



ÅRLIG MELDING 2006 FOR HELSE SØR RHF

Vedtatt av styret i Helse Sør RHF 26. februar 2007 – sak 14/2007

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
I INNLEDNING	3
I.1 Styrende dokumenter for virksomheten i 2006	3
II RAPPORTERING PÅ BESTILLERDOKUMENT 2006	5
II.1 Tildeling av midler og ressursgrunnlag til helseforetakene (kap 2 i Bestillerdokument 2006, St.prp. 1 og RNB).....	5
II.2 Styringskrav for 2006 (kap 3 i bestillerdokumentet).....	6
II.2.1 Kvalitet i tjenesten	6
II.2.1.1 Faglig rammeverk	8
II.2.2 Prioritering.....	9
II.2.3 Pasientbehandling	10
II.2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse.....	12
II.2.3.2 Tilbudet til rusmiddelmissbrukere	14
II.2.3.3 Rehabilitering og habilitering.....	15
II.2.3.4 Nasjonale strategier mv	16
II.2.3.5 Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten	16
II.2.3.6 Smittevern og beredskap	17
II.2.3.7 Høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra	17
II.2.4 Utdanning.....	18
II.2.5 Forskning	19
II.2.6 Opplæring av pasienter og pårørende.....	21
II.3 Annet - forhold som ikke eksplisitt er tatt opp i bestillerdokumentet.....	22
II.3.1 Oppfølging av pasientombudenes årsrapport 2005.....	22
III RAPPORTERING PÅ FORETAKSMØTET 2006	23
III.4 Organisatoriske krav og rammebetingelser	23
III.4.1 Organisatorisk videreutvikling	23
III.4.1.1 Nye styrever for helseforetakene.....	23
III.4.1.2 Styrerepresentasjon i egne HF for ansatte i Helse Sør RHF.....	23
III.4.1.3 Relasjon til private aktører	23
III.4.1.4 Selskapsdannelser.....	24
III.4.1.5 Organisering av sykehusapotekene	26
III.4.1.6 Helsepersonells bierverv.....	26
III.4.2 Oppfølging av juridisk rammeverk	27
III.4.2.1 Krav til internkontroll	27
III.4.2.2 Ny kontrollkomite	29
III.4.2.3 Systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk og helsefaglig forskning.....	29
III.4.2.4 Informasjon om pasienters rettigheter	30
III.4.2.5 Kvalitetssikre ansettelser	31
III.4.3 Regionovergripende tiltak	32
III.4.3.1 Investeringer	32
III.4.3.2 Kulturminnevern og sektorvis landverneplan.....	33
III.4.3.3 Samordning og standardisering av IKT	34
III.4.3.4 Organisering av stabs- og støttefunksjoner	34
III.4.3.5 Forholdet til ILO-konvensjonen nr 94.....	34
III.4.3.6 Nødnett	35

III.4.3.7	Beredskap	35
III.4.3.8	Kommunikasjon.....	35
III.4.3.9	Etablering av samisk samarbeidsorgan.....	35
III.4.3.10	Etablering av nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse for Rikshospitalet- Radiumhospitalet HF	35
III.5	Økonomiske krav og rammebetingelser	36
III.5.1	Økonomisk balanse	36
III.5.2	Tilskudd nytt forskningsbygg DnR	37
III.5.3	Låneopptak og driftskreditter	37
III.5.4	Leieavtaler.....	38
III.5.5	Regnskapsavleggelse.....	38
III.5.6	Utvikling av nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten	38
III.6	Annet - forhold som ikke eksplisitt er tatt opp i foretaksmøtet	39
III.6.1	HR-området.....	39
III.6.1.1	Sykefraværet.....	39
III.6.1.2	"God vakt"	39
III.6.1.3	Arbeidsmiljø	40
III.6.1.4	Konserntillitsvalgte og hovedverneombud	40
IV	AKTUELLE STYRESAKER OG VURDERINGER I 2006	42
IV.1	Bakgrunn – utviklingstrender	42
IV.1.1	Befolkningsutvikling	42
IV.1.2	Medisinske utviklingstrender.....	43
IV.1.3	Mangel på spesialister innen noen fag – rekrutteringsproblemer.....	44
IV.2	Helse Sørs planer for å møte utviklingen.....	44
IV.2.1	Resept 2012.....	44
IV.2.2	Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør.....	45
IV.2.3	Alternative utviklings- og investeringsstrategier for Helse Sør – Nordregionens allsidige akuttsykehus	46
IV.2.4	Investeringsutfordringer og økonomisk handlingsrom i Helse Sør RHF.....	46
IV.2.5	Resept 2006.....	46
IV.2.6	Vedtatte fagplaner i Helse Sør.....	48
IV.2.6.1	Plan for psykisk helsevern i Helse Sør	48
IV.2.6.2	Plan for mennesker med kroniske tilstander.....	48
IV.2.6.3	Kreftplan for Helse Sør 2004 - 2008	48
IV.2.6.4	Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør	49
IV.2.6.5	Behandlingstilbud sykelig overvekt.....	49
IV.2.6.6	Samhandling med primærhelsetjenesten	49
IV.2.6.7	Forskning	50
V	STYRETS PLANDOKUMENT.....	52
VI	TJENESTENS AKTIVITETSBEHOV I 2008 – INNSPILL TIL STATSBUDEJETTET FOR 2008	53
IV.1	Hvilken aktivitet er nødvendig for å ivareta "sørge for"-ansvaret i 2008.....	53
IV.1.1	Somatiske spesialisthelsetjenester	53
IV.1.2	Psykisk helsevern	55
IV.1.3	Ressursinnsats og aktivitet innen behandling av rusmiddelavhengige	56
IV.1.4	Om økonomiske rammebetingelser og planhorisont	56

I INNLEDNING

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

Styret skal innen 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.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF

Kommentarer fra Brukerutvalget i Helse Sør RHF er skrevet inn under de aktuelle kapitler de har kommentarer til.

Brukerutvalgets sluttkommentar:

Uttalelsene fra brukerutvalget i Helse Sør RHF er gitt på en ikke ferdigskrevet årlig melding. Uttalelsene er gitt under forutsetning av at Brukerutvalget i møte 5.mars sier seg enig i det skrevne. Det er ikke en ønsket situasjon fra brukerutvalgets side å arbeide under slikt tidspress med et dokument som etter vår mening står sentralt i forhold til sykehuseier.

Det går mot en sammenslåing med Helse Øst RHF. Brukerutvalget i Helse Sør RHF har et sterkt ønske om at den holdningen Helse Sør har til brukermedvirkning blir tatt med inn i den nye regionen sammen med de planene som foreligger hvor brukerperspektivet har en sentral plass.

I.1 Styrende dokumenter for virksomheten i 2006

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

- Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør RHF 26. januar 2006
- Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør RHF 24. mai 2006
- Bestillerdokument 2006, datert 9. januar 2006, korrigeringsdatert 3. februar 2006
- Bestillerdokument 2006, tilleggsdokument etter Stortingets behandling av St.prp. nr. 15 (2006-2007), datert 15. desember 2006

For å lette arbeidet med å sammenligne kravene i de styrende dokumenter og oppfølgingen i ”Årlig melding 2006”, er Kapittel II i hovedsak en oppfølging av Bestillerdokument 2006 og har samme oppbygging og inndeling som dette. Kapittel III er i hovedsak en oppfølging av Protokoll fra Foretaksmøtet i Helse Sør RHF 26. januar 2006 og har samme oppbygging og inndeling som denne protokollens del 4 og 5.

Kapittel IV omhandler aktuelle styresaker og vurderinger i 2006, mens styrets plandokument finnes i kapittel V. Kapittel VI inneholder tjenestens aktivitetsbehov i 2008 – innspill til statsbudsjettet for 2008 som tidligere er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

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

II RAPPORTERING PÅ BESTILLERDOKUMENT 2006

II.1 Tildeling av midler og ressursgrunnlag til helseforetakene (kap 2 i Bestillerdokument 2006, St.prp. 1 og RNB)

- Basisbevilgning og særskilte forhold (kap 732.70)
- Rapportere på hvert strekpunkt under kap 732.70

Helse Sør har mottatt følgende bevilgninger under kapittel 732 post 70 (tall i 1000):

729.70 Behandlingsreiser til utlandet	91 337,0
732.70. RHF - Pasienttransport og reiseutgifter for personell	216 230,0
732.70. RHF - Opptrening	149 750,0
732.70. RHF - Nasjonale kompetansesenter	10 136,0
732.70. RHF - Omlegging AGA ¹	16 340,0
737.70 Tilskudd Kreftregisteret	77 485,0

Tabell 1 Oversikt over bevilgninger under kap 732 post 70

Behandlingsreiser i utlandet

Helse Sør RHF har fra 1. januar 2005 lagt ansvaret for finansiering av pasientbehandling i utlandet på bakgrunn av manglende kompetanse nasjonalt til Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF for pasienter innenn somatisk helsetjeneste. Tilskuddet til behandlingsreiser i utlandet er tildelt Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF. Tilskuddet er øremerket til ordningen behandlingsreiser til utlandet, som er et supplement til tilbudet i Norge.

Tilskudd til pasienttransport og reiseutgifter for personell

Ansvaret for pasienttransport er fordelt mellom Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Buskerud HF. Det er i 2006 brukt 264,8 millioner kroner på pasienttransport og reiseutgifter til personell i Helse Sør.

Kostnader til pasienttransport i 2006 vises i tabell 2.

SYKETRANSPORT (foreløpig resultat pr 25.01.2006)	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter fra Helse Sør	208 181	208 181	0
Andre inntekter	36 874	2 650	34 224
Driftskostnader	264 798	212 022	52 776
Driftsresultat	-19 743	-1 191	-18 552

Tabell 2 Kostnader til pasienttransport

Tilskudd til opptrening

Tilskudd til opptrening er i sin helhet gått til institusjoner Helse Sør RHF har avtale med.

Tilskuddet til Nasjonale kompetansesenter

Tilskuddet til Nasjonale kompetansesenter har gått til Autismeenheten ved Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF. Autismeenheten er landsdekkende og arbeider på oppdrag fra Sosial-

⁵_____

¹ AGA er forkortelse for arbeidsgiveravgift

og helsedirektoratet som har gitt sentrale føringer og oppdrag for virksomheten. Autismeenheten skal arbeide for å utvikle høy og spesialisert kompetanse i tjenestetilbudet for at mennesker med autismespekterforstyrrelser skal få individuelt tilrettelagte, helhetlige og langsiktighet tjenester. Ved å styrke kunnskap og kompetanse i det tverrsektorielle hjelpeapparatet dannes grunnlag for inkludering, deltagelse og livskvalitet gjennom hele livsløpet.

I mandatet for Autismeenheten framgår det at enheten skal:

- bistå de regionale helseforetakene i etablering og videreutvikling av supplerende og høyspesialiserte tjenester
- koordinere og bidra til kontakt og samarbeid mellom tverrsektorielle spesialisttjenester, regionalt, flerregionalt og nasjonalt

Tilskudd til omlegging av arbeidsgiveravgift

Tilskudd til omlegging av arbeidsgiveravgift er fordelt til helseforetakene i Helse Sør.

Tilskudd Kreftregisteret

Tilskudd Kreftregisteret er i sin helhet overført til Kreftregisteret.

II.2 Styringskrav for 2006 (kap 3 i bestillerdokumentet)

II.2.1 Kvalitet i tjenesten

Helse Sørs kvalitetsnettverk, som består av representanter for Helse Sør RHF, alle helseforetakene, brukerutvalget i Helse Sør RHF, konserntillitsvalgte og konsernverneombud samt internrevisor, har avholdt tre møter i 2006. En hovedoppgave for kvalitetsnettverket er å være pådriver for implementering av Helse Sørs kvalitetsstrategi.

Helse Sør RHF arrangerte i mai 2006 konferansen ”Gevinsten av å holde orden i eget hus” med bred deltakelse fra alle helseforetakene i regionen. Konferansen var et ledd i arbeidet fram mot valg av metode for akkreditering av helseforetakene, jf Kvalitetsstrategi for Helse Sør.

Helse Sør RHF har deltatt i det nasjonale arbeidet med felles nasjonale løsninger for medisinske kvalitetsregistre sammen med lederne av Helse Sørs to nasjonale medisinske kvalitetsregistre (Nasjonalt nyfødtmedisinsk kvalitetsregister, som driftes av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og Cerebral pareseregisteret i Norge, som driftes av Sykehuset i Vestfold HF). Helse Sør har gjennom året hatt god dialog med de to registrene om utvikling og drift av registrene. Der det er aktuelt har helseforetakene levert data også til de øvrige nasjonale medisinske kvalitetsregistrene.

Helse Sør har i 2006 deltatt i tre brukererfaringsundersøkelser; hvorav to pasienterfaringsundersøkelser (Voksne pasienters erfaringer med somatiske døgnavdelinger og Foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker) og en undersøkelse om primærhelsetjenestens erfaringer med spesialisthelsetjenesten (Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra). I alt 14 DPS i Helse Sør ble vurdert av tilhørende fastleger. Samlet sett ble Helse Sørs DPSer vurdert som best på variabelen kompetanse og dårligst på veiledning av fastlegene. Helse Sør har bedt aktuelle helseforetak redegjøre for hvordan de kan ivareta forholdet til primærhelsetjenesten på en bedre måte.

Når det gjelder pasientopplevelsesundersøkelsene som ble gjennomført i 2005, har helseforetakene i 2006 arbeidet med oppfølging av resultatene fra undersøkelsen som kartla Opplevelsen til pårørende på barneavdelinger. Den andre PasOpp-undersøkelsen i 2005, Erfaringer hos voksne pasienter utskrevet fra døgningstusjoner i psykisk helsevern, forelå det ikke resultater fra på institusjonsnivå.

Helse Sør initierte i 2006 oppdrag i form av kunnskapsoppsummeringer til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, både direkte fra RHF-nivå og indirekte fra helseforetaksnivå. Likeledes har Helse Sør i 2006 forberedt forslag til nye oppdrag for 2007.

Helseforetakene har kommet ulikt langt i arbeidet med innføring av elektroniske støttesystem for håndtering av avvik; noen arbeider med implementering av systemet, mens andre har etablert system for håndtering av avvik.

- Følge opp internkontroll og kvalitetsutvalg ved alle helseforetak

Helse Sør har hatt et særlig fokus på internkontroll i 2006. Det forhold at kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid er et ledelses- og linjeansvar og en kontinuerlig prosess på alle nivå i helsetjenesten, fordrer en organisasjon med kultur for læring og forbedring og omstilling i samarbeid med de ansatte. Helseforetakene ble gjennom bestillerdokumentet fra Helse Sør RHF spesielt utfordret på dette punkt, og bedt om å ha økt fokus på pasientsikkerhet og rapportering av avvik og uønskede hendelser.

Likeledes ble helseforetakene bedt om å sørge for systematisk overvåking og gjennomgang av informasjonskilder til kvalitetsforbedring for å sikre at disse bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. De ble også pålagt å etablere rutiner for rapportering av resultater og intern prosessforbedring, samt meldesystemer til eget styre. Rapporteringen fra helseforetakene viser at det arbeides godt med internkontroll ved helseforetakene, og at det er økt fokus på betydningen av ledelsesforankring av kvalitetsforbedringsarbeidet.

Kvalitetsutvalgenes årsrapporter sendes og gjennomgås av Helse Sør RHF. For bedre å kunne gjøre en samlet vurdering av disse, er det påbegynt et arbeid med å utarbeide en rapportmal for denne årsrapporten.

Det vises for øvrig til beskrivelsen av arbeidet med risikovurderinger og internkontroll under punkt 4.2.1.

- Påse at helseforetak er kjent med faglige retningslinjer og har et bevisst forhold til oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer

Arbeid med faglige retningslinjer har vært videreført fra 2005 i de regionale faggruppers arbeid. For å bevisstgjøre og utvikle gode faglige retningslinjer samt fremme "best praksis" er det i 2006 påbegynt et arbeid med faglig audit. Dette arbeidet er organisert som et prosjekt der faggruppene er sentrale aktører. Målet er å etablere et system for clinical audit i Helse Sør i løpet av 2007.

- Sørge for at helseforetak og private med avtale rapporterer data av god kvalitet til medisinske kvalitetsregistre og system for måling av kvalitetsindikatorer

Helse Sør RHF har samme krav til helseforetakene i bestillerdokumentene. De rapporterer at det arbeides kontinuerlig med å bedre kvaliteten på rapporteringen. Rapportering og fokus månedlig på regionale styringsindikatorer og tertialvis på nasjonale kvalitetsindikatorer bidrar til at kvaliteten på rapporterte data bedres.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF ser positivt på at Helse Sør RHF sender så klare føringer med hensyn på kvalitet til helseforetakene. I kvalitetsstrategidokumentet og også i Resept 2006 blir det lagt vekt på kvalitetsforbedring ved effektivisering av kliniske prosesser – pasientlogistikk. En godt organisert behandlingsprosess med utgangspunkt i pasientens behov er en kvalitet som vi i brukerutvalget prioriterer høyt. Vi ønsker at Helse Sør RHF sender klarere føringer om dette enn hittil til helseforetakene. Ringerike Sykehus HF har bygget opp sine behandlingslinjer ved å bruke Pasientfokusert redesign (beskrevet i Resept 2006 under pkt 3.6.1) med meget gode resultater. Vi ser bare få og spredte forsøk ved de øvrige helseforetakene på dette området. En systematisk gjennomgang av de medisinske tjenester på post-, avdelings- og klinikknivå med fokus på pasientens behov tror vi ville bedre den brukeropplevde kvaliteten og over tid gi en mindre resurskrevende behandling.

II.2.1.1 Faglig rammeverk

- Andel epikriser utsendt innen 7 dager

Helseforetakene rapporterer andel epikriser sendt innen 7 dager fordelt på somatisk og psykisk helsevern. Utviklingen følges opp månedlig med helseforetakene.

Andel epikriser sendt innen syv dager har økt til 57 prosent i 3. tertial innen somatisk helsevern. Helseforetakene varierer mellom 40 og 66 prosent ved rapporteringen for 3. tertial.

Innen psykisk helsevern er andelen økt til 63 prosent. Her varierer helseforetakene mellom 56 og 82 prosent.

Det er bekymringsfullt at på tross av sterk fokus på indikatoren er det bare Ringerike sykehus HF som innen psykisk helsevern har nådd målet om 80 prosent innen 7 dager. Helse Sør RHF følger opp helseforetakene gjennom tilbakemelding på rapportering og de er av styret i Helse Sør RHF pålagt å utarbeide særskilte planer for å øke andelen. Indikatoren vil bli satsingsområde også i 2007.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF er ikke fornøyd med resultatet og forventer at Helse Sør RHF fortsetter fokuset de har hatt mot helseforetakene for å få epikrisene sendt raskere.

