



KVALITET, TRYGGHET  
OG RESPEKT

HELSE  SØR-ØST

ÅRSRAPPORT 2007



# Innhold

## **INTRODUKSJON**

<b>Helse Sør-Øst i 2007</b>	<b>1</b>
<b>Dette er Helse Sør-Øst</b>	<b>2</b>
<b>Intervju med styreleder Hanne Harlem og administrerende direktør Bente Mikkelsen</b>	<b>4</b>

## **PROGRAM FOR OMSTILLING OG UTVIKLING**

<b>Hovedstadsprosessen</b>	<b>6</b>
<b>Forskning</b>	<b>8</b>
<b>Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner</b>	<b>10</b>
<b>Kunnskapshåndtering og beste praksis</b>	<b>12</b>
<b>Mobilisering av medarbeidere og ledere</b>	<b>14</b>

## **ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP**

<b>Årsberetning</b>	<b>16</b>
<b>Resultatregnskap</b>	<b>31</b>
<b>Balanse</b>	<b>32</b>
<b>Kontantstrømoppstilling</b>	<b>34</b>
<b>Regnskapsprinsipper</b>	<b>35</b>
<b>Noter</b>	<b>38</b>
<b>Revisors beretning</b>	<b>53</b>

# Helse Sør-Øst i 2007

Regjeringen besluttet i februar 2007 å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF. De to tidligere regionale helseforetakenes virksomhet ble per 1. juni 2007 overtatt av det nye Helse Sør-Øst RHF. Hanne Harlem ble den første styreleder i Helse Sør-Øst RHF, og Bente Mikkelsen ble den første administrerende direktør.

Bakgrunnen for sammenslåingen var ønsket om bedre koordinering og samordning mellom sykehusene i de to regionene. Den skal spesielt sikre bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet og gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen.

For å gjennomføre oppdraget om bedre samordning av virksomheten og bedre bruk av ressurser, etablerte styret for Helse Sør-Øst i 2007 et eget "Program for omstilling og utvikling". Innsatsområdene er:

- Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen)
- Forskning
- Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner

- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Mobilisering av medarbeidere og ledere

Året 2007 var krevende for Helse Sør-Øst. Sammenslåingen av virksomheten i tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF har vært gjennomført i tråd med eiers oppdrag.

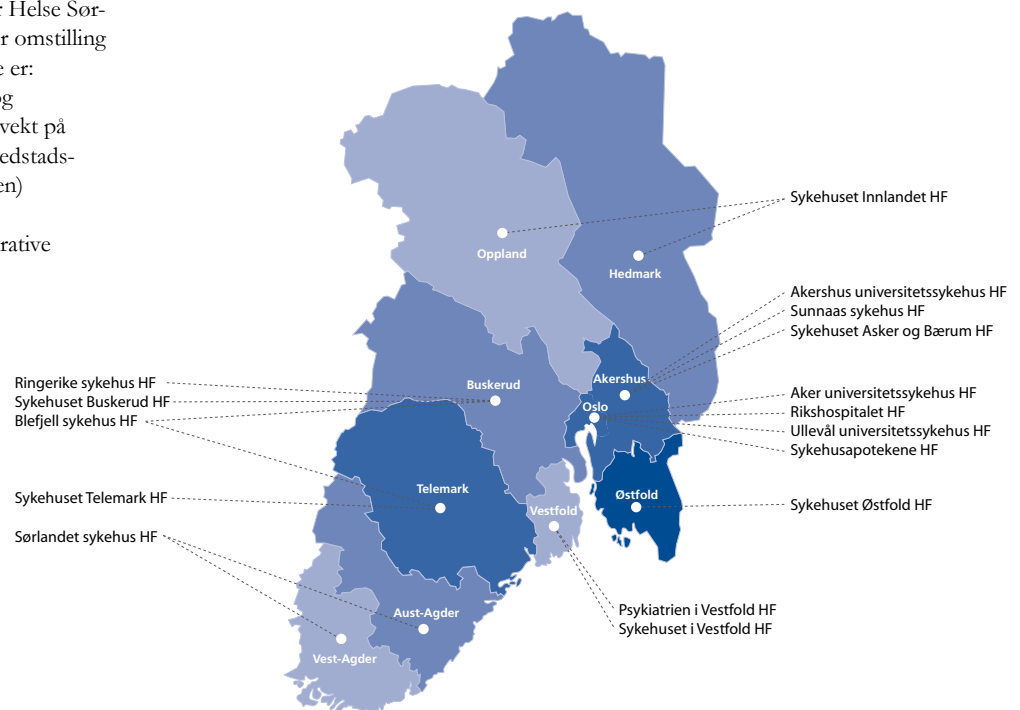
Styret mener at tilbudet til pasientene har vært forsvarlig og at "sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Sør-Øst RHF i sum er oppfylt for 2007.

I tråd med føringer i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene i 2007 har Helse Sør-Øst prioritert innsats på områdene habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenester for eldre. Det var i 2007 aktivitetsøkning for alle tjenesteområder, med relativt størst vekst innenfor psykisk helsevern og tverr-

faglig spesialisert rusbehandling. Økningen har vært særlig sterk for poliklinisk aktivitet. Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp, blant annet ved at den relative ressursøkningen har vært større innenfor psykisk helsevern enn somatikk.

Ventetidene for foretaksgruppen samlet ble i 2007 litt redusert for barn og unge, ellers lå de omtrent på samme nivå som i 2006.

Det regnskapsmessige resultatet for foretaksgruppen for 2007 viser at en ikke har klart å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer som eier har stilt til disposisjon. Den økonomiske utviklingen i helseforetaksgruppen er svært bekymringsfull og krever styrket fokus på styring, oppfølging og medvirkning fra alle ansatte og ledere for å gjennomføre de endringer vi blir enige om.



**"Helse Sør-Øst skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn."**

# Dette er Helse Sør-Øst RHF

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

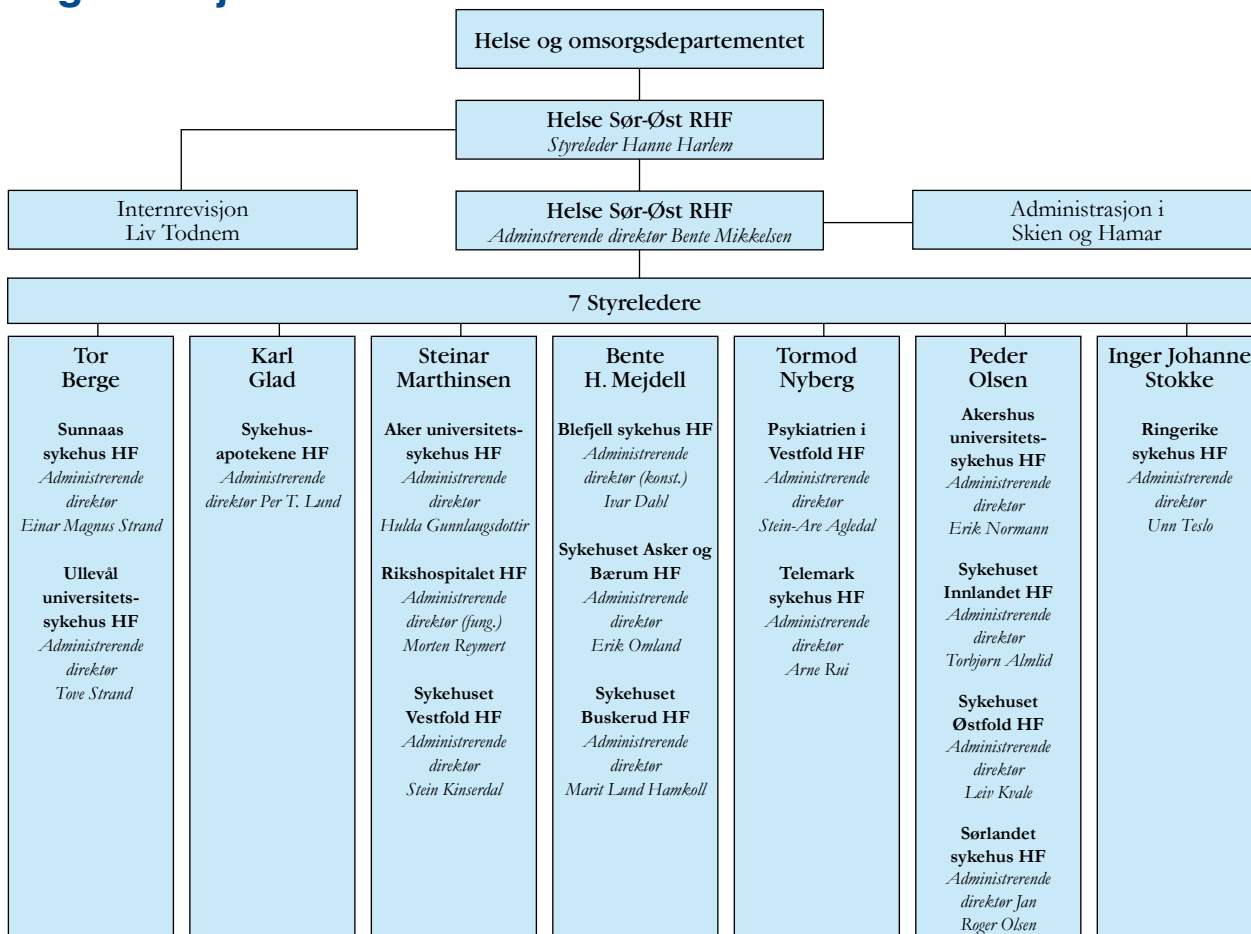
Formålet med Helse Sør-Øst sin virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,6 millioner innbyggere. Dette utgjør drøyt 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 69 000 medarbeidere og et årlig budsjett på om lag 50 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2008 16 helseforetak. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med cirka 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor i Hamar og administrasjonssted i Skien.

## Organisasjonskart





## Ledelse



**Bente Mikkelsen**  
*Administrerende direktør*



**Atle Brynestad**  
*Visadministrerende direktør*



**Mari Trommald**  
*Visadministrerende direktør*



**Marit Elisabeth Kobra**  
*Direktør HR*



**Tore Robertsen**  
*Direktør styr- og etterfølging*



**Gunn Kristin Sande**  
*Direktør kommunikasjon*



**Erlend B. Smeland**  
*Direktør Forskning*



**Tore Berge**  
*Konserndirektør*



**Steinar Marthinsen**  
*Konserndirektør*



**Peder Olsen**  
*Konserndirektør*



**Bente H. Mejdell**  
*Konserndirektør*

## Styret



### Styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sittende fra venstre:

Kirsten Brubak,  
Knut Even Lindsjørn og  
Hanne Harlem (leder).

Første rekke stående fra  
venstre:

Harry Konterud (nestleder),  
Kirsten Huser Leschbrandt,  
Andreas Kjær, Berit Eivi  
Nilsen, Finn Wisløff og Anne  
Marie B. Joranli.

Bakerste rekke fra venstre:

Randi Talseth, Lizzie Irene  
Ruud Thorkildsen, Morten  
Falkenberg, Svein Øverland,  
Lars Kristian Eikvar og  
Dag Stenersen. Anne Carine  
Tanum var ikke tilstede ved  
fotograferingen.

# Ung organisasjon bygget på lange tradisjoner

**Det første året i Helse Sør-Øst har vært særdeles krevende, arbeidsomt og givende. – Som forventet, sier de to toppene i Helse Sør-Øst RHF. Og styreleder Hanne Harlem og administrerende direktør Bente Mikkelsen tror ikke at utfordringene blir færre eller mindre krevende det neste året.**

– Det er naturlig at det er stor samfunnsinteresse for en organisasjon som er så sentral for helsen og livet til halvparten av Norges befolkning, mener Hanne Harlem. – Mange har meninger om det vi gjør – og det vi ikke gjør. Og vi skal sørge for at samfunnet både får informasjon om våre planer og anledning til å bidra med innspill til og synspunkter på disse. Samfunnet skal ha en trygghet for at vi er en åpen organisasjon, som er organisert for og rustet til å ta vare på våre samfunnsoppgaver og den enkeltes helse. Det er selvfølgelig krevende, men også noe av det mest utfordrende og givende ved å lede en slik organisasjon.

## Har prioritert etablering og faglig utvikling

– Styret har i den første fasen hatt spesiell oppmerksomhet knyttet til selve etableringen av RHFet og hvordan vi skal ivareta gjennomføringen av det oppdraget regjeringen har gitt oss. Jeg mener dette var vært riktig – og er svært tilfreds med at vi allerede før årsskiftet fikk vedtatt et særdeles omfattende og ambisiøst omstillings- og utviklingsprogram. Dette gir svar på regjeringens begrunnelse for å slå sammen de to regionene, samtidig som det legger et godt fundament for å utvikle helse-tjenestene for fremtiden, sier Harlem

– Helse Sør-Øst er en ung organisasjon. Men likevel bygget på lange tradisjoner. Arbeidet som gjøres nå er verdifullt, ikke bare for resultatene i forhold til oppdraget vi er satt til å gjennomføre, men for å etablere en organisasjonskultur som er robust for å møte utvikling og omstilling også i årene framover, sier Bente Mikkelsen. – Jeg ba tidlig styret legge til rette for at

administrasjonen kan arbeide med tydelige mål, konkrete framdriftsplaner, informasjon og medvirkning. Både styreleder og administrerende direktør synes dette har preget det første driftsåret.

– Det er både krevende, interessant og givende å få anledning til å lede styret for en organisasjon som Helse Sør-Øst, sier Harlem. – Jeg er imponert over hvordan styremedlemmene – som i utgangspunktet kommer fra forskjellige posisjoner og har spesielle interesser – er blitt en enhet som samarbeider om felles mål. Jeg er også godt fornøyd med arbeidet som utføres i styrene i de 16 helseforetakene. Vi har satt sammen styrer med bred og relevant kompetanse. Styrevervene i helseforetakene er svært utfordrende.

## Økonomien må løses først

– I det første Helse Sør-Øst-året har finans og økonomi vært tidskrevende og utfordrende temaer i styret, sier Hanne Harlem. – Og det vil de være til vi har økonomien under kontroll og leverer de resultater som vår eier krever. Vi har ikke mer penger enn det vi får fra eier. Alle helseforetak må ta inn over seg at økonomiske utfordringer i ett helseforetak, har betydning for hele foretaksgruppen. Det er udemokratisk å bruke penger vi ikke har. Dessuten gir god økonomistyring større handlingsrom og mulighet til å prioritere ting.

– Foretaksmøtene mellom RHFet og helseforetakene er det øverste møtet der det regionale helseforetaket kan drive eierstyring. I disse møtene har jeg som styreleder poengtert to viktige hovedområder for 2008: Sikre økonomisk balanse

og gjennomføre program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst. På økonomisiden krever vi fokus på aktivitetsutviklingen, bemanningsutviklingen og de omstillings-tiltak som er avtalt. Dette skal føre til at vi kan ta ut gevinster som kan brukes til pasientbehandling.

– Økonomien er en viktig premiss, men ikke et mål i seg selv. Om vi ikke har økonomisk kontroll har dette en tendens til å kreve alt for mye oppmerksomhet og gjør det vanskelig å gjennomføre de endringer og den utvikling vi ønsker. Derfor må vi raskt få kontroll på økonomien, sier Hanne Harlem. – Det er ikke tvil om at dette er en stor utfordring for de ansatte, men jeg tror medarbeiderne vil oppleve at når økonomien er under kontroll vil det bli rom for å arbeide mer med faglig utvikling og annet som gjør at pasientene får et enda bedre tilbud.

## Prioriterte etablering av samarbeidsarenaer

Forventningene og de medisinske mulighetene i helsesektoren har utviklet seg de siste årene. En avklaring av spesialist-helsetjenestens rolle og ansvar er viktig for å tydeliggjøre hva som kan gjøres og hvordan. – Helse Sør-Øst RHF la derfor tidlig vekt på samarbeidsarenaer for både bruker-representanter, tillitsvalgte, Universitetet i Oslo, høgskolene og andre som arbeider og utdanner seg innen helsesektoren. Her får vi viktige korreksjoner og innspill og sikrer bred forankring av de beslutninger som tas, forteller Mikkelsen. – Jeg forventer ikke at alle skal være enige i alt, men vi skal ha gode prosesser der mange blir hørt og håper at

vi klarer å forklare hvorfor vi gjør de valg som gjøres.

– Skal vi lykkes med de omstillingene vi trenger, må det skje i nært samarbeid med medarbeidere og deres representanter. For meg er det viktig å lytte til deres innspill. Vi må bygge en felles forståelse for hvor vi står i dag og hvor vi skal i morgen. Først når vi drar i samme retning – blir det totale tilbudet for pasientene det beste, sier Mikkelsen.

– Hovedvernombudets rolle i organisasjon er viktig for våre medarbeidere. De treffer mange ansatte og får et innblikk i hverdagen til medarbeidere på ulike nivå. For meg er involvering og mobilisering en nødvendighet for utvikling og måloppnåelse.



### Informere, lytte og lære

Både styreleder og administrerende direktør har besøkt ledere, tillitsvalgte og brukere ved flere helseforetak det første året. Bente Mikkelsen har gjennomført et program med besøk i alle helseforetakene i løpet av vinteren 2007/2008. – Det gir oss en unik mulighet til kommunikasjon, sier de begge. – Vi har et viktig budskap som vi gjerne vil kommunisere, men minst like viktig er anledningen til å lytte til og lære av de ledere og medarbeidere vi møter.

– Jeg er spesielt godt fornøyd med utviklingen av brukermedvirkningen i det nye Helse Sør-Øst, sier Bente Mikkelsen. – Vi har fått et utfordrende og godt brukerutvalg og ønsker å utvikle brukermedvirkningen ytterligere. Forutsetningene er til stede for å gjøre Helse Sør-Øst til et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning. Ved å lytte til brukerne, kan vi videreutvikle og sikre gode helsetilbud for pasientene, sier hun.

### Forsvarlig omstillingstempo

Mange medarbeidere og ansattorganisasjoner er bekymret for at omstillingsprosessen går for fort. – Vi planlegger nå en omstilling som på mange måter er forberedt over flere år, påpeker Bente Mikkelsen. – Endringsarbeidet handler i stor grad om å

gjennomføre nasjonale og regionale strategier som er grundig drøftet og behandlet, blant annet Nasjonal helseplan, Opptrappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal kvalitetsstrategi, Resept 2006 og Helse Øst 2025.

– Enkelte hadde kanskje ønsket at vi kom raskere til målet. Jeg er også utålmodig, men mener det er viktig å skynde seg passe fort. Mange skal involveres og gis mulighet til reel medvirkning inn i endringsprosessene. Det er vesentlig at vi får mange og gode innspill slik at styret kan fatte de beste beslutningene. En av de viktigste metodene for å gjennomføre endringer er arbeidet med å bedre pasientforløpene og etablere behandlingslinjer. Dette er vi allerede godt i gang med, sier Mikkelsen.

### Mer forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten

– Styret har lagt spesiell vekt på at vi skal utvikle et forpliktende samarbeid mellom sykehus og kommuner med utgangspunkt i pasientenes behov, sier Hanne Harlem. – Målet er at pasientene ikke skal merke at ansvaret ligger på forskjellige steder. Vi må få til en felles visjon og et helt annet og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten er viktigst både fordi de er størst, gir mest

helsetjeneste og er nærmest pasientene.

– Vi sier av og til at pasientene er midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten og skal hjem til et liv de skal kunne mestre med god kvalitet. Målet må være å få riktig arbeidsfordeling som setter pasientens behov i fokus gjennom hele forløpet uavhengig av hvor pasienten er, legger Bente Mikkelsen til.

### Befolkningen har høy tillit

En undersøkelse som Synnovate AS har foretatt på vegne av Helse Sør-Øst RHF viser at 73 prosent har meget eller ganske stor tiltro til at de får den behandlingen de trenger dersom de skulle bli syke eller utsatt for skade, mens bare 2 prosent oppgir at de har ingen tiltro til dette. 6 av 10 har et meget eller ganske godt inntrykk av helsevesenet. – Det er svært gledelig å se at befolkningen i Helse Sør-Øst har så høy tillit til sine helsetjenester. Dette er en tillitserklæring til det arbeidet som hver eneste dag blir gjort av dyktige medarbeidere i det offentlige helsevesenet, sier Bente Mikkelsen.



# Hovedstadsprosessen

- Vi er i gang med en av de mest omfattende og viktigste omstillingsprosessene som noensinne er blitt gjennomført i Norge. Målet med hovedstadsprosessen er å gjennomføre nasjonale mål om bedre kvalitet og bedre utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten, sier viseadministrerende direktør **Mari Trommald**, som leder arbeidet med denne delen av Helse Sør-Østs program for omstilling og utvikling.

Prosessene skal føre til avklaring, beslutning og gjennomføring av blant annet:

- Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet
- Funksjonsfordeling, organisering og samling av spesialiserte behandlingsfunksjoner
- Utvikling av lokalbaserte tjenester, samhandling med kommunehelsetjenesten, rus og psykisk helse
- Universitetssykehusstruktur- og funksjoner i hovedstadsområdet

## Syv sykehusområder

I april 2008 gikk styret inn for å etablere syv større sykehusområder i Helse Sør-Øst. -Denne organiseringen skal bidra til helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted, differensiering av tjenestene i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester – og at de fleste spesialisthelsetjenester tilbys desentralisert i regionen, forteller Mari Trommald.

Opprinnelig var det Stor-Oslo-området som skulle omfattes av "hovedstadsprosessen". – Men vi så raskt at utredningene og beslutningene som skulle gjennomføres, ville ha betydelig påvirkning på organisering og drift av spesialisthelsetjenesten i hele regionen, forteller Trommald. – I samråd med helseforetakene som driver sin virksomhet utenfor hovedstadsområdet, valgte vi å trekke disse med i dette arbeidet.

Sykehusområde	Omfatter følgende helseforetak
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF
Østfold	Sykehuset Østfold HF
Øst	Akershus universitetssykehus HF
Sentrum	Aker universitetssykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus
Vest	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF
Telemark/Vestfold	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF

Organiseringen av spesialisert rehabilitering i Helse Sør-Øst er et spesielt prosjekt i omstillings- og utviklingsprogrammet.

## Prinsipper for videre organisasjon

Styret fastsatte i april prinsipper for organiseringen av tjenestene innenfor sykehusområdene, prinsipper for organisering av lokalbaserte tjenester, for samhandling med kommunene, for akuttfunksjoner og for spesialiserte og regionale funksjoner. Kortversjonen av disse prinsippene er:

- Pasientens behov skal styre være førende for struktur av og innhold i tjenestene.
- Ressurser må frigjøres og omfordes for å møte nye behov
- Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus
- Behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå
- Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
- Lokalsykehus skal ha breddekompetanse
- Omstillinger skal sikre desentrale tjenester av god kvalitet
- Akuttfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
- Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter

- Hver enkelt regional funksjon skal ligge kun ett sted i regionen - faglige avhengigheter skal ivaretas
- Overkapasitet skal tas ned, både i form av arealer og bemanning
- Somatikk, rus og psykisk helsevern samordnes
- I psykisk helsevern skal ressurser fordeles likt mellom sykehus og distrikts-psykiatriske sentre

## Helseforetakenes utredninger og forslag

– Helseforetakene i de foreslåtte sykehusområdene har i tiden frem til juni 2008 utarbeidet forslag til en strategi for omstilling på kort og lang sikt basert på disse prinsippene, forteller Mari Trommald. – Arbeidet er gjennomført i samarbeid med brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. Flere hundre fagfolk, brukere og tillitsvalgte har deltatt i arbeidet.

Innspillene fra helseforetakene beskriver dagens situasjon, tiltak for å nå målene, effekter av tiltakene på kort og lang sikt

og konsekvenser og risiko for blant annet pasientbehandling og arbeidsmiljø.

Trommald understreker at det er et viktig mål i denne prosessen å sikre befolkningen et godt lokalsykehusstilbud. Størsteparten av spesialisthelsetjenesten skal fortsatt drives nært pasientene.

## Bred høring – beslutning i november

Basert på innspillene fra helseforetakene, legger Helse Sør-Østs administrasjon i juni frem for styret et høringsnotat – basert på samlet sluttrapport fra "Omstillingsprogrammet Innsatsområde – Hovedstadsprosessen". Dette skal sendes på en bred høring i perioden fra juli og til oktober. Styret vil ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i sitt møte i november 2008.

Gjennomføring vil kunne strekke seg over flere år. Perspektivet Helse Sør-Øst og sykehusene arbeider ut fra er hvordan sykehusene i regionen skal være organisert i 2020.





# Forskning

– **Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer, skrev Regjeringen i St.prp. nr. 44 (2006-2007), da begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF ble lagt frem.**

– **Det nye Helse Sør-Øst RHF legger spesiell vekt på å styrke forskningsinnsatsen i hele foretaksgruppen gjennom realisering av synergieffekter og styrket koordinering, forteller forskningsdirektør Erlend B. Smeland. Han leder arbeidet med innsatsområdet "Forskning", som er et av fem hovedsatsingsområder i utviklings- og omstillingsprogrammet.**

## Lovpålagt oppgave

Forskning er en av helseforetakenes fire lovpålagte hovedoppgaver. Dette er fastsatt i spesialisthelsetjenesteloven. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst utfører forskning, men omfanget varierer betydelig. Universitetssykehusene har et særskilt ansvar for forskning. De skal ligge i front forskningsmessig og understøtte andre helseforetak i regionen i klinisk forskning, metode- og kompetanseutvikling og forskerutdanning.

De to tidligere regionene hadde hvert sitt forskningsutvalg og egne strategier for forskningsinnsatsen i regionen. – Vi valgte å slå de to forskningsutvalgene sammen til ett allerede fra etableringen av Helse Sør-Øst i juni 2007, forteller Smeland. – Etter min mening var det en klok beslutning, vi fikk et bredt sammensatt utvalg som omgående tok fatt i de mange oppgavene på forskningsområdet. Forskningsutvalget har en rådgivende funksjon overfor styret og administrasjonen i spørsmål vedrørende forskning.

## Ny forskningsstrategi

Utviklingen av en ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst har vært en sentral oppgave i 2007 og 2008. Prosessen har skjedd i nær dialog med helseforetakene, med Universitetet i Oslo og Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo. Cirka 60 personer deltok i utformingen av det første utkastet til forskningsstrategi. Mer enn 30 høringsuttalelser kom inn da det første utkastet til forskningsstrategi ble sendt ut. To store fagkonferanser med til sammen cirka 500 deltagere hadde forskningsstrategien som tema.

Forskningsstrategien behandler blant annet:

- Overordnet mål for forskning
- Definisjoner og avgrensning av arbeidet
- Prioriteringer av ulike typer forskning og miljøer
- Evaluering av forskningsaktiviteten i helseforetakene
- Finansiering av forskning i Helse Sør-Øst
- Infrastruktur for forskning
- Organisering av forskningsaktiviteten i Helse Sør-Øst
- Relasjoner til universitet og høyskoler

Strategien har spesielt fokus på forskning, men omhandler i tillegg innovasjon og kommersialisering. Den omtaler også kort utviklingsarbeid fordi det er en pågående nasjonal prosess rundt avgrensning og definisjon av utviklingsarbeid i helse-sektoren.

## Universitetssykehus-struktur og -funksjoner utredet

En egen utredningsgruppe arbeidet våren 2008 med universitetssykehus-struktur og -funksjoner i hovedstadsområdet. Professor Sten Lindahl, forsknings- og utdanningssjef ved Karolinska Institutet, ledet gruppen, som ble oppnevnt av Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo. Målet med arbeidet har vært å optimalisere universitetsfunksjonene forskning og undervisning i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF.

