ventende m/rett	86	105	103
Ventende u/rett	100	121	123

Tabell 4 - Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen somatikk i 2005

Både innen somatikk og psykisk helsevern er ventetiden kortere for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter som ikke er tildelt slik rett.

- *De regionale helseforetak skal sørge for at helseforetakene rapporterer forventede ventetider til Fritt Sykehusvalg, Norge.*

Helse Sør RHF har i bestillerdokumentene til sine helseforetak pålagt dem å rapportere forventede ventetider til Fritt Sykehusvalg Norge. Tilbakerapporteringen fra Fritt Sykehusvalg er at kvaliteten på ventetidsrapporteringen fra helseforetakene i Helse Sør gjennomgående er god innen somatikk, men at dataleveransene innen psykisk helsevern må forbedres for noen av helseforetakene. Per utgangen av 2005 er det kun et helseforetak som ikke leverer informasjon om forventede ventetider innen psykisk helsevern.

Pasienter med kroniske lidelser

- *Helse Sør skal prioritere pasienter med kroniske lidelser og pasienter med behov for habilitering og rehabilitering.*

Pasienter med kroniske lidelser inkludert pasienter med behov for habilitering og rehabilitering er en av fire prioriterte pasientgrupper i Helse Sør. Styret vedtok i desember 2004 en tiltaksplan for mennesker med kroniske lidelser. Planen bygger på omfattende utredninger og planarbeid innen (1) rehabilitering, (2) habilitering, (3) samhandling og (4) forskning og utvikling (FoU), forebygging og helsefremmende arbeid samt lærings- og mestringssentre.

Lindrende behandling

- *Det skal være et godt tilbud om lindrende behandling og omsorg for mennesker i livets siste fase.*

For å bidra til et bedre tilbud innen lindrende behandling og omsorg for mennesker i livets siste fase har Helse Sør RHF satt av midler til etablering av sengeavdelinger i henhold til Kreftplanen i Helse Sør. I løpet av 2005 er det sengeenheter ved tre av helseforetakene, mens tre av helseforetakene planlegger oppstart i 2006. I tillegg har Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF et regionalt kompetansesenter for forskning og utvikling innen lindrende behandling.

Midlene Helse Sør RHF får for å bidra til kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus er fordelt til 9 ulike prosjekter i regionen i henhold til kriterier gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Inntektssystem for private laboratorier og røntgeninstitutt

- *Helse Sør skal følge opp omleggingen av inntektssystemet for private laboratorier og røntgeninstitutt – og overgangsordningen som er fastsatt i den forbindelse. Departementet har bedt om at de regionale helseforetakene legger de samme prinsippene om valgfrihet til grunn som innen fritt sykehusvalg.*

Fra 1. september 2005 ble inntektssystemet for private laboratorier og røntgeninstitutt endret. Helse Sør gjennomførte i 2005 en anbudskonkurranse for disse tjenestene hvor volumet var antall radiologiregninger eller takster som var produsert i 2004. Den aktuelle produksjonen

retter seg i hovedsak mot praktiserende leger i kommunal helsetjeneste samt praktiserende spesialister. Først medisinsk laboratorium fikk kontrakt innen klinisk kjemi og AS Telelab skal levere mikrobiologiske undersøkelser. Kontraktene gjelder fra 1. september 2005 til 31. august 2007.

Private avtalespesialister

- *Helse Sør skal kartlegge innholdet og etablere et system for oppfølging av avtalene med private avtalespesialister.*

Helse Sør RHF har høsten 2005 satt i gang et planarbeid som skal se på prioritering, organisering og lokalisering av avtalespesialistene i helseregionen. Helse Sør har i dag driftsavtale med cirka 280 legespesialister og psykologer. Praktiserende Spesialisters Landsforening og Psykologforeningen deltar i prosjektgruppen sammen med det regionale brukerutvalget. Prosjektrapport skal foreligge i april 2006.

Mot slutten av 2005 ble det inngått ny rammeavtale med Den norske Lægeforening og Psykologforeningen. Disse rammeavtalene krever oppfølging blant annet ved reforhandling av eksisterende avtaler med legespesialister og psykologer i 2006.

2.1.1 Kvalitet i tjenesten

Prioritering

- *De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere mellom og innenfor ulike pasientgrupper.*
- *Regionale helseforetak skal i 2005 sette i verk tiltak for mer likeartet prioritering av pasienter og rapportere disse til departementet.*
- *Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis tilbud om behandling innenfor rammen av de individuelle frister som settes.*
- *De regionale helseforetak skal inngå en avtale med Rikstrygdeverket om bruk av Rikstrygdeverkets rutiner for hvilke kontakter som skal tas mellom institusjoner som bryter fristen og Rikstrygdeverket.*

Helse Sørs regionale faggrupper påbegynte våren 2004 arbeidet med å utarbeide enhetlige veiledende kriterier for prioritering av pasienter i henhold til prioriteringsforskriften. Faggruppene gjennomførte et betydelig arbeid for å harmonisere og standardisere råd om prioriteringer innenfor de forskjellige medisinske hoveddiagnosegruppene inklusive psykisk helsevern og rus - og avhengighetsbehandling. De veiledende rådene søker både å gi rettledning i forhold til hvilke pasienter som skal gis rett til nødvendig helsehjelp og hvordan de individuelle fristene bør settes.

Dette arbeidet har fortsatt i 2005. For å oppsummere dette arbeidet så langt avholdt Helse Sør RHF i oktober 2005 en erfaringskonferanse om endringene i pasientrettighetsloven etter ett år med praktisering av de reviderte reglene i forhold til prioriteringsforskriften. Deltagere fra helseforetakene var fagdirektører/klinikkjefer og ledere av faggruppene, mens Kontoret for

fritt sykehusvalg og Regional enhet for samordning og analyse innen rusbehandling bidro med sine erfaringer. Konferansen hadde spesielt fokus på problemstillinger knyttet til vurderingsfasen, hvem som har rett til nødvendig helsehjelp, og fristsetting. Utfordringene videre er fortsatt knyttet til:

- enhetlig praktisering av rett til nødvendig helsehjelp
- enhetlig praktisering av fristsetting
- kommunikasjon og administrativ tilrettelegging

Andelen av pasienter i Helse Sør med rett til nødvendig helsehjelp har i 2004 og 2005 ligget i området mellom 50 og 60 prosent. Det er fortsatt betydelig variasjon mellom helseforetakene i foretaksgruppen mht hvilken andel av pasientene som får rett til nødvendig helsehjelp. Ved utgangen av 2005 varierer helseforetakenes nødvendig helsehjelp-andel mellom 40 og 80 prosent. Helse Sør RHF arbeider sammen med helseforetakene om en ytterligere harmonisering av rapporteringen.

Pasienter som ikke tildeles rett til nødvendig helsehjelp kan anke denne avgjørelsen til Fylkeslegen. I den muntlige kommunikasjonen med Fylkeslegen om dette, fremkommer det ikke opplysninger som tyder på at mange pasienter anker slike avgjørelser.

Helse Sør har avtale med Rikstrygdeverket om bruk av Rikstrygdeverkets rutiner for hvilke kontakter som skal tas mellom institusjoner som bryter fristen og Rikstrygdeverket.

Statistikk fra Enhet for pasientformidling i Rikstrygdeverket viser at Helse Sør hadde 49 registrerte fristbrudd der i løpet av 2005. Av disse ble 31 løst av fristbruddsinstitusjonene selv. Enhet for pasientformidling overtok de resterende 17 sakene, og 6 av disse var sluttført ved nyttår.

Månedlig rapportering fra helseforetakene viser at ca 90 prosent av pasientene som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp får tilbud om behandling innen fristen. Noen helseforetak melder at de øvrige får tilbud kort tid etter fristen.

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

Helse Sør RHF etablerte høsten 2004 et "Regionalt kompetansesenter for diagnostikk og behandling av sykkelig overvekt". Senteret er lagt til Sykehuset i Vestfold HF. Mandatet er å etablere og prøve ut en modell for utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering av sykkelig overvekt.

Helse Sørs opplegg for behandling av sykkelig fedme foregår i nært samarbeid med fastlegene og omfatter medisinsk vurdering, livsstilsråd og langtidsoppfølging på hjemstedet. Alle blir også vurdert med tanke på behov for behandlingsopphold på kurssenter eller for kirurgisk behandling.

I 2005 fikk cirka 60 pasienter kurssenterbehandling på tre steder i Norge.

Laparoskopisk gastric bypass er valgt som hovedmetode for vektreduserende kirurgi.

I 2005 ble 70 pasienter operert med gastric bypass ved Sykehuset i Vestfold, i tillegg til at 12 pasienter fra Helse Sør ble operert på Island høsten 2005. Prosjektet planlegger å kunne operere minst 100 pasienter i 2006.

Som ledd i den generelle kvalitetssikringen og kompetanseutviklingen er det i løpet av 2005 iverksatt flere tverrfaglige forskningsprosjekter innen feltet sykelig overvekt.

- *Det skal utvikles tilstrekkelig kompetanse i diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne med ADHD, samt volds- og traumerammede.*

Helseforetakene har i 2005 arbeidet med å utvikle bedre kompetanse i diagnostikk og behandling av pasienter med ADHD. Enkelte av helseforetakene har opprettet egne ADHD-team. Ressursinnsatsen på ADHD-området er økt, og det har vært mulig å tilsette leger i ledige stillinger innen dette området.

Helse Sør har et eget psykososialt team for flyktninger med ansvar for hele regionen. Teamet driver sin virksomhet gjennom klinisk virksomhet, nettverksbygging og kompetansespredning, blant annet ved å bidra til bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på dette området. Helse Sør RHF samarbeider med Bufetat region sør om å etablere et regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Kvalitet og metodevurdering

- *Helse Sør skal etablere og finansiere ytterligere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2005.*

Helse Sør RHF har i 2005 etablert og fått godkjent Nasjonalt Cerebral Parese-register ved Sykehuset i Vestfold HF som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister.

- *Helse Sør skal arbeide kontinuerlig med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen, samt følge opp nasjonale tiltak som understøtter dette. Helse Sør skal delta i, og rapportere til, det nasjonale systemet for måling av kvalitetsindikatorer. Helse Sør skal øke innsatsen for å rapportere data av god kvalitet på de nasjonale kvalitetsindikatorene.*

Alle helseforetakene i Helse Sør har deltatt i de nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene i 2005. Helse Sørs resultater i disse undersøkelsene er gjennomgående gode sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt. Oppfølgingsarbeidet foregår lokalt, men følges også opp på regionalt nivå.

Helse Sør har et kontinuerlig trykk på helseforetakenes måling og rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer.

- *Helse Sør bes i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å ta et særskilt ansvar for å bidra til å sikre rammebetingelsene for etablerte kvalitetsregistre der eierskap til regionalt helseforetak ennå ikke er avklart.*

Helse Sør RHF har deltatt i relevante fora som arbeider med framtidige rammebetingelser for etablerte medisinske kvalitetsregistre. Arbeidet med å avklare eierskap til kvalitetsregistrene fortsetter inn i 2006.

- *De regionale helseforetakene skal planlegge, drive og utvikle sin virksomhet etter faglige retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskningsbaserte metoder for diagnostikk og behandling. Der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet skal dette legges til grunn for organisering. De regionale helseforetakene skal koordinere sine bestillinger til Kunnskapssenteret og gå i dialog med senteret og Sosial- og helsedirektoratet tidlig i 2005 for å avklare de aktuelle prosjekter og forutsetninger for dette.*

Helse Sør la i bestillerdokumentene til helseforetakene for 2005 spesiell vekt på at foretaksgruppen skal planlegge, drive og utvikle sin virksomhet etter faglige retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringer og forskningsbaserte metoder for diagnostikk og behandling. Helseforetakene har spesielt arbeidet med dette gjennom kontinuerlig fokus på kvalitetssikring og felles prosedyrer, interne tilsyn og avviksregistreringer og tjenesteerklæringer for behandling av de viktigste områdene.

Helse Sør RHF har deltatt i de aktuelle fora som bidrar til bestillinger til Kunnskapssenteret, herunder Bestillerforum og referansegruppen for nasjonale pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp).

Sosial – og helsedirektoratet utarbeider IS-2-2005 som er deres dokument til de regionale helseforetakene. Helse Sør RHF har ivaretatt forutsetningene i denne bestillingen i 2005.

Faglig rammeverk

- *Helse Sør skal sørge for at minst 80 prosent av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskrivning.*

I 2005 er i overkant av 50 prosent av epikrisene sendt innen 7 dager. Andelen varierer mellom helseforetakene, og to av dem er nær målet. Alle melder at de har fokus på området ved å jevnlig ta det opp i ledermøter, fokusere på avdelinger/klinikker som er dårligst eller som har en negativ utvikling. Det arbeides fortløpende for å bedre rutiner for datafangst og for rapportering. Helse Sør RHF vil ta ytterligere initiativ overfor helseforetakene for å få plass en raskere utsendelse av epikrisene. Det vil i den forbindelse være viktig å definere innholdet i epikrisene på en bedre måte. I tillegg er Helse Sør i foretaksmøtet 26. januar 2006 bedt om å legge til rette for elektronisk epikrise i 2006.