- Andel korridorpasienter

Andel korridorpasienter innen psykisk helsevern er ca 0,5 prosent i gjennomsnitt. Bare tre av helseforetakene har korridorpasienter innen psykisk helsevern. Helseforetaket som lå høyt i november rapporterte om unormalt høyt antall innleggelseser i perioden med overbelegg.

Andel korridorpasienter innen somatisk helsevern ligger på om lag 2 prosent i gjennomsnitt. Helseforetakene har variert mellom ½ prosent og bortimot seks prosent i juli. Helseforetakene som lå høyest har iverksatt tiltak for å få ned antallet korridorpasienter.

- Andel pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge diagnostisk vurdert etter ICD-10

Andelen diagnostisk vurdert var 47 prosent for helseforetakene i Helse Sør i 2. tertial 2006. Dataene for siste tertial foreligger ikke, de hentes ut av NPR og Helse Sør RHF får resultatene vesentlig senere enn rapporteringen vi innhenter direkte fra helseforetakene.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF ser positivt på de tiltak som er tatt i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund i Helsedialog for å få til gode rutiner m.h.p. utskrivningsklare pasienter og ber om at dette arbeidet gis høy prioritet.

II.2.2 Prioritering

- Prioritere pasienter med psykiske lidelser, ruspasienter, pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som behøver rehabilitering og habilitering

Psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling prioriteres i Helse Sør gjennom egne funksjonsbudsjetter.

Helse Sør RHF ba i bestillerdokumentet om rapportering på hvordan helseforetakene sikrer at tilbudet til de prioriterte pasientgruppene innen somatikk styrkes. De rapporterer om ulike tiltak som bekrefter at de har fokus på å prioritere de angitte pasientgrupper.

Det har vært fokus i Helse Sør på en mest mulig enhetlig praksis i å tildele rett til nødvendig helsehjelp. De enkelte faggrupper har laget anbefalinger om prioritering. Helseforetakene rapporterer om ulike tilnærminger for å implementere disse. Til tross for dette arbeidet varierer andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp mellom 40 og over 80 prosent i regionen. Helse Sør deltar aktivt i samarbeidsprosjektet Sosial- og helsedirektoratet har sammen med de regionale helseforetakene om Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten.

De pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som ikke blir tilbudt helsehjelp innen den fastsatte fristen, kan henvende seg til NAV Pasientformidling for oppfyllelse. NAV mottok 175 slike henvendelser i løpet av 2006. Det ble konstatert fristbrudd i 152 tilfeller, men 100 av disse ble likevel ordnet etter at NAV tok kontakt med fristbruddsinstitusjonen. Helse Sør ligger lavt på den nasjonale statistikken for 2006 selv om antallet henvendelser til NAV har steget. Helseforetakene rapporterer månedlig hvor stor andel av de som er gitt rett til nødvendig helsehjelp som mottar helsehjelp innen den individuelt fastsatte fristen. Gjennomsnittet i 2006 var ca 90 prosent.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF mener at presset på tiltak for å komme i balanse ikke har gitt pusterom for å prioritere satsingsområdene.

- Individuell plan

Kravet om individuell plan til de som har rett på det og som ønsker det er videreført til helseforetakene gjennom bestillerdokumentet. Alle helseforetakene rapporterer gjennom årlig melding at de har arbeidet med å implementere gode rutiner for at pasientene som etter loven skal ha individuell plan, får tilbud om det. Tiltak som er iverksatt er prosjekter, seminar, avtaler og samarbeid med kommunene og individuell plan som tema for intern revisjon. Helse Sør RHF mener å se at arbeidet med individuell plan har kommet lengst innen psykisk helsevern, men at det i løpet av det siste året er en økende fokus også innen somatikk.

Innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige rapporteres andel som har individuell plan månedlig. Gjennomsnittlig har 45 prosent av pasientene fått utarbeidet individuell plan. Det er stor variasjon, men helseforetakene har fokus på å øke andelen.

Innen alle fagområdene oppleves det at en del pasienter ikke ønsker individuell plan.

Andelen som fikk individuell plan innen barnehabilitering varierer i 3. tertial mellom 12 og 52 prosent ved helseforetakene i Helse Sør. Andelen blant voksne med diagnosen schizofreni var mellom 50 og 83 prosent, mens andelen innen barn og unge med diagnosen ADHD varierte mellom 3 og 18 prosent.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF mener arbeidet med individuell plan går for sakte, og at for få pasienter fortsatt får individuell plan.

➤ Pasientansvarlig lege

Helse Sør RHF ba i bestillerdokumentet for 2006 helseforetakene sørge for at det lovpålagte kravet om pasientansvarlig lege blir oppfylt.

Helseforetakene rapporterer i årlig melding om at de har prosedyrer og rutiner for pasientansvarlig lege. Et av helseforetakene har ikke rapportert, og vi vil innhente opplysninger om status i første oppfølgingsmøte.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF har registrert at Pasientombudets årsrapport de tre siste årene har påpekt at dette lovpålagte tiltaket til pasientens beste i liten grad følges opp i helseforetakene. De mener det kreves sterkere føringer fra Helse Sør RHF på dette.

II.2.3 Pasientbehandling

➤ Prosentvis sterkere vekst innenfor rus og psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn.

Tabellen nedenfor utvikling i driftskostnader rapportert på funksjonene tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere og psykisk helsevern i 2005 og 2006 sammenlignet med driftskostnader rapportert på funksjonen somatiske tjenester i samme periode. (Tall i hele millioner kroner).

	2005	2006	økning	økning %
Rus	377	415	38	10,0 %
Psykiatri	2 151	2 277	125	5,8 %
Rus og psykiatri	2 529	2 692	163	6,5 %
Somatikk	13 514	14 285	771	5,7 %

Tabell 3 Utvikling i driftskostnader per fagområde

Både hver for seg og samlet har rus og psykiatri en sterkere vekst enn somatikken fra 2005 til 2006.

➤ Aktivitet omfattet av ISF og poliklinikk på samme nivå som i 2005. Rapporteres månedlig på eget vedlegg

Tabellen nedenfor viser utviklingen i aktivitet omfattet av ISF og poliklinikk fra 2005 til 2006, 2006-tall er pr 25.01.2007. Det vises også til ordinær månedsrapportering.

Aktivitet	2005	2006	endring %
DRG poeng pasienter egen region ("sørge for")	212 814	221 225	4 %
DRG poeng pasienter andre regioner	56 305	62 137	9 %
DRG poeng total	269 119	283 363	5 %
herav DRG dagbehandling totalt	37 030	39 324	6 %
Gjestepasienter			
DRG poeng egne pasienter - RR HF ("sørge for")	28 208	30 609	8 %
DRG poeng egne pasienter - andre regioner / private ("sørge for")	14 919	15 966	7 %
Polikliniske konsultasjoner			
Antall polikliniske konsultasjoner RTV (Somatikk)	864 549	883 760	2 %
Antall polikliniske konsultasjoner RTV (Psykiatri)	309 862	350 389	12 %

Tabell 4 Utvikling i aktivitet målt i DRG og poliklinikk

Økningen i antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og somatikk er henholdsvis 12 og 2 prosent.

- Tiltak for ivaretagelse av kjønnsperspektivet

Bestillingen er videreført i bestillerdokumentene til helseforetakene. De rapporterer om ulike tiltak, fra at dette ivaretas i forhold til eksisterende kunnskap og i henhold til nasjonale føringer, gjennom verdigrunnlag og avtaler mellom administrerende direktør og klinikksefene. Senter for sykkelig overvekt har dette fokus, det samme har nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse.

Brakerutvalget i Helse Sør RHF uttaler at de ser meget positivt på det planutkastet som ligger til behandling. Det omhandler mer enn 60 prosent av pasientene som behandles av spesialisthelsetjenesten. Om planen vedtas i den form den nå foreligger, vil denne tjenesten fram mot 2015 bringes opp på et nivå som innfrir intensjonene i Regjeringens Soria Moria-erklæring. Men det vil kreve endringer i holdninger i fagmiljøene og omprioriteringer i budsjettene.

- Utarbeide en plan for styrking av spesialisthelsetjeneste til eldre

Helse Sør startet i 2006 arbeid med handlingsplan for spesialisthelsetjeneste til eldre. Helse Sør har parallelt med sitt eget planarbeid deltatt i Sosial- og helsedirektoratets arbeid med en nasjonal plan for spesialisthelsetjeneste til eldre. Fokusområder i planarbeidet har vært:

- Behandlingstilbud til eldre med sammensatte og komplekse lidelse
- Behandlingstilbud til eldre med psykiske lidelser og demens
- Lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden
- Forskning om Eldres helse
- Kompetanseutvikling og rekrutteringstiltak.

Forslag til plan ble sendt ut for innspill kommuner, høgskoler og fagmiljøer i desember 2006. Det er beregnet styrebehandling i mars 2007.

Helse Sør har i 2006 oppmuntret til og gitt økonomisk støtte til samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner der målgruppe har vært den eldre befolkning med sammensatte og komplekse lidelser.

- Utarbeide en kapasitetsanalyse i fellesskap mellom de regionale helseforetakene

Det er nedsatt en arbeidsgruppe med medlemmer fra alle de regionale helseforetakene. Arbeidet har pågått i 2006 med noe leveranser til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med Nasjonal helseplan. Arbeidet fortsetter i 2007.

II.2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplanen for psykisk helse

Både fag- og anleggsmessig utvikles arbeidet innen opptrappingsplanen for psykisk helse positivt. Helse Sør fikk i 2006 tildelt 290,101 millioner kroner over Opptrappingsplanen for psykiatri. I tillegg har Helse Sør RHF økt den samlede basisramme for psykisk helse i Helse Sør med 30 millioner kroner. Disse midlene er disponert slik:

Institusjon mill kr	2006					
	Lønns- og pristillegg	Uttrekk - Overføring prisjust 2005 på øremerkede midler før 1999 til basisramme	Økning fra 2005	Kompetanse-senter og spesielle tildelinger	Akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2005	Økning basisramme 2006
Formel for kollonne:						
Sykehuset Buskerud	1,109	-0,600	4,997	2,500	45,842	2,312
Ringerike sykehus	0,305	-0,059	5,634		16,279	2,606
Psykiatrien i Vestfold	1,639	-0,754	22,593	0,500	79,919	10,450
Sykehuset Telemark	0,908	-0,379	4,353	0,500	36,369	2,014
Kongsberg sykehus	0,613	-0,377				
Notodden sykehus	0,106	0,000				
Helse Blefjell	0,719	-0,377	1,974		26,849	1,821
Sørlandet sykehus	1,961	-0,896	16,859		84,842	7,798
Rikshospitalet						3,000
SUM	6,640	(3,065)	56,411	3,500	290,101	30,000

Tabell 5 Driftsmidler til opptrappingsplanen i psykisk helsevern

Figuren viser at økningen i opptrappingsmidler til psykiatrien i 2006 var 56,411 millioner kroner pluss lønns- og pristillegg på 6,640 millioner kroner. Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift ble for 2006 fordelt til helseforetakene ut fra objektive kriterier basert på indeksjustert innbyggertall.

Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift

Spesielle tilskudd til oppstart av kompetansesentra i Helse Sør i 2006:

		2005	2006	
			Økning 06	Sum 06
Nettverkskompetansesentra	Sørlandet sykehus - kompetansesenter psykososialt team	1 000 000		1 000 000
	Sørlandet sykehus - kompetansesenter affektive lidelser:	1 500 000		1 500 000
	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter spiseforstyrrelser:	500 000	1 000 000	1 500 000
	Kompetansesenter selvmordsforebygging	500 000		500 000
	PIV + Sykehuset Telemark - kompetansesenter alderspsykiatri	500 000	1 000 000	1 500 000
Henvisningskompetansesentra	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter PU-klienter	1 000 000	1 500 000	2 500 000
	Sykehuset Buskerud - kompetansesenter spiseforstyrrelser:	1 000 000		1 000 000
SUM		6 000 000	3 500 000	9 500 000

Tabell 6 Tilskudd til kompetansesentra i Helse Sør

Investeringsmidler til opptrappingsplanen i psykiatri

Det ble gitt godkjenning for følgende investeringsprosjekter i 2006:

- Sykehuset Buskerud HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Haugfoss, flytting til Lerberg og opprustning av lokaler, med en kostnadsramme på 15 millioner kroner.

Vedrørende investeringsmidler til opptrappingsplanen til Psykiatrien i Vestfold HF:

Psykiatrien i Vestfold ønsker å samle og omfordele investeringsmidlene, gitt i brev fra departementet den 17.03.2003, til følgende prosjekter:

- Den planlagt avsetning på 15 mill.kr. av investeringsmidler til utvidelse av døgntilbud innen alderspsykiatri, opprettholdes.
- Avsetning av investeringsmidler på til sammen 70 – 75 mill kr. for å gjøre de nødvendige bygningsmessige utvidelser og tilpasninger ved DPS i nordfylket (Linde) og ved Søndre Vestfold DPS. Den endelige fordeling av midlene mellom de to prosjektene foretas når de konkrete prosjektplanene foreligger.

Helse Sør RHF anbefaler at investeringsmidlene blir samlet og omfordelt til de angitte prosjektene ut fra en erkjennelse av at behovene for investeringer har endret seg betydelig for Psykiatrien i Vestfold HF siden de fylkeskommunale planene ble lagt.

Ekstraordinære investeringsmidler ut over opptrappingsplanen:

I tillegg ble det bevilget 11,2 millioner kroner til ny mottaksenhet ved Sykehuset Buskerud HF som ekstraordinært investeringstilskudd.

- Markert redusert gjennomsnittlig ventetid for barn- og unge

	3. tertial 2005	3. tertial 2006	endring 2005-2006
Blefjell Sykehus HF	71	72	-1,4 %
Psykiatrien i Vestfold HF	27	90	-233,3 %
Ringerike Sykehus HF	49	57	-16,3 %
Sykehuset Buskerud HF	59	50	15,3 %
Sykehuset Telemark HF	88	78	11,4 %
Sørlandet Sykehus HF	36	17	52,8 %
Helse Sør Konsern	49	73	-49,0 %

Tabell 7 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for ventende innen barne- og ungdomspsykiatri

Helse Sør har ikke klart kravet om nedgang i gjennomsnittlig ventetid for barn og unge. Gjennomsnittlig ventetid for ventende har for barn og unge gikk ned ved tre av helseforetakene i Helse Sør. Totalt har gjennomsnittlig ventetid for ventende innen barne- og ungdomspsykiatri økt i 2006, fra 49 dager 3. tertial 2005 til 73 dager 3. tertial 2006. Økningen på 49 prosent skyldes først og fremst at Psykiatrien i Vestfold HF tidligere har rapportert feil i den forstand at de markerte ventetid slutt i det pasientadministrative systemet uten at behandling var startet. Økningen er derfor ikke en reell økning av ventetid.

- Tiltak for utjevning av dekningsgrad i tjenestetilbudet innen BUP

Ved helseforetakene i Helse Sør varierer dekningsgrad i tjenestetilbudet innen barne- og ungdomspsykiatrien mellom 3,7 og 5,4 prosent. Målet er en dekningsgrad på om lag 5 prosent. Siden de fleste helseforetakene i regionen ligger under 5 prosent består utjevningen i å øke dekningsgraden. Helseforetakene som ligger lavest har iverksatt tiltak for å nå målet innen 2008.

Den største utfordringen for å nå målet om dekningsgrad er tilgang til både barnepsykiatere, psykologer og øvrig fagpersonell med klinisk spesialisering. Helse Sør RHF setter derfor i gang Prosjekt for rekruttering og utdanning av barne- og ungdomspsykiatere i Helse Sør i 2007 etter modell av Helse Nord. Prosjektleder er tilsatt og starter 1. april. Det er allerede rekruttert assistentlege begrunnet i prosjektet.

- Ivareta tilgjengelighet og kvalitet på akuttavdelingene målt i beleggspersent

Gjennomsnittlig beleggspersent for fire av de fem helseforetakene varierer mellom 75 og 89 persent. Det er iverksatt tiltak for å få ned beleggspersenten ved det ene helseforetaket som ligger på 147 persent.

- Tiltak for å oppgradere DPS faglig og kompetansemessig

Som rapportert 1. tertial har Helse Sør RHF videreført krav om tilstrekkelig kompetanse i DPSene i bestillerdokument til helseforetakene. Deres rapportering viser at det er iverksatt tiltak for å oppgradere DPS faglig og kompetansemessig.

Nedenfor lister vi opp noen av tiltakene som er rapportert fra de forskjellige helseforetakene:

- Kurs- og kompetanseenheter som også server DPSer når det gjelder mer overgripende kompetansehevingstiltak. Behov for videre kompetansetiltak er under drøfting i fagråd.
- Det har vært en rekke arbeidsgrupper våren 2006 med representanter fra DPS med fokus på videreutvikling av diagnoserelaterte behandlingsskjeder innen områdene psykose, rus-avhengighetsbehandling, allmennpsykiatri og alderspsykiatri. Fokuspunkter videre er suicidvurderinger og farlighetsvurdering. Et sentralt element i dette arbeidet er utpeking av områder for kompetanseheving og forskning.
- Det er gjennomført en rekke interne fagutviklingsdager ved det enkelte DPS.
- Omstilling av langtidsavdeling med sentralsykehusfunksjon til en døgnbehandlingssenheter i den desentraliserte tjenesten (2004-2006).
- Målrettet rekruttering av høyskoleutdannet helsepersonell med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- Internt kompetanseutviklingsprogram for 2005 og 2006.
- Individuelle kompetanseutviklingsplaner for å øke antall medarbeidere med videre- og etterutdanning.
- Interne og eksterne kurs og konferanser innen aktuelle kliniske temaer.A
- Et helseforetak melder at de aller fleste behandlerstillinger ved DPSene er besatt. Det er satt i gang ulike opplærings- og kompetansetiltak for øvrig personale.
- Planlagt oppgradering av kompetanse ved at psykologer som ikke var spesialister fullfører utdanningsprogram for å bli det, assistentleger følger sitt utdanningsprogram i tillegg til SEPREP-utdanning, utdanning ved institutt for psykoterapi, spiseforstyrrelsesnettverk, kunst- og uttrykksterapi, gruppeterapi og videreutdanning i psykisk helse.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF etterlyser tiltak rettet mot ettervern og samhandling med primærhelsetjenesten. Det gjelder bl.a. utvikling av ambulante team og gjensidig erfaringsutveksling.