Gruppen besto av medlemmer oppnevnt av Universitetet i Oslo, Helse Sør-Øst RHF, tillitsvalgte, studenter og brukere. Arbeidet har skjedd i nær kontakt med de

fire universitetssykehusene i Helse Sør-Øst: Aker universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF

– Vårt oppdrag var å gjennomføre en bred, involverende prosess for styret skulle få forskningsstrategien til beslutning i mai 2008, sier Smeland. – Det oppdraget synes jeg organisasjonen har løst på en god måte. Prosessen frem til ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst er dokumentert på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

## Ressursbruk og forskningsresultater

Parallelt med strategiarbeidet har det vært arbeidet med kartlegging av ressursbruk til forskning i Helse Sør-Øst. Samlet ressursbruk til forskning i hele foretaksgruppen ligger i størrelsesordenen en milliard kroner.

Den nasjonale målingen av forskningsresultater innen spesialisthelsetjenesten viser at forskningsmiljøet i Helse Sør-Øst står for cirka 62 prosent av de forskningsartikler som publiseres av spesialisthelsetjenesten.

## Tildeling av forskningsmidler

Utlysning og tildeling av forskningsmidler for 2008 ble gjennomført som en felles prosess for de tidligere Helse Sør og Helse Øst-områdene. Nye elektroniske hjelpemidler for elektronisk søknadsbehandling ble tatt i bruk. Disse hjelpemidlene er utviklet videre, for at prosessen med søknader på forskningsmidler for 2009 skal bli enda mer strømlinjeformet.





# Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner

Standardisering av administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen er en sentral del av Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst. Innsatsområdet omfatter IKT, lønn og personal, innkjøp og logistikk og eiendom. – Styret har besluttet at det skal standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess – og at det skal etableres en felles tjenesteleverandør for hele Helse Sør-Øst, forteller konserndirektør **Steinar Marthinsen**. Han leder arbeidet innen IKT, lønn, personal og innkjøp. – Målet er å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.

## IKT

Helsevesenet er i ferd med å gjennomføre et ”kvantesprang” med overgang til drift av kjernefunksjonene basert på digitalt informasjonsgrunnlag. Dette stiller nye og strenge krav til leveranse av IKT-tjenester.

Marthinsen forteller at Helse Sør-Øst i dag til sammen drifter 2 800 forskjellige dataprogrammer, 3 600 servere og at det pågår mer enn 200 små og store IKT-prosjekter. – Det er ikke ressursmessig forsvarlig å ruste opp IKT-avdelinger i alle helseforetakene. Helse Sør-Øst har derfor besluttet at Sykehuspartner skal utvikles til å bli en felles leverandør av IKT-tjenester for hele regionen. Sykehuspartner ble etablert som en egen enhet i Helse Sør-Øst i 2003.

– Ved etablering og videre utvikling av felles tjenesteleverandør for IKT vil vi ta hensyn til eksisterende kompetanse og foretatte investeringer, påpeker Marthinsen. – Vi skal utvikle en implementeringsplan på kort og lang sikt som sikrer kontroll på IKT-porteføljen.

## Administrative tjenester innen lønn og personal

Helse Sør-Øst har besluttet å etablere felles løsninger for administrative HR-tjenester. I første omgang gjelder dette lønn og personaladministrasjon, ressursstyring og arbeidsplanlegging samt rekruttering og ansettelse.

– Et viktig mål med slike fellesløsninger er å bedre tilgangen på styringsinformasjon både for det enkelte helseforetak og samlet for hele regionen. Dessuten skal vi realisere økonomiske gevinster ved reduserte transaksjons-kostnader og investeringer,

samt indirekte gevinster ved å understøtte god og effektiv planlegging av ressursene i helseforetakene, sier HR direktør **Marit Kobro** som leder arbeidet med anskaffelsen av felles system. Ny løsning skal være anskaffet i løpet av høsten og implementeringen starter fra 2009. Det vil være særlig fokus på å kjøpe gode organisasjonsutviklingsprosjekter på helseforetakene for å få full nytte av de nye fellesløsningene.

## Innkjøp og logistikk

Helse Sør og Helse Øst har gjennomført en omfattende effektivisering av innkjøp og logistikk, som har gitt en gevinst på cirka 700 millioner kroner. – I tillegg har vi identifisert et ytterligere potensial på i størrelsesorden 400 millioner kroner knyttet til konsolidering og standardisering av innkjøpsavtaler, forteller Steinar Marthinsen.

– For å realisere dette potensialet, må helseforetakene gjennomføre en rekke tiltak knyttet til kompetanseheving, bedre systemstøtte og mer effektiv oppgavefordeling. Det vil gi oss bedre styring med de løpende innkjøpene og bedre kontroll med hva som faktisk kjøpes inn til driftsorganisasjonen.

Foretaksgruppen har etablert en felles ekstern forsyningsløsning som innbefatter lager og transportvirksomhet driftet av tredjepart. Helseforetakene i tidligere Helse Øst er tilsluttet denne løsningen, etter hvert skal de øvrige helseforetakene også tilknyttes.

For at hele helseforetaksgruppen skal oppnå optimale innkjøp, må samtlige helseforetak slutte seg til felles forsyningsstruktur som blant annet omfatter elektroniske bestillinger internt i helseforetaket, eHandel i

kommunikasjon med leverandørmarkedet og felles forsyningsløsninger.

## Eiendom

Helse Sør-Øst er med sine 2,6 millioner kvadratmeter bygningsareal en stor eiendomsbesitter. – Eiendomsmassen legger føringer for hvor og hvordan vi kan levere helsetjenester, samtidig som eiendommene har betydelig innvirkning på vår økonomi og på vårt finansielle handlingsrom, påpeker viseadministrerende direktør **Atle Brynstad**, som er ansvarlig for eiendomsdelen av program for omstilling og utvikling.

– Vi har gjennomført en tilstandsvurdering av bygningsmassen i Helse Sør-Øst. Rapporten stadfester at en stor del av bygningsmassen trenger større grad av vedlikehold for å kunne tilfredsstille minimumskrav for normal bruk.

I oktober 2007 vedtok styret kriterier for prioritering av investeringer i regionen. Dette kriteriesettet vil være et viktig verktøy når styret skal behandle søknader om gjennomføring av investeringer eller prioritere mellom investeringsprosjekter innen regionen.

Helse Sør-Øst har som mål å gjennomføre en prosess som skal redusere det samlede bygningsareal med minimum 10 prosent. Samtidig skal driften av den resterende eiendomsmassen også effektiviseres med 10 prosent. Helse Sør-Øst vurderer alternative forvaltnings- og driftsmodeller innen eiendomsområdet for å realisere avhendingspotensialet, redusere behovet for nybygging, tilrettelegge for optimal utnyttelse av alle arealer og øke standarden på bygningsmassen.





# Kunnskapshåndtering og beste praksis

**”Helse Sør-Øst ønsker å bruke god kunnskapshåndtering og beste praksis for å gi gode og likeverdige helsetjenester, som er fremtidsrettede og kunnskapsbaserte, og preget av åpenhet og involvering, respekt og forutsigbarhet.”**

– Dette er visjonen som har fått oss til å velge ”kunnskapshåndtering og beste praksis” som et av fem hovedsatsingsområder i omstillings- og utviklingsprogrammet, forteller viseadministrerende direktør **Mari Trommald**. Hun leder denne delen av programarbeidet. – Vi skal legge til rette for at våre medarbeidere kan tufte behandling og omsorg for pasientene på beste kunnskap, sammen med klinikernes erfaringer og pasientenes preferanser. Forskningsbasert kunnskap skal benyttes i alle deler av Helse Sør-Østs virksomhet der det er relevant.

## Informasjonsekspløsjonen

Kunnskapstilfanget for helsearbeiderne er enormt. Det fins i dag over 20 000 helsefaglige tidsskrifter. Databasen Medline inneholder alene 12 millioner studier, og nye 460 000 kommer til årlig. Samtidig vet vi at kanskje bare så mye som 25 prosent av alle nye studier har en holdbar konklusjon.

– Ingen enkeltperson kan lenger holde rede på all relevant kunnskap i eget fagfelt, sier Trommald. – Heller ikke på systemnivå er behovet tatt hånd om. I dag er det vanskelig for organisasjoner, institusjoner, fagmiljøer og andre praksisfellesskap i helsetjenesten å fange opp viktig ny kunnskap som bør påvirke arbeidet. Vi mangler gode ordninger for å overvåke kunnskapsutviklingen. Lokalt mangler vi strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet til å fange opp nyttig kunnskap.

## Behov for systematisk, faglig vurdering

Det blir stadig viktigere at tiltakene som innføres i helsevesenet får en systematisk faglig vurdering, som ved gode systematiske oversikter og kost-nytte-analyser. Hvordan virker tiltaket eller metoden? Hvem virker den for? Er mulige bivirkninger undersøkt? Hvilke konsekvenser vil bruk av metoden ha? Og hvilke kostnader og organisatoriske tiltak vil den kreve?

– Fortsatt er det en ”privatsak” om helsepersonellet greier å følge med i informasjonstilfanget og i hvilken grad slik informasjon preger beslutninger i praksis, mener Trommald. – Nødvendig kobling mellom

kunnskapstilfanget, den elektroniske pasientjournalen, kvalitetssikringssystemet, samlingen av rutiner og prosedyrer og pasientinformasjonen mangler.

## Gapet er godt dokumentert

Gapet mellom kunnskap og praksis er godt dokumentert: Bare 30-45 prosent av behandlingene er kunnskapsbasert og 20-25 prosent av all behandling er nødvendig eller kan være skadelig. Vi vet også at tilgjengeliggjøring av kunnskap ikke alene endrer helsearbeideres praksis.

Foretakenes praksis er ikke i tilstrekkelig grad formulert i felles, kliniske prosedyrer og rutiner. Et foretak kan ha flere tusen prosedyrer, uten at kvaliteten på prosessen som ligger til grunn for prosedyrene er sikret. Og uten at prosedyrene er vurdert i forhold til felles kunnskapsgrunnlag eller standardisert hvor det er naturlig. Praksis varierer helt ned til at den enkelte lege har sin egen prosedyre. Hvilken behandling pasientene får, vil ofte avhenge av hvilken behandler de tilfeldigvis møter.

Fagmiljøene har ikke i tilstrekkelig grad forpliktet seg på og gjort allment tilgjengelig felles prosedyrer for alle som arbeider i det aktuelle miljøet. Gode verktøy som sørger for gyldige og tilpassede prosedyrer, blant annet innen sykepleierfaget, er ikke enkelt tilgjengelig.

## Beste praksis

– Beste praksis er en ledelsesfilosofi, forteller Trommald. – Med riktige prosesser, monitorering og undersøkelse når vi ønsket resultat med færre problemer og uforutsette

hendelser. Beste praksis er relevant for blant annet økonomistyring, sykehusledelse, risikohåndtering, kvalitetskontroll og kunnskapsbasert medisin.

## Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er ikke tilstrekkelig innarbeidet som arbeidsform i helsetjenesten. Reell brukermedvirkning og medbestemmelse i valg av behandling og behandlingsmål krever en kompetent og informert bruker. Pasient og pårørende trenger tilgang til informerte helsearbeidere og til egen tilpasset informasjon.

## Omfattende tiltak

– Helse Sør-Øst ønsker å utvikle en fremtidsrettet helhetlig strategi for arbeidet med kunnskapshåndtering, avslutter Mari Trommald. – Fagmiljøene skal være med i prosessene. Internasjonale, nasjonale og regionale ressurser skal innhentes. Strategien vil blant annet omfatte tiltak vedrørende:

- Ledelse og styringsdokumenter
- Faglige arenaer som faggrupper, kvalitetsnettverk og høyskolesamarbeide
- Eksisterende kunnskapsverktøy som kliniske prosedyrer, behandlingslinjer og elektronisk pasientjournal.
- Eksisterende kunnskapstjenester som bibliotekjeneste, internundervisning, foretakenes nettsider og internaviser.
- IKT, inkludert tilgang til internett og nødvendige kunnskapskilder

Arbeidet vil bli gjennomført i samarbeid med Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten.





# Mobilisering av medarbeidere og ledere

– Innsatsområdet “mobilisering av medarbeidere og ledere” har som hovedmål å legge til rette for gode omstillingsprosesser i helsesektoren, sier HR-direktør Marit Kobro. – Vi ønsker at Helse Sør Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten. Foretaksgruppen skal ta i bruk arbeidsformer i omstilling og daglig drift som engasjerer den enkelte medarbeider, gir reell medbestemmelse over egen arbeidsplass og verdsetter medarbeideres ressurser og kompetanse.

Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst vil påvirke medarbeiderne i forskjellig grad. Involvering av ansatte på alle nivå vil være vesentlig for å lykkes i arbeidet. Innsatsområdet “mobilisering av medarbeidere og ledere” ønsker å videreformidle innspill og kunnskap om gode metoder for involvering i endringsprosjekter, slik at prosessene legges opp på en inkluderende og involverende måte.

## Tolv prinsipper for involvering i omstillingsprosesser

– For mange er det kanskje et paradoks at vi velger å legge så mye arbeid i å diskutere noe som allerede foreligger i ulike lov- og avtaleverk for arbeidsgivere og arbeidstakere. Erfaringer viser imidlertid at vi kan forbedre oss. Nå vil vi ikke bare tro at det skjer, men faktisk få involvering og medvirkning til å skje. Derfor mobiliserer vi til økt oppmerksomhet og engasjement rundt omstillingsprosesser, sier Marit Kobro.

Gjennom arbeidet med innsatsområdet mobilisering av medarbeidere og ledere har medarbeidere og tillitsvalgte arbeidet frem 12 prinsipper for involvering i omstillingsprosesser. Disse prinsippene presenteres for styret i Helse Sør-Øst i juni. Prinsippene er delt inn i fire delområder: Medbestemmelse, medvirkning, informasjon og endringsmetodikk.

– Vi kan utrede og vi kan vedta, men det er medarbeiderne som arbeider i avdelingene og på postene som må forstå hvorfor beslutningene er tatt og hvilke betydning de vil få for vår felles organisasjon. Ledere på alle nivå må ta ansvar for å involvere og engasjere. Hvordan vi gjør det? Dette

handler om å utvikle en kultur og skape en læringsprosess, sier Kobro.

## Metoder for å få til gode omstillingsprosesser

– Vi skal gi medarbeidere og ledere noen metoder for å få til gode omstillingsprosesser. Erfaringene er ofte at involveringen og medbestemmelsen kommer for sent i gang. Medarbeidere og ledere skal tilføres viktig kunnskap om hvordan involvering kan settes i system og bli en del av planleggingen allerede fra starten, sier Kobro.

– Med bakgrunn i det store omstillingsprosjektet som Helse Sør-Øst har startet, mener vi det er viktig å ikke bare komme med pålegg om å nå mål, men også å gi gode verktøy for gjennomføring av prosessene. Både medarbeidere, tillitsvalgte og ledelse er entusiastiske i forhold til prinsippene og arbeidet som er lagt ned så langt. Dette kan bli noe virkelig nytt og nyttig i helsesektoren, sier Kobro.

## Norges ledende kunnskapsbedrift

Helse Sør-Øst er Norges ledende kunnskapsbedrift. – På et overordnet nivå ønsker Helse Sør-Øst å være en pådriver og foregangsvirksomhet med tanke på å videreutvikle en skandinavisk samarbeidsmodell der medarbeidere og ledere står sammen om å skape en bærekraftig organisasjon, sier Marit Kobro.

Dette innsatsområdet vil særlig fokusere på ansatte som virksomhetens viktigste kunnskapsressurs og ledelse som virkemiddel i endringsprosesser. Det vil være et mål å utvikle den enkeltes og den samlede kompetanse for å skape et inkluderende og

helsefremmende arbeidsmiljø, for derigjennom å sette ansatte i stand til å yte gode helsetjenester. En vil videre intensivere arbeidet med å utvikle god ledelse på alle nivåer i organisasjonen.

## Fem sentrale prosjekter

Arbeidet innen innsatsområdet er organisert i fem sentrale prosjekter

- Medvirkning i omstilling og organisasjonsutvikling (OU)
- Medvirkning / involvering i drift
- Plattform for lederutvikling
- Lederutviklingspilot
- Opplæringsprogram for medarbeidere

Innsatsområdet har blant annet som mål å bidra med:

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





# Årsberetning 2007

Året 2007 har vært krevende for Helse Sør-Øst. Sammenslåingen av virksomheten i tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF har vært gjennomført i tråd med eiers oppdrag. Styret mener at tilbudet til pasientene har vært forsvarlig og at "sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Sør-Øst RHF i sum er oppfylt for 2007. Det regnskapmessige resultatet for foretaksgruppen for 2007 viser at en ikke har klart å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer som eier har stilt til disposisjon. Styret vil sikre at foretaksgruppens virksomhet tilpasses de økonomiske rammer.

## Etablering av Helse Sør-Øst RHF

Regjeringen besluttet i februar 2007 å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF. De to tidligere regionale helseforetakenes virksomhet ble per 1. juni 2007 overtatt av det nye Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble oppløst i løpet av juni 2007. Denne årsberetningen og årsregnskapet for 2007 dekker virksomheten som ble drevet av de to tidligere regionale helseforetakene frem til 31. mai 2007, sammen med virksomheten i det nye Helse Sør-Øst RHF. Se for øvrig omtale i prinsippnotatet til årsregnskapet.

## Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,6 millioner innbyggere. Dette utgjør drøyt 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har cirka 69 000 medarbeidere og et årlig budsjett på om lag 50 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven et "sørge for"-ansvar i regionen. Det regionale helseforetaket er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester.

Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer også ansvar for behandling av rusavhengige, pasienttransport, habilitering og rehabilitering. Virksomheten omfatter somatiske sykehus, institusjoner innen

psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2008 16 helseforetak. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommerisielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med cirka 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opp-trening, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor i Hamar og administrasjonsstedet i Skien.

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

## Samordning og bedre bruk av ressurser

Da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen fikk det nye regionale helseforetaket et tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Sylvia Brustad. I protokollen fra foretaksmøtet, heter det blant annet: "Hovedintensjonene (med sammen-slåingen) er:

- Behov og potensial for bedre samordning og ressursutnyttelse i hovedstadsområdet spesielt og i den nye regionen generelt
- Samordning av fag- og forskningsmiljøer
- Bedre utnyttelse og koordinering av personell, sykehusarealer, kostbart medisinsk utstyr, IKT, støttefunksjoner, framtidige investeringer mv..."

## Fem innsatsområder

For å kunne nå de prioriterte målene som eier og styre har satt for virksomheten, har Helse Sør-Øst RHF etablert et eget "Program for utvikling og omstilling". Programmet er delt i fem innsatsområder:

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

## Hovedstadsprosessen

Målet med hovedstadsprosessen er å gjennomføre nasjonale mål om bedre kvalitet og bedre utnyttelse av ressursene. Prosessen skal føre til avklaring, beslutning og gjennomføring av blant annet:

- Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet
- Funksjonsfordeling, organisering og samling av spesialiserte behandlingsfunksjoner
- Utvikling av lokalbaserte tjenester, samhandling med kommunehelsetjenesten, rus og psykisk helse
- Universitetssykehusstruktur- og funksjoner i hovedstadsområdet

I april 2008 gikk styret inn for å etablere syv større sykehusområder i Helse Sør-Øst. Denne organiseringen skal bidra til helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted, differensiering av tjenestene i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester – og at de fleste spesialisthelsetjenester tilbys desentralisert i regionen.







## ÅRSBERETNING

Styret fastsatte samtidig prinsipper for organiseringen av tjenestene innenfor sykehusområdene, prinsipper for organisering av lokalbaserte tjenester, for samhandling med kommunene, for akuttfunksjoner og for spesialiserte og regionale funksjoner. I tillegg fastsatte styret premisser som skal legges til grunn for utvikling av framtidig behandlingsskapitet. Prinsippene og premisser vil innebære etablering av breddekompetansebaserte lokal-sykehusfunksjoner, at akuttfunksjoner og spesialiserte tjenester samles færre steder og kapasitetstilpasninger i tråd med behov.

I perioden frem mot juni 2008 skal det innenfor de foreslåtte sykehusområdene utarbeides forslag til en strategi for omstilling på kort og lang sikt basert på disse prinsippene. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. I juni skal det med utgangspunkt i løsningsforslagene legges frem for styret et forslag til helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. Forslaget skal, etter at det er forelagt styret, sendes på en høring i perioden fra juli og ut september. Styret vil ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i sitt møte i oktober 2008.

### *Forskning*

De to tidligere regionene hadde hvert sitt forskningsutvalg og egne strategier for forskningsinnsatsen i regionen. Arbeidet med å forene to ulike forskningskulturer har kommet godt i gang. Rett etter sammenslåingen ble det etablert et felles forskningsutvalg. Utlysning og tildeling av forskningsmidler for 2008 ble gjennomført som en felles prosess for disse områdene i tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.

Styret ønsker å styrke forskningsinnsatsen i Helse Sør-Øst gjennom realisering av synergieffekter og styrket koordinering. Sentralt i dette arbeidet er utviklingen av en ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst. Utkastet er nå på høring. Ny forskningsstrategi skal behandles i styret i mai.

Parallelt med strategiarbeidet styrkes kartleggingen av ressursbruk til forskning i Helse Sør-Øst. Samlet ressursbruk til forskning i hele foretaksgruppen er på i størrelsesordenen milliard kroner. Forskningsmiljøet i Helse Sør-Øst står for cirka 62 prosent av de forskningsartikler som publiseres av spesialisthelsetjenesten.

### *Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner*

Styret har besluttet at administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen skal standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess. Styret ønsker at det etableres interne fellestjenester for hele Helse Sør-Øst. Innsatsområdet er delt inn i fire underområder: Innkjøp og logistikk, administrative tjenester innen lønn og personal, IKT og eiendom.

Helse Sør-Øst har identifisert et forbedringspotensial på cirka 400 millioner kroner knyttet til konsolidering og standardisering rundt innkjøpsavtaler. Det er utarbeidet en handlingsplan for å kunne realisere dette potensialet. Styret har besluttet at alle helseforetakene i foretaksgruppen skal tilknyttes Helse Sør-Øst sin felles eksterne forsyningsløsning som innbefatter lager og transportvirksomhet driftet av tredjepart.

Det skal innføres en felles løsning for administrative HR-tjenester som omfatter alle foretak i regionen. Dette vil skje gjennom en standardisering og harmonisering av tjenestene. Standardisering gjelder både prosesser, teknologi og organisering. Helse Sør-Øst har fellestjenesteenheter Sykehuspartner som vil bli utviklet videre som fellestjenesteaktør.

Styret har besluttet at det skal utvikles en felles leverandør av IKT-tjenester organisert sammen med andre stabs- og støttefunksjoner i Sykehuspartner. Styringsmodellen for Sykehuspartner er styrket for å utvikle og sikre tjenesteleveransene. Eksisterende kompetanse og foretatte investeringer skal hensyntas ved utviklingen av slik felles tjenesteleverandør. Det er ikke realistisk å gjennomføre en full overgang til felles løsninger på alle områder på kort sikt.

Helse Sør-Øst har som mål å redusere samlet bygningsareal med minimum 10 prosent. Samtidig skal driften av den resterende eiendomsmassen også effektiviseres med 10 prosent. En tilstandsvurdering av nær all bygningsmasse i Helse Sør-Øst stadfester at en stor del av bygningsmassen trenger større grad av vedlikehold for å kunne tilfredsstille minimumskrav for normal bruk.

### *Kunnskapshåndtering og beste praksis*

Styret vil at Helse Sør-Øst skal legge til rette for at foretakenes ansatte kan basere behandling og omsorg for pasientene på beste kunnskap, integrert med klinikernes erfaringer og pasientenes preferanser. Forskningsbasert kunnskap skal benyttes i alle deler av foretaksgruppens virksomhet der det er relevant.

Helse Sør-Øst vil utvikle en fremtidsrettet helhetlig strategi for å videreutvikle arbeidet med kunnskapshåndtering. Arbeidet vil bli gjennomført i samarbeid med Nasjonalt Kunnskaps-senter for Helsetjenesten. Utarbeiding av helhetlig strategi skal gå frem til desember 2008. Implementeringen går fra 2009 til 2011.

### *Mobilisering av medarbeidere og ledere*

Styret ønsker at Helse Sør Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten. Foretaksgruppen skal ta i bruk arbeidsformer i omstilling og daglig drift som engasjerer den enkelte medarbeider, gir reell medbestemmelse over egen arbeidsplass og tar i bruk og verdsetter medarbeideres ressurser og kompetanse.

### **Pasientrettet virksomhet**

Helse Sør-Øst sin hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding for 2007" er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

Helse Sør-Øst har i 2007 prioritert innsats på områdene habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern og spesialisthelsetjenester for eldre, i tråd







## ÅRSBERETNING

med føringer i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene.

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

**Psykisk helse og rusbehandling**  
Opptreppingsplanen for psykisk helse er fulgt opp. Den relative ressursøkningen har vært større innenfor psykisk helsevern enn somatikk. Ventetidene for foretaksgruppen samlet er litt redusert for barn og unge, ellers er de omtrent på samme nivå som i 2006. For barn og unge blir nyhenvisningene også raskere behandlet enn tidligere.

Helse Sør-Øst RHF er likevel bekymret for at aktivitetsøkningen i psykisk helsevern ikke speiler økningen i ressursinnsats i ønsket grad. Helseforetakene rapporterer at dette kan forklares i endrede arbeidsformer. Mye av virksomheten registreres ikke eller bare delvis, fordi det ikke er utviklet nasjonale indikatorer og registreringer.

Tilsvarende vurderinger gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Sør-Øst har et særlig stort innslag av private leverandører på dette området. Dette skaper en del utfordringer i prioriteringen av og samhandlingen med foretakenes egne aktiviteter, samt relasjonen til kommunenes viktige ansvar for egen rusomsorg. For å nå flere pasienter har en satset på flere og mer varierte tilbud.

**Habilitering og rehabilitering**  
Tjenesteområdene habilitering og rehabilitering har i 2007 fortsatt en utvikling mot mer målrettede tilbud, både med spissing av målgrupper og differensiering av tilbudene. Innenfor rehabilitering har ordningen med "Raskere tilbake" gitt særlige tilbud for arbeidstakere som trenger hjelp til å fortsette i arbeidslivet. Den samlede rehabiliteringsinnsatsen er styrket i 2007.

Både tidligere Helse Sør og Helse Øst ferdigstilte egne planer for spesialisthelsetjenester for eldre i begynnelsen

av 2007. Det gjenstår å sammenstille disse planene, slik at Helse Sør-Øst får en samlet forpliktende og tiltaksorientert handlingsplan.

### **Kroniske pasienter**

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

### **Aktivitetstall**

Aktiviteten målt i antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret gikk opp fra 617 360 poeng i 2006 med 3,4 prosent til 637 760 poeng i 2007. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatikk økte fra 2 108 000 med 3,7 prosent til 2 187 000.

Innenfor psykisk helsevern for voksne økte antall polikliniske konsultasjoner med 6,3 prosent, mens tilsvarende økning for barn og ungdom var 14,5 prosent. Antall utskrivinger fra behandling innen psykisk helsevern lå på samme nivå som i 2006. Her oppnådde Helse Sør-Øst en ønsket prioritering av behandling av barn, hvor antall utskrivinger økte med 9,2 prosent. Antall oppholdsdager i dagbehandling gikk ned med 24,9 prosent for voksne og 3,8 prosent for barn.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte antall polikliniske konsultasjoner med 14,2 prosent i forhold til 2006.

### **Akuttmottakene**

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2007 tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottakene i en rekke helseforetak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapporten påpekte mangelfull styring og ledelse i mange av mottakene. Forbedring av forholdene ved akuttmottakene blir nå prioritert i Helse Sør-Øst. De fleste avvikene ved tilsynet

er lukket. Helse Sør-Øst arbeider for å skape trygghet for at tilbudet som befolkningen får i de mest kritiske livssituasjoner er faglig forsvarlig.

### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv. Men beregninger viser at også i Norge rammes en for stor andel av pasientene av uønskede hendelser. Helse Sør-Øst gjennomfører en rekke tiltak for å bedre pasientsikkerheten, blant annet ved å:

- Avdekke kritiske områder gjennom risikostyring og etablering av god internkontroll.
- Avdekke feil og uønskede hendelser gjennom avviksbehandling.
- Utnytte medarbeidernes kunnskap og kompetanse på best mulig måte. Stimulere til åpenhet og god meldekultur.
- Gjennomføre kampanjer, fagrevisjoner, sertifisering, akkreditering og andre tiltak.

Flere av helseforetakene i foretaksgruppen har sertifisert eller akkreditert enheter eller prosesser etter ISO standarder. Arbeidet med å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorier i foretaksgruppen startes nå opp. Helse Sør-Øst vil også vurdere en videre utvikling og utbredelse av ISO-sertifisering og akkreditering i regionen.

Styret skal behandle en kvalitetsstrategi for Helse Sør-Øst høsten 2008.

### **Pasienttransport**

I perioder av 2007 har det vært knyttet store utfordringer til å få gjennomført pasienttransport på en god måte, spesielt i Oslo og Akershus. Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet startet høsten 2007 en utredning for å se på rammebetingelsene for pasienttransport. Helse Sør-Øst har parallelt iverksatt et prosjekt for å analysere årsakene til problemene med pasienttransport og iverksette tiltak for å bedre situasjonen.

### **Forholdet mellom bruken av egne helseforetak og private virksomheter**

Helse Sør-Øst bruker om lag 3 milli-







## ÅRSBERETNING

arder kroner, eller cirka seks prosent av budsjettet til kjøp av helsetjenester fra private leverandører. Styret har vedtatt en strategisk plan for kjøp av helsetjenester i perioden 2008-2011. Planen skal sikre en helhetsbetraktning i forhold til "sørge for"-ansvaret.

### **Brukermedvirkning**

Etter sammenslåingen oppnevnte Styret for Helse Sør-Øst RHF nytt brukerutvalg etter forslag fra brukerorganisasjonene og de fylkeskommunale elderråd. Brukerutvalget gir i sin egen årsrapport som er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no) uttrykk for at utvalgets hovedoppgave er å sørge for at pasientenes behov er i sentrum på deres premisser. Utvalget mener at Helse Sør-Øst RHF vektlegger sterk og reell brukermedvirkning i alle viktige prosesser og ser at brukerkompetansen er nyttig.

### **Større byggeprosjekter**

Det største investeringsprosjektet i Helse Sør-Øst er Nye Ahus-prosjektet i Lørenskog kommune. Sykehuset skal tas i bruk i oktober 2008. Totalt vil det nye sykehuset bli på 135 000 kvadratmeter, hvorav 114 000 kvadratmeter er nybygg. Sykehuset får 580 senger.

Allerede 1. april 2008 ble 10 000 kvadratmeter overtatt og tatt i bruk. Nye Ahus-prosjektet har en investeringsramme på cirka 8,6 milliarder kroner. Prosjektet følger forutsatte planer, både for fremdrift og økonomi.

Nytt forskningsbygg ved Rikshospitalet HF er igangsatt. Bygget føres opp ved Radiumhospitalet på Montebello og antas å bli ferdigstilt for bruk i annet kvartal 2009, innenfor den godkjente investeringsrammen på 1 milliard kroner i 2003-verdi.

### **Årsregnskapet**

Helse Sør-Øst RHF avlegger sitt regnskap etter regnskapsloven. I henhold til krav i regnskapsloven bekrefter styret og administrerende direktor at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningene om fortsatt drift.

### **Foretaksgruppen Helse Sør-Øst**

De to tidligere regionale helseforetakene, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF hadde etablert ulike modeller for inntektsfordeling mellom helseforetakene innen sine respektive foretaksgrupper, og ulike økonomiske styringsregimer overfor helseforetakene. Det har derfor vært en betydelig utfordring å samordne disse styringsregimene til et enhetlig system for oppfølging av økonomien. Dette skyldes ikke minst at sammenslåingen av de tidligere helseregionene fant sted midt i budsjettåret, og at den sammenslåtte helseregionen på tidspunktet for sammenslåingen hadde et samlet negativt budsjettavvik i forhold til eiers resultatkrav på 521 millioner kroner.

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

Årsregnskapet for 2007 er avlagt samlet for Helse Sør-Øst, og det er foretatt en tilsvarende konsolidering med tilhørende eliminerings av årsregnskapene for 2006 for tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst, for å få sammenlignbare tallstørrelser.

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 44,1 milliarder kroner i 2006 med 9,0 prosent til 47,2 milliarder kroner i 2007. De samlede driftsinntektene i 2007 fordeler seg med 29,9 milliarder kroner i basisrammefinansierte inntekter, 12,5 milliarder kroner som aktivitetsfinansierte inntekter og 4,8 milliarder kroner som andre inntekter.

Den generelle inntektsoverføringen (basisramme) fra staten økte fra 28,0 milliarder kroner med 6,7 prosent til 29,9 milliarder kroner i 2007. Refusjonssatsen for aktivitetsbasert finansiering (ISF-satsen) var 40 prosent for begge år.

Lønn og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarende 58,2 prosent av totale driftskostnader for 2007. Disse kostnadene økte med 14,3 prosent fra

26,0 milliarder kroner i 2006 til 29,7 milliarder kroner i 2007. Deler av denne økningen forklares ved at nye beregningstekniske parametre ga en økt pensjonskostnad på nærmere 1,9 milliarder kroner i 2007 sammenlignet med 2006. Hensyntatt dette forholdet er den reelle kostnadsveksten på om lag 7 prosent. Dette skyldes både generell lønnsvekst og en økning i bemanningen i foretaksgruppen. Samlet kostnad for innleie av helsepersonell var i 2007 i overkant av 400 millioner kroner.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen gikk opp fra 2,99 milliarder kroner i 2006 med 1,4 prosent til 3,03 milliarder kroner i 2007. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 61,6 millioner kroner på varige driftsmidler i 2007.

Netto finansresultat for foretaksgruppen forverret seg fra en netto finansinntekt i 2006 på 12,3 millioner kroner til en netto finanskostnad på 43,6 millioner kroner i 2007. Foretaksgruppen har hatt en vesentlig økning i bruk av driftskreditt som i hovedsak skyldes underskudd på driften. Etter vedtak i styret i november 2007 er driftskredittrammen til Helse Sør-Øst RHF økt fra 2 500 millioner kroner til 2 700 millioner kroner ut fra ramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Årsresultatet for 2007 viser et regnskapsmessig underskudd på 3 861,8 millioner kroner. Sammenlignbart resultat for 2006 var et underskudd på 1 800,4 millioner kroner. Se for øvrig omtale i notene til årsregnskapet.

I foretaksmøtene i februar og mai 2007 ble det stilt krav til Helse Sør-Øst RHF om at regnskapsmessig underskudd ikke skulle overskride 880 millioner kroner. I foretaksmøtet i januar 2008 ble unntak fra balansekrav ytterligere økt med 1 895 millioner kroner, tilsvarende merkostnader pensjon som følge av endrede økonomiske forutsetninger. Styringsmålet for foretaksgruppen er således i 2007 et underskudd på 2 775 millioner kroner. I forhold til dette styringsmålet har foretaksgruppen i 2007 et negativt avvik på 1 086,8 millioner kroner.





## ÅRSBERETNING

Hovedårsaken til det negative resultatavviket er manglende og ikke planlagte omstillingstiltak, samt manglende realisering av vedtatte omstillingstiltak i de enkelte helseforetakene på til sammen cirka 720 millioner kroner. Videre skyldes det negative avviket høyere lønnskostnader enn forventet, med en netto økning i antall månedsværk gjennom året på 1 440, samt andre driftskostnader. I tillegg har økte kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer, samt redusert inntekt for dagrehabilitering påvirket resultatet negativt.

Foretaksgruppen hadde i 2007 en positiv kontantstrøm på 280,3 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2007 var 1 503,1 millioner kroner, herav bundne midler 1 064,4 millioner kroner.

Foretaksgruppen har en driftskreditt-ramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 2,7 milliarder kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av denne rammen er det trukket 2,5 milliarder kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2007 en samlet pensjonsforpliktelse på 15,9 milliarder kroner. Av denne forpliktelsen er 16,0 milliarder kroner en ikke regnskapsført forpliktelse, i tråd med regnskapsreglene. Disse betydelige forpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordningen.

### **Helse Sør-Øst RHF**

Resultatregnskapet for Helse Sør-Øst RHF viser at underskuddet økte fra 1 747,4 millioner kroner i 2006 til 3 872,0 millioner kroner i 2007. Hovedårsaken til underskuddet er nedskrivning av finansielle anleggsmidler på 4 106,3 millioner kroner på grunn av underskudd i datterforetakene.

### **Finansielle og andre risikoer forbundet med økonomi**

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Foretaksgruppen er også til en viss grad eksponert for endringer i valutakurser gjennom innkjøp.

### **Avleggelse av regnskapet**

Fra årsskiftet 2007/2008 og frem til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet. Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling utover det som fremgår av årsberetning og årsregnskap.

### **Eierforhold og organisasjon**

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier 100 prosent av Helse Sør-Øst RHF.

### **Styre og administrasjon**

Styret for Helse Sør-Øst RHF ble oppnevnt i statsråd 11. mai 2007: Hanne Harlem (leder), Harry Konterud (nestleder), Unni Hanson, Audun Holsbrekken, Tor Ottar Karlsen, Andreas Kjær, Kirsten Huser Leschbrandt, Knut Even Lindsjørn, Randi Talseth, Anne Carine Tanum og Finn Wisløff. I samsvar med særskilt avtale med arbeidstakerorganisasjonene ble det samtidig oppnevnt fem ansatte styremedlemmer til å gjøre tjeneste inntil valg av og blant de ansatte kunne gjennomføres på ordinær måte: Kirsten Brubakk, Lars Eikvar, Morten Falkenberg, Helga R. Grinden og Svein Øverland.

I oktober 2007 ble det gjennomført valg av ansattvalgte medlemmer i styret for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. november 2007 – 15. mars 2009: Kirsten Brubakk, Lars Kristian Eikvar, Morten Falkenberg, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland.

Den normale valgperioden for styremedlemmene i de regionale helseforetakene gikk ut i januar 2008. Helse Sør-Øst RHF's foretaksmøtet 24. januar 2008 valgte følgende eieroppnevnte styremedlemmer for en periode på to år: Hanne Harlem (leder), Harry Konterud (nestleder), Anne Marie B. Jorani, Andreas Kjær, Kirsten Huser Leschbrandt, Knut Even Lindsjørn, Berit Eivi Nilsen, Dag Stenersen, Randi Talseth, Anne Carine Tanum og Finn Wisløff.

Bente Mikkelsen ble ansatt som administrerende direktør for Helse Sør-Øst

RHF i styremøtet 21. mai. 2007 Hun har ledet det nye regionale helseforetaket siden etablering 1. juni 2007.

Det regionale helseforetakets styre har ansvaret for internrevisjonen i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen internrevisjonsenhet. Styremedlemmene Harry Konterud (leder), Morten Falkenberg, Kirsten Huser Leschbrandt og Anne Carine Tanum har utgjort kontrollkomiteen, som i 2008 har endret navn til styrets revisjonskomitee. Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en ordning med konserntiltsvalgte, bygget på tilsvarende ordninger i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Tiltsvalgte deltar aktivt i foretaksgruppens organer og prosesser.

### **Helseforetakene**

Styrene i helseforetakene ble ikke endret i forbindelse med sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF i juni 2007. I mars 2008 ble det oppnevnt nye styrever for samtlige helseforetak. Styrene har en valgperiode på to år. Helseforetakene har styrever der flertallet av de eieroppnevnte medlemmene har politisk bakgrunn, foreslått fra kommuner og fylkeskommuner i regionen.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF endret 1. oktober 2007 navn til Rikshospitalet HF.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et fullmaktsystem som begrenser helseforetakenes anledning til å foreta investeringer og oppta lån. Dette innebærer også at helseforetakene før erverv eller stiftelse av heleid datterselskap må søke Helse Sør-Øst RHF om samtykke. Tilsvarende gjelder for opptak av lån i slike selskaper. Hensikten er å sikre at det ikke etableres nye selskaper som ikke er forenlige med vedtekter og regelverk.

### **Ansvarlige selskaper og felleseide aksjeselskaper**

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF eide ved sammenslåingen i juni 2007 hver en halvpart av Sykehusapotekene ANS. Selskapet driver sykehusapotekene i de to helseregionene. Hovedkontoret ligger i





## ÅRSBERETNING

Oslo. Med virkning fra 1. januar 2008 er Sykehusapotekenes organisasjonsform endret fra ANS til helseforetak (HF). Det nye Sykehusapotekene HF er heleid av Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF eier 40 prosent av helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS). Hvert av de tre andre regionale helseforetakene eier 20 prosent av selskapet, som tar seg av den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet.

De fire regionale helseforetakene har to felles eide aksjeselskap: Helseforetakenes Innkjøpsservice AS og Norsk Helsenett AS. Selskapene eies med 40 prosent av Helse Sør-Øst RHF og 20 prosent hver av de øvrige regionale helseforetakene. Helseforetakenes Innkjøpsservice AS skal bidra til at helsesektoren i Norge i størst mulig grad utnytter de fordeler som finnes ved å samordne sine anskaffelser. Norsk Helsenett AS etablerer og driver et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. For nærmere informasjon om resultater i 2007 henvises til årsregnskapets note 6.

### Arbeidsmiljø, ytre miljø, likestilling, etikk og risikovurdering

#### Arbeidsmiljø

Alle enheter i foretaksgruppen har i 2007 arbeidet systematisk for å redusere sykefraværet. Rapportert sykefravær i Helse Sør-Øst gikk ned med 0,1 prosentpoeng fra 8,4 prosent i 2006 til 8,3 prosent i 2007. Den sammenlignbare nedgangen i sykefraværet er imidlertid noen tidels prosentpoeng bedre, da måten sykefravær blir registrert og målt på ble endret i løpet av 2007. Alle helseforetakene i gruppen er IA-bedrifter (Inkluderende Arbeidsliv).

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

Antall rapporterte HMS-avvik gikk ned fra 5 014 i 2006 med 2,8 prosent til 4 876 i 2007. Avvikene er hovedsakelig mindre stikkskader og rapporterte avvik i forbindelse med psykiatrisk behandling. Definisjonene av avvik varierer en del mellom helseforetakene. Nærmere infor-

masjon er gitt i de enkelte helseforetaks årsberetninger.

Arbeidstilsynets tilsynskampanje "God vakt" ble gjennomført i et flertall av Helse Sør-Østs helseforetak i 2005.

Denne kampanjen var en del av en nasjonal prioritering fra Direktoratet for Arbeidstilsynet med tanke på arbeidsmiljø i spesialisthelsetjenesten. Det ble avdekket svakheter på flere områder. Alle påleggene som ble gitt er fulgt opp og forbedret. Dette danner utgangspunkt for et mer systematisk miljøarbeid framover.

Både Helse Sør og Helse Øst hadde utviklet systemer for kartlegging og utvikling av lokalt arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet, inkludert oppfølging av resultatene gjennom involverende forbedringsprosesser. Dette arbeidet videreføres i Helse Sør-Øst, som utvikler et felles system for kartlegging og forbedring av arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet. Metoderekken skal bli et fast, årlig tiltak for utvikling og forbedring av arbeidsmiljøet.

#### Ytre miljø

Helse Sør-Østs viktigste påvirkning av det ytre miljø er gjennom forbruk av vann og energi – og gjennom behandling av avfall fra vår virksomhet. Dessuten fører Helse Sør-Østs virksomhet til betydelig transport av egne ansatte, pasienter, pårørende og leverandører.

Samlet vannforbruk i 2007 var 2 657 000 kubikkmeter, en økning på 2,2 prosent fra 2 601 000 kubikkmeter i 2006.

Helseforetaksgruppens samlede energiforbruk (ex transport) var 703 GWh, en økning på 5,3 prosent fra 641 GWh i 2006. Helseforetakene er i gang med to prosjekter innen energiledelse, hvor overordnet målsetting er å drifte foretakenes bygningsmasse med en varig, sikker og lønnsom energibruk, samtidig som kostnader og miljøbelastning reduseres. Målet er å redusere energibruken med 30 GWh per år innen 2012 og samtidig ha foretatt en konvertering av energibruken på minimum 7 GWh per år. Forutsatt dagens energipriser utgjør dette en årlig besparelse på cirka 25 millioner kroner. Enova har gitt tilsagn om økonomisk støtte til prosjektene.

Alle foretakene samler og sorterer betydelige deler av sitt avfall til

gjenvinning. En liten del av avfallsvolumet er spesialavfall, som behandles etter regler for dette. I 2007 var samlet avfallsvolum for foretaksgruppen 14 485 tonn, som er en nedgang på 2,5 prosent fra 14 853 tonn i 2006.

Ved innkjøp av varer og tjenester krever Helse Sør-Øst at tilbyderne fremlegger relevant miljøinformasjon om leverandørens egen virksomhet og produktet som tilbys. Denne informasjon vektlegges ved valg av leverandør.

Foretakene gir informasjon om sin påvirkning av det ytre miljø i sine årsberetninger, inkludert eget vannforbruk, energiforbruk og avfallsvolum. Enkelte av helseforetakene er underlagt spesielle utslippstillatelser, som følges opp av det enkelte helseforetak.

I flere av de eldre bygningene som helseforetakene eier, er det benyttet asbest og PCB. Disse stoffene kan være helsefarlige, og det er ikke lenger tillatt å benytte dem ved nybygg. Ved riving, ombygging og rehabilitering settes arbeid med bygg som inneholder slike stoffer bort til bedrifter som har offentlig godkjenning til dette. Myndighetene har besluttet at PCB-holdige kondensatorer i lysarmatur og strømgjennomføringer er forbudt fra 1.1.2008 og 1.1.2010. Helseforetakene gjennomfører et utskiftingsprogram i tråd med disse bestemmelsene.

#### Likestilling

Helse Sør-Øst RHF's styre har en god balanse mellom kvinner og menn. Av de elleve eieroppnevnte medlemmer er seks kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordeler seg med to kvinner og tre menn.

Blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom antall kvinner og menn. De enkelte helseforetak redegjør for lokale likestillings-spørsmål i sine årsberetninger. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av fire kvinner og fire menn.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. To av syv styreledere er kvinner.

Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne. Fire av seksten helseforetak ledes av





kvinner. Utviklingen har vært positiv siden etableringen av helseforetakene i 2002, da var bare ett helseforetak ledet av en kvinne.

Helseforetaksgruppen har ikke utarbeidet felles retningslinjer for likestillingsarbeidet. Alle helseforetakene redegjør for likestilling mellom kjønnene og arbeidet med likestilling i sine årsberetninger.

#### **Arbeidet med etikk, verdier og boldninger**

Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er omsatt til følgende normer for vår virksomhet:

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

Erfaringene fra den såkalte "ambulansesaken" i Sofienbergparken i Oslo sommeren 2007 er benyttet internt for å styrke arbeidet med å legge forholdene til rette for at pasienten skal oppleve å bli ivaretatt med respekt og medmenneskelighet, også i pressede situasjoner.

Helse Sør-Øst har etablert retningslinjer for praktisering av regelverk for bierverv i foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst og Legemiddelindustriforeningen har en samarbeidsavtale som skal bidra til at all samhandling mellom foretaksgruppen og legemiddelindustrien skjer på faglig og etisk korrekt måte.

#### **Risikovurdering**

Arbeidet med risikovurdering og risikostyring inngår som et integrert ledd i styringen av helseforetaksgruppen på alle nivå som ett ledd i god virksomhetsstyring. Sommeren 2007 ble det laget en samlet fremstilling og vurdering som viste risikoområder for den nye helseregionen. Høsten 2007 ble det innhentet risikovurderinger fra helseforetakene samtidig med at Helse Sør-Øst RHF gjennomførte egne risikovurderinger.

Styret for Helse Sør-Øst RHF vil i september behandle en samlet risiko-

fremstilling, som skal danne grunnlag for en helhetlig tilbakemelding til eier.

#### **Fremtidsutsikter og utfordringer**

Styret har i "Årlig melding for 2007" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål – og hvilke strategiske valg som Helse Sør-Øst planlegger for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

#### **Omstillingsprogrammet og de fem innsatsområdene**

I løpet av 2008 vil de fem innsatsområdene i omstillingsprogrammet gå fra å være i utrednings- og konseptfasen til beslutning og deretter implementering. For flere av områdene som er utredet i 2007 og 2008, vil implementeringen strekke seg flere år fremover.

Det er identifisert to overordnede risikofaktorer i gjennomføringen av omstillingsprogrammet: Ressurstilgang og manglende forankring. Styret og administrasjonen har iverksatt tiltak for å sikre at organisasjonen har tilstrekkelig kraft og fokus til å gjennomføre omstillingsprogrammet.

#### **Pasientbehandling**

Parallelt med arbeidet med omstillingsprogrammet har Helse Sør-Øst prioritert en særskilt oppfølging i 2008 av tre av kvalitetsindikatorerne: Epikriser/epikrisetid, korridorpatienter og individuell plan.

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

Fremtidig utvikling og omstilling av tjenestetilbudet må baseres på langsiktighet, forutsigbarhet og økonomisk bærekraft, grunnlagt på Nasjonal helseplan, mål for 2008 og arbeidet med omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst.

#### **Økonomi**

Helse Sør-Øst RHF har som mål å levere et resultat i balanse i 2008 i henhold til styringskrav og fastsatt aktivitetsnivå. For å oppnå dette må blant annet aktiviteten

styres ut fra faglig prioritering slik at regionens "sørge for"-ansvar dekkes innen fastsatt aktivitetsnivå. Bemanningsutviklingen må styres både i volum og i forhold til kompetanse innen ressursrammen.

Det regjeringsoppnevnte utvalget med mandat å vurdere prinsippene for fordeling av ressurser mellom helse-regionene, avga sin innstilling 10. januar 2008. Av innstillingen går det frem at de prinsipper som utvalget har lagt til grunn innebærer en omfordeling av midler fra Helse Sør-Øst til de andre på i størrelsesorden 750-800 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF er enig i ønsket om et enkelt og rettferdig inntektsfordelings-system mellom staten og de regionale helseforetakene. Selv om regionen stiller seg bak hovedprinsippene i arbeidet er det likevel svakheter i utvalgets arbeid som må rettes opp før modellene kan implementeres. Dette gjelder særlig:

- Forhold ved behovsindeksen for somatiske spesialisthelsetjenester, i første rekke bruken av klima og breddegrader som behovsvariabler.
- Forhold ved kostnadsindeksen, i første rekke håndteringen av forskning og undervisning.
- Forhold ved behovsvariabelen for prehospitaltjenester.

Helse Sør-Øst RHF arbeider for å kunne ta i bruk en felles fordelingsmodell for inntekter mellom helseforetakene fra 2009.

#### **Strukturfond**

Stortinget har vedtatt å øke bevilgningene til helseforetakene med sikte på at helseforetakene kan gjenanskaffe verdien av de bygg og det utstyr som de overtok i 2002.

Opprinnelige bevilgninger til gjenanskaffelse og vedlikehold av varige driftsmidler utgjorde for hele landet cirka 3 milliarder kroner årlig, mens behovet for bevilgninger til opprettholdelse av nivået på driftsmidlene ble beregnet til cirka 5 milliarder kroner. Det er i årene etter etableringen av helseforetakene gjennomført effektiviseringer og omstruktureringer som forutsetningsvis innebærer et noe redusert behov for bevilgninger til gjenanskaffelse og vedlikehold av varige driftsmidler. Gjennom St. prp. Nr. 1 (2007-2008) er det nå



## ÅRSBERETNING

vedtatt en økning i årlige bevilgninger, som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold, er ment å gi dekning for opprettholdelse av den fulle verdi av varige driftsmidler.

Strukturfondene ble etablert som bundne fond som bare kunne benyttes til dekning av de meravskrivninger som det ikke var dekning for i basisbevilgningene. Når samlede bevilgninger nå forutsettes å dekke avskrivninger på fulle verdier av

varige driftsmidler, bortfaller formålet med strukturfondene. Det vil ikke lenger være anledning til å dekke noen del av avskrivningene ved overføring fra struktur

turfondet. I og med at formålet er bortfalt, og strukturfondene ikke lenger vil kunne anvendes regnskapsmessig, er det hensiktsmessig å oppløse fondene.