- *Helse Sør skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter.*

Korridorpasienter innen somatikk og psykisk helsevern er en av styringsindikatorerne i Helse Sør som helseforetakene rapporterer månedlig i henhold til nasjonal definisjon. Andel korridorpasienter innen somatikk gikk ned fra 2,2 prosent i januar til 1,6 prosent i desember med en variasjon gjennom året mellom 1,2 og 3,0 prosent. Innen psykisk helsevern er det få pasienter på korridor med en andel på mellom 0,1 og 1,0 prosent.

Hovedregelen er at korridorene bare unntaksvis skal brukes til pasientopphold. Det kan imidlertid i kortvarige perioder være nødvendig å ta inn syke pasienter i kur selv om sykehuset er fullt. Det er imidlertid viktig at denne indikatoren rapporteres entydig og at man raskt reagerer hvis andelen pasienter i korridor viser avvik fra hovedregelen.

- *Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling ved lårhalsbrudd.*

I gjennomsnitt blir 94 prosent av pasientene behandlet innen 48 timer ved lårhalsbrudd. Denne indikatoren vil bli gjennomgått for å oppnå 100 prosent måloppnåelse.

- *90 prosent av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjent diagnoseklassifikasjoner.*

Per dato foreligger tall fra 1. tertial 2005 som viser at 23 prosent av pasientene i Helse Sør var diagnostisk vurdert, et resultat som ligger tett over landsgjennomsnittet. Helse Sør RHF vil arbeide sammen med helseforetakene med mål å øke andelen som får behandling på bakgrunn av diagnose opp mot målet på 90 prosent.

- *Helse Sør skal sørge for at andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 prosent*

I 2005 var andelen av innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet ca åtte prosent. To av helseforetakene ligger innenfor målet på fem prosent. Indikatoren vil bli nærmere gjennomgått i et samarbeid med de enkelte helseforetakene for å kunne rapportere innenfor målet i løpet av kort tid.

2.1.2. Nærmere om særskilt prioriterte områder

Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse

- *Psykisk helsevern og opptrappingsplanen skal realisere opptrappingsplanen for psykisk helse i helseregionen, og styre mot måloppnåelse i løpet av 2008.*

Både fag- og anleggsmessig utvikles arbeidet innen opptrappingsplanen for psykisk helse positivt.

Helse Sør fikk i 2005 tildelt 226,6 millioner kroner over Opptrappingsplanen for psykiatri. Disse midlene er disponert slik:

Institusjon mill kr	2005						
	Uttrekk - Overføring av øremerkede midler før 1999 til basisramme	Lønns- og pristillegg på uttrekket som er overført til basisramme	Justerte akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt inngående i 2005	Økning fra 2004	Kompetansesenter og spesielle tildelinger	Lønns- og pristillegg	Akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2005
Sykehuset Buskerud	17,452	0,594	29,690	4,044	2,500	1,008	37,836
Ringerike sykehus	1,718	0,058	5,592	4,559		0,190	10,399
Psykiatrien i Vestfold	21,925	0,746	35,461	18,280	0,250	1,204	55,941
Sykehuset Telemark	11,030	0,376	25,475	3,522	0,750	0,865	30,987
Kongsberg sykehus	4,131	0,141	11,191	3,186	6,014	0,380	20,912
Notodden sykehus	6,836	0,233	3,278			0,111	3,622
Helse Blefjell	10,967	0,373	14,469	3,186	6,014	0,491	24,534
Sørlandet sykehus	26,060	0,887	49,219	13,641	1,500	1,671	66,918
Rikshospitalet							
SUM	89,152	3,035	159,905	47,232	11,014	5,429	226,615

Tabell 5 - Driftsmidler til opptrappingsplanen i psykiatri

Figuren viser at økningen i opptrappingsmidler til psykiatrien i 2005 var 47,232 millioner kroner pluss lønns- og pristillegg på 5,429 millioner kroner.

Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift

Spesielle tilskudd til oppstart av kompetansesentra i Helse Sør i 2005:

Nettverkskompetansesentra	Sørlandet sykehus - kompetansesenter psykososialt team	1 000 000
	Sørlandet sykehus - kompetansesenter affektive lidelser:	1 500 000
	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter spiseforstyrrelser:	500 000
	Sykehuset Telemark - Kompetansesenter selvmordsforebygging	500 000
	PIV + Sykehuset Telemark - kompetansesenter alderspsykiatri	500 000
Henvisningskompetansesentra	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter PU-klienter	1 000 000
	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter spiseforstyrrelser:	1 000 000

Tabell 6 - Tilskudd til oppstart av kompetansesentra i Helse Sør

Blefjell sykehus fikk i forbindelse oppstart av det nye distriktpspsykiatriske senteret på Kongsberg en større tildeling enn innbyggertallet skulle tilsi. Resten av økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift ble for 2005 fordelt til helseforetakene ut fra objektive kriterier basert på indeksjustert innbyggertall.

Investeringsmidler til Opptrappingsplanen i psykiatri

Det ble gitt godkjenning for følgende investeringsprosjekter i 2005:

- Kjøp av nytt bygg inkludert ombygging, for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Buskerud HF innenfor rammen av 46 millioner kroner.
- DPS Porsgrunn – nybygg inkludert 30 døgnplasser og BUP Porsgrunn – kostnadsramme 105,7 millioner kroner, herav 50 millioner kroner i låneopptak
- DPS Vestmar – Kragerø inkludert BUP-ombygginger – kostnadsramme 12,95 millioner kroner.
- DPS Aust-Agder i Arendal med en kostnadsramme på 58,4 millioner kroner, hvorav 14 millioner kroner i egenfinansiering.
- Nybygg sykehusavdeling, Arendal, innenfor rammen av 39,795 millioner kroner
- Nybygg Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Arendal, innenfor rammen av 32,58 millioner kroner.

Psykisk helse

- *Helse Sør må vurdere ressurs- og kapasitetsfordeling mellom sykehusnivå og DPS-nivå. Dette innebærer å vurdere antall, og planlagt antall døgnplasser opp mot alternativt ressursbruk, hhv dagtilbud, poliklinikk og ambulante team. Det må sørges for at nedbygging av døgnplasser ikke skjer før et nytt og bedre tilbud er etablert i spesialisthelsetjenesten eller gjennom kommune avhengig av omsorgsnivå.*

Helseforetakene arbeider fortsatt med å utvikle DPSene i henhold til opptrappingsplanen. Det er ikke nedbygd døgnplasser i regionen uten at det er etablert nye og bedre tilbud.

- *Helse Sør må gjennomføre tiltak for å redusere ventetiden (i forhold til 2004) til poliklinisk behandling med minst 10 prosent for voksne og 20 prosent for barn og unge.*

Gjennomsnittlig ventetid for ventende til poliklinisk behandling innen psykisk helsevern for voksne er 54 dager i desember. Dette er en nedgang i forhold til fjoråret på 10 dager og 16 prosent.

Tilsvarende ventetid for barn og unge har gått ned med 10 dager og 17 prosent, til 49 dager.

- *Det er et mål at ingen skal ha mer enn 10 dagers ventetid for vurderingssamtale i psykisk helsevern for barn og unge.*

Helseforetakene prioriterer arbeidet med å få ned ventetiden for vurderingssamtale innen psykisk helsevern for barn og unge. I Resept 2006 er det et mål at barn og unge skal tas inn til vurderingssamtale innen 30 dager. I 2005 har 56 prosent vært inne til vurderingssamtale innen 30 dager, men variasjonene er betydelige både mellom helseforetak og over året.

- *I løpet av 2005 må det legges til rette for utprøving av ambulerende akutt-team i utvalgte deler av regionen, og 24 timers akuttberedskap.*

Det er benyttet ambulerende akutt-team innen psykisk helsevern for voksne ved et av helseforetakene/Blefjell sykehus HF. Hensikten var å gi rask innsettende og omfattende innsats over tilstrekkelig tid. Det gjøres en undersøkelse om en ved bedre tilgjengelighet reduserer antall innleggelser på akuttavdeling ved sentralsykehuset.

Sykehuset Buskerud HF, barne- og ungdomsavdelingen har i flere år hatt ambulerende akutt-team. Tilbudet består av intensiv poliklinisk behandling i kombinasjon med ambulant terapi og gjør at en kan behandle barn og unge i deres vanlige miljø fremfor innleggelse i institusjon. Andre helseforetak i regionen bruker dette som modell for oppbygging av egne tilbud.

- *Helse Sør må etablere ambulante team ved hvert helseforetak i 2005, og i løpet av 2006 ved hvert DPS.*

Alle helseforetak har minst ett ambulant team.

- *Åpningstid og tilgjengelighet ved DPS må også vurderes generelt.*

Helse Sør RHF har bedt helseforetakene ha spesiell fokus på dette i 2006.

- *Helse Sør må i løpet av 2005 sørge for at det i løpt av 2005 etableres samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskriving av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjetjenesten.*

Alle helseforetakene har fokus på og har etablert samarbeidsavtaler mellom psykisk helsevern og berørte kommuner bl.a. om oppfølging og utskriving av enkeltpasienter og veiledning av primærhelsetjenesten. Enkelte helseforetak har fortsatt noen kommuner uten samarbeidsavtaler.

- *Helse Sør må i løpet av 2005 sørge for at det etableres avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og fengsler i regionen om å styrke behandlingstilbudet for innsatte.*

De aktuelle helseforetakene har avtaler med fengslene i sine opptaksområder.

- *Det regionale helseforetaket skal påse at barn og unge som mottar tiltak fra barneverntjenesten, får nødvendig bistand fra barne- og ungdomspsykiatrien og rusmiddelinstusjonene i regionen, slik at samarbeidet er gjensidig og et godt og likeverdig tilbud sikres.*

Styret i Helse Sør RHF har vedtatt en samarbeidsavtale med Bufetat region sør som skal legges til grunn for avtaler mellom helseforetakene og Bufetat. Avtalene mellom helseforetakene og Bufetat skal blant annet inneholde rutiner for å sikre at pasienten/ klienten får den hjelp de trenger fra henholdsvis Bufetat, BUP og spesialisert rusbehandling.

- *Helse Sør skal sørge for at alle DPS etablerer kompetanse og tilbud for behandling av personer med dobbeldiagnoser (samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet).*

Helse Sør har tilbud for behandling av pasienter med dobbeltdiagnoser ved DPSene i form av psykiatriske ungdomsteam eller ruspoliklinikker. Helseforetakene har fokus på området og gjennomfører ulike tiltak for å øke sin kompetanse.

Tilbudet til rusmiddelmisbrukere

- *Helse Sør skal styrke kvaliteten på og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere, herunder sørge for at alle rusmiddelbrukere som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling og som har behov for det også får vurdert sitt behov for somatisk og psykiatrisk behandling.*
- *Departementet har pekt på at ventetiden for enkelte tverrfaglige spesialiserte behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere er for lang – og har stilt krav om reduksjon*

i ventetid for disse. Arbeidet med standardisering av rapporteringen som gir grunnlag for å følge denne utviklingen skal videreføres.

- *LAR skal integreres i den øvrige tverrfaglige spesialiserte behandling av rusmiddelbruk, uavhengig av de eventuelle innholdsmessige endringene i reguleringen av LAR (som Dept. vil komme tilbake til i 2005)*
- *Helse Sør skal bidra til økt kvalitet i behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere, herunder beskrive og videreutvikle innholdet i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet.*
- *Helse Sør må sørge for at alle pasienter som har behov for behandling både for rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse, gis tilbud om dette innenfor en helhetlig og samordnet ramme. Det skal utvikles konkrete tiltak for ivaretagelse av dette innsatsområdet.*

Antall plasser for avrusning og rus/psykiatri økte gjennom generell styrking av programmet for rus – og avhengighetsbehandling i 2005. Dessuten ga tiltak i revidert nasjonalbudsjett rom for ekstra satsning. I tillegg ble poliklinikktilbudet og LAR-kapasiteten økt siste halvår.

Ventetiden innen rus- og avhengighetsbehandling er fortsatt lang. Ved årsslutt var gjennomsnittlig forventet ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp til poliklinikk 33 dager, til avrusningsplass 43 dager, til korttidsbehandling 98 dager, og til langtidsbehandling 190 dager. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter vurdert til inntak til LAR er 77 dager. Ventetiden for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, er dobbelt så lang innen alle nivåer

Det har ikke vært fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen rusmiddelbehandling. Det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder andelen pasienter som vurderes med rett til nødvendig helsehjelp, se pkt 2.1.1. "Prioritering". I 2005 ble det nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe med mandat å utarbeide retningslinjer for prioritering innen rus – og avhengighetsbehandling.