II.2.3.2 Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

- Prioritere unge med rusmiddelproblemer og barn og unge med rusmiddelmissbrukende foreldre

Det er flere tiltak som er iverksatt, eller videreført. PUT'ene har senket eller opphevet aldersbegrensning for inntak, og fokus på barn og ungdom av rusmisbrukende foreldre er prioritert. Flere av foretakene har igangsatt samarbeidsprosjekter med kommuner om målgruppen, og det er inngått eller satt i gang arbeid med å inngå samarbeidsavtale med Bufetat. Av interessante prosjekter kan nevnes "Regnbueprogrammet" og "BRU-prosjektet" ved Sørlandet sykehus HF. Regnbueprogrammet er rettet mot barn og ungdom som har rusmisbrukende foreldre, og gjennomsnittlig 70 barn blir henvist hvert år. Det drives også et opplæringsprogram rettet mot barnehager, helsestasjoner, klubber, skoler og liknende, som har kontakt med målgruppen.

BRU-prosjektet har vært et treårig samarbeidsprosjekt med barnevernet, som ble avsluttet ved årets slutt. Dette har vært en ambulansetjeneste for aldersgruppen 13 – 25 år.

- Prioritere pasienter med samtidig rusproblem og psykisk lidelse

Tilbakemeldinger fra helseforetakene tyder på nært samarbeid mellom rus- og psykiatri enhetene. Det er et økende antall pasienter med samtidig rusproblem og psykiske lidelser, og det er igangsatt samarbeidsprosjekter med kommuner om pasienter med dobbeltdiagnose. To av helseforetakene har egne avdelinger for dobbeltdiagnosepasienter, Sykehuset Buskerud HF og Sørlandet sykehus HF, med 10 plasser på hvert sted.

- Domfelte rusmiddelmissbrukere

DPSene har et ansvar for å gi tilbud også til innsatte med rusavhengighet. Henvisninger fra primærhelsetjenesten, som har ansvar for helsetjenesten i fengslene, ivaretas på linje med øvrige henvisninger. De fleste av døgninstitusjonene, både offentlige og private tar imot § 12-pasienter til behandling. (Pasienter som etter gitte forutsetninger kan sone i en behandlingsinstitusjon).

II.2.3.3 Rehabilitering og habilitering

- Tjenestetilbudet skal prioriteres slik at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes. Føringer på funksjonskontoplan legges til grunn.

Rehabilitering

Helse Sør har i 2006 utarbeidet og styrebehandlet tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse Sør. Planen har tre fokusområder:

- Behovet for koordinering
- Behovet for samhandling på tvers av tjenestenivåene
- Behovet for forskning innen rehabiliteringsområdet.

Det er et ønske å prøve ut rehabiliteringsintegreerte sentre som et samarbeidstiltak mellom helseforetak og kommuner. Videre er det et mål å dreie rehabiliteringstilbudene fra døgnplasser til dagplasser ved å etablere ambulante team, dagtilbud og polikliniske tilbud.

Helse Sør har i 2006 startet forsøksprosjekt med egne takster for ambulansetjenester knyttet til sårbehandling, slagbehandling og KOLS. Videre blir det prøvd ut egne takster for virksomhet i lærings- og mestringssentre.

Helse Sør hadde i 2006 inngått avtale om kjøp av rehabiliteringstjenester med 6 rehabiliteringsinstitusjoner for generell rehabilitering, Rauland attføringscenter for arbeidsrettet rehabilitering og Evjeklinikken for livsstilendring av mennesker med sykelig fedme.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF er kritisk til at det ikke er utarbeidet en nasjonal plan for rehabilitering, men at det i stedet er laget en nasjonal strategi. Brukerutvalget ønsker sterke føringer fra Helse Sør RHF på dette området.

Habilitering

Helse Sør har i 2006 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 Klinikkk for klinisk service. Autismeenheten fungerer som et kompetansesenter for personer med Autisme-Spektrum-Disorders (ASD) og alvorlige tilleggshandikap.

Det er vedtatt en plan for regionale kompetansemiljøer for autisme.

II.2.3.4 Nasjonale strategier mv

- Iverksette tiltak basert på nasjonale strategier (kreft, diabetes, KOLS, kroniske smerter)

I 2006 er arbeidet med å implementere nasjonale strategier videreført. Dette er gjort dels gjennom konkrete plandokumenter (tiltaksplan for rehabilitering) som er styrebehandlet og dels gjennom konkrete oppdrag til de enkelte helseforetak (behandlingstilbud til mennesker med kroniske smerter). Gjennom tiltaksplan for rehabilitering i Helse Sør er det vedtatt konkrete tiltak for pasienter som trenger rehabilitering etter kreftsykdom, hjerte / lungesykdommer og en rekke tilstander med kroniske smerter. Helse Sørs strategi for behandlingstilbud til disse pasientgruppene er at behandlingstilbudet skal dreies vekk fra inneliggende pasienter mot ambulerende virksomhet der samarbeid med kommunehelsetjenesten er en del av virksomheten. Det er et mål å utvide dagtilbud og poliklinisk tilbud. Som en stimulering til dette startet Helse Sør i 2006 utprøving av egne takster for ambulant virksomhet til utvalgte pasientgrupper med kroniske tilstander, KOLS er en av disse tilstandene. Tiltaket videreføres i 2007.

II.2.3.5 Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten

Helsedialog er omtalt flere steder i årlig melding, bla i kap IV.2.6.6, som et program for systematisk forbedring av samhandlingen i helsetjenesten. Helsedialog viser seg som et nyttig verktøy for samhandling og helseforetakene viser til Helsedialog i rapporteringen av samhandlingsprosjekter i regionen.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF gir sin fulle støtte til Helsedialogprogrammet.

- Igangsette arbeid med utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder for akutt syke, eldre, kronisk syke og for elektive pasienter

Hvert helseforetak fikk i bestillerdokumentet i oppdrag å opprette minst to pasientrettet samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.

Helseforetakene rapporterer at det er initiert en rekke samarbeidsprosjekter mellom helseforetakene og kommunene hvor målsettingen er å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet og utvikle sammenhengende behandlingsskjeder. Eksempler på pasientgrupper det er utarbeidet pasientflytretningsslinjer for: dyp venetrombose, sepsis, PD-kateter, peritonitt.

- Etablering av samarbeidsavtaler med kommuner i helseforetakets område

Det er nå etablert samarbeidsavtaler mellom alle helseforetak og kommunene i regionen. Det er også etablert samhandlingsfora/samarbeidsutvalg. Programstyret for Helsedialog har også vedtatt retningslinjer for avtalene etter prinsippene i Helsedialogprogrammet.

- Oppretting av minst to pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper

Helseforetakene har i sitt bestillerdokument fått i oppdrag å opprette minst to pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper i samarbeid med primærhelsetjenesten.

De rapporterer om samhandlingstiltak innen palliativ behandling, geriatri, kreftpasienter, rehabilitering, svangerskapsomsorg, foreldre med barn som har store atferdsvansker, barn av foreldre med rus og psykisk lidelse, demente med problematferd.

II.2.3.6 Smittevern og beredskap

- Smittevern i henhold til lov, spesielt overfor pandemisk influensa og MRSA

Fortsatt prosess med integrering av smittevern- og beredskapspersonell ved helseforetakene og gjennomført seks samlinger hvorav to samlinger over to dager. Regionalt kompetansesenter for smittevern er under utvikling og har åpnet tilbud om molekylær epidemiologiske analyser for sykehusene i regionene, smittevernplaner, pandemiplaner og generell beredskapsplanlegging. Smittevernplanen er fortsatt under revisjon.

Arbeidet med felles regional web-basert temaside om smittevern er videreført – www.infeksjonskontroll.no Websiden presenterer fagstoff, planer og samarbeide om infeksjonskontrollprogram. En egen kampanje for informasjon om MRSA er under utvikling der bl.a. alle primærleger kontaktes og informasjonsmateriell rettet mot befolkningen er utarbeidet. Det inngås stadig flere samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner om smittevern.

II.2.3.7 Høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

- Sammen med øvrige regionale helseforetak utarbeide forslag til fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester

I Helse Sør er høyspesialiserte medisinske funksjoner – som omfatter landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra – i all hovedsak lagt til Rikshospitalet-

Radiumhospitalet HF. Funksjonene er dels landsfunksjoner formelt tildelt av Helse- og omsorgsdepartementet og dels behandlinger hvor Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF i kraft av sin kompetanse er eneste eller blant få sykehus som utfører i Norge.

Helse Sør RHF har samarbeidet med de øvrige regionale helseforetak om å utarbeide en helhetlig plan for fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester.

➤ Sikre lik tilgjengelighet

Helse Sør RHF har fokus på å sikre lik tilgjengelighet til landsfunksjoner som det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for. Helse Sør RHF har en rubrikk i rapporteringsskjemaet på høyspesialiserte tjenester hvor de landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra som behandler pasienter skal rapportere på hvor i landet pasientene kommer fra. Denne rapporteringen er mangelfull.

Ellers rapporterer Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF i sin årlige melding til Helse Sør RHF at når det gjelder pasienter som tilhører gruppen formelle landsfunksjoner og avtalte flerregionale funksjoner skjer det ingen prioritering i forhold til pasientens bosted fra sykehusets side. Det kan imidlertid oppstå geografisk forskjeller basert på pasientens medisinske tilstand ved henvisning og henvisningspraksis i sin alminnelighet. Unge pasienter vil vanligvis få høyest prioritet, deretter vil de pasienter som har mest nytte av behandlingen prioriteres.

Helse Sør RHF rapporterer til Sosial- og helsedirektoratet om høyspesialiserte tjenester med rapporteringsfrist den 15. februar 2007. For detaljert informasjon om dette temaet, viser vi til denne rapporten hvor kravene er beskrevet i Rundskriv I-19/2003.

Funksjonsbeskrivelse for donoransvarlig lege

Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD), som representerer fagmiljøene innen donasjonsvirksomheten ved landets donorsykehus, utarbeidet for flere år siden forslag til funksjonsbeskrivelse for donoransvarlige leger. Leder for NOROD er ansatt ved transplantasjonsenheten ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Forslaget ble oversendt Sosial- og helsedirektoratet. Etter opprettelse av en nasjonal transplantasjonskoordinator i Sosial- og helsedirektoratet ble funksjonsbeskrivelsen sendt til helseforetakene. Den utsendte funksjonsbeskrivelse skal da være identisk med NORODs forslag. NOROD, med fagmiljøet ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF som ”sekretariat” har på eget initiativ påtatt seg et opplæringsansvar.

II.2.4 Utdanning

- Hva gjøres for å etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning?
- Hva gjøres for å planlegge videre- og etterutdanning av personell for å møte nåværende og fremtidige behov?
- Hvordan ivaretar samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og høyskolene forhold som organisatorisk samarbeid, personalsamarbeid og faglig samarbeid (herunder oppgave- og ansvarsfordeling, hospitering og kombinerte stillinger, utarbeidelse av fagplaner, forsknings- og utviklingsarbeid mv)?

Samarbeidsorganet mellom Helse Sør og de syv høyskolene som har rammeavtale med Helse Sør har avholdt fire møter i 2006. Helse Sør RHF ivaretar sekretariatsfunksjonen, både for samarbeidsorganet og for samarbeidsorganets arbeidsutvalg. Helse Sør RHF har også deltatt i

den interregionale gruppen, bestående av de regionale helseforetakene, som samarbeider om utdannings spørsmål.

Av saker samarbeidsorganet har behandlet i 2006 kan nevnes problemstillinger knyttet til overføringen av videreutdanningene for sykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft (ABIOK) til høgskolesystemet. Aktuelle temaer har vært finansiering og behovstall (antall studie plasser). For å oppnå en harmonisering av antall studie plasser høgskolene tilbyr og de behov helseforetakene har for helsepersonell med disse spesialutdanningene, har Helse Sør RHF besluttet å be helseforetakenes rapportere inn behovene for ABIOK-sykepleiere de nærmeste årene. Høgskolene kan på denne bakgrunn tilpasse aktivitetstallene fra Kunnskapsdepartementet til helseforetakenes løpende behov.

Samarbeidsorganet har i 2006 revidert rammeavtalen mellom Helse Sør og høgskolene. De regionale rammeavtalene er fulgt opp med lokale avtaler mellom helseforetakene og høgskolene. For å tilrettelegge for inngåelse av bilaterale avtaler har samarbeidsorganet laget en mal for regulering av samarbeidet og avklaring av ansvarsforholdet mellom det enkelte helseforetak og den enkelte høgskole om gjennomføring av praktiske studier i helseforetaket. Når det gjelder status for avvikling av praksis for studentene, viste en gjennomgang i samarbeidsorganet at det er skaffet til veie et tilfredsstillende antall praksis plasser til høgskolestudentene i 2006.

Samarbeidsorganet i Helse Sør har tatt initiativ overfor Kunnskapsdepartementet til revidering av rammeplan for sykepleierutdanningen med bakgrunn i at rammeplanens praksiskrav bør gjenspeile endringene som har skjedd spesialisthelsetjenesten de siste årene. Samarbeidsorganet har fulgt dette initiativet opp gjennom å gi innspill til arbeidsgruppen som utarbeider forslag til endringer i denne rammeplanen.

I forbindelse med at Kunnskapsdepartementet endret føringene for de tidligere praksisveiledningsmidlene til å skulle gjelde samarbeidsprosjekter mellom høgskole og helseforetak, utarbeidet samarbeidsorganet retningslinjer for fordeling av disse midlene (kriterier, søknads- og rapporteringsskjemaer). Høgskolene er mottakere av midlene, og ivaretar oppgaven med å fordele midlene. Samarbeidsorganet vil i 2007 motta rapportering om bruk av samarbeidsmidlene.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF mener det med brukermedvirkning er mangelfullt i dagens utdanning. De mener det er viktig at helsepersonell blir skolert i alle aspekter av brukermedvirkning.

II.2.5 Forskning

Helseforetakene i Helse Sør har arbeidet med å etablere gode systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk- og helsefaglig forskning. Til tross for dette innrømmet en lege, ansatt ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet, fabrikasjon av datagrunnlaget som lå til grunn for en vitenskapelig artikkel publisert i det anerkjente tidsskriftet The Lancet i oktober 2005. Den 18. januar 2006 nedsatte Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Universitetet i Oslo i fellesskap en egen kommisjon for å forestå en granskning i tråd med et nærmere fastlagt mandat. Denne innrømmelsen førte til at helseforetakene i Helse Sør i 2006 har satt enda større fokus på arbeidet med å etablere gode systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk- og helsefaglig forskning.

Helseforetakene (ikke-universitetssykehus) i Helse Sør har tilstrebet en forsknings- og utviklingsaktivitet tilsvarende om lag 1 % av brutto driftskostnader i 2006, mens universitetssykehuset har ivarettatt sitt ansvar innen forskning med de midler de fikk tildelt i basisbevilgningen sin samt tilskuddet fra kap. 732 post 78.

Helseforetakene har en utfordring i å se på forskning- og utvikling som en ressurs og en viktig aktivitet i et helsevesen som de siste årene har arbeidet med innsparinger. Nettopp i en tid med innsparinger er det viktig å arbeide med forskning- og utvikling for å sikre kvalitet og kompetanse i pasientbehandlingen.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har stor forskningsaktivitet og dominerer forskningsaktiviteten både regionalt og nasjonalt. De andre helseforetakene i Helse Sør fortsetter sitt arbeid med å bygge opp gode forskningsmiljøer.

Forskningsutvalget i Helse Sør har hatt fire møter i 2006. Saker som har vært tatt opp i forskningsutvalget har vært håndtering av søkbare midler for 2007, kriterier for utlysning av forskningsmidler, rapporteringsrutiner, forskningsfusk, etikk og regelverk, norsk EMBL-node, honorering av utvalgte originalartikler i Helse Sør, - videre retningslinjer m.m, kvalitetssikring av forskningsrutiner.

I budsjettet for 2006 ble det satt av 25 millioner kroner til frie forskningsmidler hvor helseforetakene kunne søke for å få forskningsmidler etter fastsatte retningslinjer. Helse Sør har fulgt prosjektene i form av at man har bedt om å få en halvårsrapportering av prosjektene og en rapportering ved regnskapsavslutning året etter.

Helseforetakene i Helse Sør har også i 2006 deltatt i den nasjonale målingen av forskningsresultater. Dette resultatet viser at Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF står for produksjonen av litt over halvparten av landets publikasjoner av artikler og utdanning av doktorgradskandidater.

Helse Sør har arbeidet med å styrke forskningen innenfor forskningssvake områder, spesielt psykisk helsevern. Målet for plan for psykisk helsevern i Helse Sør er utvikling av forskningskompetanse innen alle helseforetak på doktorgradsnivå slik at det kan oppnås konkrete forskningsresultater og foregå kompetanseoppbygging innen forskning ved de ulike helseforetakene i Helse Sør.

Planen krever at det gis mulighet for å veilede og finansiere en doktorgradsstipendiat i hvert helseforetak. Disse skal organiseres i en forskergruppe, som er ansvarlige for gjennomføringen av et omforent prosjekt (depresjonsforskning).

Helse Sør har i 2006 etablert en styringsgruppe for dette arbeidet og ansatt en forskningskoordinator som skal arbeide spesielt med nettverksbygging og organisering av de nødvendige forskerkurs og veiledning i denne regionale satsningen på psykiatri forskning.

Det er valgt ut syv doktorgradsstipendiater (en ved hvert helseforetak) som nå skal få sine avtaler med helseforetakene i forhold til arbeidet sitt med temaet depresjon frem mot en doktorgrad.

- Fagområder der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid

Helse Sør RHF deltar i flere utvalg som har som mål å samordne forskningsinnsatsen og samarbeidet i landet. Det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid innenfor fagområdene

kardiologi (UNIKARD) og nevrologi (Nevronor). Forskning innen psykisk helsevern (psykoseforskning) bør videreutvikles til et nasjonalt satsingsområde samt forskning innenfor kreftomsorg. Det arbeides med å utarbeide grunnlagsdokumenter for psykoseforskning og kreftomsorg som nasjonale satsingsområder. Det er foreslått et fagområde til, rygg- og muskelskjelett. I tillegg er det foreslått å opprette et flerregionalt biologisk ressurscenter for medisinsk forskning.