**Disponering av årsresultatet**

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF ble et underskudd på 3 872 millioner kroner. Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Disponering av strukturfond	– 84 000 kroner
Overført fond for vurderingsforskjeller	4 909 000 kroner
Fra annen egenkapital	– 3 876 829 000 kroner
<u>Sum disponert</u>	<u>– 3 872 003 000 kroner</u>

Kristiansand 16. april 2008

  
Hanne Harlem  
Leder

  
Harry Konterud  
Nestleder

  
Kirsten Brubak

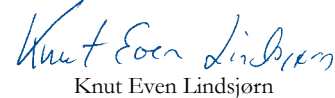
  
Lars Kristian Eikvar

  
Morten Falkenberg

  
Anne Marie B. Jorani

  
Andreas Kjer

  
Kirsten Huser Leschbrandt

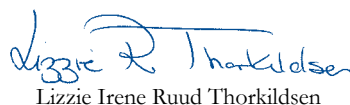
  
Knut Even Lindsjørn

  
Berit Eivi Nilsen

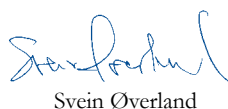
  
Dag Stenersen

  
Randi Talseth

  
Anne Carine Tanum

  
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

  
Finn Wisloff

  
Svein Overland

  
Bente Mikkelsen  
Administrerende direktør



ÅRSREGNSKAP

# Resultatregnskap

Beløp i 1 000 kroner

Helse Sør-Øst RHF				Foretaksgruppen	
2006	2007	Note	DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2007	2006
28 020 245	29 887 066	1	Basisramme	29 887 066	28 020 245
9 960 830	10 405 793	1	Aktivitetsbasert inntekt	12 528 453	11 794 389
2 429 154	2 864 037	1	Annen driftsinntekt	4 806 956	4 282 304
<b>40 410 228</b>	<b>43 156 896</b>		<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>47 222 475</b>	<b>44 096 938</b>
39 888 859	42 010 782		Kjøp av helsetjenester	8 015 018	7 308 250
91 470	2 733	2	Varekostnad	5 113 645	4 883 704
205 970	240 170	3	Lønn og annen personalkostnad	29 714 077	25 998 890
79 593	86 583	4,5	Ordinære avskrivninger	3 030 856	2 990 276
30 220	-11 762	4,5	Nedskrivning	61 641	42 703
532 581	696 228	7	Annen driftskostnad	5 105 543	4 681 116
<b>40 828 692</b>	<b>43 024 735</b>		<b>Sum driftskostnader</b>	<b>51 040 780</b>	<b>45 904 939</b>
<b>-418 464</b>	<b>132 161</b>		<b>Driftsresultat</b>	<b>-3 818 305</b>	<b>-1 808 001</b>
<b>FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>					
180 993	321 280	7,10	Finansinntekter	224 038	124 590
1 381 334	4 106 317	6	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
128 577	219 128	7,10	Finanskostnader	267 656	112 324
<b>-1 328 918</b>	<b>-4 004 165</b>		<b>Netto finansresultat</b>	<b>-43 618</b>	<b>12 267</b>
<b>-1 747 382</b>	<b>-3 872 003</b>		<b>Resultat før skattekostnad</b>	<b>-3 861 922</b>	<b>-1 795 735</b>
0	0	8	Skattekostnad	-117	4 701
<b>-1 747 382</b>	<b>-3 872 003</b>		<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-3 861 805</b>	<b>-1 800 436</b>
			<b>Minoriteters andel av årsresultatet</b>	<b>1 663</b>	<b>-587</b>
<b>OVERFØRINGER</b>					
-268 915	0		Overført fra annen innskutt egenkapital	0	0
-97	-84		Overført fra strukturfond	-382 381	-390 863
248	4 909		Overført til fond for vurderingsforskjeller	4 909	0
0	0		Overført minoritet	1 663	974
-1 478 618	-3 876 829		Overføringer fra annen egenkapital	-3 485 997	-1 410 547
<b>-1 747 382</b>	<b>-3 872 003</b>		<b>Sum overføringer</b>	<b>-3 861 805</b>	<b>-1 800 436</b>

# Balanse

Beløp i 1 000 kroner

Helse Sør-Øst RHF		Balanse per 31. desember		Foretaksgruppen	
2006	2007	Note	EIENDELER	2007	2006
			<b>Anleggsmidler</b>		
			<b>Immaterielle driftsmidler</b>		
157 619	256 716	4	Immaterielle eiendeler	685 039	570 384
0	0	8	Utsatt skattefordel	17	374
<b>157 619</b>	<b>256 716</b>		<b>Sum immaterielle eiendeler</b>	<b>685 056</b>	<b>570 758</b>
			<b>Varige driftsmidler</b>		
33 350	94 626	5	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	28 154 733	29 047 364
111 416	116 904	5	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	3 825 317	3 865 190
4 207 543	6 040 678	5	Anlegg under utførelse	7 617 925	5 478 620
<b>4 352 309</b>	<b>6 252 208</b>		<b>Sum varige driftsmidler</b>	<b>39 597 976</b>	<b>38 391 174</b>
			<b>Finansielle anleggsmidler</b>		
27 559 292	23 457 568	6	Investering i datterselskap/foretak	0	0
3 311 072	3 143 985	6,10	Andre finansielle anleggsmidler	666 876	604 766
1 618	1 569	9	Pensjonsmidler	1 876 859	2 168 261
<b>30 871 982</b>	<b>26 603 122</b>		<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<b>2 543 735</b>	<b>2 773 027</b>
<b>35 381 911</b>	<b>33 112 047</b>		<b>Sum anleggsmidler</b>	<b>42 826 767</b>	<b>41 734 959</b>
			<b>Omløpsmidler</b>		
0	0	2	Varer	280 348	287 104
			<b>Fordringer</b>		
2 297 626	3 042 520	7	Fordringer	2 027 585	1 867 752
<b>2 297 626</b>	<b>3 042 520</b>		<b>Sum fordringer</b>	<b>2 027 585</b>	<b>1 867 752</b>
45 998	23 691	11	Bankinnskudd, kontanter o.l.	1 503 149	1 222 877
<b>2 343 624</b>	<b>3 066 211</b>		<b>Sum omløpsmidler</b>	<b>3 811 082</b>	<b>3 377 732</b>
<b>37 725 535</b>	<b>36 178 257</b>		<b>SUM EIENDELER</b>	<b>46 637 849</b>	<b>46 112 691</b>



ÅRSREGNSKAP

Beløp i 1 000 kroner

Helse Sør-Øst RHF		Note	Balanse per 31. desember	Foretaksgruppen	
2006	2007		EGENKAPITAL OG GJELD	2007	2006
			<b>Egenkapital</b>		
			<b>Innskutt egenkapital</b>		
200	200		Foretakskapital	200	200
642	0		Strukturfond	0	4 179 625
32 855 559	32 473 821		Annen innskutt egenkapital	32 467 168	28 669 923
<b>32 856 401</b>	<b>32 474 021</b>	<b>12</b>	<b>Sum innskutt egenkapital</b>	<b>32 467 368</b>	<b>32 849 747</b>
			<b>Opptjent egenkapital</b>		
58 595	7 598		Fond for vurderingsforskjeller	7 598	2 689
0	0		Minoritetsinteresser	3 543	5 862
-6 137 062	-9 576 587		Annen egenkapital	-9 563 091	-6 054 137
<b>-6 078 467</b>	<b>-9 568 989</b>	<b>12</b>	<b>Sum opptjent egenkapital</b>	<b>-9 551 950</b>	<b>-6 045 586</b>
<b>26 777 933</b>	<b>22 905 032</b>		<b>Sum egenkapital</b>	<b>22 915 418</b>	<b>26 804 161</b>
			<b>Gjeld</b>		
			<b>Avsetning for forpliktelser</b>		
23 280	32 666	8	Pensjonsforpliktelser	1 711 996	1 114 214
1 109 039	2 063 468	13	Andre avsetninger for forpliktelser	3 302 189	2 069 997
<b>1 132 319</b>	<b>2 096 134</b>		<b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>	<b>5 014 185</b>	<b>3 184 211</b>
			<b>Annen langsiktig gjeld</b>		
5 369 304	6 692 450	10	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	6 692 450	5 369 303
1 861 512	815 996	10	Øvrig langsiktig gjeld	1 323 700	331 076
<b>7 230 816</b>	<b>7 508 446</b>		<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>	<b>8 016 150</b>	<b>5 700 380</b>
			<b>Kortsiktig gjeld</b>		
407 458	926 647		Driftskreditt	926 647	1 017 278
0	0	8	Betalbar skatt	1 309	3 665
24 626	30 059		Skyldige offentlige avgifter	2 032 794	1 706 316
2 152 382	2 711 939	7	Annen kortsiktig gjeld	7 731 346	6 696 681
<b>2 584 466</b>	<b>3 668 446</b>		<b>Sum kortsiktig gjeld</b>	<b>13 962 096</b>	<b>9 423 939</b>
<b>10 947 602</b>	<b>13 273 225</b>		<b>Sum gjeld</b>	<b>23 722 430</b>	<b>18 308 530</b>
<b>37 725 535</b>	<b>36 178 257</b>		<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD</b>	<b>46 637 849</b>	<b>45 112 691</b>


  
Hanne Harlem  
Styreleder

  
Harry Konterud  
Nestleder

  
Kirsten Brubakk  
Styremedlem

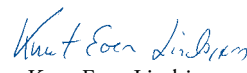
  
Lars Kristian Eikvar  
Styremedlem

  
Morten Falkenberg  
Styremedlem

  
Anne Marie B. Jøranli  
Styremedlem

  
Andreas Kjær  
Styremedlem

  
Kirsten Huser Leschbrandt  
Styremedlem

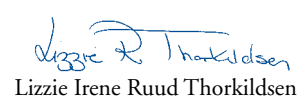
  
Knut Even Lindsjorn  
Styremedlem

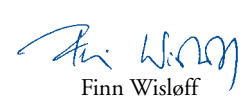
  
Berit Eivi Nilsen  
Styremedlem

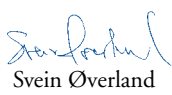
  
Dag Stenersen  
Styremedlem

  
Randi Talseth  
Styremedlem

  
Anne Carine Tanum  
Styremedlem

  
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen  
Styremedlem

  
Finn Wisløff  
Styremedlem

  
Svein Øverland  
Styremedlem

  
Bente Mikkelsen  
Administrerende direktør



# Kontantstrømoppstilling

Beløp i 1 000 kroner

Helse Sør-Øst RHF		Kontantstrømoppstilling 1.1–31.12	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
		<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:</b>		
-1 747 382	-3 872 003	Årsresultat	-3 861 805	-1 800 436
79 593	86 583	Ordinære avskrivninger	3 030 856	2 990 276
1 411 554	4 106 555	Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmidler	61 641	42 703
-466	9 434	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	889 184	-401 593
0	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-38 358	-68 767
559 148	949 837	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	1 395 902	466 991
-377 736	-179 366	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	1 205 709	470 779
<b>-75 289</b>	<b>1 101 040</b>	<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>2 683 129</b>	<b>1 699 953</b>
		<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:</b>		
0	0	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	259 332	198 359
-1 916 125	-2 092 162	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-4 830 127	-4 594 716
-130 979	172 309	Inn-/utbetalinger ved utlån	1 322	1 288
4 106	-313	Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-58 523	-100 616
<b>-2 042 998</b>	<b>-1 920 166</b>	<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-4 627 996</b>	<b>-4 495 684</b>
		<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:</b>		
1 512 513	445 649	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	2 483 788	1 581 229
-79 781	-168 018	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-168 018	-83 781
704 978	519 189	Endring driftskreditt	-90 631	1 341 370
<b>2 137 710</b>	<b>796 820</b>	<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>2 225 139</b>	<b>2 838 817</b>
19 425	-22 307	Netto endring i likviditetsbeholdning	280 272	43 086
26 573	45 998	Likviditetsbeholdning per 01.01.	1 222 877	1 179 791
<b>45 998</b>	<b>23 691</b>	<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende per 31.12.</b>	<b>1 503 149</b>	<b>1 222 877</b>

# Regnskapsprinsipper

## Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapslovens bestemmelser og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1.1.2007. Dette påvirker regnskapet til foretaksgruppen som følge av at transaksjoner og mellomværende mellom helseforetakene i tidligere Helse Sør og Helse Øst nå klassifiseres som konserninterne poster.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takst-

verdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er nonprofit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Av Ot.prp. nr. 56 (2004-2005) fremgår det at det ikke kan forventes at helseforetakene fremover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn i åpningsbalansen pr 01.01.02. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet derfor i 2002 at en andel av innskutt egenkapital skulle tilføres et strukturfond. Fondet skulle benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i fremtiden. Gjennom St. prp. nr 1 (2007-2008) er det nå vedtatt en økning i årlige bevilgninger, som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold skal gi dekning for opprettholdelse av den fulle verdi av varige driftsmidler. Behovet for det opprinnelige strukturfondet bortfaller dermed, og restverdien overføres til Annen innskutt egenkapital per 31.12.07.

Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Frem til og med årsregnskapet for 2006 ble styringsmålet fra helse- og omsorgsdepartementet gitt til helseforetakene basert på at anleggsmidlene ble avskrevet med lengre

levetider enn det som var lagt til grunn i årsregnskapet. I rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet ble det derfor lagt til grunn at korrigert resultat som framkom ved at effekten av strukturfond og kortere levetider reduserte underskuddet i foretaksgruppen. Fra og med regnskapsåret 2007 er dette endret slik at eiers styringsmål nå er knyttet opp mot det ordinære årsresultatet. Helse Sør-Øst RHF ble derfor i foretaksmøtene i februar og mai 2007 gitt styringskrav det underskuddet ikke skulle overstige 880 millioner kroner.

Som følge av implementering av ny veiledning for beregning av pensjonskostnader, økte pensjonskostnadene i Helse Sør-Øst med 1,895 milliarder kroner i 2007. Denne kostnadsøkningen er ikke kompensert for gjennom økte rammer, og økningen ble derfor unntatt fra resultatkravet til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet i januar 2008.

## Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende helseforetak. Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var én økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket.

## Datterselskap og tilknyttede selskap

Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det er foretatt nedskrivning til virkelig verdi når det har oppstått verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må

anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger er reversert når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Helse Sør-Øst RHF eier Sykehusapotekene ANS 100 %. I regnskapet for 2007 er Sykehusapotekene ANS behandlet som et datterselskap, og vurdert etter kostmetoden i Helse Sør-Øst RHF og bruttokonsolidert i foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF har eierandeler i Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Norsk Helsenett AS. Eierandelene i de tilknyttede selskapene er presentert etter egenkapitalmetoden.

### Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

Grunnfinansieringen består av basisramme drift og avskrivningstilskudd. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket.

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra NAV og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få korrekte inntektstall. Gjestepasient-oppgjør føres brutto gjennom ISF inntekt og kjøp av helsetjenester fra andre regioner/private helseinstitusjoner.

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra Sykehusapotekene ANS og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter.

I tillegg har helseforetaket salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger.

I tillegg gis som driftstilskudd øremerkede midler til opptrappingsplan innen psykiatri, samt øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til.

Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden den knytter seg til, mens ISF-inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

### Klassifisering og vurdering av balanseposter

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

### Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fra-

drag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

### Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for påregnelig ukurans.

### Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

### Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Direkte vedlikehold av driftsmidler kostnadsføres løpende under driftskostnader, mens påkostninger eller forbedringer tillegges driftsmidlets kostpris og avskrives i takt med driftsmidlet. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over 100.000 kroner. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk.

### Forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende.



### Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Pensjonsordningene behandles som "Multiemployer plans". Dette innebærer at de enkelte helseforetaks forpliktelser og kostnader beregnes som ideelle/proporsjonale andeler av de samlede forpliktelser i den aktuelle "Multiemployer plan" i henhold til den internasjonale standard IAS19. Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om diskonteringsrente, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, samt aktuariemessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang.

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjenings-tid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimat-endringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjenings-tid for den del av avvikene som overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

### Kontantstrømpoppstilling

Kontantstrømpoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrøm-oppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

### Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

### Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg og tomter er ikke endelig avklart. Det gjenstår arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det aller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen.

### Skatt

Foretakets virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til skattepliktig virksomhet i datterselskapene.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt skattevirkninger av underskudd til fremføring. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i fremtiden.

### Sammenligningstall

Sammenligningstallene består av tall fra regnskapet til Helse Sør og Helse Øst fra 2006, korrigert for eventuelle elimineringer som følge av fusjonen. Det er gjort en reklassifisering knyttet til bank og driftskreditt i 2006 for å få sammenlignbare tall med 2007. Dette påvirker også kontantstrømmen.

# Noter

Beløp i 1 000 kroner

1. Inntekter			Foretaksgruppen	
Helse Sør-Øst RHF		Driftsinntekter	2007	2006
2006	2007			
		<b>Basisramme</b>		
28 020 245	29 887 066	Basisramme	29 887 066	28 020 245
		<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>		
6 962 375	7 414 329	Behandling av egne pasienter i egen region <sup>1)</sup>	6 690 586	6 962 375
–	–	Behandling av pasienter mellom tidligere Helse Øst og Helse Sør <sup>2)</sup>	628 429	–
853 683	796 365	Behandling av egne pasienter i andre regioner <sup>3)</sup>	903 279	853 683
47 796	44 593	Behandling av andre pasienter i egen region <sup>4)</sup>	1 276 399	1 186 546
1 944 951	1 999 401	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	2 245 881	2 106 353
152 024	151 105	Andre aktivitetsbaserte inntekter	783 816	685 432
		<b>Annen driftsinntekt</b>		
800 080	989 761	Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	983 739	793 135
1 353 942	1 553 450	Øremerkede tilskudd til andre formål	1 658 494	1 628 272
–	–	Inntektsførte investeringstilskudd	547 759	9 688
–	–	Driftsinntekter apotekene	571 405	786 003
275 132	320 826	Andre driftsinntekter	1 045 621	1 065 203
<b>40 410 228</b>	<b>43 156 896</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>47 222 475</b>	<b>44 096 938</b>

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

Inntekter knyttet til aktivitet innenfor "Raskere tilbake" er klassifisert som annen driftsinntekt, og er inntektsført som øremerket tilskudd til andre formål.

<sup>1)</sup> ISF refusjoner knyttet til behandling av pasienter fra de to tidligere regionene Helse Øst og Helse Sør i egne helseforetak ut fra tidligere regioninndeling

<sup>2)</sup> ISF refusjoner knyttet til behandling av pasienter fra tidligere Helse Sør ved foretak i tidligere Helse Øst, og behandling av pasienter fra tidligere Helse Øst ved foretak i tidligere Helse Sør

<sup>3)</sup> ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar

<sup>4)</sup> Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)

## Beløp i 1 000 kroner

Helse Sør-Øst RHF		Driftsinntekter per virksomhetsområde	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
403 197	9 542 237	Somatiske tjenester	39 216 315	29 075 985
67 393	3 524 663	Psykisk helsevern	10 106 177	6 279 950
151 958	2 592 450	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	3 538 658	992 655
25 344 632	6 895 908	Annet	11 979 706	31 209 766
14 443 048	20 601 638	Interne forhold i foretaksgruppen	-17 618 380	-23 461 418
<b>40 410 228</b>	<b>43 156 896</b>	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>47 222 475</b>	<b>44 096 938</b>

Klassifiseringen mellom virksomhetsområder i noten er endret fra 2006 til 2007 som følge av muligheter for bedre datafangst.

Helse Sør-Øst RHF		Driftsinntekter geografisk fordelt	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
40 362 432	43 112 303	Pasienter hjemmehørende i østlandsområdet	46 322 345	39 963 571
47 796	44 593	Pasienter hjemmehørende i resten av landet <sup>1)</sup>	827 805	4 054 911
-	-	Pasienter hjemmehørende i utlandet	72 325	78 501
<b>40 410 228</b>	<b>43 156 896</b>	<b>Sum</b>	<b>47 222 475</b>	<b>44 096 938</b>

<sup>1)</sup> Tallet for 2006 inkluderer behandling av pasienter mellom tidligere Helse Sør og Helse Øst.

Helse Sør-Øst RHF		Aktivitetstall	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
<b>Aktivitetstall somatikk</b>				
101 181	119 032	Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	637 760	617 360
-	-	Antall DRG poeng iht. eiersansvaret	592 222	573 745
-	-	Antall polikliniske konsultasjoner	2 066 109	1 995 247
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern</b>				
-	-	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	21 847	22 275
-	-	Antall polikliniske konsultasjoner	801 151	743 343
<b>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere</b>				
-	-	Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	5 646	6 141
-	-	Antall polikliniske konsultasjoner	108 755	95 844

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere. Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet knyttet til ordningen "Raskere tilbake".

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2007 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si 12 996 kroner per DRG poeng.

Inntektene fra polikliniske konsultasjoner baserer seg på takster for offentlige poliklinikker.



Beløp i 1 000 kroner

## 2. Varer

Helse Sør-Øst RHF		Varebeholdning:	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
–	–	Sentrallager	66 233	73 765
–	–	Sterillager	26 197	28 122
–	–	Blodlager	16 466	17 925
–	–	Råvarer	5 021	4 339
–	–	Varer i arbeid	3 533	2 296
–	–	Ferdigvarer	7 313	7 334
–	–	Øvrige beholdninger	155 585	153 322
		<b>Sum varebeholdning</b>	<b>280 348</b>	<b>287 104</b>
–	–	Anskaffelseskost	281 055	287 893
–	–	Nedskrivning for verdifall	–707	–789
–	–	<b>Bokført verdi 31.12.</b>	<b>280 348</b>	<b>287 104</b>
		<b>Varekostnad:</b>		
–	–	Kjøp av medisinsk forbruksmaterieil	4 279 469	3 572 833
91 470	2 733	Andre varekostnader	834 177	1 310 871
<b>91 470</b>	<b>2 733</b>	<b>Sum varekostnad</b>	<b>5 113 645</b>	<b>4 883 704</b>

Helse Sør-Øst RHF		Kjøp av helsetjenester	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
–	–	Innleie av helsepersonell	406 226	408 206
42 010 782	39 888 859	Annet kjøp av helsetjenester	7 608 792	6 900 044
<b>42 010 782</b>	<b>39 888 859</b>	<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>8 015 018</b>	<b>7 308 250</b>

Beløp i 1 000 kroner

**3. Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser, lån til ansatte mm.**

Helse Sør-Øst RHF		Lønnskostnader	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
152 001	163 525	Lønninger	21 359 571	19 891 422
22 884	26 135	Arbeidsgiveravgift	3 093 156	2 889 822
20 429	32 341	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	4 706 537	2 684 796
10 656	18 169	Andre ytelser	554 813	532 850
<b>205 970</b>	<b>240 170</b>	<b>Sum</b>	<b>29 714 077</b>	<b>25 998 890</b>
375	401	Gjennomsnittlig antall årsverk	53 613	50 202
393	391	Gjennomsnittlig antall ansatte	64 578	60 183

Helse Sør-Øst RHF		Ytelser til ledende personer
2006	2007	
<b>Styret</b>	<b>Adm. dir.</b>	
–	1 693 111	Lønn
–	244 000	Pensjonsutgifter
–	27 936	Annen godtgjørelse
2 676 566	–	Styrehonorar
369 169	–	Herav honorar til styrets leder 1)

1) Frem til 1. juni 2007 ble det utbetalt lønn til styremedlemmer og styreledere i både Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.

Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon.

Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til adm. dir, styreleder eller andre nærstående parter.

Lån til ansatte i Helse Sør-Øst RHF er 70 278 kroner.

**Tall i 1 000 kroner, og inkludert mva**

Helse Sør-Øst RHF		Godtgjørelse til revisor	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
		Revisjonshonorar for foretaksgruppen fordeler seg på følgende tjenestekategorier:		
356 875	375 000	Avtalt honorar for lovpålagt revisjon 2007	4 550 000	5 550 436
1 358 250	351 844	Utvidet revisjon	1 817 766	2 562 854
200 000	3 175 000	Andre attestasjonstjenester	4 810 131	1 251 885
11 763	50 700	Skatte- og avgiftsrådgivning	245 375	135 763
548 125	3 919 424	Andre tjenester utenfor revisjon	6 473 439	1 671 468
<b>2 475 013</b>	<b>7 871 968</b>	<b>Sum honorarer til revisor</b>	<b>17 896 711</b>	<b>11 172 405</b>

Av bistand i Helse Sør-Øst RHF er 270 344 kroner fakturert fra Helse Øst RHF's tidligere revisor Ernst & Young.

Honorar for andre tjenester utenfor revisjonen er i all hovedsak knyttet til teknisk støtte i forbindelse med innføring av nytt budsjetterings- og rapporteringsverktøy.

Honorar for andre attestasjonstjenester på 4 087 500 kroner inkluderer begrenset revisjon og avtalte kontrollhandlinger knyttet til balansen per 31.05.07.

Beløp i 1 000 kroner

#### 4. Immaterielle eiendeler

Helse Sør-Øst RHF	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.07	147 764	112 595	260 359
Tilgang	66 553	66 840	133 392
Avgang	–	6 342	6 342
Anskaffelseskost 31.12.07	214 317	173 093	387 409
Akkumulerte avskrivninger 31.12.07	130 694	–	130 694
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.07	–	–	–
<b>Balansført verdi 31.12.07</b>	<b>83 623</b>	<b>173 093</b>	<b>256 716</b>
Årets ordinære avskrivninger	27 976	–	27 976
Reversert tidligere års nedskrivning	–	–12 000	–12 000

Foretaksgruppen	Forskning og utvikling	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.07	900	940 723	125 665	1 067 288
Tilgang	1 500	176 388	119 724	297 612
Avgang	660	59 502	8 638	68 800
Fra anlegg under utførelse	–	49 047	–49 047	0
Anskaffelseskost 31.12.07	1 740	1 106 656	187 705	1 296 101
Akkumulerte avskrivninger 31.12.07	365	606 785	–	607 150
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.07	–	3 912	–	3 912
<b>Balansført verdi 31.12.07</b>	<b>1 375</b>	<b>495 959</b>	<b>187 705</b>	<b>685 039</b>
Årets ordinære avskrivninger	125	168 470	–	168 470
Reversert tidligere års nedskrivning	–	–	–12 000	–12 000
Årets nedskrivninger	–	3 912	–	3 912
Balansførte lånekostnader	–	264	–	264

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

- \* Forskning og utvikling      Økonomisk levetid vurderes i hvert enkelt tilfelle
- \* EDB-programvare            5 år
- \* Anlegg under utførelse      Avskrives ikke





Beløp i 1 000 kroner

**5. Varige driftsmidler**

<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	<b>Bygninger</b>	<b>Anlegg under utførelse</b>	<b>Transportmidler, inventar og utstyr</b>	<b>Sum</b>
Anskaffelseskost 01.01.07	34 500	4 226 676	361 607	4 622 783
Tilgang	–	1 877 057	81 713	1 958 770
Avgang	–	14	238	252
Fra anlegg under utførelse	63 041	–63 041	0	0
<b>Anskaffelseskost 31.12.07</b>	<b>97 541</b>	<b>6 040 678</b>	<b>443 082</b>	<b>6 581 301</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.07	2 915	–	325 940	328 855
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.07	–	–	238	238
<b>Balanseført verdi 31.12.07</b>	<b>94 626</b>	<b>6 040 678</b>	<b>116 904</b>	<b>6 252 208</b>
Årets ordinære avskrivninger	1 765	0	56 842	58 607
Årets ordinære nedskrivninger	0	0	238	238
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	0	0	0	0
Balanseførte lånekostnader	0	296 305	0	296 305

Operasjonell leasing/ leieavtaler	<b>Bygninger</b>	<b>Transportmidler, annet inventar og utstyr</b>
Leiebeløp	3 392	2 374
Varighet (år)	1-10 år	1-5 år

## ÅRSREGNSKAP

Beløp i 1 000 kroner

Foretaksgruppen	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.07	1 810 892	37 132 064	5 501 033	5 218 136	3 061 185	52 723 310
Tilgang	10 330	279 732	3 448 071	501 971	292 410	4 532 515
Avgang	66 129	257 392	90 331	220 230	42 891	676 974
Fra anlegg under utførelse	133 503	978 252	-1 240 847	51 054	78 038	0
Anskaffelseskost 31.12.07	1 888 597	38 132 656	7 617 926	5 550 931	3 388 742	56 578 850
Akkumulerte avskrivninger 31.12.07	8 934	11 651 658	–	3 033 515	2 071 162	16 765 269
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.07	29 074	176 853	–	8 344	1 335	215 606
<b>Balansført verdi 31.12.07</b>	<b>1 850 589</b>	<b>26 304 145</b>	<b>7 617 925</b>	<b>2 509 072</b>	<b>1 316 245</b>	<b>39 597 976</b>
Årets ordinære avskrivninger	226	1 944 614	–	537 802	379 600	2 862 242
Årets nedskrivninger	528	68 242	–	–	960	69 729
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	226	1 619 471	–	232 599	53 638	1 905 934
Balansførte lånekostnader	–	16 791	303 794	2 076	576	323 238

Både Helse Sør-Øst RHF og foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

* Bygninger	Dekomponert 10-60 år
* Faste installasjoner tilknyttet bygg	Dekomponert 10-60 år
* Medisinteknisk utstyr	3-15 år
* Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc	3-15 år
* Personalboliger	Avskrives ikke
* Tomter	Avskrives ikke

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, inventar og utstyr
Leiebeløp	88 520	165 612	48 438	76 993
Varighet (år)	1-10	2-20	3-9	2-4

### Eiendomsoverdragelser i forbindelse med helsereformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg og tomter er ikke endelig avklart. Det gjenstår arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det eller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen.