LAR er integrert i den øvrige tverrfaglige spesialiserte behandling ved de helseforetakene som har dette tilbudet.

Regional faggruppe for rus- og avhengighetsbehandling har spesielt arbeidet med å styrke kompetanseutvikling og rekruttering. Dette arbeid videreføres i 2006.

Helse Sør leder en gruppe som skal utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for LAR. Gruppen ble nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet ultimo 2005.

Helseforetakene i Helse Sør har organisert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere i samme klinikk eller avdeling for å kunne tilby et helhetlig behandlingstilbud. I tillegg er det ved noen av helseforetakene inngått forpliktende samarbeid med somatiske avdelinger.

Rehabilitering og habilitering

- *Helse Sør skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering.*
- *Helse Sør skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning. Kartlegging, trening. Opplæring og veiledning av pasienter / pårørende og personell.*

Spesialsykehuset for Rehabilitering har etablert et eget senter for rehabilitering av opererte barn med cerebral parese (CP). Senteret ble åpnet høsten 2005. Tilbudet ved SSR er spesielt rettet mot rehabilitering etter ”multi level” kirurgi. Det vil si operativ behandling på flere nivåer eller steder under samme operasjon; for eksempel inngrep i både ankler, knær og hofter.

- *Tiltak beskrevet i strategiplan for habilitering av barn og tiltak i handlingsplan for rehabilitering av hørselhemmede skal følges opp.*

Det er gjennomført en utredning i forhold til hørselshemmede. Endelig handlingsplan planlegges ferdig våren 2006.

- *Tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade skal styrkes.*

Helse Sør har i 2005 startet arbeidet med å utrede og planlegge et styrket tilbud til pasienter med alvorlige hodeskader i samarbeid med Helse Øst RHF og Sunnaas sykehus HF. Utredningen med forslag til tiltak vil bli behandlet i Helse Sør i løpet av året med mulig oppstart i 2007.

- *I 2005 skal 40 prosent av statens samlede bevilgning til opptreningsinstitusjoner utbetales som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. Opptreningsinstitusjonene fortutsettes å få hele sin finansiering gjennom de regionale helseforetakene fra 2006. De regionale helseforetakene skal forberede avtaler med disse institusjonene om hvilke oppgaver de skal yte og prisen på tjenestene. Helse Sør skal inngå avtaler minst tilsvarende det beløp som blir overført.*

Helse Sør RHF inngikk etter en anbudsrunde avtaler med fem private rehabiliteringsinstitusjoner om kjøp av rehabiliteringstjenester for 2006. Kontraktene har en samlet verdi på cirka 120 millioner kroner, som tilsvarer departementets bevilgning.

Avtaler er inngått med:

- Borger Bad AS
- Rehabiliteringssentret Hokksund Kurbad AS
- Sørlandet Rehabiliteringssenter Eiken A/L
- Vikersund Kurbad AS
- Ødegården Rehabiliteringssenter AS

I tillegg yter Helse Sør RHF økonomisk støtte til Frydenberg Rehabiliteringssenter i en overgangsfase begrenset til 31. mars 2006.

Helse Sør har dessuten inngått avtale med Attføringssettret Rauland AS og med Telemark Rehabiliteringssenter (tidligere Nordagutu opptreningscenter), som Helse Sør eier gjennom Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Disse institusjonene gir et variert rehabiliteringstilbud.

Etter dette disponerer Helse Sør RHF 400 senger eller cirka 140 000 behandlingdøgn ved de nevnte institusjoner til rehabilitering for en rekke pasientgrupper.

- *Veiledning til kommuner om utflytting av unge personer fra eldreinstitusjoner skal ivareta av Helse Sør ved behov. Helse Sør må ivareta kjøp av tjenester for å ivareta dette ansvaret.*

Veiledning til kommuner om utflytting av unge personer fra eldreinstitusjoner vil bli håndtert som et tiltak i Helsedialog-programmet med kommunene og 1. linjetjenesten.

- *Det skal settes av tilstrekkelige ressurser til å ivareta funksjonshemmedes og kronisk syke barns behov for habiliteringstjeneste. Veiledningsansvaret overfor familier med funksjonshemmede barn understrekes. Kapasiteten forutsettes opprettholdt på minst samme nivå som i 2004. Det skal legges til rette for ambulante team i det omfang som er nødvendig.*
- *Det regionale helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede barn for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, herunder Doman-metoden. De regionale helseforetakene skal samarbeide slik at det blir størst mulig likhet i vurderingene, slik at barn med forholdsvis like problemstillinger blir behandlet mest mulig likt, uavhengig av hvor i landet de bor.*

Helse Sør har i 2005 lagt til rette for støtte til foreldrene til åtte barn som ønsker trening etter metodene Domans/ABR/Family Hope.

Helse Sør har dessuten gitt støtte til to prosjekter i regionen for å utvikle et bedre tilbud innen intensiv habilitering av barn.

Helse Sør har fra 1. januar 2006 etter ønske fra Helse- og Omsorgsdepartementet overtatt ansvaret for Autismeenheten fra Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo. Autismeenheten er nå organisert som en del av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HFs Senter for sjeldne diagnoser og tilknyttet Klinikk for klinisk service. Autismeenheten fungerer som et kompetansesenter for personer med Autisme-Spektrum-Disorders (ASD) og alvorlige tilleggshandikap.

Glenn kompetansesenter for autisme i Horten kommune er overført fra Sykehuset i Vestfold HF til Psykiatrien i Vestfold HF.

2.1.3. Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

Lokalsykehus

- *Det skal utarbeides helhetlige strategier som skal klargjøre planene for utviklingen framover for de enkelte lokalsykehus i helseregionen. Planene skal være basert på lokalsykehusenes nærhet til pasientene og primærhelsetjenesten, og innrettes mot behovene i de store sykdomsgruppene. Planene skal klargjøre lokalsykehusenes rolle i en helhetlig strategi, inkludert regionale funksjonsfordelinger, og helhetlig beredskapsopplegg.*

Helse Sør gjennomførte høsten 2005 og vinteren 2006 et omfattende prosjektarbeid om lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør. Både brukerrepresentanter, tillitsvalgte, medarbeidere og ledere fra helseforetakene og fra det regionale helseforetaket, deltok i arbeidet.

Rapporten fremholder at det ikke eksisterer noen tidløs fasit mht hva som skal være innhold og tilbud ved lokalsykehusene. Det pekes på at videre utvikling vil være en dynamisk prosess som kan inneholde ulike løsninger forskjellige steder i regionen, bl.a. avhengig av geografiske forhold. Grunnleggende i forhold til lokalsykehusene er tilgjengelighet, kompetanse og trygghet. Alle disse elementene må ivaretas for at lokalsykehusene skal kunne ivareta sine funksjoner.

Begrepet lokalsykehus i Helse Sør

I rapporten er lokalsykehusfunksjonen beskrevet å inkludere det som kalles de mer alminnelige spesialisthelsetjenester, både innen somatikk og psykiatri/avhengighetsbehandling. Som minimum for å være en trygghetsbase for befolkningen må det inneholde en akuttfunksjon innen indremedisin, kirurgisk diagnostikk og behandling (differensieres etter volum) herunder kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfelle, og ha et tilstrekkelig bredt elektivt behandlingstilbud til pasienter i opptaksområdet, slik at pasientene kan få hovedtyngden av den behandlingen de trenger ved lokalsykehuset. Rapporten beskriver også hvilke spesialisthelsetjenester som kan tilbys ved et lokalsykehus utover det som er definert som minimumsfunksjoner. Innholdet i enheter som tidligere har hatt akuttjenester og som er omlagt eller under omlegging beskrives også.

Samhandling

Rapporten peker på viktigheten av strukturert samhandling mellom første- og andrelinje-tjenesten som en avgjørende plattform for å videreutvikle tjenestetilbudet ved lokalsykehusene. Skal man lykkes med utfordringene bl.a. knyttet til de store pasientvolumene som forventes innen lokalsykehussegmentet de kommende årene, vil en vellykket samhandling være spesielt viktig å få til.

Prehospitaltjenester

Rapporten fremhever også de prehospitaltjenesten som et viktig ledd i ø-hjelpstilbudet i de forskjellige lokalsykehusområdene. Det beskrives hvilke krav som skal stilles til dette leddet i tjenesten for at dette skal kunne oppfattes som et kvalitetsmessig godt ø-hjelpstilbud.

Øvrig innhold

Det beskrives ulike tilbud som lokalsykehusfunksjonen kan inneholde. Ambulante tjenester nevnes, f eks i form av definert innhold i avtaler med privatpraktiserende spesialister som har driftsavtale med Helse Sør RHF. Helse Sør kan bidra til å legge til rette for dette i samarbeid med helseforetakene. Rehabilitering foreslås utviklet i større grad enn tidligere, bl.a. for å ivareta forventet økt tilstrømming av pasienter med slikt behov.

Lokalsykehus tilbudet i regionen må baseres på visse felles kriterier som beskrives i rapporten. Innenfor denne rammen vil ulike løsninger for lokalsykehusfunksjonen kunne velges og være hensiktsmessige ved de enkelte helseforetakene.

Prosjektrapporten forelå til styrebehandling 15. februar 2006, men ble på grunn av mange saker til behandling i dette møtet utsatt til styrets neste ordinære møte 31. mars 2006.

Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten

- *Det skal utarbeides en strategi for samhandling og desentralisering basert på anbefalingene i rapporten som ble lagt fram av Nasjonal gruppe for samhandling i oktober 2004. På dette grunnlag, og i samarbeid med brukere og primærhelsetjenesten skal det utarbeides konkrete tiltak.*

Kommunenes Sentralforbund (KS) og Helse Sør RHF har i 2005 utviklet et felles langsiktig program for samhandling i Helseregion Sør. Programmet har fått navnet "Helsedialog". Mange ledere og medarbeidere fra kommunene og helseforetakene har deltatt i programarbeidet sammen med representanter for brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og fastlegene.

Programarbeidet startet opp våren 2005 med fire fylkesvise dialogkonferanser hvor til sammen vel 300 representanter for helsetjenesten i regionen deltok. På disse konferansene tok deltakerne utgangspunkt i sine beste erfaringer med samhandling mellom helseforetak og kommuner. Ved å fokusere på det man har lyktes med, kom det frem en rekke gode innspill til programmet og hva som skal til for å lykkes i samhandlingen.

Dialogkonferansene og arbeidet rundt disse førte til en rapport med en lang rekke forslag til hvordan man kan styrke og videreutvikle samhandlingen til pasientenes beste. Forslagene er delt i hovedgruppene nedenfor. Hvert forslag er støttet av og illustrert ved en rekke eksempelprosjekter – til sammen 34 - som er prøvet ut:

- Opprettelse av lærings- og mestringssentra ved alle helseforetak i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene
- Styrking av likemannsarbeidet
- Felles retningslinjer for arbeid med individuelle planer
- Videreutvikling av felles opplæring og kompetanseutveksling
- Innføring av praksiskonsulentordning for ulike yrkesgrupper
- Økning i bruk av ambulante behandlingsteam
- Innføring av felles rutiner og prosedyrer i hele helseregionen
- Skriftlige, konkrete samarbeidsavtaler mellom alle kommuner og helseforetakene
- Utprøving av felles drift av helsetjenester der dette er hensiktsmessig
- Utvikling av elektronisk samhandling i helseregionen

Programmet er ved årsskiftet 2005/2006 vedtatt av alle fylkesstyrene i KS i region sør og av styret for Helse Sør RHF. Et eget programstyre er oppnevnt som utarbeider de organisatoriske og finansielle rammer for gjennomføring av programmet. Enkelte tiltak er allerede iverksatt, men hovedgjennomføringen starter i 2006.

Smittevern og beredskap

- *Helse Sør skal følge opp handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006, inkludert:*
 - *overgang fra prevalens- til insidensregistrering*
 - *bidra til gjennomføringen av en håndhygienekampanje*
 - *definere behovet for smittevernpersonell og utvikle smittevernkompetanse*
 - *vurdere behovet for isolater i henhold til isoleringsveilederen og følge opp denne*
 - *oppdatere foretakenes infeksjonskontrollprogram og internrevidere disse, samt overvåke antibiotikaforbruket*

- *De regionale helseforetakene skal iverksette og vedlikeholde tuberkulosekontrollprogrammene og organisere tuberkulosekoordinatorer for å sikre en tilfredsstillende kontroll.*

Regional smittevernplan ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF i april 2004. Regional smittevernplan er samordnet med handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004-2006, slik at regionens forpliktelser i forhold til handlingsplanen dekkes i smittevernplanen. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF er gjennom samme plan utnevnt til regionens kompetansesenter for smittevern. Isolatsituasjonen er gjennomgått. Diskusjonen omkring isolatkapasitet på Sørlandet er avsluttet og kapasiteten anses som forsvarlig.