- Andel av bruttobudsjett samt antall søknader mottatt og innvilget innenfor kvinnehelseforskning

Helseforetakene fikk i bestillerdokumentet i oppdrag å styrke innsatsen innenfor kvinnehelseforskning.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har innen visse områder en tung satsning på enkelte sykdomsgrupper hos kvinner. I 2006 ble det etablert et nytt nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse. Her vektlegges blant annet reproduksjon, kreft og hjertesykdommer, og flere forskningsprosjekter er startet opp innen disse områdene. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har også et nasjonalt kompetansesenter for gynekologisk kreft, der det utgår mye forskning fra. Sykehuset Telemark HF rapporterer at 5 prosent av lokale forskningsmidler har gått til kvinnehelseforskning. Blefjell sykehus nevner tre pågående prosjekter som spesielt ivaretar kvinneperspektivet. De andre helseforetakene rapporterer at kvinnehelseperspektivet søkes ivaretatt i forskningsprosjektene. Det er også etablert et forskningssamarbeid mellom Prosjekt for sykkelig overvekt (Sykehuset i Vestfold) og Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse for å belyse de særlige forholdene som gjelder kvinner med overvekt og sykdom.

- Antall og andel prosjekter som omfatter sykdom som rammer begge kjønn der det er gjort kjønnsesifikke analyser

Helse Sør bevilget i 2006 25 millioner kroner til søkbare forskningsmidler. Av disse midlene har 10 forskningsprosjekter av 126 forskningsprosjekter et (direkte) kjønnsperspektiv. Disse 10 prosjektene har til sammen fått innvilget 3 179 570.

Flere helseforetak rapporterer at det er gjort kjønnsesifikke analyser i forskningsprosjektene. Sykehuset Telemark rapporterer at 9 av 24 forskningsprosjekter omfatter sykdom som rammer begge kjønn.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF rapporterer når det gjelder ivaretagelse av kjønnsperspektivet i klinisk forskning at forskningsansvaret i sin helhet er delegert til klinikkjefene og omfanget og valg av forskningsprosjekter skal reflektere sykehusets kliniske satsningsområder. Kjønnsperspektivet i klinisk forskning er et aktuelt tema som diskuteres i ulike fora og som gradvis påvirker måten en designer studier på. Sykehuset har gjennom opprettelsen av et nasjonalt senter for kvinnehelse besluttet at kvinnehelse og kvinnehelse i et forskningsperspektiv skal gis høy prioritet.

- En oversikt over helseforetak der forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA er etablert.

Ingen helseforetak i Helse Sør har etablert forskningsdokumentasjonssystemet FRIDA. Vi avventer videre prosess nasjonalt.

II.2.6 Opplæring av pasienter og pårørende

- Sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får tilbud om dette

LMS er etablert ved alle helseforetak. I Helse Sør RHF er det også etablert et Regionalt LMS som skal ha et koordineringsansvar og et ansvar for fagutvikling og metodeutvikling i regionen.

Helse Sør RHF har etablert egne takster for pasientopplæring hvor det er krav om brukerdeltakelse, og hvor LMS er kvalitetssikrer av tilbudet.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF peker på styrevedtaket i Helse Sør RHF om Helsedialog (2005) der LMS er et av fem satsingsområder. Brukerutvalget mener det her ligger et godt og viktig redskap for å utvikle LMS etter intensjonen. Ikke alle LMSene oppfyller intensjonene i dag. Brukerutvalget mener Helse Sør RHF må arbeide aktivt etter prinsippene i Helsedialog.

II.3 Annet – forhold som ikke eksplisitt er tatt opp i bestillerdokumentet

II.3.1 Oppfølging av pasientombudenes årsrapport 2005

I årsrapporten foreslår pasientombudene tre tiltak som omhandler spesialisthelsetjenesten.

- Samhandling og internkommunikasjon innenfor det enkelte helseforetak og mellom helseforetak må bedres
- Helseforetakene må bedre informasjonen til pasienter og pårørende
- Helseforetakene må sørge for at pasienter som har rett til det får utarbeidet individuell plan

Årsrapporten har vært behandlet i styret i Helse Sør RHF i sak 28/2006.

På bakgrunn av dette vedtok styret i Helse Sør RHF i sak 30/2006 Revisjonsplan for Helse Sør 2006 at områdene tjenesterisiko og tjenestekvalitet, herunder dokumentflyt i pasientarbeidet, skulle revideres. Revisjonene vil skje i 2007.

Når det gjelder 2. og 3. strekpunkt vises til pkt II.2.1, følge opp internkontroll og kvalitetsutvalg ved alle helseforetak og pkt II.2.2, individuell plan.

.

III RAPPORTERING PÅ FORETAKSMØTET 2006

III.4 Organisatoriske krav og rammebetingelser

III.4.1 Organisatorisk videreutvikling

III.4.1.1 Nye styrever for helseforetakene

Helse Sør RHF har i foretaksmøter i april 2006 utnevnt nye styrever for samtlige helseforetak. Samtlige helseforetak har nå styrever der flertallet av de eieroppnevnte er politikere, foreslått fra henholdsvis kommuner og fylkeskommuner i regionen. I tillegg ble landets øvrige fylkeskommuner samt Oslo kommune invitert til å foreslå kandidater til Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF.

Samtlige styrever, med unntak av Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF, har nå styrever bestående av 7 eieroppnevnte, hvorav 4 er politisk foreslått. For Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF's vedkommende består styret av 9 eieroppnevnte, hvorav 5 er politisk foreslått. Ved utvelgelsen er det i første rekke sett hen til kompetanse, geografi, kjønn og forholdsmessig politisk fordeling.

Foretaksmøteprotokoll fra 24.05.06 – Endring av vedtekter mht ansattes representasjon

Det er gjennomført foretaksmøter for endring av vedtektene i samtlige helseforetak i Helse Sør RHF slik at de ansatte i foretakene som følge av økningen av eieroppnevnte styremedlemmer også har fått økt ansattrepresentasjon i styrene tilsvarende styrenes størrelse. Endringene innebærer at samtlige styrever nå har fire representanter valgt av og blant de ansatte, med unntak av på Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF der de ansatte nå har fem representanter.

III.4.1.2 Styverrepresentasjon i egne HF for ansatte i Helse Sør RHF

Som følge av problemstillinger knyttet til ”sørge for ansvaret”, valgte Helse Sør RHF i 2005 å trekke ut ansatte i RHFet fra helseforetakenes styrever, og samtlige helseforetak har nå kun eksterne styverledere og styremedlemmer.

III.4.1.3 Relasjon til private aktører

I 2006 utarbeidet Helse Sør RHF en plan for prioritering, organisering og lokalisering av avtalespesialister i regionen for perioden 2006-2011. Planarbeidet ble iverksatt for å gi forutsigbarhet og likeverd i tilbudet fra og samarbeidet med avtalespesialistene innen de enkelte fag. Egen prosjektgruppe ble nedsatt med medlemmer fra de enkelte helseforetakene, allmennlegetjenesten, psykologforeningen og private spesialisters forening (PSL).

Det er jevnlig samarbeidsmøter med PSL og psykologforeningen.

Omfanget av avtaler mellom det regionale helseforetak og private kommersielle sykehus ble ikke utvidet i 2006. Vi har volumbegrensning i våre avtaler.

Når det gjelder sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av frivillige organisasjoner så er det sikret gjennom langsiktige rammeavtaler (med 2 års oppsigelse) og vi forhandler årlig om ytelsesavtaler mhp på volum og pris. Et unntak er at rammeavtalen med Feiringklinikken utløper i 2007.

Et unntak var for private rehabiliteringsinstitusjoner som var ute på anbud for 2006 med en horisont på 1 år. Vi fulgte retningslinjene vi fikk fra HOD i så henseende.

Helse Sør RHF opplever å ha god og åpen dialog med de private aktørene vi har avtaler med.

III.4.1.4 Selskapsdannelser

Helse Sør RHF har utarbeidet konsernbestemmelser som innebærer at helseforetakene før erverv eller stiftelse av heleid datterselskap må søke Helse Sør RHF om samtykke.

Tilsvarende gjelder ved erverv eller stiftelse via 100% indirekte eierskap, og ved opptak av lån i slike selskaper. Konsernbestemmelsen er vedtatt på foretaksmøtene for samtlige helseforetak i februar 2006.

Hensikten med bestemmelsene er å sikre at det ikke etableres nye selskaper som ikke er forenlige med vedtekter og regelverk. Helse Sør RHF's vurdering og eventuelle samtykke vil således utelukkende være basert på en vurdering av tiltaket sett i forhold til nasjonale og regionale strategier, samt hvorvidt ervervet / låneopptaket fremstår som lovlig på bakgrunn av den informasjon som fremkommer i søknaden. Den endelige vurderingen av og ansvaret for lovligheten av forholdet mellom foretaket og selskapet samt øvrige forhold vil tilligge helseforetakets styre i samsvar med helseforetakslovens bestemmelser.

Eksisterende selskaper

Når det gjelder eksisterende selskapsstruktur, har Helse Sør RHF foretatt en gjennomgang av denne i 2006. I den forbindelse er styrene for helseforetak som har etablert selskaper bedt om å foreta en fornyet vurdering av hvorvidt selskapene er egnet til å oppfylle helseforetaket og det regionale helseforetakets formål i henhold til en restriktiv fortolkning slik det fremgår av foretaksmøte protokollen av 26.01.06. Styrenes har i sine vurderinger konkludert med at selskapene etter en restriktiv fortolkning anses egnet til å fremme helseforetaket og Helse Sør RHF's formål.

Nedenstående tabell inneholder informasjon om selskaper eid av foretak i Helse Sør. Tabellen er basert på informasjon innehentet høsten 2006.

<i>Eier</i>	<i>Selskapets navn</i>	<i>Formål med eierskap</i>	<i>Eierandel</i>
<i>Sørlandet sykehus HF</i>	<i>Sørlandet sykehus Parkering AS</i>	<i>Bedre parkeringssituasjonen til beste for pasienter, pårørende og ansatte på sykehuset.</i>	<i>100 %</i>
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF</i>	<i>Sophies Minde Ortopedi AS</i>	<i>Selskapet skal fremstille, tilpasse og omsette ortopediske hjelpemidler og har forbindelse til den ortopediske behandling ved sykehuset.</i>	<i>100 %</i>
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF</i>	<i>Barnehagebygg AS</i>	<i>Selskapet skal drive virksomhet i forbindelse med oppsett, utvikling og drift av barnehagebygg for Rikshospitalet.</i>	<i>100 %</i>
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF</i>	<i>Sykehotell AS</i>	<i>I forbindelse med at det er stort behov for sykehotellplasser og overnattingsplasser for pårørende skal selskapet drive virksomhet i forbindelse med utvidelse, utvikling og drifte av sykehotellet til Rikshospitalet.</i>	<i>100 %</i>
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet</i>	<i>Radiumhospitalets Parkeringsselskap</i>	<i>Selskapet skal bygge og drive parkeringsanlegg for ansatte og</i>	<i>100 %</i>

<i>HF</i>	<i>AS</i>	<i>besøkende til Radiumhospitalet.</i>	
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF</i>	<i>Norsk medisinsk syklotronsenter</i>	<i>Selskapet er en viktig og nødvendig komponent i bruk av PET imaging i pasientbehandlingen og som del av forskning og utvikling i det nye visualiseringssenteret. Selskapet skal drive produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka for medisinsk og forskningsmessig bruk.</i>	<i>60 %</i>
<i>Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF</i>	<i>Medinnova AS</i>	<i>Selskapet skal bidra til en effektiv utnyttelse av forskningsressursene innen Bio-medisin og helse med Rikshospitalet og tilsvarende allmenntilgitt forskningsmiljøer.</i>	<i>100 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>GenDia AS</i>	<i>Selskapet er basert på en teknologi utviklet ved avdeling for patologi for testing av HPV. Vedtektsfestet formål: Utføre analyser basert på genteknologi for diagnostikk, generell risikovurdering og vurdering av terapi i forbindelse med kreftsykdommer. Utvikle nye analyseløsninger basert på genteknologi.</i>	<i>100 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>CSAM AS</i>	<i>IKT utviklingselskap basert på ide/konsept fra IT-avdelingen. Virksomheten er overført til RR HF og selskapet blir fusjonert med CSAM International AS.</i>	<i>100 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>CSAM International AS</i>	<i>Skal kommersialisere IT-systemet CSAM i det internasjonale markedet.</i>	<i>100 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>NeoRad AS</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingselskap basert på ide fra en overlege ved Radiologisk avdeling Rikshospitalet.</i>	<i>12,5 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>SimSurgery AS</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingselskap basert på et kirurgisk treningskonsept initiert fra Intervensjonssenteret ved Rikshospitalet. Selskapet har ett datterselskap: Sim Surgery Distribution AS.</i>	<i>14 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>Alertis Medical AS</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingselskap basert på en ide fra Intervensjonssenteret.</i>	<i>17 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>OstomyCure AS</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingselskap etablert av Forskningsparken.</i>	<i>Ca 9 %</i>
<i>Medinnova AS</i>	<i>Bio Medisinsk Innovasjon AS (BMI)</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingselskap for gode innovasjonsprosjekter i sen pre-såkningsfase. BMIs primære rolle er å videreutvikle prosjektene etter en prekvalifiseringsfase frem mot</i>	<i>33,3 %</i>

		<i>bedriftsetablering /utlisensiering. Selskapet har ett datterselskap: SirnaSence AS.</i>	
<i>Medinnova AS</i>	<i>Setred AS</i>	<i>Kommersialiserings / utviklingsselskap for utvikling av skjerm for bruk i bildediagnostikk. Ideen har utgangspunkt i et forskningssamarbeid knyttet mot bildediagnostikk og intervensjonsklinikken.</i>	8,5 %

Tabell 8 Oversikt over selskaper eid av foretak i Helse Sør, per høsten 2006

Som det fremgår av tabellen er selskapene enten etablert som en direkte understøttelse av helseforetakenes virksomhet, eller som forsknings / kommersialiseringsselskaper. Etter Helse Sør RHF's vurdering vil selskapene dermed være egnet til å fremme helseforetakene og Helse Sør RHF's formål, også etter en restriktiv fortolkning.

III.4.1.5 Organisering av sykehusapotekene

Sykehusapotekene ANS har i 2006 målt andelen omsetning av ikke-reseptpliktige varer og reseptomsetning til pasienter som ikke er tilknyttet sykehuset. Målingene ble foretatt i juni, september og november, og resultatene ble henholdsvis 11,5 pst, 10,3 pst og 11,8 pst.

III.4.1.6 Helsepersonells bierverv

Det ble i 2005 utarbeidet nærmere retningslinjer for praktisering av regelverket for bierverv i Helse Sør. Tilsvarende retningslinjer ble vedtatt i Helse Øst. Behovet for ytterligere retningslinjer eller andre tiltak ble våren 2006 drøftet i samarbeidsmøte mellom de to administrerende direktørene (AD-møtet). AD-møtet oppnevnte for dette formål et felles, rådgivende koordineringsutvalg.

Utvalget kom i gang i august 2006 og har i perioden frem til nå hatt fem arbeidsmøter.

Hovedaktivitetene oppsummeres slik:

- Avklaring av oppdrag/mandat og arbeidsformer
- Kartlegging av status m.h.t. implementering av regelverket i helseforetakene
- Utvikling av felles forståelse av regelverket
- Debatt om og etablering av case til felles veiledningshefte

Hovedkonklusjonen fra kartleggingen er at alle foretak i begge regioner i hovedsak har implementert de nye retningslinjene i samsvar med de respektive styrevedtak på RHF-nivå og HF-nivå. Det forekommer mindre avvik/justeringsbehov, særlig m.h.t. oppfølging og registrering av nye avtaler. Slike funn vil bli fulgt opp direkte overfor de berørte foretak.

Utvalget har også gjennomgått de to regioners regelverk. Redaksjonelt er de på enkelte punkter forskjellig formulert. Utvalget konkluderer likevel med at de må anses som likeverdige.

Når det gjelder regelverkets substans, knytter det seg til tre kriterier, som de aktuelle avtaler om bierverv konkret må avveies mot:

- Lojalitetsplikten
- Kravet til fullt forsvarlig tjenesteutøvelse
- Habilitetshensyn

Utvalget har drøftet praktiseringen av hvert enkelt av disse kriterier, generelt og i forhold til konkrete eksempler. En rekke bierverv er i praksis uproblematisk å forholde seg til. Dette enten fordi det dreier seg om forhold som klart strider mot regelverket, bl.a. formelle habilitetskrav. Eller avtalene viser seg å være kurante tilleggsoppgaver av rimelig omfang. Saker som bare berører lojalitetsplikten er gjerne vanskeligere å vurdere. Utvalget har derfor viet spesiell oppmerksomhet til begrepet ”konkurrerende virksomhet”. Følgende typer bierverv har vært gjenstand for inngående diskusjon:

- avtalespesialisthjemler
- arbeidsforhold ved andre foretak
- arbeidsforhold hos kommersielle leverandører

I 2007 vil det bli arbeidet videre med utvikling av veiledningsmateriell samt kriterier og policy for kjøp av eksterne helsetjenester. De praktiske mulighetene for å bruke elektronisk støtteverktøy til statistikk og rapportering skal også vurderes nærmere.

III.4.2 Oppfølging av juridisk rammeverk

III.4.2.1 Krav til internkontroll

Styrets årlige risikogjennomgang

Helse Sør RHF har i 2006 fortsatt arbeidet med å utvikle god virksomhetsstyring. Innsatsen har særlig vært konsentrert om å få på plass et helhetlig overordnet system for risikovurderinger, samt gjennomføre/prøve dette ut for første gang (se styresak 73-2006).

Prosedyren som er utarbeidet skal sikre oppfyllelse av kravet om at styret for det regionale helseforetaket får en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen en gang i året, der risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket ikke nås kan identifiseres og korrigerende tiltak beskrives. Det er utarbeidet en tabell for dette som benyttes under arbeidet. Risikotabellen er også et hjelpemiddel for internrevisor i vurderingen av aktuelle områder å revidere. Ansvar for den årlige gjennomføringen er lagt til en arbeidsgruppe som oppnevnes for et år av gangen, og som koordinerer arbeidet i de ulike avdelingene i det regionale helseforetaket frem mot styresaken hver høst.

Risikovurderingene gjøres med bakgrunn i den informasjonen som foreligger første halvår, herunder rapportering og årlig melding fra helseforetakene, tilsynsmeldinger, rapporter fra pasientombudene og Norsk Pasientskadeerstatning med mer. Gjennom foretaksmøtene i februar 2006 ble helseforetakene bl.a bedt om å legge særlig vekt på risikovurderinger, avviksbehandling og interne revisjoner. Det ble videre forutsatt at helseforetakene skulle dokumentere, overfor foretaksstyret og eier gjennom ledelsens gjennomgang hver tertial, god virksomhetsstyring i forhold til oppfølging av myndighetskrav og andre krav, samt tiltak for forbedring.