Beløp i 1 000 kroner

**6. Datterselskap/-foretak, felleskontrollert virksomhet m.v.**

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eieran- deler	Stemme- andel	Balanse- ført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets ned- skrivning
Bleffjell sykehus HF	Notodden	100 %	100 %	195 115	195 115	-119 699	119 699
Psykiatrien i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	447 784	447 784	-32 790	32 790
Rikshospitalet HF	Oslo	100 %	100 %	4 632 210	-718 015	-718 015	718 015
Ringerike sykehus HF	Hønefoss	100 %	100 %	304 563	304 563	-90 810	90 810
Sykehuset Buskerud HF	Drammen	100 %	100 %	507 873	507 873	-285 873	285 873
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	951 882	951 882	-298 999	298 999
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	1 547 308	1 547 308	-216 780	216 780
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 381 440	2 381 440	-381 972	381 972
Aker universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	1 428 927	1 428 927	-160 042	160 042
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	1 291 027	1 291 027	-247 363	247 363
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	248 418	248 418	-31 501	31 501
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum	100 %	100 %	1 150 399	1 150 399	-152 410	152 856
Sykehuset Innlandet HF	Brummundal	100 %	100 %	3 565 915	3 565 915	-398 137	398 137
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 511 225	1 511 225	-285 880	285 880
Ullevål Universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	3 180 846	3 180 846	-685 601	685 601
Sykehusapotekene ANS	Oslo	100 %	100 %	112 639	112 639	4 593	-
<b>Sum datterforetak</b>				<b>23 457 568</b>	<b>18 107 347</b>	<b>-4 101 279</b>	<b>4 106 317</b>
<b>Tilknyttede selskap</b>							
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	40 %	40 %	10 484	34 947	-	-
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	40 %	40 %	1 513	4 690	349	-
Norsk Helsennett AS	Trondheim	40 %	40 %	24 471	58 468	4 560	-
<b>Sum tilknyttede selskap</b>				<b>36 468</b>	<b>98 105</b>	<b>4 909</b>	<b>-</b>
<b>Datterforetak som er eid av andre foretak i foretaksgruppen</b>							
Oppland Vaskeri AS	Lillehammer	80 %	80 %	2 674	4 739	1 302	-
Hedmark Vaskeri AS	Stange	85 %	85 %	5 967	8 081	1 554	-
Medinnova AS	Oslo	100 %	100 %	39 284	28 457	652	-
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100 %	100 %	12 000	31 394	6 039	-
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	60 %	100 %	1 600	3 457	2 924	-
Sykehotell AS	Oslo	100 %	100 %	100	1 652	1 265	-
Barnehagebygg AS	Oslo	100 %	100 %	100	105	177	-
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	Oslo	100 %	100 %	31 588	32 753	-64	-
Medinvest AS	Oslo	100 %	100 %	200	200	-	-
<b>Sum tilknyttede selskap</b>				<b>93 513</b>	<b>110 638</b>	<b>13 849</b>	<b>-</b>
<b>Tilknyttede selskap som er eid av andre foretak i foretaksgruppen</b>							
Bio-Medisinsk Innovasjon AS	Oslo	33 %	33 %	37	-	3 235	-
Healthy Pointers AS	Oslo	17 %	34 %	-58	-	309	-
<b>Sum tilknyttede selskap</b>				<b>-21</b>	<b>-</b>	<b>3 544</b>	<b>-</b>



Beløp i 1 000 kroner

## 7. Poster som er slått sammen i regnskapet

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2006	2007	Andre driftskostnader	2007	2006
–	23 178	Transport av pasienter	493 098	698 424
15 741	21 515	Kostnader bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	770 543	950 314
7 714	4 866	Leiekostnad MTU, maskiner, inventar ol	128 728	203 339
147 390	197 992	Fremmede tjenester	1 042 683	955 429
89 560	84 844	Reparasjon og vedlikeholdskostnader	1 002 068	901 186
4 245	2 246	Lisens- og patentkostnader	83 695	42 080
12 803	16 342	Reisekostnader	194 925	190 074
232 004	286 397	Øvrige driftskostnader	1 016 482	494 275
<b>532 581</b>	<b>696 228</b>	<b>Sum andre driftskostnader</b>	<b>5 105 543</b>	<b>4 681 116</b>
		<b>Finansinntekter</b>		
1 094	9 502	Resultatandel felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap	21 833	4 670
170 736	196 068	Renteinntekter i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	21 163	118 282
9 163	115 710	Andre renteinntekter	178 606	–
–	–	Andre finansinntekter (agio)	2 435	1 638
<b>180 993</b>	<b>321 280</b>	<b>Sum finansinntekter</b>	<b>224 038</b>	<b>124 590</b>
		<b>Finanskostnader</b>		
1 571	–	Resultatandel felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap	3 098	4 614
26 446	15 728	Rentekostnader i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	5 959	106 610
100 560	203 401	Andre rentekostnader	255 972	–
–	–	Andre finanskostnader (disagio)	2 627	1 100
<b>128 577</b>	<b>219 128</b>	<b>Sum finanskostnader</b>	<b>267 656</b>	<b>112 324</b>
		<b>Fordringer</b>		
1 528 460	2 171 961	Konsernkonto	0	–
63 969	173 364	Kundefordringer	737 667	757 521
233 138	214 822	Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	–	–
71 103	1 819	Opptrjente pasientinntekter (inkl pasienter under behandling)	96 009	220 080
1 158	42 398	Forskuddsbetalte kostnader	240 845	132 525
–	–	Kortsiktige finansinvesteringer	143 090	147 503
399 798	438 156	Øvrige kortsiktige fordringer	809 975	610 123
<b>2 297 626</b>	<b>3 042 520</b>	<b>Sum fordringer</b>	<b>2 027 585</b>	<b>1 867 752</b>
		<b>Annen kortsiktig gjeld</b>		
757 693	799 159	Leverandørgjeld	2 350 956	2 516 355
1 006 873	1 505 457	Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	–	–
18 496	21 047	Påløpte feriepenger	2 446 982	2 269 714
3 364	3 800	Påløpte lønnskostnader	568 042	648 627
–	–	Mottatte forskuddsbetalinger	49 822	40 881
365 955	382 476	Annen kortsiktig gjeld	2 315 544	1 221 104
<b>2 152 382</b>	<b>2 711 939</b>	<b>Sum annen kortsiktig gjeld</b>	<b>7 731 346</b>	<b>6 696 681</b>

Beløp i 1 000 kroner

**8. Skatter**

	Foretaksgruppen	
	2007	2006
Beregning av utsatt skattefordel og endring i utsatt skattefordel		
<b>Midlertidige forskjeller</b>		
Anleggsmidler	6 396	-4 609
Omløpsmidler	-32	255
Avsetninger for forpliktelser		-845
Netto midlertidige forskjeller	6 364	-5 199
Underskudd til fremføring	-7 279	-10 756
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balansen	-915	-15 955
28 % utsatt skatt (utsatt skattefordel)	-257	-4 467
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel	240	4 093
<b>Utsatt skatt (utsatt skattefordel)</b>	<b>-17</b>	<b>-374</b>
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	5 819	5 797
Permanente forskjeller	7	3 687
Grunnlag for årets skattekostnad	5 826	9 485
Endring i midlertidige forskjeller	-258	4 856
Skattepliktig inntekt	5 568	14 341
Bruk av fremførbart underskudd	-296	-1 247
Grunnlag for betalbar skatt	5 272	13 094
28 % av grunnlag for betalbar skatt	1 311	3 666
Endring i utsatt skatt	358	1 316
For lite/for mye avsatt i fjor	-1 786	-281
Sum skattekostnad på ordinært resultat	-117	4 701
Forklaring til årets skattekostnad		
28 % skatt av resultat før skatt	1 311	1 623
Permanente forskjeller (28 %)	358	1 032
Diverse korrigeringer	-1 786	2 045
Beregnet skattekostnad	-117	4 701

Virksomheten i Helse Sør-Øst (sykehusdrift) er ikke skattepliktig virksomhet. Skattekostnaden er regnskapsført i datterselskap.

## 9. Pensjoner

Helse Sør-Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 186 personer, hvorav 150 er yrkesaktive, 25 er oppsatte og 11 er pensjonister. I foretaksgruppen omfatter ordningen 120 631 personer, hvorav 59 108 er yrkesaktive, 33 557 er oppsatte og 27 858 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".

Helse Sør-Øst RHF		Pensjonsforpliktelse	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
135 245	205 659	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	58 524 331	43 463 656
101 535	139 187	Pensjonsmidler	44 601 603	39 097 480
33 710	66 472	Netto pensjonsforpliktelse	13 922 728	4 366 176
4 646	8 880	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	1 947 273	609 540
-16 694	-44 255	Ikke resultatført gevinst/(tap) av estimat- og planavvik inkl aga	-16 034 864	-6 029 763
<b>21 662</b>	<b>31 097</b>	<b>Netto bokført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>-164 864</b>	<b>-1 054 047</b>
23 280	32 666	herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	1 711 996	1 114 214
1 618	1 569	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	1 876 859	2 168 261
<b>Spesifikasjon av pensjonskostnad</b>				
16 621	23 391	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	2 867 257	2 282 723
5 616	8 369	Rentekostnad på pensjonsforpliktelser	2 941 011	2 075 695
<b>22 237</b>	<b>31 759</b>	<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>5 808 268</b>	<b>4 358 419</b>
-4 840	-5 262	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-2 343 191	-2 192 087
446	873	Administrasjonskostnad	113 284	94 865
135	938	Resultatført estimatendring/-avvik	559 269	84 120
2 451	4 033	Arbeidsgiveravgift	568 907	339 479
<b>20 429</b>	<b>32 341</b>	<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>4 706 537</b>	<b>2 684 796</b>

### Økonomiske forutsetninger

Diskonteringsrente	5,5 %	5,0 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,8 %	6,0 %
Uttakstilbøyelighet AFP	20-60%	20-60 %
Årlig lønnsregulering	4,5 %	3,0 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	4,3 %	3,0 %

Pensjonskostnader for 2007 er basert på skjerpede forutsetninger iforhold til de som ble lagt til grunn ved utgangen av 2006 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger per. 1.1.2007. Uttakstilbøyelighet tidligpensjonerings-/ AFP uttak under pensjonsordningen for sykepleier og sykehusleger er skjerpet gjennom endrede forutsetninger for 2007. Som følge av endringer i markedet gjennom 2007 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene per 31.12.2007. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2007 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2007. Basert på avkastningen i KLP/SPK/BFP for 2007 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2007. Estimataviket som oppstår på slutten av 2007 amortiseres fra og med 2008.

### Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i KLPs forsikringstekniske beregningsgrunnlag.



Beløp i 1 000 kroner

10. Finansielle anleggsmidler og gjeld				
Helse Sør-Øst RHF		Finansielle anleggsmidler	Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
3 189 994	3 017 685	Lån til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
88 288	88 288	Langsiktige fordringer	88 288	89 610
31 559	36 468	Investering i tilknyttet selskap	37 026	47 439
1 232	1 545	Eierandel KLP	541 562	467 717
<b>3 311 072</b>	<b>3 143 985</b>	<b>Sum</b>	<b>666 876</b>	<b>604 766</b>
		<b>Langsiktig gjeld</b>		
1 861 512	815 996	Langsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0	0
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	235 139	88 744
0	0	Annen langsiktig gjeld	1 088 560	242 337
<b>1 861 512</b>	<b>815 996</b>	<b>Sum</b>	<b>1 323 699</b>	<b>331 081</b>

Av lånet til Helse og omsorgsdepartementet på 6,7 milliarder kroner har 5,0 milliarder kroner en nedbetalingstid som er over fem år.

11. Bundne midler og konsernkontoordning				
Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
23 097	23 691	Innestående skattetrekkmidler	1 037 915	968 820
22 901	0	Andre bundne kontoer	26 520	23 945
<b>45 998</b>	<b>23 691</b>	<b>Sum bundne midler</b>	<b>1 064 435</b>	<b>992 765</b>

Foretaksgruppen har en kredittramme på 2,7 milliarder kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet 2,5 milliarder kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

## ÅRSREGNSKAP

Beløp i 1 000 kroner

### 12. Egenkapital

Foretaksgruppen	Foretaks-kapital	Struktur-fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings-forskjeller	Minori-tets-andel	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2007	200	4 179 627	28 669 921	2 689	5 862	-6 064 031	26 794 268
Effekt av føringer i forbindelse med fusjonen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF	-	-	-	-	-	-13 063	-13 063
Egenkapital 1.1.2007	200	4 179 627	28 669 921	2 689	5 862	-6 077 094	26 781 205
Overføring av strukturfond	-	-3 797 246	3 797 246	-	-	-0	-0
Avgang minoritet	-	-	-	-	-3 982	-	-3 982
Årets resultat	-	-382 381	-	4 909	1 663	-3 485 997	-3 861 805
Egenkapital 31.12.2007	200	0	32 467 167	7 598	3 543	-9 563 091	22 915 418

Strukturfondets opprinnelige formål var å dekke den delen av avskrivningene på varige driftsmidler som det ikke var dekning for i de årlige bevilgningene til de regionale helseforetakene. Med inntektsløftet i St. prp. nr 1 (2007-2008) forutsettes de samlede bevilgningene nå å dekke de totale avskrivningene, og behovet for strukturfondet bortfaller. Resterende fond er overført annen innskutt egenkapital pr. 31.12.07.

Helse Sør-Øst RHF	Foretaks-kapital	Struktur-fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings-forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2007	200	642	32 855 559	58 594	-6 137 062	26 777 933
Overføring av strukturfond	-	-558	-381 738	-	382 296	-
Reklassifisering av Sykehusapotekene ANS	-	-	-	-55 906	55 906	-
Årets resultat	-	-84	-	4 909	-3 876 829	-3 872 003
Egenkapital 31.12.2007	200	-	32 473 821	7 597	-9 576 587	22 905 032

### 13. Eiers styringsmål

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2006	2007		2007	2006	2002-2007
-93 166	234 313	Årsresultat	-3 861 805	-1 800 436	-12 266 414
-	-	Overføring fra strukturfond	-	390 863	2 239 186
-	-	Korrigerende for endrede levetider	-	570 058	2 932 379
-93 166	234 313	Korrigert resultat	-3 861 805	-839 515	-7 094 849
-	6 519	Økte pensjonskostnader grunnet endrede økonomiske forutsetninger	1 895 000	527 774	2 422 774
-93 166	240 832	Resultat jf økonomisk krav fra HOD	-1 966 805	-311 741	-4 672 075
-	21 364	Resultatkrav fra HOD jf foretaksmøter januar 2007	-880 000	-	-880 000
-93 166	219 468	Avvik fra resultatkrav fra HOD	-1 086 805	-311 741	-3 792 075

I foretaksmøtene i februar og mai 2007 ble stilt krav til Helse Sør-Øst RHF om at regnskapsmessig underskudd ikke skulle overskride 880 millioner kroner. Som følge av implementering av ny veiledning for beregning av pensjonskostnader, økte pensjonskostnadene til Helse Sør-Øst RHF med 1,895 milliarder kroner. Denne kostnadsøkningen er ikke kompensert gjennom økte rammer, og økningen er derfor unntatt fra resultatkravet til Helse Sør-Øst. De økte pensjonskostnadene ble formelt unntatt fra resultatkravet til Helse Sør-Øst RHF for 2007 i foretaksmøte i januar 2008.

Beløp i 1 000 kroner

## 14. Eierinformasjon

Helse Sør-Øst RHF er 100 % eiet av Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet.

## 15. Andre avsetninger for forpliktelser

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2006	2007		2007	2006
0	0	Legepermisjoner	417 022	388 673
1 109 039	2 063 468	Investeringsstilskudd	2 806 876	1 618 353
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	78 291	62 971
<b>1 109 039</b>	<b>2 063 468</b>	<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>	<b>3 302 189</b>	<b>2 069 997</b>

### Legepermisjoner

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 3 469 overlege- og psykologspesialistårverk. Uttakstilbøyeligheten i det enkelte foretak varierer for overlegestillingene fra 40 % til 90 % og for psykologspesialister fra 50 % til 100 %.

Overordnede leger og psykologspesialister i Helse Sør-Øst har i hovedsak avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år med noen lokale unntak for psykologspesialister. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides.

### Investeringsstilskudd

Øremerket tilskudd gitt over statsbudsjettet til særskilte byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Tilskuddet inntektsføres i det enkelte helseforetak i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

## 16. Pantstillelser og garantiansvar

Norsk medisinsk syklotronsenter AS, et datterselskap av Rikshospitalet HF har stilt maskiner og utstyr som sikkerhet for et lån som opprinnelig var på 35 millioner kroner.

## 17. Nærstående parter

Kjøp og salg skjer i hovedsak mellom offentlige helseinstitusjoner som alle er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

## 18. Betingede utfall

Det ble igangsatt arbeider knyttet til bygging av nytt sykehotell på toppen av Stråleterapibyget på Radiumhospitalet uten at nødvendige tillatelser til å gjennomføre investeringen var gitt fra Helse Sør-Øst RHF. I brev av 4. januar 2008 til styret i Rikshospitalet HF la administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF til grunn at igangsatte og planlagte byggeaktiviteter i tilknytning til prosjektet ble stoppet umiddelbart. Styret ved Rikshospitalet RH stoppet prosjektet i styremøte 15. januar 2008. Hovedentreprenøren har fremmet krav om økonomisk oppgjør overfor Rikshospitalet HF ved permanent byggestopp, og det er avsatt for et potensielt økonomisk oppgjør i regnskapet.

Det ble tatt inn en approbasjonsbestemmelse i forbindelse med overtagelsen av nytt sykehus på Gaustad om at enkelte forhold skulle utbedres før ferdigattest ble gitt. Arbeidet var ikke utført pr. 31. desember, men det er gitt midlertidig brukstillatelse for sykehuset.



I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok helseforetakene over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliterings-tjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske radiumhospital HF, som pr. 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er pr. 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendomsoverdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

## 19. Universiteter og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Rikshospitalet HF skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Rikshospitalet HF, Universitetet i Oslo og høyskolene skal reguleres i egne avtaler. I avtalen mellom Rikshospitalet HF og Universitetet i Oslo skal bruksrett og disposisjonsrett til arealene og utstyr presiseres.

Universitetet i Oslo benytter netto ca 3 000 kvm kontor- og undervisningslokaler på Ullevål Universitetssykehus HF sitt område.

Aker universitetssykehus HF har iht vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Universitetet i Oslo / Høgskolen i Oslo rett til å benytte lokalene til undervisning og forskning. Sykehuset Innlandet HF er pliktig til å stille lokaler til fri disposisjon for Høgskolen i Gjøvik til undervisningsformål. Lokalene utgjør om lag 30 kvadratmeter. Sykehuset Østfold har i henhold til vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Høgskolen i Østfold rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning. Dette omfatter ca 100 kvadratmeter.

Foretakene kan ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor rettighetshaver har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller den departementet gir slik myndighet.

# Revisors beretning



**PricewaterhouseCoopers AS**  
Postboks 748  
NO-0106 Oslo  
Telefon 02316  
Telefaks 23 16 10 00

Til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF

## Revisjonsberetning for 2007

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Sør-Øst RHF for regnskapsåret 2007, som viser et underskudd på kr 3 872 003 000 for morforetaket og et underskudd på kr 3 861 805 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Regnskapslovens regler og norsk god regnskapsskikk er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og daglig leder. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Vi har utført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder revisjonsstandarder vedtatt av Den norske Revisorforening. Revisjonsstandardene krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foretakets formuesforvaltning og regnskaps- og intern kontroll-systemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2007 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med norsk god regnskapsskikk
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med norsk lov og god bokføringsskikk
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Oslo, 16. april 2008

**PricewaterhouseCoopers AS**

Merete Stigen  
Statsautorisert revisor

Ola Tronsrud  
Statsautorisert revisor

**Helse Sør-Øst RHF**

Postboks 404, 2303 Hamar  
Telefon: 02411  
postmottak@helse-sorost.no  
www.helse-sorost.no

**Aker universitetssykehus HF**

0514 Oslo  
Telefon: 22 89 40 00  
post@aus.no  
www.aus.no

**Akershus universitetssykehus HF**

1478 Lørenskog  
Telefon: 02900  
postmottak@ahus.no  
www.ahus.no

**Blefnell sykehus HF**

Henrik Wergelands gate 9  
3676 Notodden  
Telefon: 03525  
post@blefnellsykehus.no  
www.blefnellsykehus.no

**Psykiatrien i Vestfold HF**

Postboks 2267, 3103 Tønsberg  
Telefon: 33 01 80 00  
post@piv.no  
www.piv.no

**Ringerike sykehus HF**

Serviceboks 13, 3504 Hønefoss  
Telefon: 32 11 60 00  
post@ringerike-sykehus.no  
www.ringerike-sykehus.no

**Rikshospitalet HF**

0027 Oslo  
Telefon: 23 07 00 00  
firmapost@rikshospitalet.no  
www.rikshospitalet.no

**Sunnaas sykehus HF**

Bjørnemyrveien 11  
1450 Nesodden  
Telefon: 66 96 90 00  
firmapost@sunnaas.no  
www.sunnaas.no

**Sykehuset Asker og Bærum HF**

Postboks 83, 1309 Rud  
Telefon: 67 80 94 00  
hovedpost@sabhf.no  
www.sabhf.no

**Sykehuset Buskerud HF**

3004 Drammen  
Telefon: 32 80 30 00  
postmottak@sb-hf.no  
www.sb-hf.no

**Sykehuset i Vestfold HF**

Postboks 2168, 3103 Tønsberg  
Telefon: 33 34 20 00  
firmapost@siv.no  
www.siv.no

**Sykehuset Innlandet HF**

Postboks 104, 2381 Brummundal  
Telefon: 62 33 30 00  
postmottak@sykehuset-innlandet.no  
www.sykehuset-innlandet.no

**Sykehuset Telemark HF**

Ulefossveien, 3710 Skien  
Telefon: 35 00 35 00  
postmottak@sthf.no  
www.sthf.no

**Sykehuset Østfold HF**

Postboks 16, 16093 Fredrikstad  
Telefon: 69 86 00 00  
postmottak@so-hf.no  
www.so-hf.no

**Sørlandet sykehus HF**

Serviceboks 416, 4604 Kristiansand  
Telefon: 38 07 30 00  
postmottak@sshf.no  
www.sshf.no

**Ullevål universitetssykehus HF**

0407 Oslo  
Telefon: 02770  
postmottak@uus.no  
www.uus.no

**Sykehusapotekene HF**

Stenersgate 1, Postboks 79, 0050 Oslo  
Telefon: 23 13 52 00  
post@sykehusapotekene.no  
www.sykehusapotekene.no

**Betanien Hospital Skien**

Bjørnstjerne Bjørnsons gate 6,  
3722 Skien  
Telefon: 35 90 07 00  
betanien.hospital@betanienhospital.no

**Diakonhjemmet Sykehus AS**

PB 23, Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 45 15 00  
administrasjon@diakonpsyk.no  
www.diakonpsykeh.no

**Lovisenberg Diakonale Sykehus AS**

Lovisenbergveien 17, 0440 Oslo  
Telefon: 23 22 50 00  
post@lds.no  
www.lds.no

**Revmatismesykehuset AS**

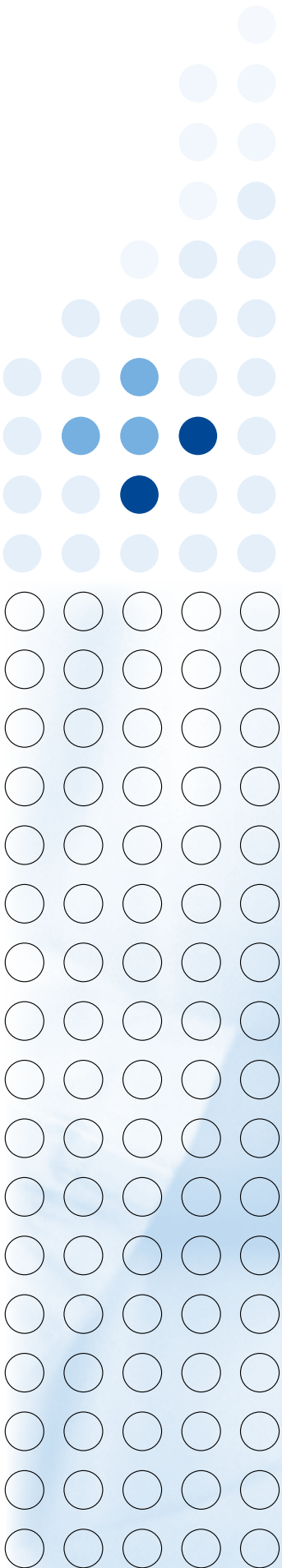
Margrete Grundtvigs vei 6,  
2609 Lillehammer  
Telefon: 61 27 95 00  
post@revmatismesykehuset.no  
www.revmatismesykehuset.no

**Martina Hansens Hospital**

PB 23, 1306 Bærum postterminal  
Telefon: 67 80 94 00  
postmottak@mhh.no  
www.mhh.no



# Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF 2007

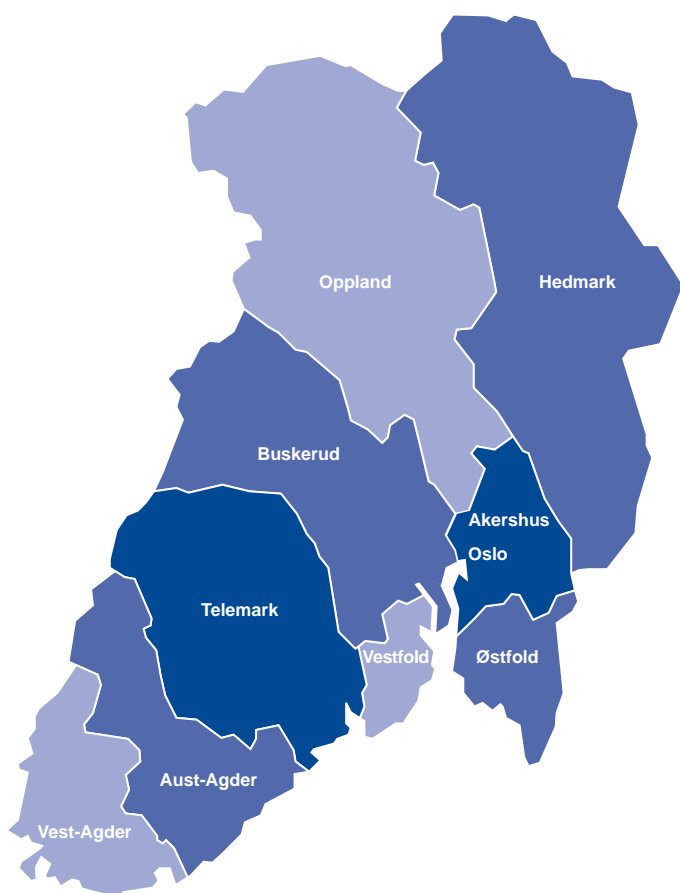


Vedtatt av styret  
for Helse Sør-Øst RHF  
10. mars 2008

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

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

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



#### 16 helseforetak i regionen:

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

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

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



**Årlig melding 2007**  
**til Helse- og omsorgsdepartementet**

Hamar 10.03.2008



## Innhold

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

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

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

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



# 1 Innledning

## 1.1 Om årlig melding

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

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

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

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

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

Årlig melding er inndelt i fem hoveddeler:

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

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

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

## 1.2 Om Helse Sør-Øst

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.2.1 Visjon og verdigrunnlag

Helse Sør-Øst sin visjon er:

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

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

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

## 2 Brukermedvirkning

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

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

### 2.1 Uttalelse fra Brukerutvalget

#### 2.1.1 Organisasjon/sammensetning

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

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

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

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

#### 2.1.2 Årsrapport fra Brukerutvalget

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

***Brukerutvalgets virksomhetsområde er definert i det av styret godkjente mandatet:***

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



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

Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker (pasientsaker)

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

#### ***Særlige innsatsområder for Brukerutvalget har i 2007 vært***

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

#### ***Prioriterte innsatsområder i 2008 vil være:***

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

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

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

### **2.1.3 Sluttkommentarer**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3 Overordnede vurderinger**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.1 Fagområder og pasientgrupper**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### **3.2 Økonomisk styring**

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

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

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

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

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

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

### **3.3 Områder som krever særskilt oppfølging**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.4 Styrets konklusjon**

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

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



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

## DEL II – RAPPORT FOR 2007

### 4 Økonomi, aktivitet og kvalitet 2007

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

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

#### 4.1 Økonomi – foreløpig regnskap 2007

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

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

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

#### 4.2 Aktivitet for Helse Sør-Øst

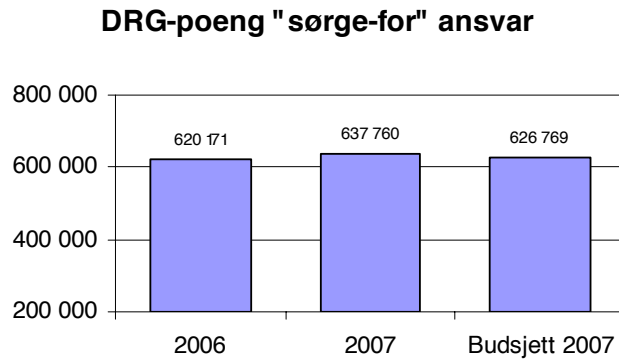
Siden aktiviteten på døgn- og dagbehandling somatikk utgjør den største delen for de fleste helseforetakene/sykjehusene, blir det her redegjort særskilt for denne. I tillegg blir det vist hvordan den samlede aktiviteten har utviklet seg, og hvordan denne er fordelt på de store tjenestoområdene somatikk,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

##### 4.2.1 Aktivitetsdata somatikk for 2007

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

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

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



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

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

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

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

#### 4.2.2 Akkumulerte aktivitetsdata for 2007

Tabell 4.2.2.1 Aktivitetsdata somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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



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

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

### 4.3 Kostnader fordelt på tjenesteområder

Tabell 1 Kostnader fordelt på tjenesteområder

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

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

### 4.4 Andre styringsparametere

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

## 5 Oppfølging av Oppdragsdokumentet

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

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

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

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

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

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

#### **5.1 Pasientbehandling**

##### **5.1.1 Aktivitet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1.2 Kvalitet

#### *Tjenestene skal virke*

Indikator/styringsvariabler:

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

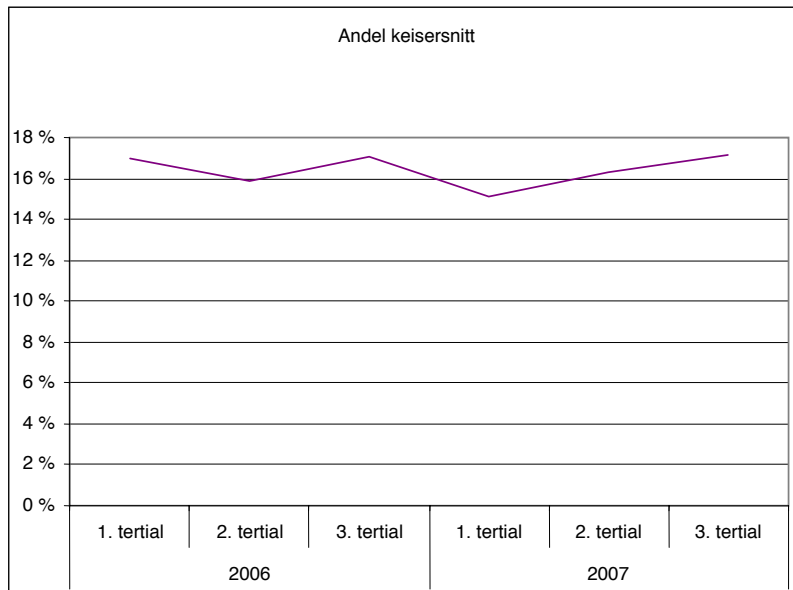
Oppdraget er videreført til helseforetakene gjennom oppdragsdokument og driftsavtaler. Resultatene for Helse Sør-Øst er noe bedre enn landet totalt i 1. tertial og noe dårligere i 2. tertial. Det foreligger ikke data for 3. tertial fra NPR.