Plan for tuberkulosekontroll er revidert per 1. januar 2005. Det er utnevnt tuberkulosekoordinatorer ved alle helseforetak og egen regional tuberkulosekoordinator (smittevernlege). Tuberkulosekoordinatorer deltar i nettverksgruppe for smittevern under ledelse av regionalt kompetansesenter for smittevern.

- *Det skal være systemer for å sikre tilstrekkelig sikkerhet for forsvarlighet og beredskap knyttet til Luftambulansetjenesten ANS*

Helse Sør er eier av Luftambulansetjenesten ANS sammen med de andre regionale helseforetakene. Styret for Luftambulansetjenesten har ansvaret for forsvarlighet og beredskap knyttet til virksomheten.

Ved streik blant flygere som flyr for Luftambulansetjenesten tidlig i 2006, fungerte de nødvendige rutiner for å ivareta forsvarlighet og beredskap godt.

Høyspesialisert medisin – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

- *Helse Sør skal samarbeide om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt etablere nødvendige avtaler om kjøp av høyspesialiserte tjenester.*

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

Høyspesialisert medisin er generelt underfinansiert i dagens finansieringsregime. Helse Sør prioriterer arbeidet med å dokumentere nytten av denne behandlingen og kostnadene knyttet til virksomheten. Målet er å oppnå korrekt finansiering og derved bidra til å sikre kvaliteten og tilgjengeligheten for disse tjenestene. Det har ikke vært mulig å etablere avtaler med de øvrige regionale helseforetakene om kjøp og finansiering av høyspesialiserte tjenester i 2005.

- *Helse Sør skal rapportere til eier med kopi til Sosial- og helsedirektoratet på virksomheten til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra Helse Sør er tillagt ansvar for, i tråd med rundskriv I-19/2003*

Helse Sør RHF rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra – samtidig med innlevering av Årlig melding for 2005 (innen 1. mars 2006). For detaljert informasjon om dette temaet, viser vi til denne rapporten, hvor kravene er beskrevet i Rundskriv I-19/2003.

2.2. Utdanning

- *Helse Sør skal inngå rammeavtaler / avtaler mellom høyskoler og universitet i regionen.*
- *Helse Sør skal i samarbeidsorganet og gjennom inngåtte rammeavtaler / avtaler, med utgangspunkt i aktivitetskravene, opprette det antall praksisplasser for helsefagstudenter det er behov for.*

Helse Sør RHF og høyskolene som har avtale med Helse Sør har inngått rammeavtale gjeldende fra 1. januar 2004 til 31. desember 2006.

Helse Sør RHF og samarbeidsorganet har bedt helseforetakene om å inngå bilaterale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og utdanningsinstitusjoner med spesifisering av antall praksisplasser som stilles til disposisjon for utdanningsinstitusjonen. Flertallet av helseforetak har inngått slike avtaler, men i tillegg er samarbeidsorganet med høyskolene i ferd med å utarbeide felles standard for slike avtaler. Finansieringen av praksisveiledningen legges om fra 2006 i det de økonomiske midlene som bevilges gjennom Kunnskapsdepartementet er tenkt brukt til samarbeidsprosjekter mellom høyskolene og praksisstedene blant annet for å

forbedre praksisundervisningen. Øvrig finansiering av praksisveiledning er lagt inn i Tilskudd til utdanning til de regionale helseforetakene. 2006 vil være et overgangså for slik finansiering, men budsjettarbeidet for 2007 må ta tilstrekkelig høyde for finansiering av utdanning både på universitets – og høgskolenivå.

2.3. Forskning

- *Det skal etableres tiltak for å sikre at krav til kvalitetssikring og habilitet ivaretas ved fordeling av tilskudd til forskning gjennom samarbeidsorganet.*

Helse Sør har i strategiplanen "Resept 2006" satt som mål at FoU-andelen av ikke-universitetssykehusenes totalbudsjetter skal økes til 1,0 prosent. Opptrappingen ble startet i 2003. I Helse Sør RHF's styringsdokument for 2005 til helseforetakene ble foretakene bedt om å tilstrebe en forsknings- og utviklingsaktivitet tilsvarende om lag 1 prosent av brutto driftskostnader. Helseforetakene vil rapportere på hvor mye midler de har brukt til forskning når den nasjonale malen foreligger i april 2006.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har stor forskningsaktivitet. Disse to sykehusene dominerer forskningsaktiviteten både i regionen og nasjonalt. Men også de andre helseforetakene bygger opp gode forskningsmiljøer. Helse Sør RHF søker å stimulere til at helseforetakene drar nytte av å samarbeide med Rikshospitalet-Radiumhospitalet ved forskning og ved utvikling av sine forskningsmiljøer samt ved at regionale infrastrukturtiltak til forskning for eksempel innen statistikk stimuleres.

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

Fordeling av utlyste midler for 2005

I budsjettet for 2005 ble det satt av 20 millioner kroner til samarbeidsforskning og regionale infrastrukturtiltak.

Det kom inn 228 søknader. Totalt 75 ble innvilget, derav 30 samarbeidsprosjekter, 22 basal-, 21 kliniske- og 2 infrastrukturprosjekter.

Rapporteringsrutiner

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

Kåring av utvalgte artikler

Helse Sør RHF har innført premiering med 25 000 kroner per utvalgt artikkel produsert av forskningsmiljøer i regionen for å stimulere og styrke forskningen. Pengene skal gå til artikler publisert i internasjonalt tidsskrift med peer review. Det er opprettet tre veiledende kategorier: Basalforskning, klinisk forskning og førsteforfatter utenfor universitetssykehus. Det kåres seks utvalgte artikler per halvår og de aktuelle tildelingene skjer to ganger i året. Den første

tildelingen ble gjort i september 2005 for første halvår 2005 og forskningsmiljøet ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF (fire artikler), Sykehuset Telemark HF, og Sørlandet sykehus HF ble premiært.

Måling av forskningsresultater i helseforetakene

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

Tallene fra NIFU Step for 2005 foreligger ikke på det nåværende tidspunkt. Det forutsettes i tillegg at helseforetakene samordner sitt system for registrering av publiserte artikler og dr. grader med det systemet universitetene benytter. Dette systemet som kalles FRIDA, vil bli brukt parallelt med dagens etablerte system i 2006, men med full samordning fra 2007.

Om Helse Sørs forskningsstrategi

Forskningsnettverket vil foreta en gjennomgang av status for nåværende forskningsstrategi utformet i Resept 2006. I dette arbeidet vil man blant annet evaluere effekten av den desentraliserte modellen for forskningsfinansiering og samarbeidsrelasjoner i så henseende.

Kommersialisering

Et felles nasjonalt regelverk for rettigheter ved kommersialisering av patentérbare og ikke-patentérbare innovasjoner ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF primo 2005. Dette regelverket baserer seg blant annet på den erfaring man har fått ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Det nasjonale regelverket er utarbeidet av RHFenes strategigruppe for forskning, og er oversendt alle regioner for videre behandling administrativt og i de enkelte styrene.

Samarbeidet med universitetssektoren og høyskolene

Samarbeidsorganet Helse Sør RHF/Helse Øst RHF/Universitetet i Oslo har hatt fire møter i 2005.

Ett hovedfokus har vært anvendelsen av øremerkede forskningsmidler (regionssykehustilskuddet), der hovedparten utgjorde midler som var bundet opp i forskningsaktiviteten ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, mens 20 millioner kroner ble brukt til fri utlysning i regionen (se over). Det er utarbeidet en felles forskningsstrategi for samarbeidsorganet. Samarbeid vedrørende avtale- og regelverk, ble også diskutert, inkludert publikasjonsregistrering og – kreditering og rettigheter i forbindelse med kommersialisering.

Samarbeidsorganet mellom Helse Sør RHF og høyskolene i Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Oslo, Akershus og Høgskolen Lovisenberg har hatt to møter i 2005. Helse Sør RHF er av gruppen valgt til leder av samarbeidsorganet. Det er berammet minst tre møter i 2006 i tillegg til møter i organets arbeidsutvalg. Hovedområder som er diskutert er praksisordningen i forbindelse med grunnutdanningen innen helsefag og behovet for og organisering av etter – og videreutdanning innen helse – og sosialfag. Rammeavtalen om gjensidige rettigheter og plikter mellom høyskolene og Helse Sør er underskrevet av alle høyskolene.

RHFenes strategigruppe for forskning

Helse Sør RHF leder nasjonal koordinerende gruppe for forskning som strategisk satsningsområde. Gruppen har medlemmer fra de fem regionale helseforetakene og med

observatør fra Helse – og omsorgsdepartementet. I tillegg vil representanter fra Sosial – og helsedirektoratet og Kunnskapssenteret delta som observatører i gruppen. I 2005 har arbeidet i gruppen vært konsentrert om å:

- utarbeide en felles, overordnet forskningsstrategi for helsevesenet
- opprettelse av en nasjonalt samarbeidsgruppe mellom de regionale helseforetakene, universitetene, høyskolene, Sosial- og helsedirektoratet, Kunnskapssenteret, Folkehelseinstituttet, Norges forskningsråd og med representanter fra Kunnskapsdepartementet og Helse – og omsorgsdepartementet som observatører. Gruppen ledes av Helse Sør RHF
- kriterier vedrørende publikasjonsregistrering
- problemstillinger forbundet med kommersialisering og industrisamarbeid
- kartlegging av ressursbruk til forskning
- nasjonale satsinger

Nasjonal koordinerende gruppe har opprettet en undergruppe som har utarbeidet et system for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Denne gruppen har vært ledet av Helse Sør. Ressurskartleggingen er nå igangsatt og rapportene skal sendes inn til Statistisk sentralbyrå (SSB). Kartleggingen i 2005 ses på som en pilot, men vil fra 2006 inngå som en del av den øvrige rapportering til SSB.

2.4. Brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende

Helse Sør skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter og pårørende med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke systematisk gjennom sine erfaringer i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak.

Alle helseforetakene i Helse Sør har besluttet å etablere lærings- og mestringssentra for pasient- og pårørendeopplæring. Brukerutvalget har påpekt at enkelte av lærings- og mestringssentrene ikke utviklet slik de er i stand til å dekke de ønskene som ligger i RHF-styrets bestilling. Helse Sør vil i 2006 ta opp dette forholdet og i samarbeid med Brukerutvalget bidra til å styrke disse sentrenes stilling.

Brukermedvirkning skal ha en sentral plass i arbeidet med pasient- og pårørendeopplæringen.

For å sikre organisert erfaringsoverføring og felles faglig utviklingsarbeid er det etablert en egen nettverksgruppe for lærings og mestringssentra i Helse Sør. Brukerorganisasjonene er bredt representert i dette arbeidet. Helse Sør har også etablert et regionalt nettverkskompetansesenter for lærings- og mestringssentra. Helse Sør RHF har bevilget 1,5 millioner kroner per år til kompetansesenterets virksomhet. Sentret er lokalisert til Sørlandet sykehus HF..

Flere av helseforetakene har egne ”pasientskoler”. Brukermedvirkningen i disse ”pasientskolene” er av ulikt omfang og innhold.

Det er også i 2005 bevilget midler til brukerorganisasjoner, til krise- og incestsentrene og Amatheia. I 2005 fikk vi også søknader fra ”nye” organisasjoner innen rusfeltet. Det ble etablert et eget regionalt brukerråd for rus- og avhengighetsbehandling i 2005.

2.5. Forhold som ikke spesifikt tas opp i bestillingsdokumentene

Forebyggende arbeid

Helse Sør RHF har inngått partnerskapsavtale med Telemark fylkeskommune om et folkehelseprogram for Telemark. Dette ble vedtatt i fylkestinget i oktober 2005. Sentrale aktører fra det offentlige og frivillige Telemark skal delta i arbeidet.. Fylkeskommunen er det administrativt utøvende organet for programmet.

Det er etablert en egen seksjon for forebyggende medisin ved Sørlandet sykehus HF.

3. EIERKRAV KNYTTET TIL ØKONOMI

3.1. Økonomiske prestasjonskrav

3.1.1. Foreløpig resultat 2005 for foretaksgruppen

Foreløpig resultat for 2005 er minus 470 millioner kroner. Dette er 30 millioner kroner bedre enn budsjettet. Blefjell Sykehus har meddelt at de har besluttet å selge ut deler av boligmassen (styrevedtak - 19/2005). Takst på boligmassen viser at denne er cirka 22 millioner kroner lavere enn bokført verdi. Størrelsen på nedskrivningen vil bli klarlagt innen utløpet av fristen for avleggelse av endelig årsregnskapet for 2005. Foreløpig er dette ikke medtatt i resultatet for 2005.