Internkontrollsystem for Helse Sør RHF

For å oppfylle myndighetskrav og eierbestemte krav knyttet til internkontroll, er det i løpet av 2006 gjennomført et prosjekt for etablering av et internkontrollsystem for Helse Sør RHF. Det er bl.a arbeidet med å identifisere eksisterende arbeidsprosesser og systematisere allerede utarbeidet dokumentasjon/prosedyrer. Det er tatt i bruk et elektronisk dokumentstyringsverktøy til dette som skal sikre god orden, tilgjengelighet og utvikling.

Fagrevisjoner/faglige audits

Helse Sør RHF har i 2006 hatt opplæring i revisjonsmetodikk for internrevisjon. Alle helseforetak har sendt representanter til utdanningen. Alle helseforetak har gjennomført internrevisjon på flere områder.

Som et ledd i å kvalitetsutvikling innen pasientbehandling er det startet opp prosjekt for gjennomføring av faglige audits i Helse Sør. Det er valgt områder for gjennomføring av faglig audits i 2007 og revisjonsgruppene er under etablering.

➤ **Opplæring i MTU**

Helseforetakene har utarbeidet retningslinjer og rutiner for opplæring i bruk av MTU. Flere har innført årlige kurs hvor ledere kan få en gjennomgang i planleggingsverktøy for hvordan avdelingsledelsen kan kartlegge, gjennomføre og dokumenter systematisk opplæring i bruk av MTU.

➤ **Grønn stat**

I styringsdokumentet for 2004 ble det stilt krav om at Helse Sør innførte miljøledelse som en integrert del av sitt styringssystem innen 2005. Dette som følge av Regjeringens generelle krav til alle statlige virksomheter i statsbudsjettet for 2002. I Helse Sør har de enkelte helseforetak utarbeidet lokale løsninger tilpasset sine respektive utfordringer og behov. Samtidig har regionledelsen sett et behov for å utvikle hensiktsmessige styringsredskaper på eiernivå. Våren 2006 er det på denne bakgrunn utarbeidet en felles, overordnet miljøpolitikk for foretaksgruppen. Den vil danne grunnlag for felles, konkrete resultatkrav og en felles rapporteringsmal.

Helse Sørs miljøpolitikk er basert på følgende mål:

1. Være aktive i prosesser som reduserer utslipp og forbruk
2. Stadig forbedre oss
3. Redusere forbruket av miljøskadelige produkter
4. Informere ansatte og samfunnet om våre miljøprestasjoner
5. Sørge for at offentlige lover og forskrifter følges

Miljøpolitikken implementeres på to nivåer:

- Ved bruk av felles styringsindikatorer
- Ved utvikling og gjennomføring av konkrete tiltak i forhold til målene

Styringsindikatorer:
1. Spesifikk energibruk i bygg (kWh/m ² Bruttoareal)
1. Antall flyreiser pr. videokonferanse
1. Andel leverandører som er miljøsertifisert (%) (Krav: En tredjeparts verifikasjon av at leverandøren har et miljøstyringssystem (ISO 14001, EMAS, Miljøfyrtårn og Svanene)
2. Andel produkter som er miljømerket (%) (Krav: Svanen, EU-blomsten, Debios Ø-merke)
3. Årlig innkjøpt mengde A4-Papir (Antall ark/årsverk)

1. Andel restavfall (% av total avfallsmengde)
2. Årlig total avfallsmengde (kg/årsverk)

Disse indikatorene skal legges til grunn for oppfølgingen av helseforetakenes miljøpolitikk
I tillegg listes en rekke konkrete tiltak som bør gjennomføres ved hvert foretak.

På grunnlag av miljøpolitikken, styringsindikatorene og de anbefalte tiltakene vil det bli tidlig i 2007 bli utarbeidet et årlig rapporterings- og revisjonsopplegg.

➤ **Strålevern**

Det er etablert en ressursgruppe ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF som har fått et regionalt ansvar for strålevernarbeidet i regionen.

III.4.2.2 Ny kontrollkomite

Med bakgrunn i justeringer i foretaksprotokollen 26. januar 2006 samt valg av nytt styre primo 2006 ble det valgt ny kontrollkomité 15. februar 2006 (sak 10/2006).

Kontrollkomiteen består av

- Andreas Kjær
- Margaret Sandøy Ramberg
- Svein Øverland

Hanne Harlem deltar som rådgiver.

Det er utarbeidet vedtekter for kontrollkomiteen, godkjent av styret 24. mai 2006.

III.4.2.3 Systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk og helsefaglig forskning

Alle helseforetakene har beskrevet sine systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk og helsefaglig forskning. På bakgrunn av dette rapporterte Helse Sør RHF om systemer og prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk og helsefaglig forskning til HOD i brev av 18.05.06.

Helseforetakene i Helse Sør er ut fra størrelse og funksjon veldig forskjellige når det gjelder mengde forskningsarbeid. Noen helseforetak er fortsatt i den fasen at de er i gang med å bygge opp en god forskningsvirksomhet og praksis. Alle helseforetakene har et forskningsutvalg og en leder av utvalget. Lederne av forskningsutvalget er representanter i Helse Sør RHF's regionale forskningsutvalg. Klinikksjefer/avdelingssjefer skal underrettes om alle forskningsprosjekter som settes i gang og det skal kontrolleres at alle nødvendige konsesjoner, tillatelser og anbefalinger (f.eks fra Datatilsyn, Regional etisk komitè og Statens legemiddelverk) foreligger før forskningsprosjektene settes i gang. Alle forskningsprosjektene skal ha en ansvarlig prosjektleder.

Rettslige krav

Norsk lov og internasjonale retningslinjer/avtaler (Helsinki deklarasjonen) regulerer forskning på mennesker og ivaretar pasientenes rettigheter. Vancouverreglene er generelt akseptert som veiledende for medforfatteres rolle. Med bakgrunn i et behov for å ha et nasjonalt apparat for behandling av vitenskapelig uredelighet, og av hensyn til forskernes rettsikkerhet, vedtok Stortinget i fjor en egen lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. Når loven trer i kraft 1. juli i år blir de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk lovfestede forvaltningsorganer, og det opprettes et Nasjonalt utvalg for gransking av uredelig

forskning. Helse Sør har i tråd med intensjonene i loven på ulikt vis særlig fokusert på forskningsinstitusjonens ansvar for kontroll og ledelse.

Helseforetakene som ikke har et eget personvernombud bruker Norges Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) som personvernombud og rådgiver før oppstart av forskningsprosjekter. Rikshospitalet – Radiumhospitalet har nylig fått eget personvernombud som overtar den tidligere rollen til NSD. Alle prosjekter som benytter helse- og personopplysninger skal meldes til personvernombudet.

Krav til kvalitet

Det er to faser hvor kvalitet blir vurdert:

Oppstart: De fleste prosjekter krever finansiering. Søknader til eksterne finansieringskilder blir utsatt for nøye kvalitetsgranskning av eksterne komitèer. Alle søknader om intern finansiering vurderes av forskningsutvalgene. Fra høsten 2005 ble det innført et krav fra de fleste internasjonale tidsskrifter om at kliniske forsøk skal være tilfredsstillende registrert allerede fra planleggingsstadiet i en internasjonal database med tilfredsstillende, detaljert protokoll før noe tidsskrift vil vurdere noen som helst publikasjon fra prosjektet.

Analyse og publisering: Helseforetakene sikrer at en eller flere kompetente veiledere er knyttet opp mot hver enkelt forsker og hvert enkelt forskningsprosjekt. Veiledere og medarbeidere (inklusive medforfattere) har et stort ansvar for denne fasen av kvalitetssikringen. En del av helseforetakene holder årlige kurs i vitenskapelig veiledning for interne og eksterne deltakere for bl.a å vektlegge veilederes ansvar på dette punktet. Den enkelte redaksjon med faglig støtte av ”reviewers” er siste skanse i kvalitetssikringen før publisering.

Etiske krav

Etikk kommer inn på alle nivåer i forskningen og det følges nøye opp om anbefalinger fra Regional etisk komitè foreligger. I en del av malene som benyttes ved søknad om forskningsmidler fremkommer det at etikk skal omtales særskilt. Helseforetakene må også i sin halvårsrapport til Helse Sør (vedrørende forskningsprosjekter som mottar støtte fra Helse Sør) rapportere på om nødvendige godkjenninger fra REK er innhentet. Det er nå to forskningsetiske komiteer i Helse Sør (REK Sør A og B) og Helse Sør RHF er som sykehuseier representert i begge.

Spesielt om Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har før fusjonen hatt noe ulik praksis vedrørende kvalitetssikringsrutiner og meldesystemer for forskningsprosjekter og det er i løpet av 2006 utarbeidet ensartede retningslinjer for institusjonen. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF skriver at rutinene for forskningsarbeidet ved sykehuset utvikles systematisk av den nyopprettede forskningsstøtteavdelingen med utgangspunkt i arbeidsgrupperapport vedrørende organisering av forskning og forskningsressurser samt påfølgende styresak om organisering, styring og forvaltning av forskning. Dette innebærer nivå 1 rutiner og nivå 2 rutiner for forskningsdesign, relevante godkjenninger og vurderinger, økonomiske og personellmessige forhold og bruk av støttefunksjoner som faglige råd og protokollutvalg. Alle rutinene er en del av sykehusets ordinære kvalitetssystem.

III.4.2.4 Informasjon om pasienters rettigheter

Kontoret for fritt sykehusvalg i Tønsberg er felles kontor for Helse Sør og Helse Øst.

Hovedsatsningsområdet for kontoret for fritt sykehusvalg i 2006 har vært å intensivere arbeidet med å gi alle pasientgrupper tilbud om større grad av individuell oppfølging. Over statsbudsjettet for 2006 ble det bevilget 1 million kroner til Helse Sør RHF og Helse Øst RHF for å kunne tilby pasienter mer individuell oppfølging. Dette hadde blant annet sammenheng med avviklingen av ordningen med kjøp av helsetjenester for sykemeldte. Bedre informasjon om ventetider og ledig kapasitet muliggjør en raskere oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. Pasienter med psykiske lidelser og pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rus har i tråd med sentrale føringer i særlig grad nytt godt av kontorets intensiverte individuelle oppfølging.

Kontoret har deltatt i Sosial- og helsedirektoratets arbeid med å sørge for at nettstedet Fritt sykehusvalg Norge inneholder ventetider for institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Arbeidet ble avsluttet i oktober samtidig som publisering av tjenester med forventet ventetid innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rus ble lansert. Det har også vært arbeidet med å revidere diagnoselistene innenfor somatikk og psykiske lidelser for å bedre informasjonsgrunnlaget. Publisering av dette vil skje 1. mars 2007.

Kontoret er styrket med en person i 100 prosent engasjementstilling ut 2007 for å etablere kontakt og opprette rapporteringsrutiner ved alle rusinstitusjoner i helseregionene sør og øst. Vedkommende håndterer også alle henvendelser fra pasienter, pårørende og andre tilhørende denne brukergruppen.

Kontoret har vært involvert i pilotprosjektet i Helse Øst RHF om pasienthjelpere, bl.a ved å gi kontorets teoretiske opplæringsmateriale til bruk i basisopplæringen av disse. Videre har pasienthjelperne vært på en informasjons- og opplæringsdag ved kontoret høsten 2006.

Kontoret har videre deltatt aktivt i arbeidet med Veileder for skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid til det enkelte fagområde. Det har også vært gjennomført besøk ved helseforetakene, med opplæring i fastsettelse av forventet ventetid, for å bedre samhandlingen og øke kunnskapen om helseforetakenes behandlingstilbud og rutiner.

Det er ellers arbeidet mye med bevisstgjøring av pasientenes rettigheter ovenfor helseforetak og rusinstitusjoner. Særlig gjelder dette kravet om at spesialisthelsetjenesten skal gi pasienten/henvisende instans informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt, jf pasrl. § 2-2 første ledd annet punktum. Det er i Rundskriv IS-12/2004 understreket at denne tidsfastsettelsen av forventet ventetid bør være så presis som mulig, selv om den ikke er rettslig bindende. Kontoret for fritt sykehusvalg erfarer at dette ikke alltid følges opp, med den konsekvens at pasienten får feil informasjon om sin forventede ventetid. Kontoret har også i 2006 arbeidet aktivt for å kvalitetssikre alle ventetidsdata som publiseres på www.sykehusvalg.no, f.eks etter oppslag i media og tilbakemeldinger fra brukere om varierende kvalitet på ventetidsdata på nettstedet.

Kontoret har i 2006 mottatt 12 998 telefonhenvendelser fra helseregionene sør og øst i tillegg til å ha videreformidlet 4 324 henvisninger fra fastleger til private sykehus med avtale. I forhold til mottatte telefoner, har kontoret hatt en svarprosent på 88 prosent. Det viser en høy grad av tilgjengelighet for pasienter til tross for økt grad av individuell oppfølging.

III.4.2.5 Kvalitetssikre ansettelses

Alle foretak har gitt tilbakemelding om kvalitetssikrede rutiner ved ansettelse i stillinger som krever autorisasjon (alle grupper helsepersonell) og i stillinger som krever

spesialistgodkjenning. Foretakene fokuserer rimelig nok på helsepersonellet ut fra overordnede krav til forsvarlighet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Følgende hovedmønster for kontroll er beskrevet:

- Stillinger som krever autorisasjon og spesialiststillinger:
Nødvendig dokumentasjon sjekkes først i forbindelse med registrering av søknader. Der dokumentasjon mangler, undersøkes forholdet ved oppslag på SAFHs (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) hjemmesider. Søker bes deretter evt. ettersende den aktuelle dokumentasjon. Tilsettingsansvarlig etterspør papirene senest ved intervju. Han/hun sørger for at fortsatt manglende dokumentasjon fremlegges før nyansatte faktisk begynner å arbeide. De som har ansvar for arbeidsavtale og personalmappe/arkiv, skal også kontrollere at papirene foreligger før saken avsluttes
- Andre stillinger:
Nødvendig dokumentasjon sjekkes først i forbindelse med registrering av søknader. Det dokumentasjon mangler, sørger tilsettingsansvarlig for å etterspørre papirene senest ved intervju. De som har ansvar for arbeidsavtale, skal kontrollere at papirene foreligger før saken avsluttes og arkiveres

Det er m.a.o. rutiner for en mer omfattende kvalitetssikring og dobbeltkontroll ved ansettelse av helsepersonell enn i andre stillinger. I forhold til slike stillinger har den aktuelle linjeleder et generelt ansvar for kvalitetsvurdering som kan innbefatte formalkontroll av utdanning og praksis. Personalmedarbeidere og arkivansvarlige bidrar og følger opp etter avtale med denne.

Helse Sør RHF anser at helseforetakenes tilbakemeldinger gir tilstrekkelig grunnlag for å si at kravene i foretaksprotokollen er oppfylt.

III.4.3 Regionovergrepene tiltak

III.4.3.1 Investeringer

Investeringer i Helse Sør skjer innenfor fire hovedområder:

1. Opptrappingsplanen innen psykiatri 2002-2008
2. Nasjonal kreftplan – som følges opp gjennom to byggeprosjekter ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, som beskrevet nedenfor
3. Investering nybygg somatikk > 50 millioner kroner, som beskrevet nedenfor.
4. Kapitalvedlikehold av eksisterende bygg og maskinpark

Status for større byggeprosjekter innen somatikk:

Sykehuset i Vestfold HF – 6. byggetrinn

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 14. februar 2003, sak 14/2003. Bygget ble fullført innenfor vedtatt tidsplan og tatt i bruk i oktober 2005. Sluttoppgjøret ble gjort i september 2006, innenfor vedtatt kostnadsramme på 800 MNOK i 2003-verdi.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF – nytt strålebygg

Dette byggeprosjektet ble godkjent av styret i Helse Sør RHF 30. august 2002, sak 42/2002, med vedtak om at det skulle prioriteres og innarbeides i investeringsbudsjettet. Bygget ble overtatt mars 2006 og tatt i bruk til klinisk virksomhet medio mai 2006, som forutsatt. Prosjektet ble fullført 51 MNOK under vedtatt budsjett, som var 466 millioner kroner i 2002-verdi.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF – nytt forskningsbygg

Styret for Helse Sør RHF ga 26. januar 2004, 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 parkeringsanlegget, som utgjør de tre nederst etasjene, er i ferd med å fullføres. Forskningsbygget vil være tett (ferdig med bæresystem, dekker og fasader) ca. 01.08.07, samtidig som parkeringsanlegget da er klart for ibruktakelse.

Forskningsbygget er planlagt til å bli ferdigstilt for ibruktakelse ca. 01.05.09, som er innenfor det som tidligere er rapportert.

De økonomiske grensene mellom parkeringsanlegget, som er et heleid AS under Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, og forskningsbygget er nå rendyrket. Dette har bl.a. medført at MNOK av forskningsbyggets budsjett ble overført til parkeringsanlegget, som er et fundament for det overliggende forskningsbygget. Ut over denne budsjettmessige omfordelingen er kostnadsrammen for forskningsbygget uendret.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF – Nybygg ved SSE

I Budsj.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 investeringsøknad for nybygg for intensiv observasjonsenhet ved Spesialsykehuset for epilepsi innenfor en kostnadsramme på 92 millioner kroner. Bygget ble fullført i september 2006 – som var noe tidligere enn opprinnelig forutsatt – og innenfor vedtatt budsjett.

Sykehuset Buskerud HF – Nordregionens allsidige akuttsykehus

Styret i helse Sør RHF vedtok 20. juni, i sak 43/2006, å bygge nytt allsidig akuttsykehus på Gullaug i Lier, med ferdigstillelse av sykehuspsykiatien innen 2012. Prosjektet ble i juli 2006 oversendt til Eieravdelingen i HOD i henhold til kravene i protokollen fra foretaksmøtet 26. januar 2006. Det ble samtidig oversendt Spesialisthelstjenesteavdelingen for foreløpig myndighetsvurdering.

Foretaksmøtets krav om gjennomgang av større planlagte investeringsprosjekter

Styret i Helse Sør RHF behandlet 16. november 2006, som sak 82/2006, investeringsutfordringer og økonomisk handlingsrom i Helse Sør RHF. Saken var bl.a. basert på gjennomført kapasitetsanalyse i henhold til Bestillerdokument for 2006, ref. pkt. 2.3 om pasientbehandling.

I tillegg har også Helse Sør i 2006, som grunnlag for denne saken, gjennomført tilstandsvurderinger av alle sykehusbyggene. Denne gjennomgangen viste et beregnet oppgraderingsbehov på i alt 3,7 milliarder kr.