**Tabell 2 Antall og andel diagnostisk vurdert innen BUP.**

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

Kilde: NPR

- Frekvens av keisersnitt i forhold til total antall fødsler.



**Figur 1 Utvikling i andel keisersnitt**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Tjenestene skal være trygge og sikre***

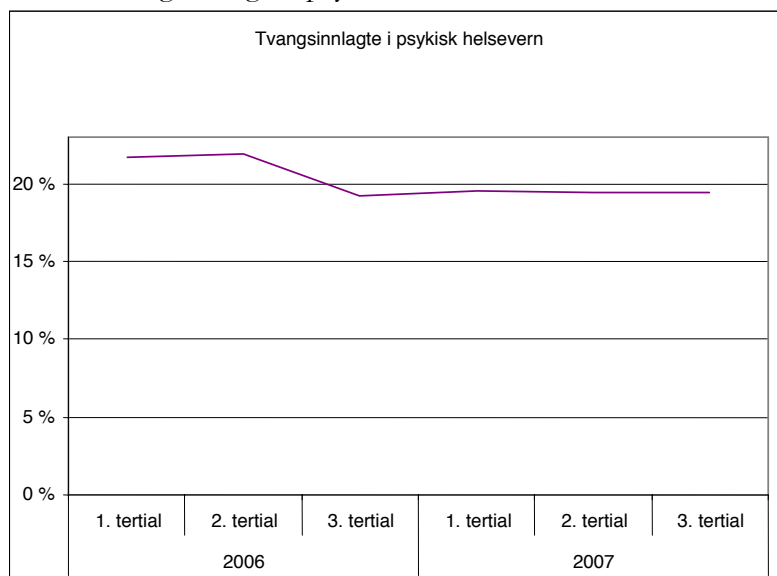
#### Indikatorer/styringsvariable:

- Sykehusinfeksjoner (insidens)

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

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

- Tvangsinnlagte i psykisk helsevern



**Figur 2 Utvikling i andel tvangsinnlagte i psykisk helsevern**

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

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

Dette kravet er formidlet i driftsavtalen/oppdragsdokumentet til helseforetakene.

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

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

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

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

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

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

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

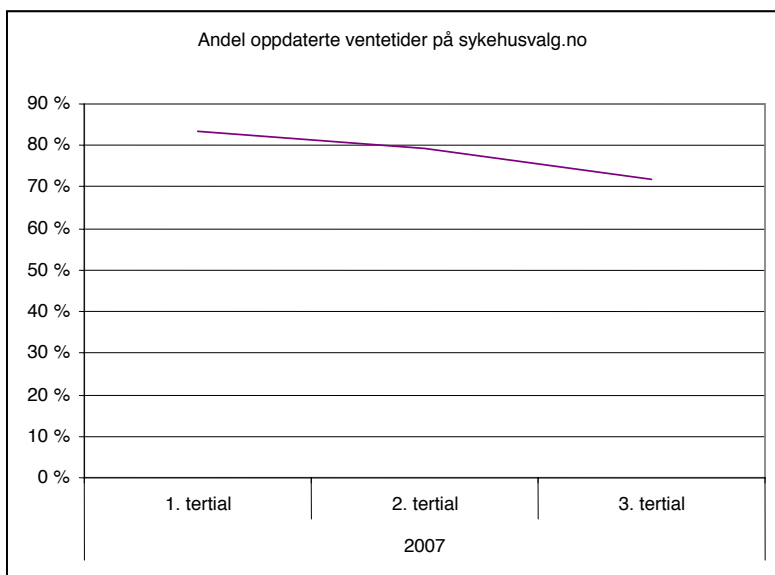
- *Helse Sør-Øst skal inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) i ansvarsområdet til kliniske etiske komiteer.*

Dette er ivare tatt.

### ***Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse***

#### Indikatorer/styringsvariable:

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



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

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

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

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

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

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

## Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

### Indikatorer/styringsvariable:

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

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

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

Tabell 2 Andel epikriser sendt innen 7 dager innen psykisk helsevern

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

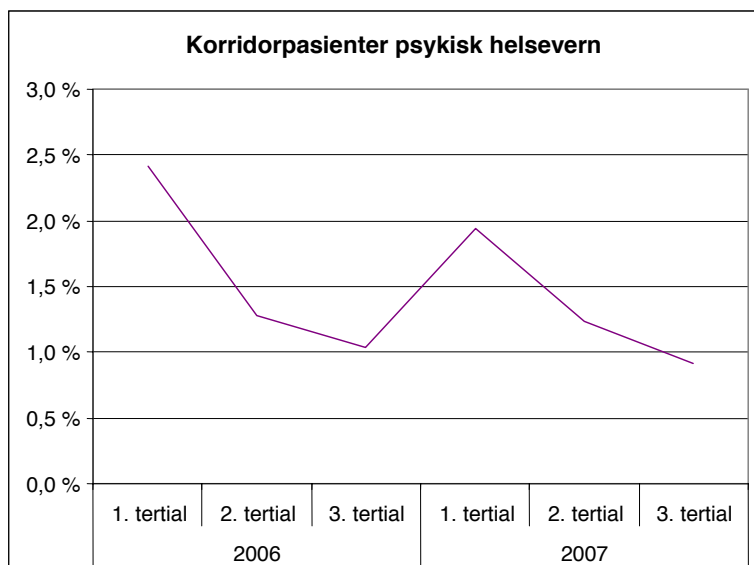
Tabellene viser at Helse Sør-Øst ikke har klart å nå målet på 80 prosent. Fire helseforetak innfrir kravet, to innen psykisk helsevern og to innen somatikk. Tallene viser likevel samlet økning for foretaksgruppen, både innen somatikk og psykisk helsevern

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

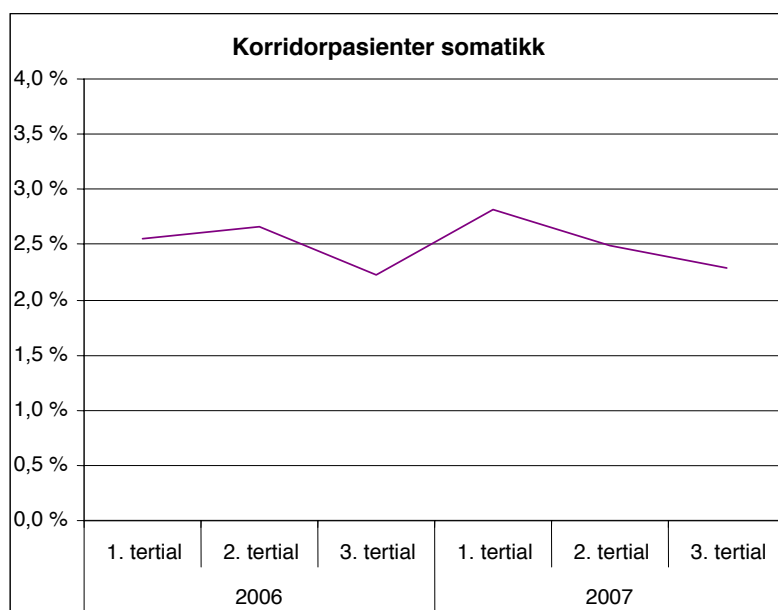
RHFet har besøkt helseforetakene og informert om hva som ble oppnådd i pilotprosjektet ”Epikrise til pasienten”. Det er gitt opplæring i statistisk prosessstyring slik at ledere og medarbeidere kan følge med i og lære av egne data for at raskere epikriser kan realiseres. Det er også arrangert regional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

- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

**Figur 4 Utvikling i andel korridorpasienter i akuttavdelinger psykisk helsevern**



**Figur 5 Utvikling i andel korridorpasienter somatiske avdelinger**



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

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

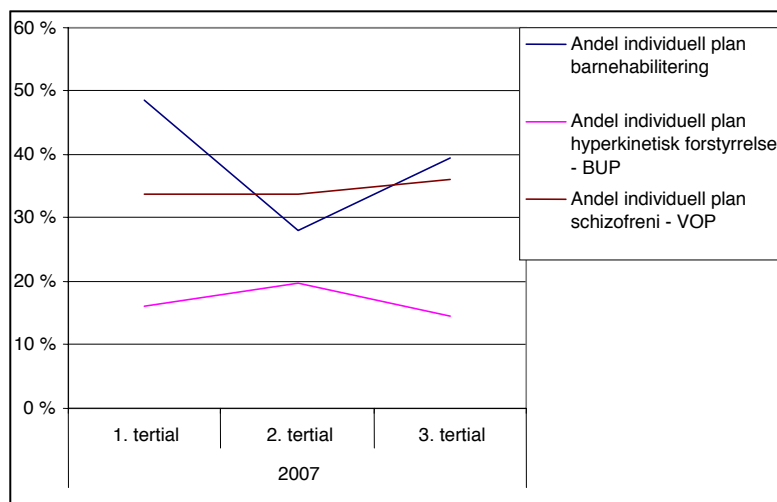
Mange tiltak er iverksatt, bl.a. etablering av geriatiske dagbehandlingstilbud, styrking av samarbeidet med primærhelsetjenesten, kompetanseoverføring til sykehjem, i tillegg til bedret intern logistikk med bruk av ledige senger på andre enheter. Innen psykisk helsevern er raskere overføring av pasienter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



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

- Pasienter tildelt individuell plan

**Figur 6 Utvikling i andel pasienter tildelt individuell plan**



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

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

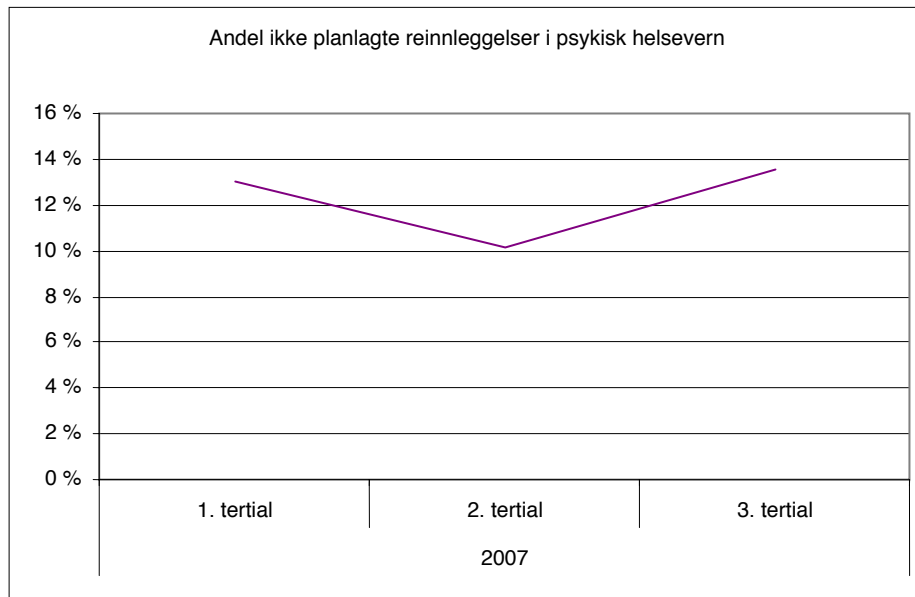
Det gjenstår fortsatt mye før en har sikret god bruk av individuell plan til alle rettighetspasienter. Noen melder at bruken av individuell plan er godt innarbeidet innen psykisk helsevern og habilitering, og at det arbeides med økt bruk for øvrige aktuelle pasientgrupper. Ett av helseforetakene sier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

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

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

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

**Figur 7 Utvikling i andel ikke planlagte innleggelser i psykisk helsevern**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

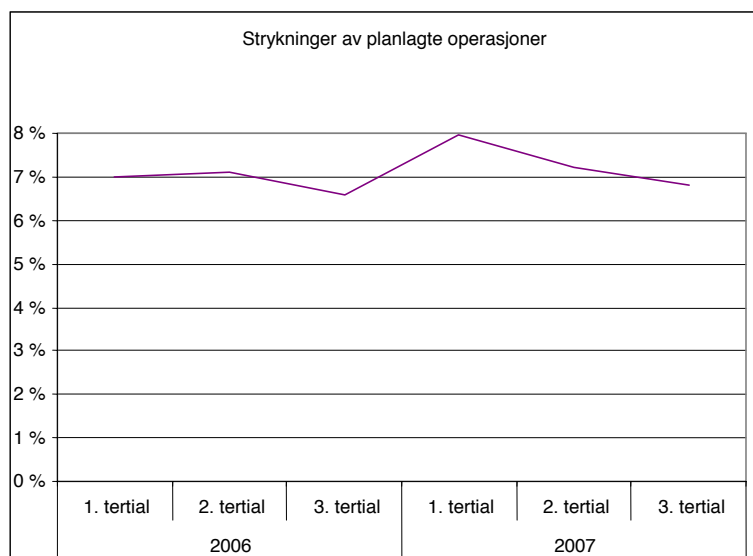
Det er inngått avtale mellom Helse Sør RHF og Bufetat region sør i 2006 og mellom helseforetakene og tilsvarende nivå i Bufetat region sør i løpet av 2006 og 2007.

### ***Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte***

#### Indikator/styringsvariable:

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

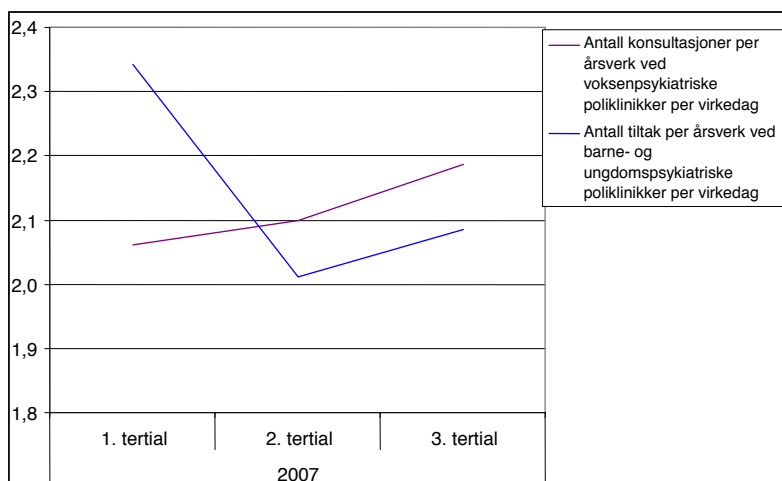
**Figur 8 Utvikling i strykninger av planlagte operasjoner**



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

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

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



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

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

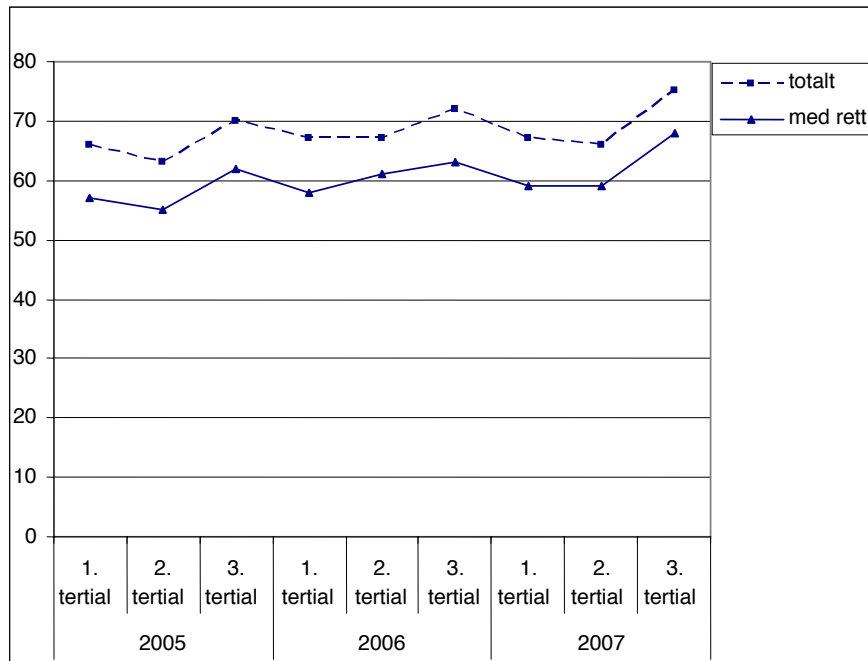
Mandatet er videreført i driftsavtale/oppdragsdokument til helseforetakene, noen rapporterer at de har implementert tiltak, andre arbeider fortsatt med tiltak og rutiner.

### ***Tjenestene skal være tilgjengelige***

Indikator/styringsvariable:

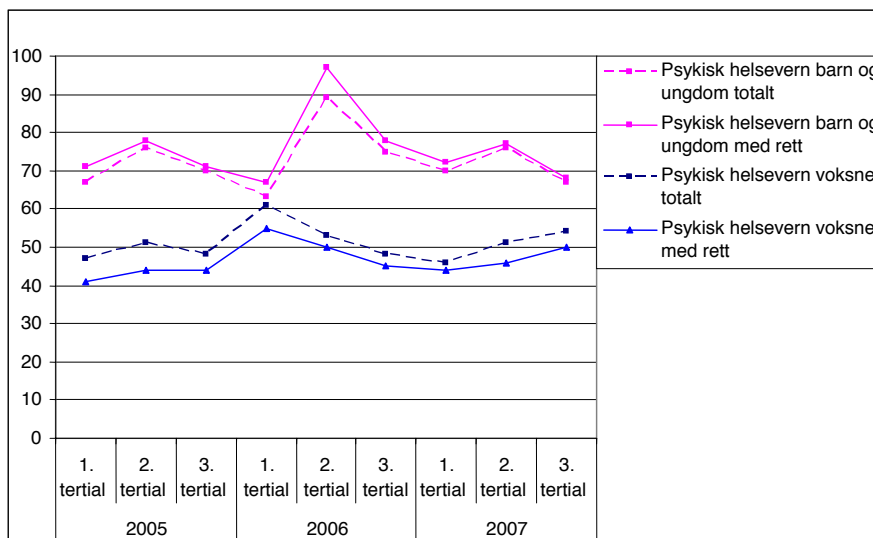
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet fordelt på somatikk, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP) og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere (TSB).
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen somatikk skal ikke øke mens den skal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

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



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

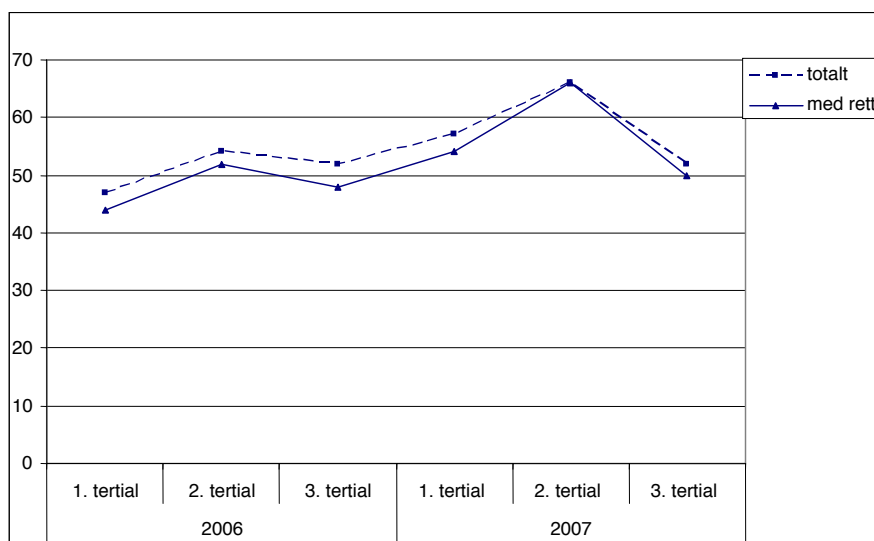
**Figur 11 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede totalt og med rett innen psykisk helsevern, barn/ungdom og voksne**



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



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



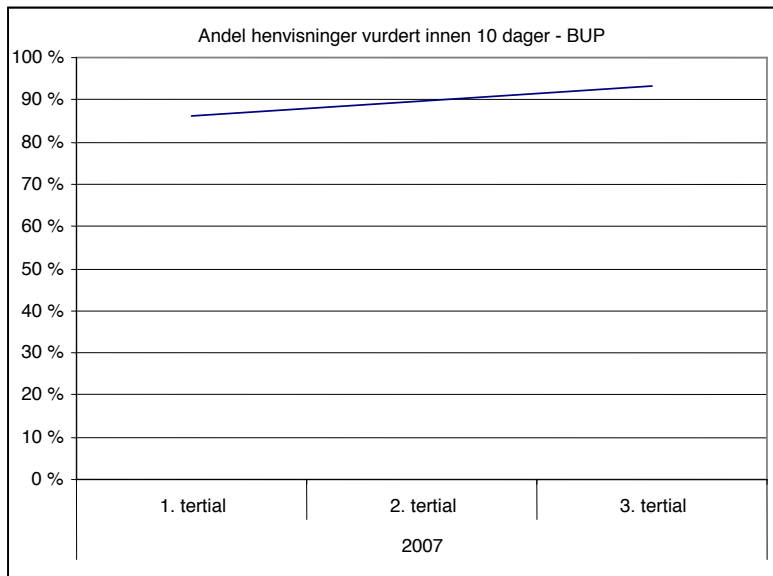
Ventetiden innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært høyere i år enn i 2006, men med en nedgang mot slutten av året. Det er også grunn til å merke seg at forskjellen i ventetid mellom gruppene har blitt mindre enn den var i 2006.

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

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

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

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



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

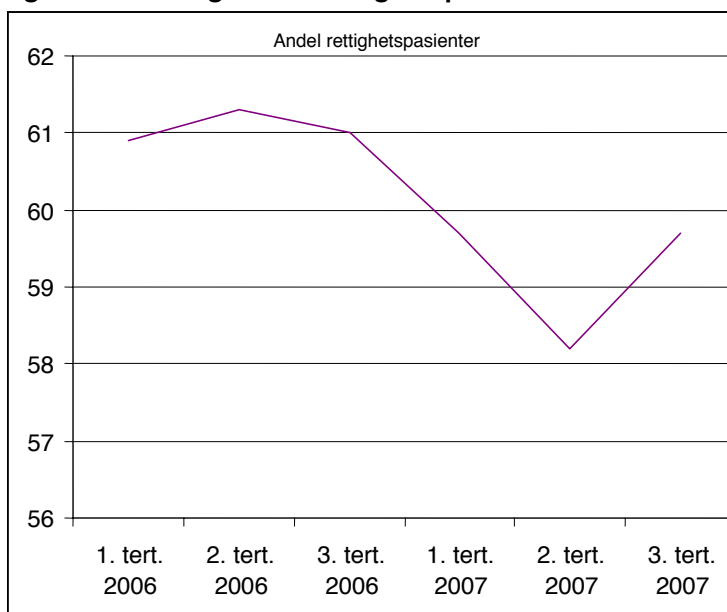
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på planlagt avrusning skal reduseres. Tall fra NPR viser 55 dagers ventetid 2. tertial og 26 dager i 3. tertial. Tallene er usikre da det er data fra få av helseforetakene.

### 5.1.3 Prioritering

Indikator/styringsvariable:

- Andel rettighetspasienter

**Figur 14 Utvikling i andel rettighetspasienter**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.1.4 Nøkkeldata/indikatorer

Indikator/styringsvariable:

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

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

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

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

### 5.1.5 Områder med særskilt fokus

#### **Lokalsykehus**

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

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

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

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

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

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

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

### **Spesialisthelsetjeneste for eldre**

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

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

### **Psykisk helsevern**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### **Rehabilitering og habilitering**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dette ivaretas i helseforetakenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

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

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

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

Dette er ivaretatt.

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

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

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

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

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

Dette er ivaretatt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dette følges opp løpende.

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Kvinnehelse***

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Donoransvarlige leger i sykehusene***

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

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

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

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

### ***Smittevern og beredskap***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helse Sør-Øst bidrar ved forespørsel.

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

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

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

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

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

## **5.2 Forskning**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **5.3 Utdanning av helsepersonell**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.4 Pasientopplæring**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5.5 Oppfølging og rapportering**

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

Dette er fulgt opp.

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

Dette er fulgt opp via det ordinære rapporteringssystemet.

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

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

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

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

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

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

Dette er ivaretatt.

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

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

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

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

- Ivareta eierskapet til virksomhetene i Helse Sør Øst.

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

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

Dette er ivaretatt.

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

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

I tillegg legges følgende premisser til grunn fra eier:

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

Dette er tatt til etterretning.

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

Dette er tatt til etterretning.

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

Dette er tatt til etterretning

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

Dette er tatt til etterretning

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

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

## 6 Oppfølging av protokoll fra foretaksmøtet

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

### 6.1 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 4)

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

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

Dette er etterkommet.

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

Dette kravet er videreført overfor helseforetakene gjennom foretaksmøter.