Resultatregnskap foretaksgruppen Helse Sør (tall i mill kr)	2005 Foreløpig resultat	2005 Budsjett	2004 Årsregnskap
Driftsinntekter	16 453	15 653	15 383
	-	-	-
Lønn og personalkostnader	10 608	10 328	10 210
Varekostnader/ kjøp av helsetjenester	3 258	2 854	2 975
Andre driftskostnader	2 246	2 128	2 124
Avskrivninger og nedskrivninger	1 353	1 407	1 491
Driftsresultat	-1 012	-1 063	-1 417
Netto finansposter	-23	-35	7
Skattekostnad	-2	-	2
Årsresultat	-1 038	-1 098	-1 408
Overføring fra strukturfondet	291	291	340
Meravskrivninger tilknyttet kortere levetider	277	307	289
Korrigert resultat	-470	-500	-779

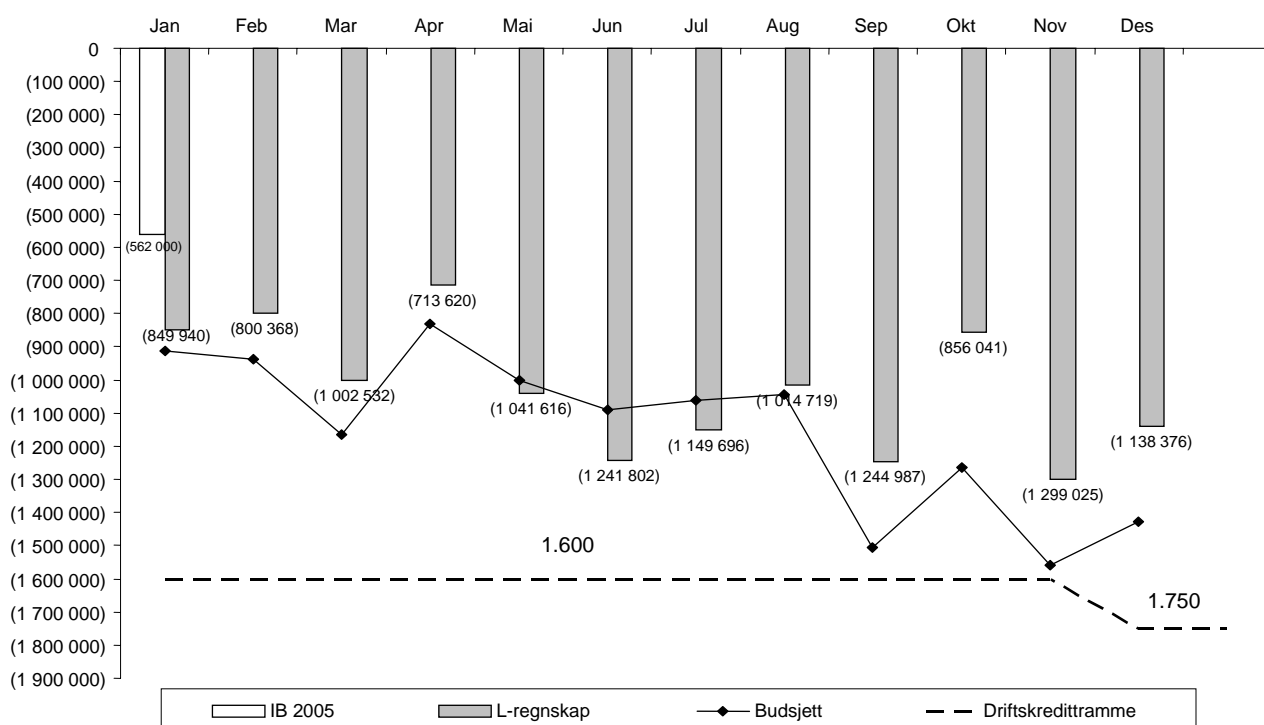
Tabell 7 - Foreløpig årsresultat for 2005

Foretakene i Helse Sør har rapportert lange avskrivningstider på anleggsmidler anskaffet etter 1. januar.2002. Dette inngår ikke i styringsmålet fra HOD. Resultatet forverres som følge av dette derfor ytterligere med ca 10-15 millioner kroner.

Likviditet

Figuren nedenfor viser utviklingen i driftslikviditet for foretaksgruppen i 2005. I forhold til budsjettet for 2005 har likviditeten utviklet seg bedre i 2. halvår 2005. Hovedårsakene til dette er:

- Forfall reguleringspremie pensjon ble forskjøvet i tid (ref bunn i september i budsjettet)
- Noe lavere pensjonspremieutbetalinger enn budsjettet
- Økt ISF a konto fra HOD ultimo 2005
- Uttak av lånemidler i ultimo 2005 fra Norges Bank i forhold til at vesentlige utbetalinger knyttet til pågående byggeprosjekter forskyves inn i 2006, gir en vesentlig kortsiktig forbedring i likviditeten per 31.12.2005.



Tabell 8 - Utviklingen i driftslikviditet for foretaksgruppen Helse Sør i 2005

Konsernet har per 10. februar 2006 en trekkrettighet i DnbNOR på 1 750 millioner kroner.

3.1.2. Investeringer

Investeringer i Helse Sør skjer innenfor fire hovedområder:

1. Opptrappingsplanen innen psykiatri 2002-2008, som er beskrevet under punkt 2.1.2 om opptrappingsplanen innenfor psykiatri
2. Nasjonal kreftplan – som følges opp gjennom to byggeprosjekter ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, som beskrevet nedenfor
3. Investering nybygg somatikk > 50 millioner kroner, som det gis en oppsummering av nedenfor.
4. Kapitalvedlikehold av eksisterende bygg og maskinpark

Status for større byggeprosjekter innen somatikk:

R-R HF – nytt strålebygg

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 30. august 2002, sak nr. 42/2002, med vedtak om at det skulle prioriteres og innarbeides i investeringsbudsjettet. Bygget ble bygningsmessig ferdigstilt i januar 2006 og planlegges tatt i bruk til klinisk virksomhet medio mai 2006, som forutsatt. Prosjektet ligger an til å bli slutført godt innenfor vedtatt budsjett, som var 466 millioner kroner i 2002-verdi.

R-R HF – nytt forskningsbygg

Styret for Helse Sør RHF ga i sak 04/2004 sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet innenfor en total kostnadsramme på 1 000 millioner kroner i 2003-verdi. Forprosjektet ble ferdigstilt i april 2005, og grunn- og fundamentarbeidene er igangsatt. Bygget antas å bli ferdigstilt for bruk i 2. kvartal 2009, som er cirka et halvt år senere enn tidligere meldt til HOD. Revidert framdriftsplan er under utarbeidelse.

R-R HF – Nybygg ved SSE

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

Styret i Helse Sør RHF godkjente i sak 110/2004 investeringssøknad for nybygg for intensiv observasjonsenhet ved Spesialsykehuset for epilepsi innenfor en kostnadsramme på 92 millioner kroner. Byggearbeidene ble igangsatt i mai 2005, og bygget forventes ferdig i løpet av 3. kvartal 2006, som er noe tidligere enn opprinnelig forutsatt.

Sykehuset i Vestfold HF – 6. byggetrinn

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 14. februar 2003, sak nr. 14/2003. Bygget ble fullført innenfor vedtatt tidsplan og tatt i bruk i oktober 2005. Med forbehold om pågående sluttoppgjør, ligger prosjektet an til å bli slutført innenfor vedtatt kostnadsramme på 800 millioner kroner i 2003-verdi.

Sykehuset Telemark HF – Moflata sykehjem

Kjøp og ombygging av Moflata ble i sak 04/2004 og 78/2004 godkjent innenfor en kostnadsramme på 86,5 millioner kroner. Prosjektet ble slutført 2. kvartal 2005 som forutsatt, og innenfor vedtatt kostnadsramme.

Sørlandet sykehus HF – ombygginger og tilbygg ved Flekkefjord sykehus

Disse arbeidene er slutføring av hovedutbyggingen ved sykehuset. De ble sist behandlet i RHF-styret som en del av investeringsbudsjettet for 2005, sak 04/2005. De avsluttende arbeidene, som var ombygging av operasjonsavdelingen, ble slutført i desember 2005, innenfor vedtatt budsjett.

3.1.3. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helse Sør har i 2005 deltatt aktivt i felles strategigruppe for IKT i spesialisthelsetjenesten (Nasjonal IKT). Programkontor for å ivareta oppfølging av nødvendig samordning og standardisering av programvare på IKT-området er etablert. Helse Sør har også deltatt aktivt i prosjekter initiert av Nasjonal IKT og Sosial- og helsedirektoratet. Spesielt nevnes her OK 2007, Nasjonal samordning av timereservasjonsprosjektene, Utredning av fremtidig organisering av IKT-området, Nasjonalt styringssystem for informasjonssikkerhet, Test-og godkjenningsordning for elektroniske meldinger, PKI, Utvikling av system for syketransport, eResept, elektronisk fødselsmelding til MFR og Skattedirektoratet og Forprosjekt i forbindelse med standardisering og utvikling av EPJ i helseforetak.

Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene (Nasjonal IKT) og S@mspill 2007 (Sosial- og helsedirektoratet) er lagt til grunn for IKT-arbeidet i Helse Sør.

Helse Sør RHF eier Norsk Helsenett AS sammen med de andre regionale helseforetakene og er representert i styret for Norsk Helsenett AS.

I 2005 har Helse Sør lagt til rette for opprettelse av felles enhet for leveranse av IKT-tjenester; Sykehuspartner IKT, med oppstart 1. januar 2006. Denne enheten blir Helse Sørs hovedinstrument for å gjennomføre standardisering og samordning på IKT-området. Dette er også et av de viktigste tiltakene for raskt å kunne ta i bruk nye, standardiserte tjenester, som vil medføre økt trafikk over helsenettet.

En av våre hovedsatsninger er innføring av elektronisk pasientjournalssystem (EPJ-system) for alle helseforetakene i Helse Sør. Sykehuset i Vestfold HF (SiV) er den første som avroper rammeavtale med TietoEnator. I 2005 har SiV igangsatt prosjekt for å forberede mottak av nytt EPJ-system. Dette prosjektet er forsinket i henhold til sist vedtatte implementeringsplan som var primo mai 2006. Det arbeides nå med en gjennomgang av hele EPJ prosjektet for å kunne kvalitetssikre hele prosessen og gi bedre estimater for implementering av dette systemet. Helse Sør RHF har også etablert EPJ-forum med bred deltagelse av klinikere fra helseforetakene. Dette skal sikre at EPJ-systemet konfigureres likt i alle helseforetak og at arbeidsprosesser standardiseres og ivaretas ut fra medisinskfaglige behov og kriterier.

Helse Sør har bidratt i prosjekt for samarbeid med Sandefjord kommune i Fyrtårnprosjektet. Formålet er å etablere felles rutiner for samhandling mellom Sykehuset i Vestfold HF og kommunehelsetjenesten med støtte av elektroniske løsninger. Spesielt er rutineene for inn- og utskrivning av pasienter i fokus. Rutiner og elektronisk samhandling som etableres i dette prosjektet skal danne grunnlag for felles konsept i Helse Sør.

4. ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER

4.1. Oppfølging av juridisk rammeverk

4.1.1. Krav til internkontroll i Helse Sør RHF

Helse Sør har utarbeidet et konsept for kvalitet og ledelse som både fanger kvalitetssikring av lov og myndighetskrav innen RHFets tre fagområder (helse, administrasjon og økonomi/drift), og samtidig fokuserer på virksomhetsstyring gjennom kontinuerlig kvalitetsforbedring. Vi viser i denne forbindelse til tidligere gitt informasjon om dette i brev herfra 20. oktober 2004.

Helse Sør har forankret internkontrollen på et overordnet nivå i foretaksgruppen ved beslutning på foretaksmøtene i februar 2005. Følgende ble protokollert i samtlige foretaksmøter om internkontroll:

”Myndighetskravene om internkontroll skal følges, og Helse Sør RHF legger, i tråd med Foretaksmøtet i Helse Sør RHF, særlig vekt på risikovurderinger, avviksbehandling og interne revisjoner. Det forutsettes at helseforetaket gjennom ledelsens gjennomgang hvert tertial dokumenterer, ovenfor foretaksstyret og eier, god virksomhetsstyring i forhold til oppfølging av myndighetskrav og andre krav, samt tiltak for forbedring.”

Som et ledd i å sikre den nødvendig internkontroll i helseforetaksgruppen har Styret i Helse Sør RHF videre vedtatt Kvalitetsstrategi for Helse Sør. Internkontroll er en av hovedpilarene i denne strategien. I tråd med anbefalinger i forskrift om internkontroll er det i kvalitetsstrategien fokusert på at internkontroll er en integrert del av ledelsessystemet og kvalitetsarbeidet i Helse Sør.