Med de avklaringer som er gjort i Nasjonal Helseplan 2007-2010, jfr. behandlingen av St.prp. nr. 1 (2006-2007), vil inntekter knyttet til håndtering av realkapitalen innebære et effektiviseringskrav på ca 300 millioner kr fra 2010.

Saken, sammen en orientering om styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter, ble lagt fram for HOD i møte 20. november 2006.

III.4.3.2 Kulturminnevern og sektorvis landverneplan

Forsvarsbygg har, med aktiv medvirkning fra Helse Sør, gjennomgått aktuell bygningsmasse ved alle helseforetakene, og identifisert potensielle verneverdige bygg. Det er identifisert verneverdige bygg, eller deler av bygg, ved alle foretakene. I løpet av 2007 skal de identifiserte objektene kartlegges grundigere med sikte på å etablere endelig vernestatus.

III.4.3.3 Samordning og standardisering av IKT

Helse Sør har deltatt aktivt i arbeidet i Nasjonal IKT og arbeidet for samordning av relevante tjenester. Kravene til IKT-området er forankret gjennom foretaksmøtene med helseforetakene.

Det pågår en samordning av infrastruktur og applikasjoner gjennom leveranser fra felles driftsorganisasjon - Sykehuspartner IKT. Ny felles teknisk plattform er designet for blant annet å ivareta informasjonssikkerhet basert på risiko- og sårbarhetsanalyser i samsvar med Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren og Styringssystem for informasjonssikkerhet utarbeidet av Nasjonal IKT.

Epikrise tilbys over Norsk helsenett fra alle helseforetakene. Planlegging av fullskalaimplementering av elektronisk henvisning, flere tjenester, migrering til standardisert meldingsinfrastruktur og meldingsformat er i slutfasen, implementering vil foregå i 2007 (henvisning m.m.) og 2008.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF sier at de har registrert gjennom de orienteringer som er gitt i møter og ved deltagelse i Fagforum for EPJ/PAS og Forum for planlegging av IKT at Helse Sør ikke har en strategi for samordning av sin IKT-virksomhet. Spesielt gjelder dette elektronisk pasientjournal (EPJ). Brukerutvalget mener at en samordning og standardisering vil bidra til å øke både kvaliteten og sikkerheten for pasienten og over tid bidra til en mindre resurskrevende tjeneste. Nå når sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er et faktum, bør Helse Sør dra full nytte av at Helse Øst RHF har et samordnet EPJ-system med gode rammeavtaler.

III.4.3.4 Organisering av stabs- og støttefunksjoner

Helse Sør har på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) ledet arbeidet med å utrede et mulig samarbeid mellom helseregionene innen stabs- og støttefunksjoner.

Målsettingen var å se på mulighetene for:

- Bedre grunnlag for styring og kontroll
- Effektivisering

Prosjektet har bestått av representanter fra alle helseregioner, ansattes organisasjoner og konsernverneombud.

Utredningen anbefaler at det etableres et nasjonalt program i den hensikt å utvikle konseptet med nasjonale felles løsninger ytterligere inn i fase 1.

Programmet bør etableres raskt slik at pågående og planlagte aktiviteter i regionene kan dra nytte av nasjonale initiativ. Den videre fremdrift styres og koordineres gjennom programmet både mht målbylde og gjennomføringsplan for den enkelte region/HF.

Utredningen ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 22. november 2006.

III.4.3.5 Forholdet til ILO-konvensjonen nr 94

Kravene i ILO-konvensjon nr. 94, om arbeidsklausuler i offentlige arbeidskontrakter, er implementert med tekst i henhold til rundskriv 2/2005 fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Dette kravet ble tatt inn i foretaksprotokollene til alle

helseforetakene, dat. 16. februar 2006, og er presisert og utdypet i senere kommunikasjon med foretakene.

III.4.3.6 Nødnett

Helse Sør RHF deltar i prosjekt INNFO for regionalt mottak av Nødnett og prosjekt HDO for nasjonalt mottak. I 2006 har i alt tre personer vært avgitt inntil 100 prosent i arbeidet med mottak av nødnett.

III.4.3.7 Beredskap

Beredskapsplaner er revidert. Helse Sør RHF deltar i samarbeid med øvrige regioner i arbeidet med å utarbeide gode planer for medikament- og materiellberedskap.

Avtale med øvrige regioner og Sivilforsvaret om samordning er inngått.

Helse Sør deltok i Øvelse Oslo.

III.4.3.8 Kommunikasjon

Helse Sør har med representanter for det regionale helseforetaket og helseforetakene deltatt i arbeidsgruppen som HOD nedsatte. Gruppen leverte en samlet rapport til HOD i november 2006. Forslagene i rapporten behandles nå i HOD, videre oppfølging skjer etter at rapporten er ferdigbehandlet der. Noen administrative tiltak er allerede iverksatt av informasjonsdirektørene i de regionale helseforetakene i fellesskap.

III.4.3.9 Etablering av samisk samarbeidsorgan

Helse Sør RHF har oppnevnt administrasjons- og organisasjonsdirektør Marit Lund Hamkoll til å sitte i samarbeidsorganet.

III.4.3.10 Etablering av nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse for Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF

Kvinnehelsesenteret er fortsatt i en oppbyggingsfase. Status per i dag er at det er ansatt leder og en konsulent. To faste stillinger som epidemiolog/statistiker og prosjektsykepleier vil bli utlyst.

Pågående aktivitet

Per dags dato finansierer Kvinnehelsesenteret 2 stipendiater.

1. Ved reumatologisk avdeling finansieres et prosjekt som skal se på sykdomsforløp hos kvinner med SLE.
2. Store barn (Stork)-prosjektet er et felles forskningsprosjekt mellom Kvinneklinikken og endokrinologisk seksjon, medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Prosjektet har pågått i tre år og forventes å resultere i flere doktorgradsarbeider. En stor mengde blodprøver som har vært frosset ned skal nå analyseres og Kvinnehelsesenteret vil finansiere dette med ca NOK 500 000.
3. En underordnet lege i permisjon fra Kvinneklinikken har fått et stipendiat på NOK 45 000 for å studere behandling av fistler i underlivet etter fødsler ved Addis Abeba Fistula Hospital.

Planlagt aktivitet

1. Det forventes å inngå avtale med hjertemedisinsk avdeling om finansiering av en stipendiat og 0,5 forskningssykepleier med det aller første til oppfølging av gravide med kunstige hjerteventiler (GUCH-prosjektet).

2. Det planlegges finansiering av 1,5 stipendiatstillinger ved ultralydseksjonen, Kvinneklinikken. Det ene arbeidet er relatert til foreldrenes stressreaksjoner ved påvisning av utviklingsavvik hos fosteret, det andre til å vurdere fosterets stressreaksjoner ved invasive undersøkelser på fosteret.
3. I løpet av inneværende år forventes det å inngå avtale om delfinansiering av en stipendiat ved seksjon for klinisk kreftforskning, som skal studere sein-effekter og livskvalitet hos pasienter som har blitt behandlet for lokal-avansert ca.mamma.
4. Det er mottatt søknad om lønns- og driftsmidler til prosjekter knyttet til underlivssmerter hos kvinner. Disse vil bli vurdert nærmere.
5. Kvinnehelsesenteret har vært i kontakt med Senter for sykelig overvekt ved SiV HF og planlegger oppstart av felles prosjekter til vinteren neste år.
6. Det vil sannsynligvis bli planlagt et landsomfattende kurs/seminar for jordmødre om skader (tidlige og seine) på mor i forbindelse med vaginale fødsler og hvordan unngå disse.
7. Kvinnehelsesenteret vil ta initiativ til et endometriosesenter ved Kvinneklinikken Gaustad etter modellen om center of excellence for behandling og forskning knyttet til endometriose.

III.5 Økonomiske krav og rammebetingelser

III.5.1 Økonomisk balanse

Helse Sør RHF sin andel av økte pensjonskostnader i 2006 som gjelder endringer av de økonomiske parametrene, og som utgjør 215,9 mill kr omfattes ikke av balansekravet for 2006.

Foretaksgruppen Helse Sør RHF har pr 31.desember et foreløpig korrigert resultat på minus 502,2 millioner kroner. Dette er 286,2 millioner kroner svakere enn budsjett for året.

Det negative budsjettavviket relaterer seg i betydelig grad til økte kostnader innenfor gruppen varekostnader. Dette gjelder særlig medikamenter, private driftsavtaler og innleie av helsepersonell. I tillegg er det økte energikostnader i foretaksgruppen. Mange av foretakene rapporterer også om betydelig effekt av omlegging av DRG-vektene i 2006.

Tabellen nedenfor viser foreløpig resultat (tall i 1 000 000).

Resultatregnskap foretaksgruppen Helse Sør (tall i mill kr)	2006 Foreløpig resultat	2006 Budsjett	2005 Årsregnskap
Driftsinntekter	18 166	17 668	16 670
	-	-	
Lønn og personalkostnader	11 284	11 182	10 602
Varekostnader/ kjøp av helsetjenester	3 649	3 206	3 408
Andre driftskostnader	2 767	2 542	2 308
Avskrivninger og nedskrivninger	1 436	1 410	1 388
Driftsresultat	-969	-672	-1 036
Netto finansposter	-71	-79	-26

Skattekostnad	-	-	-6
Årsresultat	-1 040	-752	-1 068
Overføring fra strukturfondet	267	266	293
Meravskrivninger tilknyttet kortere levetider	271	270	277
Korrigert resultat	-502	-216	-498

Tabell 9 Resultatregnskap for foretaksgruppen Helse Sør

Resultatet er for flere av foretakene betydelig svakere enn budsjett. Dette kan forklares delvis med enkelte ikke uvesentlige engangseffekter:

- Helse Sør er i ferd med å implementere ny IT plattform. Basert på dette har man i tråd med god regnskapsskikk revurdert avskrivningsplanene for eksisterende utstyr.
- Helse Sør har varslet heving av avtale med leverandøren av EPJ prosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF. Som en følge av det har vi gjort en vurdering av balanseført verdi av prosjektet.
- Helse Sør RHF har fått en noe uforutsett kostnad i desember knyttet til at NAVO har inngått forlik med NSF og LO-Stat om pensjonsgivende tillegg. Det ble inngått forlik i saken i desember 2006 etter at NAVO tidligere på året var blitt stevnet for arbeidsretten. Det er estimert et etterbetalingskrav for perioden 2003 – 2006 inkl sosiale kostnader. Helse Sør har iverksatt arbeid for å kartlegge omfanget i mer detalj for å kunne møte fristen for etterbetaling i april 2007. Basert på dette arbeidet vil endelig beløp bli fastsatt. Rikshospitalet Radiumhospitalet HF har foreløpig ikke sine estimater klare og har følgelig heller ikke innarbeidet disse i det foreliggende resultatregnskap. Det er lite sannsynlig at effekten er betydelig for helseforetaket.

I utkast til regnskapshåndbok er det konkludert med at fordringen knyttet til overtakelse av oppgaver skal beregnes etter beste estimat med henvisning til regnskapslovens § 4-2. I det foreliggende utkast til resultatregnskap har Helse Sør en bokført fordring på departementet på totalt 84,3 millioner kroner.

III.5.2 Tilskudd nytt forskningsbygg DnR

Dette bygget er omtalt under pkt. 4.3.1

III.5.3 Låneopptak og driftskreditter

Omfanget av operasjonelle leieavtaler, eiendomssalg og låneopptak i AS skal opplyses i forbindelse med innsending av årsregnskap (som i 2005)

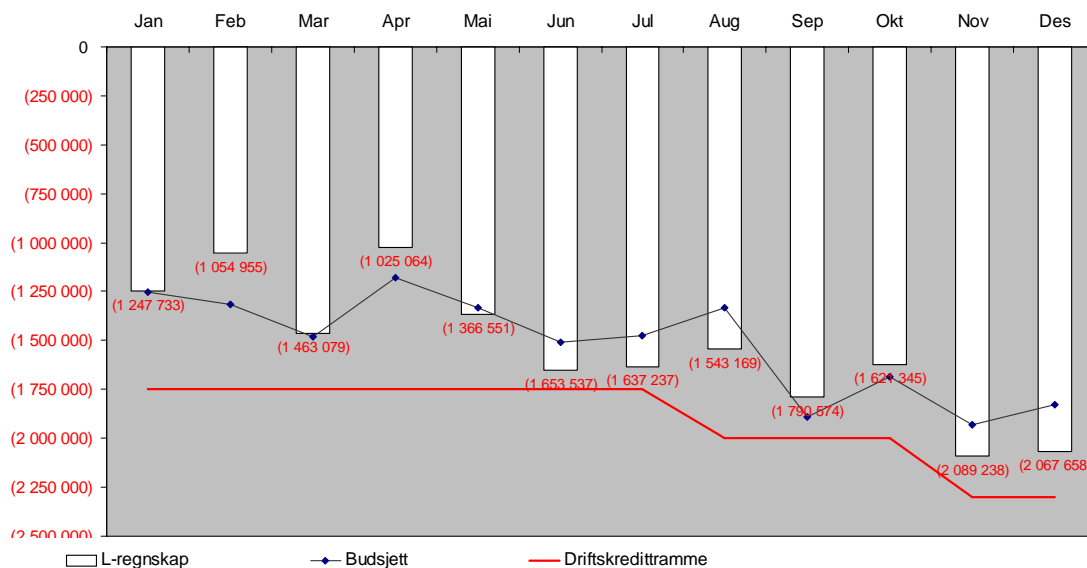
Investeringslån 1.688 millioner kroner

Helse Sør RHF hadde 1.1.06 en rentebærende gjeld på 1.660 millioner kroner til HoD. Gjelden har netto økt med 28 millioner kroner i 2006. Det skyldes låneopptak med 100 millioner kroner, byggelånsrenter på 8 millioner kroner som er tillagt lånesaldo og betalte avdrag på lån på 80 millioner kroner. Det gir en gjeld til HoD pr. 31.12.06 på 1.688 millioner kroner.

Driftskredittramme 2.300 millioner kroner.

Helse Sør RHF hadde 31.12.06 en driftskredittramme på 2.300 millioner kroner hos DnBNOR og har pr 12.02.2007 en driftskredittramme 2.500 millioner kroner. Den var ved inngangen til 2006 på 1.750 millioner kroner. Pr. 31.12.06 var 2.067 millioner kroner av driftskredittrammen trukket opp.

Likviditetsregnskap vs likviditetsbudsjett



Tabell 10 Likviditetsregnskap vs likviditetsbudsjett

I forhold til likviditetsbudsjettet for 2006 er det et negativt avvik på årsbasis. Det skyldes i hovedsak et forverret årsresultat fra driften, jf kommentarene i pkt III.5.1.

III.5.4 Leieavtaler

Det henvises til noteopplysningene i årsregnskapet.

III.5.5 Regnskapsavleggelse

Helse Sør RHF har avlagt årsregnskap for 2005 etter utsendt mal og vil legge utsendte regnskapsmaler til grunn avleggelse av årsregnskap for 2006.

Helse Sør RHF ser med forventning fram mot regnskapshåndboka vi ble lovet i foretaksmøtet i 2006, da vi ser det som viktig å få på plass felles prinsipper for regnskapsføringen og derigjennom sammenlignbare regnskap. Det er i dag ulikheter regionene i mellom i fortolkningen av hvordan enkelte poster skal håndteres.

III.5.6 Utvikling av nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten

- **NPR-meldingen**
- **Nytt medisinsk prosedyrekodeverk (NCMP)**
- **Organisasjonskodeverk (OK2007)**
- **KPP-arbeidet**

Helse Sør RHF har deltatt i de nasjonale prosesser som har vært ledet av Sosial- og helsedirektoratet knyttet til utvikling av nasjonal styringsinformasjon.

Regionen har aktivt bidratt i prosessene og bidratt for å sikre fremdriften på de nasjonale prosessene. Helse Sør har spesielt fokusert på behovet for samordning og at prosessene understøtter hverandre.

Spesielt viktig er her utvikling av OK2007, som legger de langsiktige rammene for utvikling av sammenliknbar styringsinformasjon innen mange områder. Et annet viktig område er implementering av nytt NPR format (xml). Dette vil i kombinasjon med nytt felles kodeverk

(OK2007) gi nye muligheter for bedre styringsinformasjon både økonomisk og helsefaglig både på regionalt og helseforetaksnivå.

Utvikling av gode styringssystemer er et langsiktig prosjekt, og Helse Sør vil i 2007 fortsette arbeidet med å utvikle løsninger som understøtter ledelsen i helseforetakene med nødvendig styringsinformasjon, og samtidig understøtter nasjonale føringer og behov for standardisering.

Et viktig arbeid i 2007 vil være utvikling av nasjonale løsninger for et KPP regnskap.

III.6 Annet - forhold som ikke eksplisitt er tatt opp i foretaksmøtet

III.6.1 HR-området

III.6.1.1 Sykefraværet

Alle styrende organer i Helse Sør har gjennom hele 2006 hatt et skarpt fokus på sykefraværsutviklingen; fakta, aktuelle årsaker og mulige tiltak for å redusere fraværet.

Gjennomsnittlig sykefravær for hele foretaksgruppen Helse Sør² økte med 0,4 prosent fra 2005 til 2006, fra 7,7 til 8,1 prosent. Fraværet varierer sterkt mellom helseforetakene – fra ca 7 prosent (Sørlandet sykehus HF) til over 10 prosent (Psykiatrien i Vestfold). De administrative ledd, Helse Sør RHF og Sykehuspartner, ligger lavest med ca 5 prosent. Overalt er det langtidssykefraværet som er problemet.

Noen hovedtrekk for øvrig:

- Kvinners sykefravær er betydelig høyere enn for menn
- Eldre arbeidstakere har høyere fravær enn yngre
- Sykepleiere og ikke-medisinsk servicepersonell har høyere fravær enn andre grupper, mens leger har betydelig lavere fravær enn gjennomsnittet
- Fraværet er høyere ved psykiatrisk enn somatiske klinikker

Aktuelle tiltak som har vært drøftet, er knyttet til bl.a.:

- Omstrukturering – bedre planlegging og utnyttelse av ressursene (effektivisering, samordning og standardisering)
- Styrke ledelseskompetansen og -ressursene
- HMS arbeidet inkludert oppfølging av ”God Vakt” og utarbeidelse av felles overordnede prosedyrer
- Større fokus på fag, arbeidsmiljø, kultur og verdier
- Holdningsarbeid – arbeidsgivers initiativ for å få syke arbeidstakere tilbake i jobb/tilrettelegge for redusert arbeidsevne
- Tettere oppfølging av sykefraværet med bl.a. løpende rapportering og analyser

III.6.1.2 ”God vakt”

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2005 en landsomfattende kampanje rettet mot arbeidsmiljøet i sykehusene. Kampanjen hadde navnet ”God Vakt”. I Helse Sør er fem helseforetak berørt. Det har vært arbeidet mye med oppfølging av påviste avvik og observasjoner i 2006.