#### **Samordning av stabs- og støttefunksjoner**

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

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

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

#### **HR-området – personell og lønn som innsatsfaktor i helseforetakene**

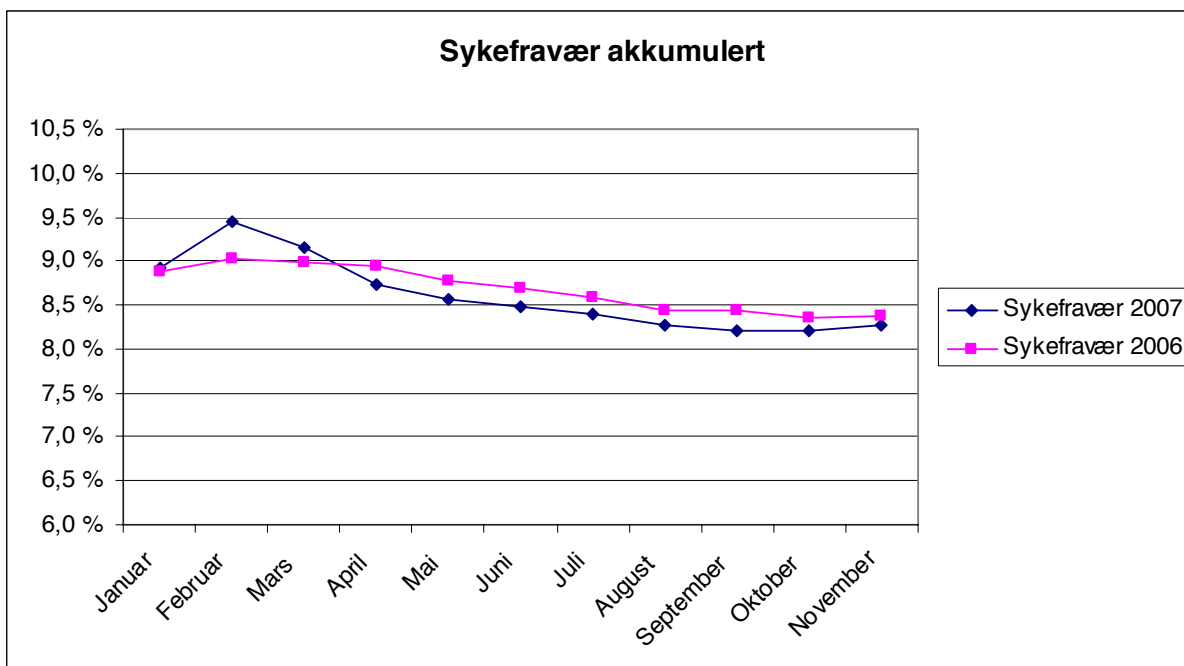
##### **Sykefravær**

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

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

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

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



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

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

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

### **Håndtering av lønnsområdet**

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

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

Oppsummert er den sentrale strukturen på lønnsområdet nå som følger:

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



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

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

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

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

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

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

### ***Helsepersonells bierverv – ansattes integritet og uavhengighet***

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

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

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

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

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

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

### ***Integrering og inkludering av personer med innvandrerbakgrunn***

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

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

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

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

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

### ***Deltidsstillinger***

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

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

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

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

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

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

### **Om helsepersonell på utenlandsoppdrag**

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

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

### **Oppfølging av juridisk rammeverk og særskilte tilsynssaker mv.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dette er ivaretatt.

## **6.2 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2007 (Sak 5)**

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

Dette følges opp.

### **Resultatkrav 2007**

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

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

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

Dette er ivaretatt.

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

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

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

### **Investeringsområdet**

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

Dette er tatt til etterretning.

### **Investeringsstilskudd – Nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet**

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

Dette er tatt til etterretning.

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

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

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

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

### **Låneopptak og driftskreditter**

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

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

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

Dette er tatt til etterretning.

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

Det er rapportert i henhold til krav til departementet.

### **6.3 Øvrige saker (Sak 6)**

#### **Utrede modell for framtidig organisering av administrasjon av enkeltoppgjør for pasienttransport**

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

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

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

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

#### **IKT-området**

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

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



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

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

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

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

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

### ***Samordnet kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten***

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

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

### ***Avvikling av spilleautomater i sykehus***

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

Dette kravet er videreformidlet helseforetakene i foretaksmøte.

### ***Helsebiblioteket***

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

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

### **Samisk samarbeidsorgan**

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

Helse Sør-Øst RHF deltar i samisk samarbeidsorgan.

### **Private laboratorietjenester**

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

Dette er tatt til etterretning.

### **Fordelingssystemet for leger**

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

Dette er ivarettatt, se rapportering i kapittel 5.

### **Referansegrupper for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra**

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

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

### **Nasjonal styringsinformasjon i spesialisthelsetjenesten**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dette er tatt til etterretning.

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

Dette er tatt til etterretning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Slik revisjon er gjennomført.

#### **6.5 Øvrige saker (Sak 5)**

##### **Sykehuset Innlandet HF**

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

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

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

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

### **Planer om nytt sykehus i Buskerud**

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

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

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

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

### **Helseforetakenes opptaksområder**

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

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

### **Arbeidsmedisinen skal styrkes**

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

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

## Legenes tjenesteplaner

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

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

## Samhandling

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

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

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

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

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

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



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

## **6.6 Låneopptak og driftskreditt (Sak 7)**

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

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

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

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

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

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

Dette er tatt til etterretning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8 Styrets arbeid i 2007

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

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

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

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

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

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

## DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

### 9 Rammer for virksomheten - lovgrunnlag og andre overordnede styringsbudskap

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

Videre er rammer for virksomheten fastsatt gjennom

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

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

Det er forutsatt at styrets plandokument skal:

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

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

## 10 Nasjonal Helseplan

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

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

### 10.1 Nasjonal helseplan - Helhet og samhandling

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

Strategier og tiltak i helseplanperioden:

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

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

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

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

## **10.2 Nasjonal helseplan - Demokrati og legitimitet**

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

Strategier og tiltak helseplanperioden:

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

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

## **10.3 Nasjonal helseplan - Nærhet og trygghet**

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

Strategier og tiltak helseplanperioden:

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



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

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

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

#### **10.4 Nasjonal helseplan - Sterkere brukerrolle**

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

Strategier og tiltak helseplanperioden:

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

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

### **10.5 Nasjonal helseplan - Faglighet og kvalitet**

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

Strategier og tiltak helseplanperioden:

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

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

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

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

### **10.6 Nasjonal helseplan - Arbeid og helse**

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

Strategier og tiltak helseplanperioden:

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

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

## 11 Oppdragsdokument for 2008 og protokoll fra foretaksmøte

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

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

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

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

## 12 Samlet program for utvikling og omstilling

### 12.1 Bakgrunn

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

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

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

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

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

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

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

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

### 12.2 Mål for omstillingsprogrammet

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

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

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

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

### **12.3 Medvirkning / forankring**

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

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

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

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

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

### **12.4 Innsatsområder i programmet**

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

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

Innholdet i omstillingsprogrammet blir nærmere beskrevet i kap. 14.2.

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



## **13 Strategisk fokus for Helse Sør-Øst 2008 – 2011**

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

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

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

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

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

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

### 14.1 Strategisk fokus

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

#### Mål 2008

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

### 14.2 Omstillingsprogrammet

#### 14.2.1 Bakgrunn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 14.2.2 Mål for arbeidet i hovedstadsprosessen

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

##### Hvor store omstillingstiltak må til?

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

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

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

#### Aktuelle virkemidler

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

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

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

#### 14.2.3 Aktiviteter

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

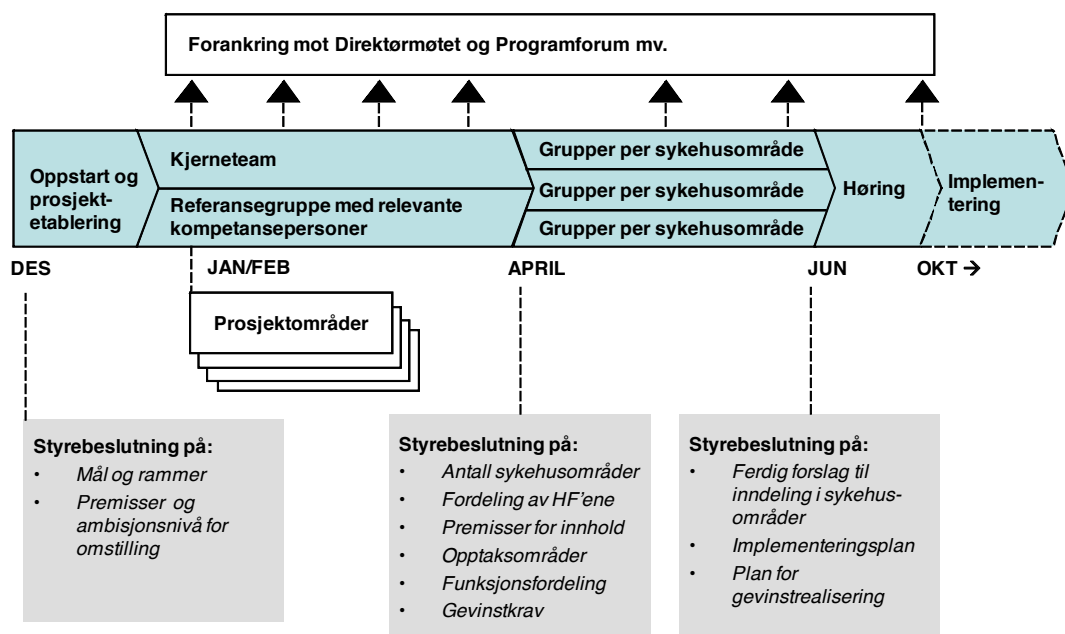
- Utvikling av lokaltbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten som inkluderer somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
- Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
- Samling av spesialiserte funksjoner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

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

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

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

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



### 14.3 Befolkningsutvikling

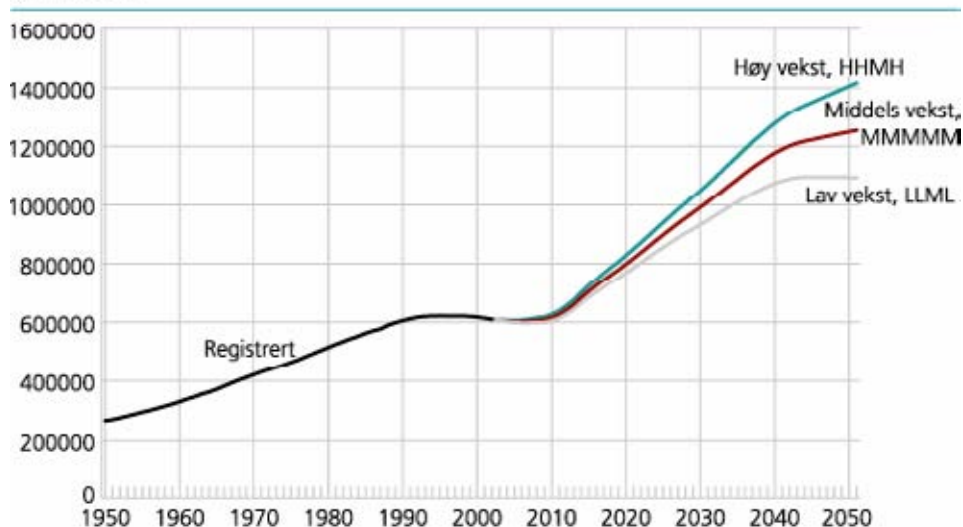
Den forventede vekst i eldrebefolkningen er av stor betydning for langsiktig utvikling, planlegging og organisering innen helsetjenesten. Utviklingen vil også ha betydning for fremtidig finansiering av infrastruktur og hvordan helsetilbudet skal betales. Dette er likevel spørsmål som avgjøres mer i samtiden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

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

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

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

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



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

#### 14.4 Faglige trender og utfordringer

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

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

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

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

#### Særlig om psykisk helse:

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

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

#### Særlig om utviklingen i forhold til rusfeltet:

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

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

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



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

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

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

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

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

### **14.5 Faglige prioriteringer**

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

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

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

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

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

- Epikriser/epikrisetid
- Korridorpasienter
- Individuell plan

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

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

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

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

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

#### **14.6 Videreutvikling av lokalsykehusfunksjonene og forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten**

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

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

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

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

#### **14.7 Forebyggende virksomhet**

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

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

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

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

#### **14.8 Oversikt over eksisterende fagplaner**

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

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

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

#### **14.9 Kvalitetsarbeid**

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

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

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

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

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

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

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

#### **14.10 Brukermedvirkning**

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

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

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

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

#### **14.11 Pasientopplevd kvalitet**

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

## 15 Forskning

### 15.1 Strategisk fokus

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

Mål 2008

- Antall publikasjoner økes
- Antall doktorgrader økes

### 15.2 Omstillingsprogrammet

#### 15.2.1 Bakgrunn

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

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

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

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

#### 15.2.2 Mål for planperioden

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

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

#### 15.2.3 Aktivitet

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

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

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



## 16 Kunnskapshåndtering og beste praksis

### 16.1 Strategisk fokus

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

#### Mål 2008

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

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

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

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

### 16.2 Omstillingsprogrammet

#### 16.2.1 Bakgrunn

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

#### 16.2.2 Aktivitet

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

## 17 Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner

### 17.1 Strategisk fokus

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

### 17.2 Omstillingsprogrammet

#### 17.2.1 IKT

##### 17.2.1.1 Bakgrunn

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

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

##### 17.2.1.2 Mål for IKT-utviklingen

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

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

##### 17.2.1.3 Aktivitet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 17.2.2 Innkjøp og logistikk. Handlingsplan 2008-2009

### 17.2.2.1 Bakgrunn

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

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

### 17.2.2.2 Mål for arbeidet

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

### **17.2.2.3 Aktivitet**

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

## **17.2.3 Administrative HR-funksjoner**

### **17.2.3.1 Bakgrunn**

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

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

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

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

### **17.2.3.2 Mål for arbeidet**

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

### **17.2.3.3 Aktiviteter**

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

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

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

#### **17.2.4 Eiendomsområdet**

##### **17.2.4.1 Bakgrunn**

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

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

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

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

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

##### **17.2.4.2 Mål for arbeidet**

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

##### **17.2.4.3 Aktiviteter**

Hovedområdene innenfor effektivisering av eiendomsdriften deles i fire:

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

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

### **17.3 Behov for utbygging og vedlikehold**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 18 Mobilisering av medarbeidere og ledere

## 18.1 Strategisk fokus

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

Mål 2008

- Sykefravær reduseres med 1 %-poeng

## 18.2 Omstillingsprogrammet

### 18.2.1 Bakgrunn

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

### 18.2.2 Mål for arbeidet

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

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

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

Sluttresultatene fra satsningsområdet vil være:

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



### 18.2.3 Aktiviteter

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

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

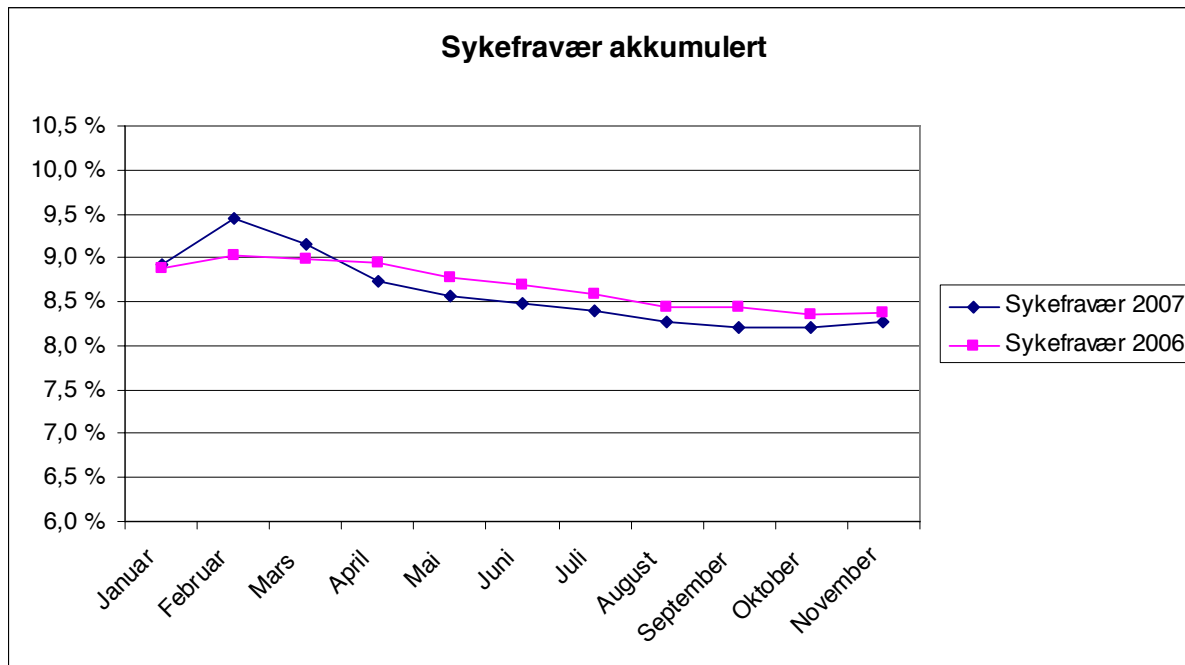
## 18.3 Andre prioriterte områder

### 18.3.1 Sykefravær

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

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

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



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

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

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

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

### 18.3.2 Medarbeidertilfredshet

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

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

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

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

### 18.3.3 Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn, vurdering av språkkrav mv.

I egen ekspedisjon til departementet har Helse Sør-Øst RHF rapportert på andel av ansatte med innvandrerbakgrunn, pr helseforetak og fordelt på vestlig og ikke-vestlig bakgrunn. Det ble også rapport foregående år, men tallmaterialet er ikke sammenlignbart. Utviklingstrekk kan derfor ikke beskrives før neste rapportering, som nå skjer med datauttrekk via SSB.

Datauttrekkene viser store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder andel innvandrere generelt og med ikke-vestlig bakgrunn spesielt. Det antas at dette i stor grad gjenspeiler ulikheter i andelen innvandrere av befolkningen generelt i de distriktene helseforetakene ligger. Dermed er det også naturlig at Oslo-foretakene har den største andelen innvandrere. Flere av

helseforetakene har etablert policy og tiltak for å sikre en god andel ansatte med innvandrerbakgrunn. Viktigste fundament for dette er helseforetakenes ønske om å ha en stab som gjenspeiler foretakets befolkningsgrunnlag, både som personalpolitikk og i lys av utviklingen av en pasientbehandling som tilrettelegges alle brukergrupper.

I Årlig melding for 2008 skal det på samme måte som i Årlig melding for 2007, rapporteres på antall og andel personer med innvandrerbakgrunn i virksomheten per 1. januar 2008, hvilke mål virksomheten satte for rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn i 2008, samt antall og andel ansatte med innvandrerbakgrunn per 1. januar 2009.

Foretaksmøtet la til grunn at Helse Sør-Øst RHF påser at underliggende helseforetak legger opp rutiner for vurdering av språkkrav i samsvar Ot.prp. nr. 26 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven.

#### 18.3.4 Regulering av bierverv og etiske retningslinjer

Helse Sør-Øst har fokus på god virksomhetsstyring og legger vekt på å sikre at dette blir oppfylt i hele foretaksgruppen. Arbeidet med bierverv og etiske retningslinjer i 2007 har vært preget av å konsolidere situasjonen og videreføre den løpende oppfølging/forvaltning av regeverket mv.

I 2007 har foretaksgruppen redegjort i egne ekspedisjoner til Riksrevisjonen på to forskjellige undersøkelser initiert derfra:

- Hvordan etablert samarbeidsavtale med legemiddelindustrien praktiseres.
- Omfanget av ansattes bierverv i legemiddelindustrien.
- Helseforetakenes praksis knyttet til mottakelse og forvaltning av gaver.
- Eventuelle interne fond og forvaltingsregimet knyttet til disse.
- Ansatte med bierverv knyttet til stiftelser.

De tidligere regioner Helse Sør og Helse Øst hadde før sammenslåingen etablert sammenlignbart regelverk for håndtering av bierverv. Imidlertid har foretaksgruppen erfart at regelverket avstedkommer behov for ny gjennomgang av gjeldende regelverk. Det vises blant annet til Sivilombudsmannens uttalelse i en konkret sak i 2007. Videre har det i løpet av 2007 og inn i 2008 vært kontakt med noen av arbeidstakerorganisasjonene om bierversproblematikken. Helse Sør Øst RHF vurderer det nå slik at det er behov for en evaluering av regelverket, praktiseringen av dette, samt vurdering av nye innfallsvinkler erfart i de siste år med økt fokus på biervervsproblematikken. Dette arbeidet vil starte i 2008 og vil danne grunnlag for revurderinger og eventuelle nødvendig justeringer, det være seg regelverket selv eller dets praktisering.

#### 18.3.5 Organisering av arbeidsgiveransvaret

Fra 2004 har det innen arbeidsgiverorganisasjonen Spekter (tidligere NAVO) vært oppnevnt et eget styre for "Spekter Helse" (underutvalget). Dette består av de administrerende direktører for de fire RHF-ene. Underutvalget skal for "helseområdet" fastsette de nærmere retningslinjer for forhandlingene og treffe de beslutninger som er nødvendig for gjennomføring av forhandlingene og eventuelt meglings. Underutvalgets rolle er av strategisk karakter, hvor hovedoppgaven er å treffe beslutninger knyttet til Spekters arbeid i forhold til helseforetakene, samt beslutninger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår som spesifikt er knyttet til helseforetakene. I tillegg har det vært et Faglig råd helse, som var et rådgivende organ for Spekters administrerende direktør. Faglig råd helse har bestått av tre representanter fra de fem helseregionene, totalt 15 representanter.

Internt i region Helse Sør-Øst benyttes følgende arenaer for innspill og forankring:

- Direktørmøtet (alle HFenes ADer), ledet av RHF's AD..

- HR-direktørforum, ledet av RHF's HR-direktør.
- Tariffnettverk, bestående av en forhandlings-/tariffaglig representant fra hvert av HFene. Dette nettverket skal bistå HR-direktørene og understøtte helseforetakenes medlemsaktiviteter innen Spekter, sikre erfaringsutveksling og fremme den interne debatt på lønns- og tariffområdet.

### 18.3.6 Lederutvikling

Helse Sør-Øst var i 2007 involvert i lederutvikling på tre nivå, nasjonalt, regionalt og på foretaksnivå.

På nasjonalt nivå er Helse Sør-Øst (HSØ) involvert i det nasjonale topplederprogrammet ved deltakelse i styringsgruppen for programmet og i selve gjennomføringen av programmet. To kull gjennomgikk programmet i 2007 som gir en bred innføring i den kompleksiteten toppledere i helsevesenet må bevege seg i.

I tillegg gjennomføres det 2 ganger i året nasjonale direktørsamlinger hvor AD'er fra alle helseforetakene og RHF'ene deltar for å diskutere og bearbeide aktuelle ledelsesutfordringer av felles interesse.

Når det gjelder arbeidet med lederutvikling på RHF-nivå, har det vært arbeidet noe ulikt i de to tidligere regionene Øst og Sør.

I tidligere Helse Sør ble det initiert få ledelsesutviklingstiltak regionalt. De aller fleste foretakene har utviklet egne, foretaksinterne program av til dels betydelig omfang og man har flere steder en solid foretaksintern lederutviklingskompetanse.

Tiltakene har rettet seg mot alle ledernivå i organisasjonen og har vært gjennomført dels ved hjelp av egne krefter og dels i samarbeid med forskjellige utdanningsinstitusjoner og ved hjelp av innleide konsulenter.

Helse Sør og Helse Øst har i noen år samarbeidet med Legeforeningen om "Frist meg inn i ledelse" – et lederrekrutteringsprogram for kvinnelige leger. Det planlegges et liknende lederrekrutteringsprogram i samarbeid med psykologforeningen hvor målgruppen er både mannlige og kvinnelige psykologer – "Psyk meg opp til ledelse".

I tidligere Helse Øst hadde man ansatt en person med ansvar for å initiere lederutviklingsaktiviteter på regionalt nivå, samt å bistå foretakene med å utvikle og gjennomføre foretaksinterne lederutviklingstiltak. Det var et mål å bygge opp lederutviklingskompetanse internt i foretaksgruppen slik at man i minst mulig grad var avhengig av eksterne konsulenter.

Det ble gjennomført en rekke aktiviteter regionalt:

Lederforum hvor ledergruppene i helseforetakene og RHF'ets ledergruppe møtes for å arbeide med mål og strategier, samt andre ledelsemessige utfordringer som man har felles interesse av.

Det regionale ledelsesseminaret for ledere på nivå 2, 3 i foretakene. Temaene var overordnede strategier og føringer, møte RHF'ets ledergruppe, samt å trene på å håndtere krevende lederutfordringer.

Utviklingsprogram for reelle ledergrupper i foretakene

Hensikten var å øke ledergruppens samlede prestasjonsevne ved å fokusere på hva ledergruppen definerer som sine viktigste mål og utfordringer og hvordan det enkelte medlem i gruppen bidrar til å nå disse målene. Ledergrupper fra psykiisk helsevern har vært prioritert i dette arbeidet.

Utviklingsprogram for foretaksinterne lederutviklere/-veiledere.

Førstelinjeføderne (ledere på laveste nivå i organisasjonen) har en nøkkelrolle i gjennomføringen av våre mål og planer. Derfor satsset man, i samarbeid med HR-direktørene i helseforetakene, på å utvikle og gjennomføre et utviklingsprogram for foretaksinterne lederutviklere/prosessveiledere.

I tillegg har det vært gjennomført dagskonferanser om aktuelle ledelsestema, for eksempel ”Ledelse, arbeidsmiljø og sykefravær”.

Gjennomføring av medarbeider-/arbeidsmiljøundersøkelser er vanlig praksis i foretakene. Det eksisterer slike verktøy både i tidligere Helse Øst og Helse Sør. Begge systemene har bl.a. det til felles at de er laget først og fremst for å kunne fungere som et verktøy for ledere i arbeidet med å utvikle enhetenes prestasjonsevne og arbeidsmiljø. Derfor er trening i og bruken av medarbeiderundersøkelser et viktig element i lederopplæringen/-utviklingen i organisasjonen. Det er også etablert systemer for lederevaluering som er prøvd ut i begge de to gamle regionene.

Videre arbeid med lederutvikling i foretaksgruppen

Det er fortsatt behov for en målrettet og samordnet ledelses- og utviklingsvirksomhet på forskjellig nivå i HSØ. Ledelse vil være en avgjørende faktor også for den nye regionens suksess.

På basis av en kartlegging av aktiviteter og behov i den nye foretaksgruppen vil det bli utarbeidet en samlet plan for lederutvikling i Helse Sør-Øst. Denne planen vil beskrive hvilke aktiviteter som skal foregå på regionalt nivå og eventuelle behov for samordning av aktiviteter.

En vesentlig del av Lederutviklingsprogrammet 2008 vil være ”underleveranser” til innsatsområdet ”Mobilisering av medarbeidere og ledere”. ”Leveransene” fra dette innsatsområdet vil i sin tur være:

1. Veileder for medvirkningsbasert omstilling og organisasjonsutvikling
2. Veileder for mobilisering av medarbeidere i den daglige drift.
3. Plattform for lederutvikling som setter ledere i stand til å mobilisere medarbeidere.
4. Utforming av en lederutviklingspilot der ledere blir opplært i medvirkningsbaserte metoder
5. Etablering av et kunnskapsgrunnlag og opplæringsprogram for skolering av medarbeidere i medvirkningsbaserte metoder for omstilling og organisasjonsutvikling.

### 18.3.7 Forholdet mellom bruken av egne helseforetak og private virksomheter

Det er inngått langsiktige rammeavtaler med de fem private ikke kommersielle sykehusene i regionen. Disse virksomhetene fungerer i praksis som en del av Helse Sør-Øst på linje med helseforetakene. Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helse, kirurgi, lab/radiologi, opptrening, habilitering og rehabilitering. Alle avtalene er inngått med det regionale helseforetaket.

Ved anskaffelser fra private legges vekt på:

- utnytting av kapasitet i egne helseforetak
- langsiktighet og forutsigbarhet for ideelle organisasjoner
- profesjonalitet i alle led i bestillerfunksjonen

Det legges vekt på åpenhet og faglige vurderinger, utvikling av prognoser for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og utvikling av benchmarkinganalyser. Det er særlig viktig at bruken av private tilbud rettes inn mot prioriterte områder hvor egen kapasitet er fraværende eller mangelfull, og at en har metoder for å klarlegge dette. Grunnlaget for konkurranse vil være kvalitet, tilgjengelighet, pris og leveringssikkerhet.