Ut fra at internkontrollen er en integrert del av ledelsessystemet i Helse Sør, har helseforetakene rapportert tertialvis til RHF styret. Styret har videre for å sikre oppfølging av avvik behandlet og vedtatt mal for rapportering til styret av tilsynssaker.

4.1.2. Krav til etablering av intern revisjon i Helse Sør RHF

Styret for Helse Sør RHF oppnevnte en kontrollkomite i møte 31. mars.2005. Komiteen fikk samtidig fullmakt til å ansette / engasjere intern revisor i samråd med administrasjonen. I sak 54/2005 vedtok styret å organisere internrevisjonen etter en modell der det ansettes en leder for intern revisjon som får mulighet til å kjøpe konsulenttjenester ved behov. Det er utarbeidet instruks for Intern Revisor som ble vedtatt av styret i sak 64/2005. Leder for internrevisjonen ble ansatt i oktober 2005 og tiltrådte 4. januar 2006.

I foretaksgruppen er etableringen av intern revisjon forankret på et overordnet nivå ved at det i samtlige foretaksmøter ble protokollert:

”Styret for Helse Sør RHF har vedtatt at det skal etableres en internkontroll/ revisjonsfunksjon i Helse Sør RHF, jfr sak 112/2004. Det forutsettes at helseforetaket forholder seg aktiv til bestillinger som blir gitt fra Helse Sør RHF som ledd i internkontroll /-revisjon.”

4.1.3. Oppfølging av retningslinjer for lønns- og pensjonsforhold i staten

Foretaksmøtet for Helse Sør RHF fastsatte 11. januar 2005 at Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak og selskaper, skulle være bindende for Helse Sør RHF. Tilsvarende beslutninger er i februar 2005 fattet også av foretaksmøtene for samtlige helseforetak eid av Helse Sør RHF, slik at retningslinjene er bindende også for disse.

4.1.4. Bruk av revisor til oppgaver ut over inngått kontrakt

Det henvises til årsregnskapet for Helse Sør for informasjon og redegjørelse for bruk av revisor utover inngått kontrakt.

4.2. Organisatorisk videreutvikling

4.2.1. Tydeligere skille mellom Helse Sør RHF's to kjerne roller

- **Klargjøre innholdet i "sørge for"-ansvaret**
På oppdrag fra fagdirektørene ble det utarbeidet en rapport med tittelen "Sørge for"-ansvaret – et innspill til klargjøring av begrep, oppgaver og metoder. Sammen med innspillet fra Helse- og omsorgsdepartementet danner rapporten grunnlag for videre avklaringer internt i Helse Sør RHF.
- **Utvikle og følge opp overordnet strategi for forhold mellom bruken av egne eide helseforetak og bruken av private aktører**
Helse Sør arbeider for å utnytte de potensialer som ligger i egen organisasjon mht volumøkninger. Dette påvirker de beslutninger som gjøres i forhold til hvilke tjenester som kjøpes inn fra private aktører. I noen tilfeller er de private aktørene kun med på å øke det tilgjengelige tjenestevolum, mens de i andre tilfeller er med å utvide det tjenestespekteret Helse Sør RHF har ansvar for å tilby sine innbyggere. Prosessen i forbindelse med innkjøp av tjenester fra private aktører drives fra bestillerenheten. Den involverer imidlertid mange parter av organisasjonen, i henhold til tjenestens art.
- **Sørge for profesjonell gjennomføring både overfor egne helseforetak og private virksomheter**
Helse Sør RHF har kompetanse i egne rekker og har knyttet til seg eksterne ekspertise i forhold til å gjennomføre anbudskonkurranser på en profesjonell måte.

4.2.2. Begrenset adgang til styrerepresentasjon i egne HF for ansatte i RHF

Foretaksmøtet for Helse Sør RHF fastsatte begrensninger mht å benytte ansatte i det regionale helseforetaket til å lede og delta i styret i de underliggende helseforetak, slik at ansatte hjemmehørende under "sørge- for ansvaret" burde tre ut av styrene i løpet av 2005. Helse Sør RHF har valgt å trekke ut samtlige ansatte i det regionale helseforetaket fra styrene i de underliggende helseforetakene, slik at samtlige eieroppnevnte styremedlemmer nå er eksterne.

4.2.3. Relasjon til private aktører

Siden oppstarten i januar 2002 har Helse Sør RHF løst sine to hovedoppgaver som leder for helseforetaksgruppen og utøvelsen av ”sørge for”- ansvaret ved en integrert organisatorisk løsning.

Etter hvert som arbeidsoppgaver og omfang av ”sørge for”- ansvaret ble konkretisert, viste det seg et behov for en mer rendyrket utøvelse av denne funksjonen også i Helse Sør. I statsbudsjett for 2005 omtalte i tillegg HOD disse funksjonene. Der stod det at HOD overfor RHF-ene ”.... vil legge til grunn at man framstår med en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to hovedoppgavene som henholdsvis ivaretaker av ”sørge for”-ansvaret og konsernlederfunksjoner i forhold til egne eide helseforetak”. Med bakgrunn i dette etablerte Helse Sør RHF en egen bestillerenhet i mars 2005.

Helse Sør RHF legger vekt på at de private aktørene skal benyttes til å realisere de planer som legges. De mange planer som angår spesialisthelsetjenesten rulleres jevnlig og legges til grunn for de innkjøp som gjøres.

4.3. Deltakelse i regionovergripende tiltak

En helhetlig løsning av oppgavene vil også innebære en forpliktelse etablering/ivaretagelse av fellesoppgaver og interregional samordning. I st.prp. nr. 1 fremheves det som meget viktig at de interregionale initiativ og arbeider videreføres slik at de understøtter hovedprioriteringene i helsetjenesten. Det anses videre som viktig og vesentlig at de regionale helseforetakene også på eget initiativ ivaretar nødvendig samordning og underbygger de regionale helseforetakenes omdømme som potent instans for fag, styring og ledelse.

Det pågår i dag interregionalt samarbeid på en rekke områder:

<ul style="list-style-type: none">• IKT – nasjonalt helsenett• Forskning• Lederutvikling• Psykisk helsevern• Prioritering• Nødnett• Utdanning• Felles avtaler med utenlandske leverandører• Pensjonsspørsmål - KLP• Langsiktig pensjonsstrategi• Utvikling av finansieringsordning mellom RHF og HF – felles seminar• Lønnsoppgjør• Forhandlinger med legeforeningen om rammeavtaler for praktiserende spesialister• Forholdet til legemiddelindustrien• Luftambulansen ANS• Felles opplegg for fakturering av ambulanseoppdrag• Legemiddelinnkjøpssamarbeid• Gjennomgang høyspesialiserte funksjoner• Helseforetakenes innkjøpsservice AS	<ul style="list-style-type: none">• Praksiskonsulentordningen• Rusomsorg• Rehabilitering – nasjonalt kontaktforum• Behandlingshjelpemidler • Gjennomgang av:<ul style="list-style-type: none">- Radiologifaget- Blodbank- Traumetilbudet- Mv.• Koordinering av sekretariatsoppgaver for AD-møtet og fagdirektørmøtet.
---	---

<p>Med bakgrunn i bestillerdokumentet for 2006 vil også belyse følgende punkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmonisering av prioritering og tildelingskriterier • Samlet kapasitetsanalyse for spesialisthelsetjenesten, med oppfølgingsstrategi • Helhetlig plan for fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester • Iverksetting av forskningssamarbeid innenfor minst to fagområder • 	<p>Med bakgrunn i protokollene fra foretaksmøtene i januar 2006 vil også samarbeide på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samordning og standardisering av IKT • Organisering av stabs- og støttefunksjoner • Forholdet til ILO-konvensjon nr. 94 • Nødnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for nødetatene • Beredskapsområdet • Utvikling av felles kommunikasjonskanaler
--	--

Helse Sør RHF vil fortsette å ta initiativ til interregionalt samarbeid og bidra til nødvendig koordinering av aktivitetene.

4.3.1. Samordning og standardisering av IKT mellom de regionale helseforetakene

Se punkt 3.1.3. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

4.3.2. Mulig etablering av landsdekkende stabs- og støttefunksjoner

Helse Sør deltok i 2005 i diskusjoner med Departementet og de andre regionale helseforetakene om igangsetting av et prosjektarbeid om mulig etablering av landsdekkende stabs- og støttefunksjoner. Den formelle organisering av dette arbeidet ble introdusert i Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøter med de regionale helseforetakene i januar 2006. Helse Sør RHF skal lede en tverr-regional gruppe som skal levere sin rapport til Departementet innen 1. november 2006.

4.3.3. Deltagelse i etablering av nasjonale ledelsesutviklingstiltak

Helse Sør har deltatt med full kvote - seks kandidater - i det nasjonale topplederprogrammet. Deltagelsen vare spredd på seks av åtte helseforetak. Evalueringen av programmet var god.

Helse Sør har i 2005 i samarbeid med Helse Øst og Legeforeningen arrangert et første motivasjonskurs for unge kvinnelige leger som vurderer å bli ledere. Kurset ble gjennomført på 2 + 2 + 1 dager. Kursevalueringen var meget god.

Toppledelsen i det regionale helseforetaket og direktørene for alle helseforetakene har deltatt i de to nasjonale direktørmøtene som HOD arrangerte i 2005.

4.3.4. Utvikling av retningslinjer for styrearbeid i helseforetak

Helse Sør arrangerte i 2005 seminar for styremedlemmene i det regionale helseforetaket og i alle helseforetakene, hvor retningslinjer for styrearbeid var et sentralt tema.

4.3.5. Likestillingsperspektiv i styresammensetning

Styrene for alle helseforetakene i Helse Sør tilfredsstiller helseforetakslovens og aksjelovens krav om likestillingsperspektiv i styresammensetning.

4.3.6. Nødnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for nødetatene

Helse Sør deltar aktivt i det nasjonale arbeidet i forbindelse med planlegging og innføring av nytt nødnett. Regionen har avgitt kapasitet fra tre fagpersoner til prosjektet, som ledes av Sosial- og helsedirektoratet. Planlegging av mottak av nytt nødnett i fase 0 er i rute. Helse Sør RHF er i dialog med Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst om det videre arbeidet.

4.3.7. Samordning av hovedstadsområdet

Utfordringene og mulighetene for en bedre samordning i hovedstadsområdet er utredet i flere prosesser både i regi av fylkeskommunene (før 2002), av Helse Sør og Helse Øst og av Helse- og omsorgsdepartementet. Styret i Helse Sør RHF vedtok sin anbefaling i møte 31. mars 2005.

I revidert nasjonalbudsjett for 2005 – som ble fremlagt medio mai 2005 - konkluderer Departementet med at det nå ikke vil foreta noen endringer av grenser eller organisatoriske forhold for øvrig.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF har inngått en rammeavtale med en tidshorisont som strekker seg over flere år. Avtalen inneholder følgende hovedpunkter:

1. Innledning og formål med rammeavtalen
2. Overordnede prinsipper for samarbeidet
3. Organisering av samarbeidet
4. Nærmere om de konkrete områder for samarbeid
 - 4.1. Avtale om pasientvolum og oppgjørsordninger for gjestepasienter
 - 4.2. Oppgave- og funksjonsfordeling.
 - 4.3. Felles strategi for forskning og fagutvikling
 - 4.4. Avtale om samordning av helseberedskap i hovedstadsområdet
 - 4.5. Informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg
 - 4.6. Drift og videreutvikling av Sykehusapotekene ANS
 - 4.7. Felles arbeidsgiverpolitikk
 - 4.8. Forholdet til private leverandører
 - 4.9. Økonomiområdet
 - 4.10. Samhandling innenfor støttetjenester
5. Avtalens varighet

Samarbeidsområdene i avtalen følges opp i en årlig handlingsplan mellom de to administrerende direktørene.

I 2005 er det igangsatt omfattende prosjektarbeid vedrørende oppgave- og funksjonsfordeling mellom Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Samordning av virksomheten innen områdene øre-nese-hals og øye er gjennomført.

De to regionale helseforetakene har inngått en avtale om pasientvolum og gjestepasientoppgjør mellom de to regionene for 2006. Avtalen bygger på en tilsvarende avtale for 2005. Prisen for de avtalte 1 000 normalfødsle fra Oslo ved Rikshospitalet er endret fra 60 prosent DRG-pris til 80 prosent DRG-pris i 2006. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er enige om å gjennomgå den økonomiske oppgjørsordningen for denne rammeavtalen innen 30. juni 2006 og justere avtalen i henhold til konklusjonene som trekkes i dette arbeidet.

Et vesentlig tiltak for å effektivisere spesialisthelsetjenesten i Oslo-området, er sammenslåingen av Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF, som fra 1. januar 2005 er Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. I løpet av 2005 er det nye helseforetaket organisert med gjennomgående klinikker og felles ressursstyring.