Hovedmålet for kampanjen var at helseforetakene skal ha fungerende HMS-systemer og de skal organisere arbeidet slik at ansatte ikke utsettes for helseskadelige psykiske eller fysiske belastninger.

I Helse Sør har det vært gitt fra fire til elleve pålegg til hvert helseforetak. Ingen av påleggene er påklaget. De fleste avvik/funn er nå lukket, og det foreligger planer for hvordan de resterende skal håndteres.

39_____

² Tallene omfatter ikke Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF

Påleggene som er gitt til helseforetak i Helse Sør har primært vært knyttet til mangler vedrørende:

- Systematisk HMS-arbeid – prosedyrer, mv.
- Verneombudenes medvirkning – rutiner, opplæring og implementering
- Risikovurdering – risikovurderingsverktøy mv.
- Balanse mellom arbeidsmengde/arbeidsoppgaver og ressurser
- Omstilling
- Kjemisk og biologisk helsefare

”God Vakt” peker på og illustrerer at våre systemer for internkontroll ikke fungerer tilfredsstillende i alle ledd. Internkontrollsystemene og oppfølgingen av den informasjon som kommer frem som resultat av disse, må bedres.

Foretakene i Helse Sør må styrke det systematiske HMS-arbeidet. Dette vil skje både gjennom lederutvikling, oppbygging og bruk av vernetjenesten, på systemnivå og i sammenheng med MUSIK.

Sykefraværsutviklingen og arbeidet med å redusere dette fraværet skal styrkes i tiden fremover. Helse Sør vil løpende analysere utviklingen og årsakene til sykefraværet. Temaet vil være viktig i samarbeidet mellom ledelse og ansatte på alle nivåer.

Styringsinformasjonssystemet innen HR-området skal styrkes. Det er blant annet et mål at kartlegginger og risikovurderinger med basis i HMS-systemet skal inngå i beslutningsgrunnlaget ved beslutninger knyttet til drift og organisering.

III.6.1.3 Arbeidsmiljø

Helse Sør har siden 2004 gjennomført årlige medarbeidertilfredshetsundersøkelser blant alle ansatte som en del av MUSIK-konseptet. MUSIK er et verktøy som systematisk holder fokus på ledelse, organisasjon og psykososialt arbeidsmiljø i konsernet, og som bidrar til at Helse Sør blir oppfattet som en profesjonell og seriøs arbeidsgiver.

Kort oppsummert viser rapporten fra 2006 (undersøkelsen i 2005) at det innenfor alle måleområdene jobbtilfredshet, kultur/verdier, organisasjonsklima/gruppefaktorer og arbeidssituasjon, er resultater godt over middels og til dels meget bra.

På enkelte områder er resultatene likevel signifikant dårligere enn i 2004. Dette gjelder spesielt hovedaksen ”innovasjonskultur” som måles på følgende spørsmål:

- Tar ansatte selv initiativ i din enhet?
- Blir ansatte oppmuntret til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre på i din enhet?
- Er det god nok kommunikasjon i din enhet?

Blant disse er det spørsmålet ”Tar ansatte selv initiativ i din enhet?” som representerer den største endringen fra fjorårets undersøkelse.

III.6.1.4 Konserntillitsvalgte og hovedverneombud

Det ble ved oppstart av helsereformen i 2002 etablert en egen ordning med konserntillitsvalgte i Helse Sør. Disse fikk ihht avtale tildelte ressurser for å ivareta følgende oppgaver:

- De konserntillitsvalgte skal aktivt bidra til utvikling av Helse Sør RHF's strategi og verdigrunnlag, gjennom samarbeid, informasjon, erfaringsoverføring, veiledning, nettverksbygging mv
- De konserntillitsvalgte skal ivareta medarbeidernes interesser overfor konsernledelsen i saker som behandles på konsernnivå og som har betydning for medarbeiderne i konsernet

som helhet. De konserntillitsvalgtes arbeid skal ikke gripe inn i eller erstatte partenes rettigheter og plikter på foretaksnivå.

- De konserntillitsvalgte og ledelsen i Helse Sør RHF vil sammen ivareta det som fremkommer av eksisterende hovedavtaler mellom NAVO og hovedsammenslutningen/SAN, uten at disse hovedavtalene skal oppfattes begrensende.

Ordningen var midlertidig for 2 år og ble første gang evaluert i 2004. En noe justert ordning ble deretter gjort gjeldende frem til 2006. Det ble da forutsatt en ny vurdering.

Avtalen ble reforhandlet høsten 2006 for to nye år. Ordningen i Helse Sør vil måtte vurderes i lys av at Helse Sør Øst RHF opprettes senest per 1. juli 2007.

IV AKTUELLE STYRESAKER OG VURDERINGER I 2006

IV.1 Bakgrunn – utviklingstrender

IV.1.1 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 fremskrivingen er basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskriving 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 11 Befolkningsutvikling 2003-2020 i Helse Sør fra Sintefrapport sept 2004

Etter dette fremskrivingsalternativet 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. 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.

Andre analyser fra SINTEF viser følgende hovedtrekk i utviklingen frem mot 2020 innen somatikk:

Ved framskrivning til 2020, med normal åpningstid på poliklinikker (6 t), operasjon (6 t) og radiologi (8 t) har Helse Sør omtrent arealbalanse i år 2020, ut fra normtall. Det er en beregnet overkapasitet på poliklinikker og underkapasitet på radiologi og dagplasser.

IV.1.2 Medisinske utviklingstrender

I følge WHO vil psykiske lidelser være en av de viktigste årsakene til sykdomsbelastningen for begge kjønn i 2020. I vestlige land forventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden. Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til et mer omfattende og differensiert behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Utviklingen i demografi og sykdomspanorama så vel som ny kunnskap om årsaker til og behandling av psykiske lidelser vil kreve fortsatt sterkt fokus på tjenestetilbudet med betydelige utfordringer med henblikk på omstilling og prioritering. Det økende antall eldre i regionen vil medføre en økning i aldersdemens. Økt bruk av rusmidler, særlig alkohol, vil bidra til et økt fokus på pasienter som lider av både psykiske lidelser og rusavhengighet. Omsorgssvikt utfordrer både barne- og ungdomspsykiatrien, rusfeltet og voksenpsykiatrien og vil kreve økt fokus på tidlig identifisering av funksjonssvikt og behandlingstrengende lidelser. Økt grad av brukermedvirkning og fokus på samhandling vil bidra til et fokus på nærhet og desentralisering av tjenester mens økt krav til kompetanse, både når det gjelder utredning og behandling, vil dra i retning av mer spesialiserte tjenester. Behovet for robuste fagmiljøer trekker i samme retning. Disse utviklingstrekkene vil måtte løftes inn i en kontinuerlig plan- og utviklingsprosess.

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" 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 medisinskteknologisk 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 døvhets

Videre er det en økning ut over det som er forutsatt på hjertekirurgi, lungekirurgi og lungetransplantasjoner, flere aortaoperasjoner (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

IV.1.3 Mangel på spesialister innen noen fag – rekrutteringsproblemer

Det er generelt bra dekning av legespesialister i helse Sør, men innen enkelte fagområder er rekrutteringen vanskeligere. Helse Sør ønsker å benytte den årlige fordeling av nye legestillinger som et aktivt element i utviklingen av tjenestetilbudet i regionen, herunder satsting på rekrutteringssvake fag. Den konkrete fordelingen av stillinger vil hvert år bidra til å understøtte vedtatte strategier og prioriteringer.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF ber Helse Sør RHF i denne forbindelse å merke seg den eldreplanen som snart foreligger til behandling i styret. Den tar opp i seg den store utfordringen det vil bli å skaffe fagfolk til de tiltak som er nødvendig for å oppnå den kvalitet på tjenesten som sykehuseier har som mål.

IV.2 Helse Sørs planer for å møte utviklingen

IV.2.1 Resept 2012

Som en forberedelse til ny planprosess er det gjennomført en høringsrunde i helseforetakene, det regionale brukeutvalget og konserntillitsvalgte for bl.a. å få en vurdering av hvordan en vurderer R 2006 som grunnlag for strategien i kommende planperiode.

Mange av tilbakemeldingene peker på at en rekke verdier og mål i R 2006 med fordel kan videreføres. De fleste uttalelsene peker også i retning av at man denne gang ser for seg en mer komprimert plan.

Det er gjennomført grundige analyser og utredninger som underlag for saksfremlegg om utviklingen i nordre del av regionen, inkl sak om nytt allsidig akuttsykehus i Buskerud og sak om investeringsutfordringer de kommende år. Dette er nytt materiale som kan legges til grunn også ved utarbeidelse av ny strategiplan. I en rapport fra SINTEF Helse som er blant bakgrunns materialet for saken om investeringsutfordringer, peker SINTEF bl.a. på at varierende kapasitetsutnyttelse, sammen med begrensede rammer i Helse Sør understreker behovet for å vurdere tjenestetilbudet på de ulike sykehustypene, og økt oppgavefordeling mellom sykehusene. SINTEF's rapport tar også for seg framskrivninger av behov for helsetjenester, og kapasitetsutnyttelse knyttet til utvalgte områder innen somatikk og psykisk helsevern. Helse Sør legger analysene i denne rapporten til grunn for sitt videre arbeid med dette temaet.

Den nye strategiplanen må så langt det er mulig belyse det økonomiske handlingsrom regionen vil stå overfor i perioden frem til 2012. En arbeidsgruppe vil utarbeide en beskrivelse av det økonomiske handlingsrom en ser for seg i perioden. Dette vil være en premiss for arbeidet i de fem arbeidsgruppene og prosjektgruppen. Det økonomiske handlingsrommet vil videre være et vesentlig bakteppe for utarbeidelse av strategier og forslag til virkemiddelbruk. Et overordnet mandat for strategiarbeidet er å peke ut og synliggjøre mulige veivalg for hvordan en innenfor det økonomiske handlingsrom kan utvikle spesialisthelsetjenesten i regionen bl.a. med basis i verdier og hovedmål i Resept 2006, men med nødvendige oppdateringer relatert til forhold nevnt ovenfor.

Det er en forutsetning for strategiarbeidet at man legger kompetanse, faglighet og kvalitet til grunn for de prosesser som skal gjennomdrøftes spesielt med tanke på å kunne videreutvikle tilbudet til pasientene. I tillegg må arbeidet ivareta ansattes vilkår både i forhold til etikk, arbeidsmiljø og kompetanse.

I løpet av det siste halvåret er direktørene for helseforetakene og deres ledergrupper, regionalt brukerutvalg og de konserntillitsvalgte på ulike tidspunkt trukket inn i forberedelsene til det nye planarbeidet. Innspill fra de nevnte interessenter er lagt til grunn ved utforming av forslag til organisering og innretning av arbeidet. Blant innspillene som er kommet er ønske om presisering av hvem en ny strategiplan skal omfatte, befolkningen i Helse Sør (sørge for-ansvaret) eller alle som får et tilbud fra helseforetak eid av Helse Sør (ref at hoveddelen av pasientgrunnet for Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF kommer fra andre regioner). Sørge for-ansvaret vil danne utgangspunkt for Helse Sørs strategiplan. Fremtidig bruk av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, inkl hvilke pasienter som skal betjenes av dette helseforetaket, vil imidlertid også måtte inkluderes i plandokumentet.

IV.2.2 Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør

Styret behandlet i sak 05/2006 Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør – rapport fra prosjektarbeid. Saken bygget på en rapport om lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør.

Styret vedtok at rapporten om lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør skal legges til grunn for det videre arbeid med utvikling av denne funksjonen i regionen. Det må vektlegges å beskrive hovedforløpet i de ulike behandlingsskjedene i videre prosesser. Det er ønskelig at mulighetene for samarbeid med kommunehelsetjenesten blir vektlagt i den videre prosessen.

IV.2.3 Alternative utviklings- og investeringsstrategier for Helse Sør – Nordregionens allsidige akuttsykehus

Styret vedtok i sak 43/2006 at det skal bygges nytt allsidig akuttsykehus i Nedre Buskerud lokalisert til Lier (Gullaug). Sykehuspsykiatrien skal realiseres innen 2012. Fremdriftsplan for utbygging av den somatiske delen av helseforetaket vurderes i den varslede totale investeringsplanen for Helse Sør i november 2006.

Til grunn for saken lå to rapporter; Alternative utviklings- og investeringsstrategier i Helse Sørs nord- og midtregion (mars 2006) og Alternative utviklings- og investeringsstrategier for Helse Sør – Nordregionens allsidige akuttsykehus (juni 2006).

IV.2.4 Investeringsutfordringer og økonomisk handlingsrom i Helse Sør RHF

Styret i Helse Sør RHF behandlet i sak 82/2006 Investeringsutfordringer og økonomisk handlingsrom i Helse Sør RHF.

Saken belyste det økonomiske og finansielle handlingsrommet Helse Sør har i forhold til de sentrale investeringsutfordringer det regionale helseforetaket står overfor i perioden fram mot 2020. Saken bygget på analyser av arealbruk og aktivitet og på vurderinger av hva som kreves for å opprettholde en nødvendig realkapital i form av bygg og utstyr for å levere de forventede helsetjenestene. Dette ble vurdert opp mot forventet økonomisk handlingsrom i perioden (rapport om Økonomisk handlingsrom og investeringsutfordringer i Helse Sør RHF datert 09.11.06).

Styrets vedtak:

- Begrenset økonomisk handlingsrom og stort gap mellom sykehusenes investeringsønsker og regionens finansieringsmuligheter gir økt behov for konsernstyring og strategisk samhandling.
- Kvaliteten og økonomien i nye investeringsprosjekter vil i tiden fremover måtte vurderes nøye. Det er viktig at det oppnås stabilitet i driftsøkonomien slik at foretaksgruppens langsiktige lånebetjeningsevne fremstår klarere.
- Styret slutter seg til at hovedelementene i saken legges til grunn for det videre strategiarbeidet i Helse Sør.
- Ut fra tidligere vedtak vedr NAS i nedre Buskerud presiseres:
Nytt allsidig akuttsykehus – både psykiatri og somatikk – skal bygges på Gullaug.
Sykehuspsykiatrien skal være på plass innen 2012.

I tråd med Helse- og omsorgsdepartementets krav om en overordnet investeringsplan skal Helse Sørs strategiplanarbeid 1. halvår 2007 legge føringer for en videre rullerende investeringsplan for 2008-2020.

IV.2.5 Resept 2006

Helse Sørs strategiplan Resept 2006 (R 2006) ble vedtatt høsten 2002 for årene 2003-2006.

En rekke av tiltakene i R 2006 er gjennomført, bl.a. inndeling i nye helseforetak. Noen tiltak gjenstår, andre er i behov av å revurderes som følge av endrede rammebetingelser og øvrige justerte forutsetninger for arbeidet i Helse Sør. I tillegg har helseregionene fått tilført nye oppgaver etter at R 2006 ble vedtatt, bl.a. spesialisert rusbehandling, opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonene og syketransport.

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 oppfølging av strategidokumentet 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

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 tidligere styrings- og bestillerdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

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.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF har fulgt implementeringen av Resept 2006. Kravet om å komme i økonomisk balanse har vært den dominerende føringen som Helse Sør RHF har gitt til helseforetakene. Tiltakene i den forbindelse har vært preget av funksjonsfordelingsprosjekter, innsparinger på ikkemedisinske tjenester og å ta ut innsparingsgevinster ved å være en stor virksomhet. I sum har disse tiltakene ikke gitt så store innsparinger som forventet og ikke gitt handlingsrom for å kunne implementere alle de gode intensjonene om å bedre kvaliteten på tjenestene som står i Resept 2006. Det er derfor et sterkt uttalt ønske fra Brukerutvalget at de målsetningene hvor brukerperspektivet med pasienten i sentrum på pasientens premisser er godt ivaretatt, blir ført over i fremtidige planer.

IV.2.6 Vedtatte fagplaner i Helse Sør

IV.2.6.1 Plan for psykisk helsevern i Helse Sør

Planen ble vedtatt av styret for Helse Sør RHF i april 2004. Planen inneholdt bl.a. tiltak for å bygge opp vitenskapelig kompetanse innen psykisk helsevern i regionen. Det ble valgt en tematisk modell analogt til den som er valgt av ledende utenlandske forskningsmiljøer og av det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. 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. Arbeidet er i gang, se rapportering under II.2.5.

Regionale kompetansesentre innen affektive lidelser og alderspsykiatri er i gang, mens det er lagt fram forslag til etablering av et regionalt henvisningskompetansesenter innen spiseforstyrrelser og et for psykisk utviklingshemmede med psykose og alvorlige atferdsforstyrrelser. 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.

Planen skal revideres i 2007 bl.a. for å se det i sammenheng med tilbudet til pasienter med rus- og avhengighetsproblemer.

IV.2.6.2 Plan for mennesker med kroniske tilstander

Planen ble vedtatt av styret for Helse Sør RHF 2004. Arbeidet med operasjonisering av planen er organisert og gjennomført i hovedområder.

Program for systematisk forbedring av samhandlingen i helsetjenesten, Helsedialog, er utviklet og gjennomført i et samarbeid mellom Helse Sør RHF, helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeförening.

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. Ved utgangen av 2006 har alle helseforetakene innført ordningen.

I 2006 er det gjennomført et prosjekt som resulterte i tiltaksplan for rehabilitering i Helse Sør. Tiltaksplanen har fokus på samhandling, koordinering og dreining fra inneliggende pasienter til poliklinikk, dagbehandling og ambulering tjenester.

Tiltaksplan for spesialisthelsetjenesten til eldre i Helse Sør er ved utgangen av 2006 sendt ut for en bred innspillsinnsamling. Det planlegges styrebehandling i mars.

IV.2.6.3 Kreftplan for Helse Sør 2004 - 2008

Planen ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF juni 2004. 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 2006/2007 gjennomført ved alle de allsidige akuttsykehusene unntatt ved Sykehuset Buskerud HF. Ved Sykehuset Buskerud HF ble et palliativt team og en poliklinikk åpnet i januar 2007. En palliativ sengeenhet er under planlegging og skal åpnes i 2008.

IV.2.6.4 Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør

Planen ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF i juni 2004.

Siden rusreformen ble iverksatt i 2004, har Helse Sør økt kapasiteten med til sammen 65 nye behandlingsplasser. Styrkingen har vært innen rus/psykiatri, flere tvangsplasser, økt kapasitet til avgiftning/utredning og flere generelle behandlingsplasser. I samme periode er det opprettet ca 75 nye stillinger.