4.3.8. Kommunikasjon

Helse Sør RHF har i 2005 deltatt med sin informasjonsdirektør i den arbeidsgruppe som Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt for å utarbeide og gjennomføre en felles nasjonal kommunikasjonsstrategi. Arbeidet videreføres i 2006.

4.3.9. Oppfølging av statlige handlingsplaner mv på særskilte områder

a) "Grønn stat"

Helse Sør har gjennomført flere enkelttiltak i tråd med "Grønn stat". Tiltaket er i ferd med å bli forankret i helseforetakene og de fleste har utarbeidet en miljøpolicy i tråd med retningslinjene. Videre kan nevnes:

- Miljøpolicy ved anskaffelsesprosedyrer er delvis innført. Disse bygger på "Miljø og innkjøp" fra Telemark fylkeskommune. Policyen er i tråd med veiledninger fra GRIP og Agenda 21, og er delvis i bruk i Helse Sør.
- Flere enkelttiltak innen energiområdet, som deltagelse i energinettverk, ENOVA-prosjekter og noe overgang fra olje til naturgass.
- Som første helseregion har Helse Sør utarbeidet er rapport om arbeidsmiljø og ytre miljø – blant annet virksomhetenes vann- og energibruk, avfall og utslippstillatelser.

Helse Sør mangler foreløpig en samlet miljøpolicy, med mål, rapporterings- og revisjonskrav. Dette blir lagt frem for RHF-styret våren 2006, slik at man i 2007 kan rapportere i henhold til felles mal.

b) "Elektronisk handel"

Helse Sør foretok i 2005 en kartlegging av e-handel i foretaksgruppen. I oktober 2005 ble det besluttet å starte opp et prosjekt for innføring av e-handel i Helse Sør. Pilotprosjekter vil i løpet av 2006 bli igangsatt på Blefjell sykehus HF, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og Sykehuset Telemark HF.

c) "Universell utforming av bygg"

Tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjons- og/eller orienteringsevne er en sentral forutsetning i dagens sykehusplanlegging. Helse Sør legger stor vekt på dette ved utforming og tekniske løsninger av bygg - og anser at regjeringens handlingsplan for dette følges godt opp i virksomhetene.

d) Parkeringsplasser for funksjonshemmede

Helseforetakene prioriterer som en del av tilgjengeligheten for personer med nedsatt funksjonsevne parkeringsplasser for funksjonshemmede nær innganger for pasienter og pårørende. Lokale forhold vil i noen grad bestemme hvor nær slike parkeringsplasser kan etableres. Helse Sør anser at dette kravet er godt etterkommet i virksomhetene.

4.4. Avvikling av sengepost ved Sørlandet sykehus HF Farsund

Da foretaksmøtet i Helse Sør RHF 21. desember 2004 stadfestet vedtak i Helse Sørs styre sak 70/2004 om tidspunkt for avvikling av sengepost ved Sørlandet sykehus HF Farsund, ba foretaksmøtet samtidig om at Helse Sør RHF skal orientere departementet om status av gjennomføringsprosessen i årlig melding til prosessen er gjennomført.

Sengeposten ble avviklet i juni 2005. Fra 1. januar 2006 foregår det kun poliklinisk behandling av pasienter i Farsund. Det pågår samtaler mellom Sørlandet sykehus HF og Farsund kommune om fremtidig bruk av bygningsmassen.

5. STYRETS PLANDOKUMENT 2006-2007

Planens innhold og tidshorisont

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

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

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

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

Befolkningsutvikling

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

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

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

Tabell 9 - Befolkningsutvikling 2003-2020 etter fylke og totalt i Helse Sør

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

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

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

Når det gjelder befolkningsfremskrivingen for personer 70 år og eldre, er den kjennetegnet ved at gruppen ikke berøres av forutsetninger om fruktbarhet, og dødeligheten er erfaringsmessig den komponenten som estimeres best. Et midlere alternativ for innenlandsk flytting kan kanskje synes noe forsiktig, i og med at særlig Vestfold og Agder-fylkene fremstår som attraktive boområder. Det er derfor liten grunn til å tro at økningen av personer 70 år og eldre i Helse Sør blir mindre enn hva alternativ MMMM legger opp til.

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

Medisinske utviklingstrender

Totalt sett har hjerte-karsykdommer falt sterkt som dødsårsak de siste 20 år, slik at kreft nå er vanligste dødsårsak hos personer under 80 år. Imidlertid ser det ut til at det er en økende ulikhet i helseforhold knyttet til sosiale levekår, slik at "livsstilsykdommer" så som overvekt og diabetes type 2 øker i deler av befolkningen. Verdens helseorganisasjon har vist at de fem risikofaktorene: tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt bidrar til en tredjedel av den samlede sykdomsbyrden. Kroniske sykdommer og sykdommer som opptrer i høyere aldersklasser vil øke i absolutt forekomst særlig i årene etter 2010 på grunn av en sterk økning i andel eldre i befolkningen.

Det er ikke bare økende eldrebefolkning som utgjør en utfordring for helsetjenesten framover. En kontinuerlig medisinsk-teknologisk utvikling sammen med økte forventninger til helsetjenesten til å ta i bruk nye og som regel kostbare metoder utgjør en prioriteringsutfordring i forhold til enklere behandling for de store pasientgruppene.

Eksempler på nye, kostbare behandlingsutfordringer er:

- Nyredialyse erstattes med plasmaferese som er mer effektiv, men dyr
- Nye medisiner mot systemiske soppinfeksjoner
- Mer kostbare medikamenter mot brystkreft
- Kunstig lever /lever"dialyse" gjøres ved medfødte stoffskiftesykdommer, ved Hepatitt C og i forbindelse med ulykker.
- PCI ved akutt hjerteinfarkt
- Transplantasjon av Langerhans celler til diabetikere
- Livslang behandling av genetisk betingede dødelige medfødte sykdommer
- Cochleaimplantater ved døvhhet

Videre er det en økning utover det som er forutsatt på hjertekirurgi, lungekirurgi og lungetransplantasjoner, flere aorta-operasjoner (færre dør nå under transport til sykehuset), Intervensjonsbehandling ved hjerterytmeforstyrrelser, osv

Det har også vært en relativt sterk vekst i bruken av diagnostiske hjelpetjenester så som klinisk kjemi og radiologi. For eksempel økte refusjonsutbetalingene til offentlige og private laboratorier med 47 prosent i perioden 2001-2003. Denne økningen kan vanskelig forklares med økt sykkelighet eller endret befolkningssammensetning, men må være et bilde på en indikasjonsglidning for bruken av tjenestene. En tilsvarende indikasjonsglidning kan registreres på en rekke områder, noe som tydeliggjør behovet for en fornyet debatt omkring prioriteringsprosessene i helsetjenesten.

Helse Sør har gjennom sitt strategiarbeid hatt et vedvarende fokus på å prioritere fram pasientgrupper der tilbudet har behov for en særlig oppmerksomhet:

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

Alle disse gruppene er avhengige av langvarige, koordinerte tjenestetilbud fra så vel spesialisthelsetjenesten som primærhelsetjenesten. Derfor har Helse Sør i samarbeid med KS i regionen utviklet samhandlingsprogrammet "Helsedialog". Dette programmet er utformet med bred involvering fra helseforetakene, kommunehelsetjenesten, brukerorganisasjoner og de ansattes organisasjoner, og skal være et strategisk instrument for å styrke samhandlingen i regionen.

Styret for Helse Sør RHF godkjente programmet i desember 2005 (Sak 93/2005) og vedtok å prioritere følgende områder:

Fortsatt satsning på Lærings- og mestringssentra, samhandlingskultur og – kompetanse, ambulante team og samhandling om helsenett og IKT.

Gjennom arbeidet i forprosjektet er det bygget opp et godt utgangspunkt for å få strukturert og koordinert samhandlingsspørsmål med kommunehelsetjenesten. Dette gjelder i særdeleshet overfor fastlegene i forhold til innleggelse og kommunale pleie- og omsorgstjenester når det gjelder koordinering og planlegging av utskrivelser. En vil fortsette satsningen på utvikling av ordningen med *praksiskonsulenter* som legger praktisk til rette for god samhandling mellom foretakene, fastlegene og øvrige kommunale tjenester. Forprosjektet har vist at det er mange eksempler på god samhandling mellom aktørene i regionen. Dette programmet kan tjene til å spre de gode erfaringene til beste for å styrke samhandling på nye felt og i større omfang. Det er avgjørende at dette får nødvendig tyngde og prioritering i det daglige arbeidet i foretakene. Helsedialog med sine verdier og prinsipper vil bli en erfaringsbase og en standard for hvordan samhandling ivaretas i forholdet til øvrige aktører. Gjennom den brede involveringen der også brukerorganisasjonene og ansattes representanter har deltatt, er det skapt forventninger til oppfølging og konkretisering som forplikter og gir muligheter til å utvikle systematisk godt samarbeidsklima i regionen.

Lærings- og mestringssentra

Etablering og drift av lærings- og mestringssentra skal skje i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunene. Kommunenes rolle må styrkes. Kommuner og helseforetak støtter opp om likemannsarbeid som drives av frivillige organisasjoner.

Samhandlingskultur og kompetanse

Det etableres et nettverk for kompetanseutveksling/-utvikling i alle helseforetaksområder innen utgangen av 2007. Dette må skje i et samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Det legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger for ulike yrkesgrupper. Det legges til rette for felles opplæring på tvers av etater og nivåer i gjennomføring av arbeidet med Individuell plan. Ledere må støtte aktivt opp om dette.”

Ambulante team

Bruken av behandlende ambulante team etableres innenfor relevante fagområder innen 2007. Det arbeides aktivt med å finne finansieringsordninger som støtter opp om slike team. Effekten av ambulante team evalueres i forhold til nytte og kostnad. I det videre arbeidet konkretiseres tiltaket.”

Samhandling om IKT og helsenett

IKT-området utgjør en særlig utfordring. Helsedialogprogrammet arbeider for å videreutvikle elektronisk samhandling mellom helseforetakene og kommunene. Norsk helsenett velges som kommunikasjonskanal. Fastlegene og kommunene oppfordres til å slutte seg til helsenettet. Det er ennå et stykke arbeid som gjenstår før all kommunikasjon til og fra foretakene kan skje elektronisk. Mye oppmerksomhet er rettet mot etablering av Sykehuspartner IKT og mot innføring av moderne elektroniske pasientjournaler ved foretakene. Det forventes likevel at en har et særlig fokus på elektroniske henvisninger og epikriser, og at tilbudet skal være på plass i løpet av 2006/2007.

Kapasitetsbehov

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

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

ikke-kirurgisk avdeling og i kirurgisk avdeling, to grupper øyeblikkelig hjelp: opererte og ikke opererte pasienter.

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

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

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

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

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

Tabell 10 - Framskrevne tall for befolkningsmengde, sykehusopphold, dagbehandling og sengebehov i Helse Sør

Helse Sørs planer for å møte utviklingen

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

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

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

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

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

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

¹ gitt 25 % måloppfyllelse

² gitt 75 % måloppfyllelse

Det er foretatt funksjonsfordeling av følgende diagnoser/prosedyrer innen somatikk:

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

Forslaget til organisering av de overnevnte fagområder tar opp i seg volum - og kvalitetsaspektet, faglig forsvarlighet, kostnader forbundet med diagnostikk og behandling og intensjonen i Bestillerdokumentet for 2005.

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

Nedenfor gjengis noen av tiltakene fra vedtatte fagplaner i Helse Sør.

Plan for psykisk helsevern i Helse Sør

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

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

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

Plan for mennesker med kroniske tilstander

Det skal etableres tilbud innen kompleks rehabilitering og habilitering av sjeldent forekommende tilstander to-tre steder i Helse Sør, utredningen skal skje i 2005. Det skal

utpekes regionale kompetansesentra innen kroniske lidelser som skal gi input til helsepedagogiske tilbud.

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

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

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

Det er igangsatt et program for systematisk å forbedre samhandlingen i helsetjenesten. Programmet utvikles og gjennomføres i et samarbeid mellom Helse Sør RHF, helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening. I den forbindelse er det også satt i gang en ordning med fastleger som praksiskonsulenter på sykehus. Ordningen skal utvides til også å gjelde andre faggrupper, i første omgang sykepleiere. Disse vil bli rekruttert i 2006.

I 2006 skal det gjennomføres et prosjekt som tar for seg organisering, kvalitet og kapasitet for kompleks og enkel rehabilitering i Helse Sør. I tillegg etableres det et prosjekt som tar for seg behandlingen av syke eldre mennesker. Begge prosjekter vil bli styrebehandlet når rapportene foreligger.

Helse Sør RHF vil også søke å ivareta behovet for kompetanse innen geriatri i forbindelse med tildeling av nye legehjemler både for overlegestillinger og utdanningsstillinger i dette fagområdet.

Kreftplan for Helse Sør 2004 - 2008

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

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

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

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

Palliative sentre med rådgivningstelefon for helsepersonell skal etableres ved de allsidige akuttsykehusene. Dette er ved årsskiftet 2005/2006 gjennomført ved alle de allsidige akuttsykehusene unntatt ved Sykehuset i Vestfold. Her vil et slikt senter bli åpnet våren 2006.

Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør

Handlingsprogrammet omhandler følgende prioriteringer:

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

Helse Sør setter i 2006 i gang et prosjekt som skal se på organisering, kapasitet og kvalitet for rus – og avhengighetsbehandling i helseregionen.

Forskning

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

Forskningstrender

- **Molekylær medisin**
I løpet av det siste halve århundre har det skjedd en vesentlig økning i vår forståelse av biologiske prosesser. Medisinsk forskning har ført til en detaljinnnsikt i svært mange sykdomsmekanismer som man ikke kunne drømme om for et halvt århundre siden. På grunn av de store forventningene man har til anvendelsen av den nye kunnskap knyttet opp til en fullstendig kartlegging av vårt arvemateriale (genomet) innen blant annet medisin, farmasi og næringsmiddelproduksjon, har det 21. århundre blitt utropt til ”biologiens århundre”.
- **Teknologiutvikling**
Den teknologiske utviklingen har gitt store framskritt i medisinsk forskning. Dette har resultert i bedre diagnostikk og behandling, men også gitt behov for stadig nye utstyrsinvesteringer. Teknologisk kompetanse bør prioriteres ut fra det faktum at utstyrsprodusentene stadig blir færre og større, og vi må ha miljøer som kan vurdere

de teknologiske nyvinninger på en kritisk måte. Det er også verdifullt å ha miljøer som kan forske på konsekvensene av innføring av ny medisinsk teknologi. Ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF ønsker man derfor å bygge opp et Visualiseringssenter som en samlokalisering av PET -senteret, Nukleærmedisinsk avdeling og Intervensjonscenteret, kfr tidligere innsendt søknad om kompetansesenter for dette området.

- **Epidemiologi/helseregistre/populasjonsfortrinn**

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

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

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

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

Utdanning

Helse Sør RHF har etablert en tett dialog om utdanning i helse - og sosialfag i Samarbeidsorganet med høgskolene. I tillegg gjennomfører Sosial – og helsedirektoratet en kartleggingsstudie for å kunne estimere behovet for utdanningskapasitet både i grunnutdanningen og i etter – og videreutdanningen i helse – og sosialfag. Samarbeidsorganet mellom Helse Sør og høgskolene har i tillegg sendt et brev til Kunnskapsdepartementet som understreker behovet for å endre krav til praksis for studenter i helsefagene i tråd med endret medisinsk praksis i helseforetakene. Det er en utfordring at stadig mer av behandlingen skjer på poliklinikk og dagbehandling, mens kravet til praksis ved sengeposter fortsatt opprettholdes. Det er derfor en utfordring å skape balanse mellom kvalitet og antall studenter i praksis. Når det gjelder etter- og videreutdanning er utfordringen å bli en god bestiller i forhold til fremtidig behov og utredningen i regi av Sosial – og

helsedirektoratet vil derfor være et viktig innspill i denne saken. Helse Sør og Helse Øst forbereder i tillegg et felles prosjekt for å vurdere fremtidig kompetansebehov innen helseutdanningene.

Opplæring av pasienter og pårørende

Styret i Helse Sør RHF vedtok i desember 2004 at alle helseforetak skal ha lærings- og mestringssenter. Helse Sør skal opprette et regionalt nettverkskompetansesenter for lærings- og mestringssentra. Arbeidet med å utvikle en strategi for lærings- og mestringssentra ble startet i 2004 og blir videreført i 2006.

Beredskap

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

Smittevern

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

Syketransport

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

Økonomisk balanse i 2006 – faglige utfordringer i 2007

Styret i Helse Sør RHF vedtok 2. februar 2005 et budsjett for 2005 som skulle gi et underskudd på total 500 millioner for hele Helse Sør. Foreløpig resultat for 2005 er på minus 470 millioner kroner. Dette er 30 millioner kroner bedre enn budsjettet. Blefjell Sykehus har meddelt at de har besluttet å selge ut deler av boligmassen (styrevedtak - 19/2005). Takst på boligmassen viser at denne er cirka 22 millioner kroner lavere enn bokført verdi. Størrelsen på nedskrivningen vil bli klarlagt innen utløpet av fristen for avleggelse av endelig årsregnskapet for 2005. Foreløpig er dette ikke tatt med i resultatet for 2005.

For 2006 er kravet at Helse Sør går i balanse. Dette betyr et effektiviseringskrav på de 470 millioner kroner som er foreløpig underskudd for 2005, samt at det i tillegg påregnes ikke-kompenserte kostnadsøkninger og inntektsbortfall på til sammen cirka 245 millioner kroner. Dette er hovedsakelig knyttet til økte kostnader til høykostnadsmedisin, økte avskrivninger som følge av aktivering av nybygg og renter på konverterte byggelån, samt reduserte inntekter som følge av omfordeling mellom regionene.

Helse Sør RHF har, i samarbeid med helseforetakene, jobbet med analyser som har identifisert gjennomførbare tiltak som vil gi en resultatforbedring tilsvarende om lag

540 millioner i 2006. Styret har gjennom budsjettbehandling 15. februar 2006, forutsatt at resultatet for Helse Sør vil være i balanse i forhold til eiers styringsmål for 2006.

Det betyr at det fortsatt gjenstår å konkretisere tiltak som skal en resultatforbedring tilsvarende om lag 160 millioner kroner. Helse Sør RHF vil fortsette å jobbe, både med helseforetakene og eier, for å kunne finne løsninger for å skjerme tjenestetilbudet samtidig som resultatkravet overholdes.

Samtidig som det gjennomføres tett oppfølging av resultatene i helseforetakene gjennom hele 2006, vil Helse Sør RHF starte arbeidet med budsjett for 2007 allerede i første kvartal 2006. Denne prosessen vil ta hensyn til de estimer som helseforetakene rapporterer for sine resultater. For Helse Sør vil dette representere en ny utfordring ved å jobbe med et budsjett der de økonomiske utfordringene kan tones ned og fokus i større grad flyttes over til faglige prioriteringer. Det vil også i 2007 være nødvendig å gjennomføre omfattende omstillinger i helseforetakene, men resultatene av omstillingene skal nå være en bedret evne til å gjennomføre viktige helsefaglige prioriteringer heller enn resultatforbedring.

Ikke-medisinske tjenester

Effektivisering av ikke medisinske støttetjenester er et viktig ledd i arbeidet med å nå balansekravet i 2006 samt oppnå stabilt kosteffektive og kvalitativt gode tjenester på sikt. Sykehuspartner vil bli benyttet aktivt i dette arbeidet.

Sykehuspartner kjører nå lønn for syv av åtte helseforetak i Helse Sør, og det siste foretaket skal være overført til ny løsning innen 31. desember 2006. Dette skal i tillegg til å gi stordriftsfordeler, også resultere i mer enhetlig og standardisert styringsinformasjon.

Helse Sør har iverksatt to hovedsatsninger innen logistikk/innkjøp. Det ene prosjektet skal tilføre helseforetakene og Helse Sør en e-handels løsning. Dette skjer i samsvar med nasjonale satsninger. Det andre prosjektet utreder en felles forsyningsløsning for foretaksgruppen. Det skal legges frem en styresak august 2006 med anbefaling til fremtidig løsning. Gitt styrets tilslutning, vil en løsning bli prosjektert og pilotert i 2007 og implementert i 2008 og 2009. På denne måten skal alle helseforetak være i drift med en slik fellestjeneste senest 1. januar 2010. Prosjektene skal effektivisere innkjøp/logistikk-tjenestene, standardisere på færre produkter og rammeavtaler og gi mer enhetlig styringsinformasjon.

Helse Sør iverksetter en tilsvarende utredning innen økonomiområdet, og det skal legges frem en styresak etter samme tidsplan som for felles forsyning. Tentativ plan er å gjennomføre felles forsyning og felles økonomi i parallell.

Avhengig av styrets vedtak og valg av konsepter/løsninger, vil det bli startet en konkurranse høsten 2006 med målsetting om å tilføre foretaksgruppen et felles logistikk- og økonomisystem som understøtter fremtidig logistikk- og økonomiløsning.

Helse Sør skal i 2006 fortsette arbeidet med tiltak beskrevet i *Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene (Nasjonal IKT)* og *S@mspill 2007* (Sosial- og helsedirektoratet), Tiltakene er inndelt i fire satsningsområder: 1) elektronisk samarbeid, 2) helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag, 3) informasjonssikkerhet og 4) standardisering og samordning av EPJ i helseforetak.

Det skal arbeides videre for å implementere nytt EPJ-system i helseforetakene

Sykehuspartner IKT skal levere tjenester for å realisere gevinster i samsvar med målsettinger for IKT, slik det fremgår av Resept 2006, nasjonale planer og protokoll for foretaksmøtene med helseforetakene.

Helse Sør skal etablere et styringssystem for IKT-porteføljen. Styringssystemet skal blant annet inneholde strategi- og handlingsplan, risikostyring og budsjettforslag. Planprosesser skal innføres i forhold til milepæler og retningslinjer i den overordnede budsjettprosessen i Helse Sør.

6. BRUKERUTVALGETS UTTAELSE TIL ÅRLIG MELDING 2005

Årlig melding peker på styrke og svakheter i de ulike deler av behandlingstilbudet i Helse Sør og kommer med forslag til tiltak for å forbedre disse. Brukerutvalget vil fremheve tiltaksplan for mennesker med kroniske lidelser og spesielt peke på habilitering og rehabilitering som viktige faktorer i en helhetlig behandlingsskjede. I Helse Sør fokuseres det mye på området, men vi vil allikevel bemerke at vi finner det beklagelig å erfare at enkelte rehabiliteringsinstitusjoner må stenge sine dører med de konsekvenser dette kan medføre. Argumentet er manglende ressurser. Forebyggende og helsefremmende arbeid ser vi som et viktig satsingsområde.

Brukerutvalget ser positivt på at Helse Sør gir bistand og behandling til diagnosegrupper som for eksempel mennesker med overvektsproblemer, rus og psykiatri.

Brukerutvalget er enig i at det fortsatt må satses på områdene:

- Kreft
- Psykiatri
- Kronikere, herunder mennesker med funksjonsnedsettelse
- Eldre

Videre at det satses på: LMS-sentra, samhandlingskultur, kompetanseutvikling, ambulante team, Helsennett og IKT.

Samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten har stor betydning for et helhetlig og rasjonelt behandlingstilbud. Brukerutvalget ser fram til de praktiske resultatene av samhandlingsprosjektet, "Helsedialog", og går ut fra at en i gjennomføringsfasen vil ha en like omfattende brukermedvirkning som i planlegningsperioden.

Kravet om økonomisk balanse har fra starten i 2002 vært et sentralt fokusområde for spesialisthelsetjenesten. Dette har også berørt Brukerutvalgets arbeid. Vi har ikke mottatt tilbakemeldinger om at de økonomiske kravene har fått alvorlige konsekvenser for pasientene. Men pasientombudenes rapport for 2005 peker under avsnittet "For tidlig utskriving" på at de "...frykter for at ytterligere økte krav til effektivitet og overholdelse av stramme budsjetter fører til brudd på pasientrettighetene og fare for pasienters sikkerhet." Dette bekymrer også Brukerutvalget.

Helse Sør skal ta ansvar og bidra til trygghet, tillit og god helse i befolkningen. Brukerutvalget vil peke på at en sikker sykefrakt har stor betydning for å oppnå dette.

Under avsnittet: "Økonomisk balanse i 2006 - faglige utfordringer i 2007" gis det uttrykk for at en ser fram til den nye utfordringen ved å jobbe med et budsjett der de økonomiske utfordringene kan tones ned og fokus i større grad flyttes til helsefaglige prioriteringer. Brukerutvalget ser dette som sitt primære arbeidsområde. I Bestillerdokumentet fra Helse- og Omsorgsdepartementet, "Resept 2006", "Kronikerplanen", "Helse Sørs Kvalitetsstrategi" og Lov om pasientrettigheter er det gode pasientrettede målsetninger. Med disse som grunnlag ser Brukerutvalget fram til i samarbeid med Helse Sør å videreutvikle en helsetjeneste hvor pasienten er i sentrum på pasientens premisser.

Brukerutvalget er fornøyd med den måten brukervedvirkningen har utviklet seg fram til i dag og har håp om at den vil utvikle seg videre i samme retning.