Også i 2006 har det vært rettet fokus på kvalitet og likhet i vurdering av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp. I denne sammenheng ser vi frem til nasjonal veileder, som etter planen skal implementeres i løpet av 2007.

Helse Sør satte i 2006 i gang et prosjekt som skal se på organisering, kapasitet og kvalitet for rus- og avhengighetsbehandling i helseregionen. Prosjektet skulle blant annet se dette planarbeidet i sammenheng med den planlagte nasjonale opptrappingsplanen som var bebudet. Med bakgrunn i at nasjonal opptrappingsplan ikke ble ferdigstilt i 2006, ble det besluttet å forlenge tiden med arbeidet med den regionale planen, samt å se dette arbeidet i sammenheng med oppdatering av regional plan for psykisk helsevern.

IV.2.6.5 Behandlingstilbud sykelig overvekt

Helse Sør har i 2006 videreført og overført til ordinær drift som ressurscenter prosjekt for behandling av sykelig overvekt. Behandlingstilbudet er utvidet innen konservativ behandling med livsstilendring og med øking av operasjonskapasitet. Det er en utfordring å kunne prioritere pasienter som trenger operativ behandling for sin fedme, da takstene for operativ behandling gjennom lang tid har gjort dette til en underfinansiert behandling. Takstene ble i 2006 ytterligere redusert. Dette harmonerer dårlig med at sykelig overvekt er det helseutfordring som øker hurtigst i befolkningen. Helse Sør har gått inn med egne graderte takster for å stimulere til økt behandling, men dette betyr nedprioritering av andre behandlingstilbud.

Prosjektet går over til ordinær drift som et regionalt ressurscenter fra 2007 og blir da utvidet til også å omfatte barnebefolkningen.

IV.2.6.6 Samhandling med primærhelsetjenesten

En forutsetning for å gi et godt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen er et godt samarbeid med primærhelsetjenesten. De prioriterte pasientgruppene er avhengige av langvarige, koordinerte tjenestetilbud fra så vel spesialisthelsetjenesten som primærhelsetjenesten.

Helse Sør har derfor, 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:

1. Etablering av Læring- og mestringssentre ved alle helseforetak
2. Samhandlingskultur og samhandlingskompetanse
3. Avtaleverk mellom kommuner og helseforetak
4. Ambulant virksomhet
5. Samhandling om IKT og Helsenet

Det er i løpet av 2006 ansatt prosjektleder, etablert sekretariat med deltakelse fra KS og RHF, etablert dialogforum med bred deltakelse fra kommuner og helseforetak.

Praksiskonsulentordningen er etablert ved alle helseforetak med unntak av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, som kommer i 2007. Det er vedtatt at ordningen utvides for flere yrkesgrupper i løpet av 2007. Det foregår også en rekke tiltak med fokus på kompetanseutveksling, samt forskning på samhandling. Det er flere tiltak med utgangspunkt i ønske om en sammenhengende behandlingsskjede, bla innenfor geriatri og palliativ virksomhet. Helsedialog har også egen nettside www.helsedialog.no en portal hvor også praksiskonsulentordningen og LMS er innlemmet.

Programstyret for Helsedialog har vedtatt retningslinjer for avtalene mellom helseforetakene og kommunene etter prinsippene i Helsedialogprogrammet.

Det er etablert ambulant virksomhet spesielt med fokus i palliasjon og geriatri. Det arbeides med planer ved flere helseforetak om utvidelse av tilbudet. Helse Sør RHF har også innført takster for ambulant virksomhet for å stimulere dette arbeidet.

Det er ved alle helseforetak etablert ordninger for elektronisk samhandling. Imidlertid er det en utfordring at ikke alle har elektronisk pasientjournal på plass. Det er heller ikke alle fastleger som er knyttet opp mot Norsk Helsenet. Sandefjord er Fyrtårnkommune, og det er også flere kommuner med i Elin K programmet.

For 2007 er det avsatt 5 mill kr til utviklingstiltak på samhandlingsområdet.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF støtter fullt ut prinsippene i Helsedialogprogrammet og ser fram til aktiv innsats fra RHF for å gjennomføre de gode tiltakene om samarbeid og videreutvikling av prosjektet.

IV.2.6.7 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 detaljinnsikt 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 sykkelighet og død i den norske befolkning spesielt, og i verden som helhet. Dessuten vil populasjonsstudier i større og større grad kunne kobles mot molekylærbiologisk forskning gjennom bruk av biobankmateriale.

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

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

Helse Sør RHF bidrar gjennom sin satsning på forskning aktivt i kunnskapsoppbyggingen både nasjonalt og internasjonalt. Helseforetakene har som en følge av strategiarbeidet i Helse Sør satt forskning på dagsorden. I tillegg til stor aktivitet på Rikshospitalet HF og Radiumhospitalet HF, har alle helseforetakene satset på å bygge opp forskningskompetente miljøer. Forskningsutvalget 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.

V STYRETS PLANDOKUMENT

Det vises til Regjeringens beslutning om at de to regionale helseforetakene Helse Sør RHF og Helse Øst RHF skal slås sammen til et nytt regionalt helseforetak kalt Helse Sør-Øst RHF. Dette bl.a. for å sikre bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet, gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister og for å styrke forskningen.

Det legges derfor ikke konkrete planer utover det som vil være styrets funksjonstid i 2007. Det legges for øvrig til grunn at Resept 2006 og Resept 2012 vil være Helse Sørs strategiske fundament inn i en ny organisasjon og at disse planer vil tilpasses og revideres iht de rammer og føring som eier legger for det videre arbeid. Styret i Helse Sør RHF har også gjort vedtak i sak om lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør (sak 05/2006), nytt allsidig akuttsykehus i Nedre Buskerud (sak 43/2006) og Investeringsutfordringer og økonomisk handlingsrom i Helse Sør RHF (sak (82/2006).

Styret for Helse Sør RHF vedtok i sitt møte 07.09.06 (sak 53/2006) at det skal utarbeides en ny strategiplan. Styret vedtok at arbeidet med planen skulle være fullført i løpet av første halvår 2007 og legges frem for styrebehandling i oktober 2007 etter en høringsrunde. Da Regjeringen 31. januar offentliggjorde at man ville slå sammen Helse Sør og Helse Øst, ble det klart at arbeidet med ny strategiplan for Helse Sør alene måtte ses i et nytt lys og revurderes.

VI TJENESTENS AKTIVITETSBEHOV I 2008 – INNSPILL TIL STATSBUDSJETTET FOR 2008

IV.1 Hvilken aktivitet er nødvendig for å ivareta ”sørge for”-ansvaret i 2008

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 06.10.2006 til de fem regionale helseforetakene bedt om innspill knyttet til statsbudsjettet for 2008.

Primært skal helseforetakenes innspill til statsbudsjettet skje som en integrert del av plan- og meldingssystemet med frist 1. mars. Som følge av interne prosesser i departementet er det bedt om innspill i forkant av fristen. Frist for fremsending av innspill er satt til 15. desember 2006.

De administrerende direktører i de regionale helseforetakene er enige om å utarbeide et felles innspill.

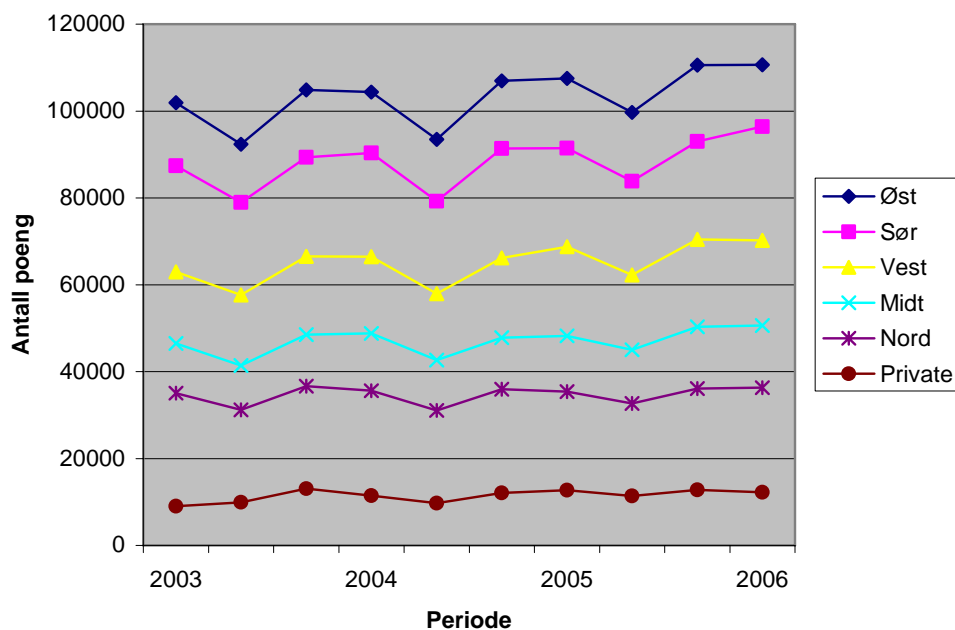
Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige samt forhold innenfor økonomiområdet.

IV.1.1 Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for 2008 er vurdert på grunnlag av de forhold som erfaringsmessig bestemmer aktivitetsutviklingen og de helsepolitiske prioriteringer som gjelder. En vil først gjennomgå de viktigste elementene summarisk, og deretter drøfte dem i en helhetlig sammenheng.

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Figuren viser aktivitetsutviklingen i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i perioden 1. tertial 2003 til 1. tertial 2006, målt i korrigerede DRG-poeng. (Kilde: PAFI).



Tabell 12 Aktivitetsutvikling ISF

Utviklingen i denne perioden har vært relativt regelmessig, og tilsvarer om lag 3 prosent per år. I tabellen nedenfor er aktivitetsveksten i denne perioden uttrykt som i prosent per år og fordelt på døgnopphold, dagopphold og dagkirurgi. Økt folkemengde og endret aldersstruktur tilsier en aktivitetsvekst på ca. 0,7 prosent per år. Det meste av veksten må derfor tilskrives nye behov eller økt behovsdekning – dvs. en realvekst i befolkningens forbruk. Når det gjelder døgnopphold, kan 40 prosent av veksten tilskrives øyeblikkelig hjelp.

Aktivitetstype	Aktivitetsmål	Demografisk betinget vekst	Realvekst	Totalt
Døgnopphold	DRG-poeng	0,7	1,8	2,5
Dagbehandling	DRG-poeng	0,7	3,9	4,6
Dagkirurgi	DRG-poeng	0,7	5,1	5,8
Poliklinikk	Kroner inntekt	0,7	2,1	2,8

Tabell 13 Aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2006, uttrykt som prosent per år

Aktivitetsveksten i de siste fire-fem årene har gjort det mulig å redusere ventetidene for somatisk behandling. Kurvene for antall ventende og gjennomsnittlig ventetid har imidlertid flatet ut; ventetidene for poliklinisk behandling og innleggelse ligger i dag på om lag samme nivå som i 2004. Det indikerer at aktivitetsveksten de siste par år ikke har vært høyere enn det som har vært nødvendig for å holde tritt med de økende behov, og at en viss realvekst er nødvendig for å opprettholde status quo.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2005-2008

Demografi

Den aktivitetsvekst som kreves for at tilbudet skal holde tritt med befolkningsutviklingen er anslått på grunnlag av alders- og kjønnsespesifikke forbruksrater (SAMDATA) og SSBs fremskrivning av befolkningen (MMMM). I perioden 2005-2010 kreves den en årlig økning i antall døgnopphold på 0,59 prosent for å holde tritt med befolkningsutviklingen; tilsvarende tall for dagopphold og polikliniske konsultasjoner er 0,84 og 0,67.

Øyeblikkelig hjelp

Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp øker med om lag 2 prosent per år, og vi har ingen indikasjoner på at dette er i ferd med å endres. Det er erkjent at en del av de som blir innlagt for øyeblikkelig hjelp burde fått et annet tilbud, og det arbeides med å utvikle bedre løsninger for disse pasientene både internt i spesialisthelsetjenesten og i samarbeid med kommunehelse-tjenesten.

Nye behov og økt behovsdekning

Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette, og i utgangspunktet forventes det at dette vil bidra til en realvekst på om lag samme nivå i perioden frem mot 2008 som vi har hatt de siste par årene.

Prioritering

Rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre skal prioriteres. Det er tidligere anslått at dette isolert sett vil kreve en vekst i det totale antall døgnopphold på 0,85 prosent per år³, og det antas at dette også vil gjelde dagopphold og poliklinisk behandling.

For å ta hensyn til at det også er andre grupper som skal gis særlig prioritet, rundes tallet av til 1,0 prosent.

I årets bestillerdokument er det stilt krav om at det skal identifiseres områder med overkapasitet, og at man skal frigjøre ressurser fra disse områdene og overføre den til områder som skal styrkes. På det dagkirurgiske område har det vært en sterk vekst gjennom flere år. Trolig har denne ekspansjonen ført til at en del relativt lavprioriterte pasienter har fått behandling, og at det særlig er innenfor dette området er ønskelig å begrense veksten.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2005-2008

I en periode hvor aktivitetsveksten har vært om lag 3 prosent per år har ventetidene holdt seg noen lunde konstante. Det antas at en videreføring av denne vekstraten vil være tilstrekkelig til å holde ventetidene på dagens nivå også i de nærmest kommende år, og at dette ikke vil kreve mer effektiv prioritering enn hva som har vært vanlig frem til nå.

Dersom veksten reduseres til det som kreves for å holde tritt med befolkningsutviklingen, anslagsvis 0,7 prosent per år, blir det ikke rom for nye behandlingstilbud, og det må antas at dette vil medføre økende ventelister og ventetider på en del områder.

Det legges nå opp til en mer effektiv prioritering enn tidligere. Med god prioritering vil en aktivitetsvekst på 2,0 prosent per år i perioden 2005-2008 kunne gi rom både for nye tilbud og akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper.

IV.1.2 Psykisk helsevern

For å ivareta "sørge for"-ansvaret innen psykisk helsevern samt muliggjøre den planlagte oppbyggingen innenfor Opptappingsplanen (1999-2008), må de regionale helseforetakene tilføres økte ressurser. Det er behov for å øke ressursbruken ut over de øremerkede midlene, da ventelistene fortsatt er lange til tross for at flesteparten av de tekniske målene for Opptappingsplanen synes å bli oppnådd.

De regionale helseforetakene er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å øke ressursinnsatsen innen sektoren mer enn økningen innen somatikken gjennom å bruke midler fra basisrammen og samtidig øke produktiviteten. Flere av helseforetakene har store utfordringer med å tilpasse aktiviteten innen somatikken til de økonomiske rammene. Det er derfor behov for økte driftsmidler for å få til den pålagte satsningen uten at dette resulterer i merforbruk.

Den pågående omstrukturering av psykiatrien krever i tillegg at det gjøres investeringer ut over Opptappingsplanen til både distriktpspsykiatrien og til sentralsykehusene. Det må arbeides videre med å utvikle finansieringsordninger og andre virkemidler for å sikre nødvendig aktivitetsvekst og prioritering av et samlet psykiatritilbud.

Opptappingen innen psykisk helsevern har pågått over flere år og knappheten på psykiatere representerer en stadig større utfordring innen fagfeltet. En økning i antallet legehjemler og økt utdanningskapasitet er en forutsetning for å få bygget opp faglig sterke DPS som kan utgjøre en reell avlastning av akuttpspsykiatrien. Uten økt tilgang på psykiatere vil det heller ikke være mulig å sikre tilgjengelighet og den faglige kvaliteten innen både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.

Oppsummert så er det fortsatt store uløste oppgaver i psykisk helsevern. Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og kravet om prioritering av psykisk helsevern, må

veksten derfor videreføres i samme takt som før også etter at Opptrappingsplanen er fullført, dvs. med om lag 2.7 prosent per år.

IV.1.3 Ressursinnsats og aktivitet innen behandling av rusmiddelavhengige

Det er fortsatt betydelige utfordringer i årene fremover for å nå de krav og forventninger som følger av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestenivå og på kommunalt nivå.

Alle regionale helseforetak har gjennomgått tjenestene og lagt planer for videre utvikling. Ventetidene innen feltet er generelt for lange, og noen pasientgrupper har for dårlig tilbud. Planene beskriver behov for en betydelig økning av driftsmidlene samtidig som det er nødvendig med omstillinger i dagens tilbud. Dette kommer i tillegg til de om lag 200 mill. som de regionale helseforetakene allerede har lagt inn for å styrke behandlingstilbudene.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet, og til noe styrking av visse deltjenester, men har ikke gitt rom til videre omstilling og utbygging. Det er derfor behov for en flerårig opptrappingsplan for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere slik det er tilfelle innenfor psykisk helse. Noen viktige forhold som gir økte kostnader.

- Økning i etterspørsel etter tjenester på flere områder bl.a. som følge av pasientrettighetslov og annen helselovgivning
- Økte kvalitetskrav
- Implementering av tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten
- Oppfølging av nasjonale mål og strategier om styrking av tilbudene til rusmiddelmissbrukere

Strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akuttfunksjoner (inkl avrusning, innleggelses etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av deler av døgnbehandling.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det er behov for nybygg og opprustning av bygningsmassen i et betydelig omfang.. Dette gjelder både offentlige og private institusjoner. Sistnevnte vil primært gi økte driftskostnader i form av høyere døgnpriser.

Oppsummert så er det behov for en opptrappingsplan innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige som innebærer betydelige midler både til drift og investeringer. Det er for budsjettåret 2008 behov for en styrking av feltet med 200 mill. kr. i økte driftsmidler.

IV.1.4 Om økonomiske rammebetingelser og planhorisont

For å redusere unødvendig usikkerhet og forbedre planleggingen anmoder Helse Sør RHF om at:

- Økonomiske resultatkrav for det enkelte år frem til 2010 fastsettes våren 2007. Sammen med de øvrige prinsipielle avklaringer og presiseringer i forslaget til statsbudsjett, gir

dette et bedre grunnlag for å planlegge virksomheten og styre helseforetakene i årene fremover.

- Det redegjøres snarest for hvilke prinsipper en vil legge til grunn for innfasing av en ekstra milliard til helseregionene i perioden.
- Lånerammene fastlegges for en lengre periode, minimum 3 år.
- Frist for årlig melding bør avstemmes med frist for regnskap, dvs. 15. mars.

Konsekvenser av at forlaget fra Norsk Regnskapsstiftelse til nye parametere for beregning av pensjonskostnader blir innført fra 2007, må legges til grunn ved fastsetting av fremtidig basisbevilgning.