Det utvikles egnede rutiner som sikrer samhandling og langsiktighet. Det er etablert en egen bestillerfunksjon for å videreutvikle profesjonaliteten i gjennomføringen overfor egne eide foretak og private virksomheter.

## 19 Økonomisk balanse og bærekraft

### 19.1 Strategisk fokus

- ✓ Bærekraftig utvikling over tid forutsetter bedre arbeidsdeling, ressurs- og kapasitetsutnyttelse og god økonomisk styring.
- ✓ Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte.
- ✓ God styringsinformasjon videreutvikles

#### Mål 2008

- Resultat i balanse i 2008 iht. styringskrav og fastsatt aktivitetsnivå
- Aktiviteten må styres ut fra faglig prioritering slik at regionens ”sørge for”-ansvar dekkes innen fastsatt aktivitetsnivå
- Bemanningsutviklingen må styres både i volum og ift. kompetanse innen ressursrammen

### 19.2 Økonomiske rammeforutsetninger

#### 19.2.1 Økte bevilgninger til investeringer innebærer et krav om 0-resultat.

Etter sykehusreformen har bevilgningene til de regionale helseforetakene ikke tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikehold av bygninger og medisinsk utstyr. I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det lagt opp til økte bevilgninger på i alt 1,0 mrd. kroner, fordelt over tre år, for å kunne bidra til at dette forholdet ble noe rettet opp. I St.prp. nr. 1 (2007-2008), er beløpet foreslått økt til i alt 1,67 mrd. kroner, og at hele beløpet bevilges i 2008.

Bakgrunnen er at regnskapsmessig åpningsverdi i bygg og utstyr er høyere enn den fastsatte åpningsverdien tilhørende balansekravet. Forskjellsverdien har vært håndtert slik at de regnskapsmessige meravskrivningene som følger av verdifastsettelsen av åpningsbalansen, har blitt unntatt det økonomiske balansekravet ved å kostnadsføre disse meravskrivningene som strukturfond- og levetidskostnader. Det har vært regjeringens målsetting å bevilge et beløp tilstrekkelig til å dekke regnskapsmessige avskrivninger og dermed øke regionenes evne til gjenanskaffelse av bygg og utstyr.

Helse Sør-Øst er for 2008 tilført 920 mill kr til fornying av sykehusbygg og utstyr til sykehus. Midlene inntektsføres hos helseforetakene slik som kostnadene til struktur og levetid prognostiseres for 2008 per foretak og forutsettes å dekke disse kostnadene i sin helhet.

I henhold til St.prp.nr.1 (2007-2008) er disse midlene lagt inn i basisrammen for å gjenanskaffe/dekke avskrivninger på bygg og utstyr, samt bidra til å sikre fremtidig drift av Nye Ahus.

#### 19.2.2 Krevende omstillingsutfordring for 2008

I henhold til St.prp. nr. 1 (2007-2008) innebærer det økonomiske opplegget for investeringer at eiers styringskrav for 2008 er et økonomisk resultat i null. Det er imidlertid presisert i protokollen fra foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør- Øst RHF 24. januar 2008, at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere utover kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Sør- Øst RHF ikke inngår i dette resultatkravet.

Det økonomiske resultatet for 2007 for foretaksgruppen samlet sett viser et underskudd ut over eiers styringsmål i størrelsesorden 1,0 milliard kroner. Foretaksgruppen må derfor iverksette omstillings-, effektiviserings- og innsparingstiltak tilsvarende om lag 1,0 mrd. kroner for å ivareta eiers krav til økonomisk resultat for 2008.



For å ivareta det regionale helseforetakets sitt "sørge for" - ansvar er det i tillegg nødvendig å gjøre investeringer for å gjennomføre strukturelle endringer, samt for å opprettholde tilfredsstillende medisinsk kapasitet, teknologi og kvalitet, jfr. omtalen nedenfor.

Etter Helse Sør-Øst sin samlede vurdering vil det derfor være meget krevende å kunne iverksette tiltak for å kunne innfri eiers krav til økonomisk balanse ut ifra det kravet som er satt i foretaksprotokollen og samtidig sikre at Helse Sør-Øst ivaretar sørge for ansvaret slik det er forventet fra eiers side.

### 19.2.3 Ledige lånerammer og likviditetsmessig utfordringer

Med dagens langsiktige lånerammer har Helse Sør-Øst en utfordring med å finansiere et stort og veldokumentert vedlikeholdsetterslep i tillegg til vedtatte og påbegynte investeringsprosjekter. Ut fra dagens situasjon vil ikke Helse Sør-Øst ha disponible lånerammer til nye investeringer før i 2009. Disponering av lånemidler etter dette tidspunktet vil bli sett i sammenheng med en langsiktig investeringsstrategi når det gjelder utbyggingsprosjektene i regionen

De låneopptakene som er foretatt vil belaste likviditetssituasjonen ved helseforetakene i betydelig grad i årene som kommer.

Helse Sør-Øst har ved utgangen av 2007 en kortsiktig likviditetsreserve på 200 mill. kroner av en total driftskredittramme godkjent fra departementet på 2,7 mrd. kroner.

I forhold til Helse Sør-Øst sin størrelse, er en kortsiktig likviditetsreserve på 200 mill. kroner ikke tilstrekkelig. Prognosen for likviditetsutviklingen i 2008 forventes å bli vesentlig strammere enn hva tilfellet har vært i 2007. Helse Sør-Øst vil derfor, med stor sannsynlighet, ha behov for å søke om utvidelse av driftskredittrammen på 2,7 mrd. kroner.

### 19.2.4 Nye Ahus – økonomiske utfordringer

Utbyggingen av Nye Ahus går etter planen og prosjektet holdes innenfor den investeringsrammen som er forutsatt. Nytt sykehus vil tas i bruk 1. oktober 2008.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at tilskudd og lånerammer til Nye Ahus bevilges separat fra eiers side. For perioden fra 2008 til og med 2010 vil lånebehovet for hele utbyggingsprosjektet være i størrelsesorden 1,4 mrd. kroner.

Det er en stor utfordring for Helse Sør-Øst å fullfinansiere driften ved det nye sykehuset innen dagens økonomiske rammer uten at det skal gå på bekostning av det samlede tjenestetilbudet i regionen.

Spørsmålet om særskilt finansiering er tatt opp med eier i foretaksmøtet i mars 2007.

### 19.2.5 Pensjonskostnader

Stabile rammebetingelser over tid er viktig både for helseforetakene og departementet når det gjelder pensjonskostnader. De skjerpede økonomiske parametrene som er lagt til grunn ved beregning av helseforetakenes pensjonskostnader for 2007 har medført en betydelig kostnadsøkning. Det er disse beregningene som er lagt til grunn i regnskapsavleggelsen for 2007. Økningen for 2007 er unntatt fra balansekravet til de regionale helseforetakene.

Pensjonskostnadene representerer fortsatt en usikkerhet.

For 2008 vil det også bli gitt et unntak fra balansekravet, grunnet økte pensjonskostnader som skyldes skjerpede parametere.

### **19.2.6 Ny modell for fordeling av inntekter mellom helseregionene**

Det regjeringsoppnevnte utvalget med mandat å vurdere prinsippene for fordeling av ressurser mellom helseregionene, avga sin innstilling 10. januar 2008 (NOU 2008:2 Fordelinger av inntekter mellom regionale helseforetak). Av innstillingen går det frem at de prinsipper som utvalget har lagt til grunn innebærer en omfordeling av midler fra Helse Sør- Øst til de andre regionale helseforetakene på 781 mill, beregnet med utgangspunkt i bevilgningsforslaget for 2008 i St.prp. nr. 1 (2007-2008).

Styret i Helse Sør-Øst RHF vil avgi en egen høringsuttalelse til NOU 2008:2 Fordelinger av inntekter mellom regionale helseforetak.

### **19.2.7 Ny modell for fordeling av inntektsrammer internt i Helse Sør- Øst**

De to tidligere helseregionene Helse Sør og Helse Øst har benyttet ulike modeller til fordeling av inntekter mellom helseforetakene i sine respektive regioner. Disse regionmodellene er lagt til grunn også i budsjettet for 2008, for helseforetakene i de to tidligere regionene.

Det er et uttrykt ønske om at det skal utarbeides en felles fordelingsmodell som skal omfatte alle helseforetakene i den sammenslåtte regionen. Dette arbeidet er i gang.

## 20 Åpenhet og kommunikasjon

Åpenhet og ærlighet er en forutsetning for god kommunikasjon både internt og eksternt. God kommunikasjon er avgjørende for å lykkes – og for at medarbeiderne skal se nye muligheter for seg selv og for virksomheten.

Sykehusene i Norge er – og skal være – i offentlighetens søkelys. Dette skal Helse Sør-Øst forholde seg til profesjonelt og være i forkant av i kommunikasjonen med omverdenen. Helse Sør-Østs troverdighet bygger på offensiv, åpen og ærlig kommunikasjon.

Helse Sør-Øst står overfor store endringer og omstillinger. I slike faser er det vesentlig at alle kjenner og utfører sitt ansvar for å informere og å involvere. Samtidig er det nødvendig at hele foretaksgruppen har god kjennskap og faktakunnskap til ulike endringsplaner og prioriterte områder. Slik kan foretaksgruppen framstå samlet og koordinert med kommunikasjon basert på god innsikt og kunnskap.

Kommunikasjon handler om å dele kunnskap og å skape forståelse og innsikt. Aktiv deltakelse og involverte medarbeidere i prosesser fram mot beslutninger er en viktig forutsetning for å bygge lojalitet innad i organisasjonen – og for å skape tillit i forholdet til omverdenen.

Helse Sør-Øst har utarbeidet en felles kommunikasjonsstrategi for hele foretaksgruppen for de neste fire årene. Denne skal sikre bedre samordning av kommunikasjonsarbeidet i foretaksgruppen, og legges til grunn når det enkelte helseforetak utvikler egne kommunikasjonsplaner.

## 21 Intern revisjon

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen. Oppdragsgiver for internrevisjonen er Kontrollkomiteen (som benevnes Revisjonskomité fra 2008), et underutvalg av styret.

Formålet med internrevisjonsfunksjonen er å bidra til at Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene i Helse Sør- Øst når sine mål og forbedrer den løpende drift. Dette skal skje ved å evaluere og foreslå forbedringer i systemene og prosessene for styring og kontroll, herunder risikostyring og virksomhetsstyring.

Internrevisjonens oppgaver i forhold til bekreftelse av internkontroll er å:

- a) Holde seg løpende oppdatert på risikobildet i foretaksgruppen
- b) Kartlegge og vurdere internkontrollsystemene, samt teste om de fungerer som forutsatt.

Internrevisjonens fagkompetanse er internkontroll og risikostyring. I alle revisjoner blir virksomheten målt mot revisjonskriterier for internkontroll.

Det er i 2007 gjennomført internrevisjon innenfor innkjøpsområdet ved 8 helseforetak med oppsummering regionalt og rapport fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF. Det er videre gjennomført revisjoner innenfor henvisningsrutiner/dokumentflyt innenfor 4 helseforetak. I tillegg er det foretatt oppfølging av revisjoner gjennomført i 2006 overfor helseforetakene, sykehusene med privat avtale og det regionale foretaket innenfor områdene Ventetid BUP, Forskning, Ledelsens gjennomgåelse og innkjøp.

Detaljer knyttet til internrevisjonens arbeid fremgår av Årsrapport 2007 for internrevisjonen ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 6. februar, sak 006-2008.

Hovedkonklusjon fra gjennomførte revisjoner i 2007 viser at det er forbedringsområder innenfor reviderte områder for alle helseforetak som er underlagt interne revisjoner i denne perioden. Handlingsplaner er eller blir styrebehandlet både på foretaksnivå og på regionalt nivå.

Det regionale foretaket har iverksatt en risikostyringsprosess i hele foretaksgruppen. Internrevisjonen holdes løpende orientert om fremdrift og resultat og benytter aktivt denne prosessen i revisjonsplanleggingen.

## DEL IV – STYRETS BUDSJETTFORSLAG

### 22 Tjenestens aktivitetsbehov i 2009 – innspill til statsbudsjettet for 2009

#### 22.1 Hvilken aktivitet er nødvendig for å ivareta ”sørge for”-ansvaret i 2009

Iht. Oppdragsdokumentet for 2007 skal de regionale helseforetakene gi innspill til statsbudsjettet for 2009. I likhet med tidligere år har de administrerende direktører i de regionale helseforetakene utarbeidet et felles innspill. Dette ble behandlet i AD-møtet 17. desember og gitt enstemmig tilslutning.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige. I tillegg gis det enkelte innspill vedrørende veksten i pensjonskostnader, fastsetting av lånerammer og behovet for planlegging av større investeringsprosjekter.

#### 22.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for 2009 er vurdert på grunnlag av de forhold som erfaringsmessig bestemmer aktivitetsutviklingen og de helsepolitiske prioriteringer som gjelder. Her skal vi først gjennomgå de viktigste elementene summarisk, og deretter drøfte dem i en helhetlig sammenheng.

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

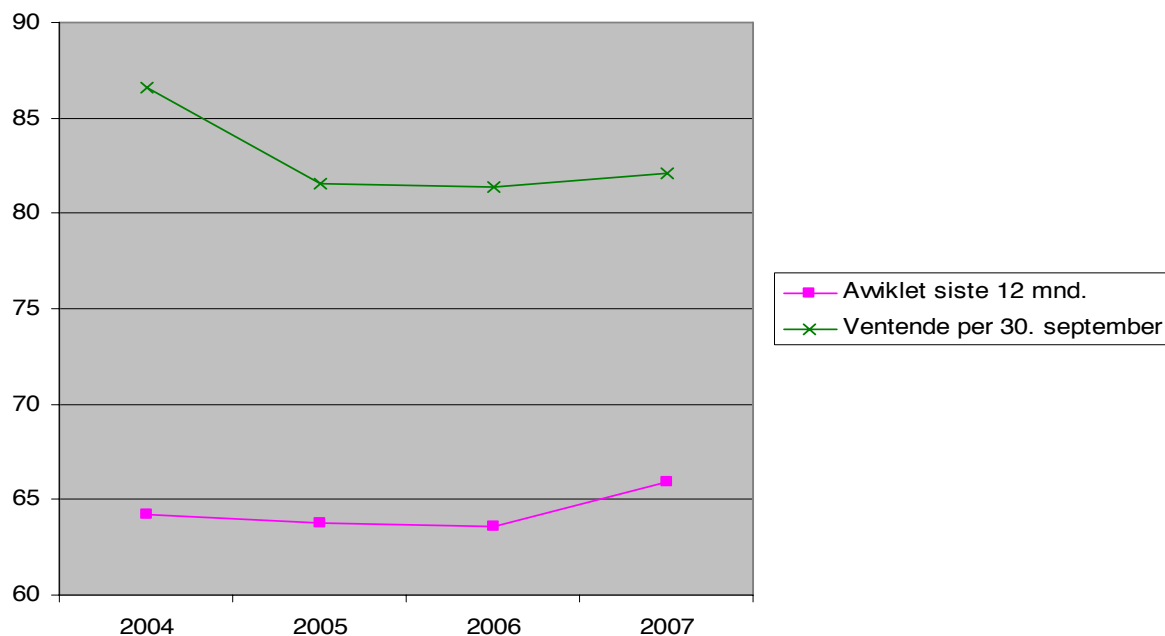
I perioden 2003-2006 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,8 prosent per år, målt i antall korrigerede DRG-poeng. Veksten fra 2005 til 2006 var 2,75 prosent. Tallene for perioden 1.1-31.8 2007 ligger 2,71 prosent over tallene for tilsvarende periode i 2006.

Aktivitetsvekst i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i Norge 2003-2006. (Kilde: ISF-kuben).

	2003	2004	2005	2006
Antall DRG-poeng	1 013 376	1 031 452	1 072 204	1 101 696
Prosent vekst fra forrige år	-	1,78	3,95	2,75

I perioden 2003-2010 vil det kreves en aktivitetsvekst på ca. 0,7 prosent per år for å kompensere for forventede endringer i folkemengde og aldersstruktur. Det er vekst ut over dette som gir rom for økt behovsdekning, inklusive nye behov. Trekker vi 0,7 fra de refererte prosenttallene, finner vi en gjennomsnittlig realvekst på 2,1 prosent per år for perioden 2003-2006. Tallene hittil i år indikerer at veksten i 2007 vil bli tilsvarende.

Aktivitetsveksten i de siste fire-fem årene har gjort det mulig å holde ventetidene under rimelig kontroll. Diagrammet nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for somatiske rettighetspasienter. Reduksjonen i rettighetspasientenes ventetider ser ut til å ha stagnert. Det indikerer at aktivitetsveksten i de to årene kan ha vært for knapp i forhold til behovsveksten.



Figur 1. Gjennomsnittlig ventetid for somatiske rettighetspasienter beregnet per 30. september i årene 2004-2007<sup>1</sup>.

Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2007-2009

#### Demografi

Den aktivitetsvekst som kreves for at tilbudet skal holde tritt med befolkningsutviklingen er anslått på grunnlag av alders- og kjønns spesifikke forbrukstall (ISF-kuben) og SSBs fremskrivning av befolkningen (MMMM). I perioden 2003-2010 kreves det en årlig økning i antall DRG-poeng (døgn- og dagopphold) på 0,7 prosent for å holde tritt med befolkningsutviklingen. Beregninger på grunnlag av alders- og kjønns spesifikke rater for polikliniske konsultasjoner (SAMDATA) viser at befolkningsutviklingen medfører et tilsvarende behov for vekst i den polikliniske aktivitet.

#### Øyeblikkelig hjelp

Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp øker med om lag 2 prosent per år, og vi har ingen indikasjoner på at dette er i ferd med å endres. Det er erkjent at en del av de som blir innlagt for øyeblikkelig hjelp burde fått et annet tilbud, og det arbeides med å utvikle bedre løsninger for disse pasientene både internt i spesialisthelsetjenesten og i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

<sup>1</sup> Kurven for avviklede pasienter omfatter alle norske pasienter. På grunn av feil i data er pasienter fra Helse Vest ikke med i kurven for ventende.

Nye behov og økt behovsdekning

Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette, og i utgangspunktet forventes det at dette vil bidra til en realvekst på om lag samme nivå i perioden frem mot 2009 som vi har hatt de siste par årene.

Prioritering

Rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre skal prioriteres. Det er tidligere anslått at dette isolert sett vil kreve en vekst i det totale antall døgnopphold på 0,85 prosent per år<sup>2</sup>, og det antas at dette også vil gjelde dagopphold og poliklinisk behandling. For å ta hensyn til at det også er andre grupper som skal gis særlig prioritet, rundes tallet av til 1,0 prosent.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at man skal identifisere områder med overkapasitet og overføre ressurser fra disse områdene til de områder som skal styrkes. Dette har særlig kommet psykisk helsevern og rusbehandling til gode, men det arbeides stadig for å finne nye muligheter for omfordeling internt i somatisk sektor.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2006-2009

I perioden 2003 til 2006 var aktivitetsveksten om lag 3 prosent per år, og ventetidene holdt seg noenlunde konstante. En videreføring av denne vekstraten vil trolig være tilstrekkelig til å holde ventetidene på dagens nivå også i de nærmest kommende år.

Dersom veksten reduseres til det som kreves for å holde tritt med befolkningsutviklingen, anslagsvis 0,7 prosent per år, blir det ikke rom for nye behandlingstilbud, og det må antas at dette vil medføre økende ventelister og ventetider på flere områder.

Helseforetakene legger stadig større vekt på effektiv prioritering. Med god prioritering vil en aktivitetsvekst på 2,0-3,0 prosent per år i perioden 2006-2009 kunne gi rom både for nye tilbud og gjøre det mulig å opprettholde akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper.

## **22.3 Psykisk helsevern**

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri viser imidlertid en markert vekst i perioden 2003-2006 med en gjennomsnittlig økning på 3,1 prosent. Ressursøkningen til psykisk helsevern har vært større enn for somatiske tjenester.

---

<sup>2</sup> Innspill fra regionale helseforetak til statsbudsjettet for 2007, desember 2005.



Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 2003-2006. Mill. kr faste 2006 kr.

(Kilde: SAMDATA 2006)

	2003	2004	2005	2006
Ugifter VOP	9 979	10 124	10 748	10 992
Endring % fra forrige år	1	1	6,2	2,3
Utgifter BUP	1 790	1 928	2 083	2 225
Endring % fra forrige år	8	8	8,0	6,8

Som det fremgår av tabellene nedenfor har det skjedd en aktivitetmessig omstrukturering innen voksenpsykiatrien fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS og poliklinikk, samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen.

I perioden 2003 – 2006 er antall oppholdsdøgn redusert med 7,5 prosent mens antall utskrivinger har økt med 17,8 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 34,8 prosent.

Aktivitetsendring psykisk helsevern VOP 2003-2006 (Kilde: SAMDATA 2005, 2006)

	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn	1 674 000	1 612 000	1 571 000	1 560 000
Endring % fra forrige år	- 3,1	- 3,7	-2,5	- 0,8
Antall utskrivinger	40 355	41 249	43 515	47 549
Endring % fra forrige år	8,5	2,2	5,5	9,3
Polikliniske konsultasjoner	699 000	759 000	867 000	931 000
Endring % fra forrige år	13,3	8,6	14,2	7,4

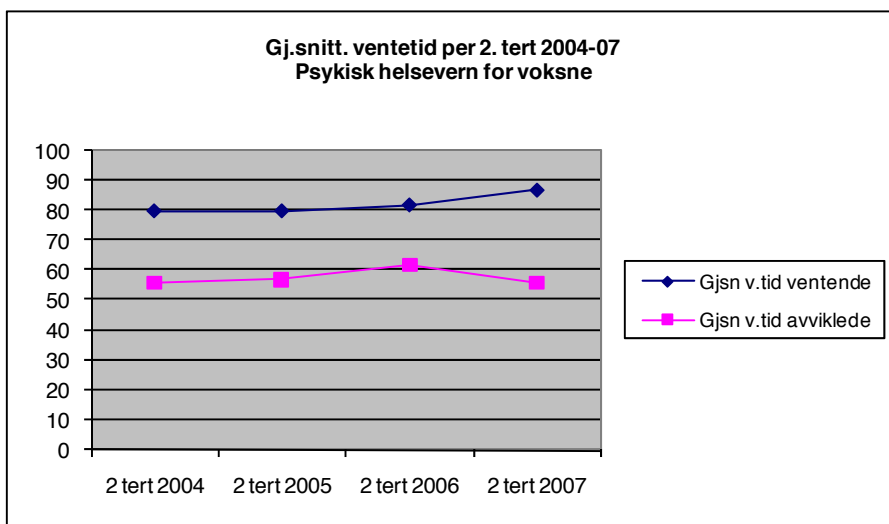
Tilsvarende omstrukturering har skjedd innen barne- og ungdomspsykiatrien. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2003-2006 redusert med 6 prosent mens antall behandlede pasienter har økt med 55 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 43,6 prosent.

Aktivitetsendring psykisk helsevern BUP 2003-2006 (Kilde: SAMDATA 2005, 2006)

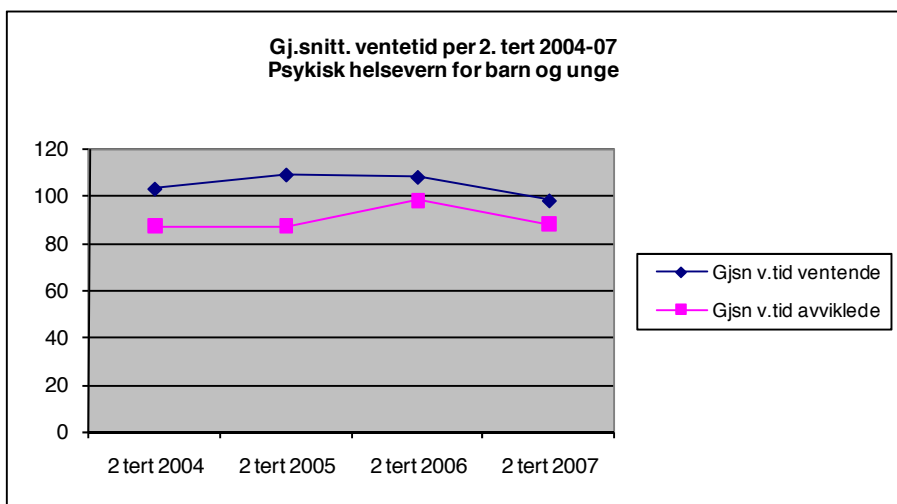
	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn <sup>1)</sup>	89 570	87 386	87 880	84 221
Endring % fra forrige år	-	-2,4	0,6	-4,2
Antall behandlede pas.	30 467	39 340	43 426	47 280
Endring % fra forrige år	4,5	2,9	10,4	8,9
Polikliniske konsultasjoner	447 000	496 000	561 000	642 000
Endring % fra forrige år	28,0	11,0	13,1	14,4

<sup>1)</sup> SSB Statistikkbanken 23/11/2007

Diagrammene nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Aktivitetsveksten har medført en beskjeden reduksjon i ventetidene. Ressursveksten tilført gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har gått med til å dekke den økte etterspørselen etter behandling.



Figur 2. Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for voksne beregnet per 2. tertial i årene 2004-2007.



Figur 3. Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for barn og unge beregnet per 2. tertial i årene 2004-2007.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2006-2009

Til tross for at flestparten av de tekniske målene for Opptappingsplanen synes å bli oppnådd, er ventelistene fortsatt lange. De regionale helseforetakene er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å øke ressursinnsatsen innen psykisk helsevern mer enn økningen innen somatikken gjennom å bruke midler fra basisrammen og samtidig øke produktiviteten.

Flere av helseforetakene har store utfordringer med å tilpasse aktiviteten innen somatikken til de økonomiske rammene. For å ivareta "sørge for"-ansvaret innen psykisk helsevern uten at dette resulterer i merforbruk og videreføre nødvendige økninger i ressursinnsats også etter Opptappingsplanen (1999-2008), må de regionale helseforetakene tilføres økte ressurser.

Den pågående omstrukturering av psykiatrien krever i tillegg at det gjøres investeringer ut over Opptappingsplanen til både distriktpspsykiatrien og til sentralsykehusene. Det må arbeides videre

med å utvikle finansieringsordninger og andre virkemidler for å sikre nødvendig aktivitetsvekst og prioritering av et samlet psykiatritilbud.

Opptrappingen innen psykisk helsevern har pågått over flere år og knappheten på psykiatere representerer en stadig større utfordring innen fagfeltet. Økning i antallet legehjemler og økt utdanningskapasitet er forutsetning for å få bygget opp faglig sterke DPS som kan utgjøre en reell avlastning av akuttpsykiatrien. Uten økt tilgang på psykiatere vil det ikke være mulig å sikre tilgjengelighet og faglig kvalitet innen verken voksenpsykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. Særlig innen barne- og ungdomspsykiatri er det i tillegg en utfordring i forhold til utdanningskapasiteten at mange psykiatere etter hvert nærmer seg pensjonsalder.

Oppsummert er det fortsatt store uløste oppgaver i psykisk helsevern. Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og kravet om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før også etter at Opptrappingsplanen er fullført, dvs. med omlag 3 prosent per år.

#### **22.4 Ressursinnsats og aktivitet innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere**

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av st.prp. nr 1 (2007-2008). Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten at det følges opp med en tydelig og nødvendig ressursmessig styrking. Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004 – 2006 er de regionale helseforetakenes budsjetter til rusfeltet økt fra 1,3 mrd til 2,1 mrd kroner, dvs. en økning på 0,8 mrd eller 60 prosent. Dette uttrykker til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettet inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten dokumenterer imidlertid en prosentvis vekst i ressursbruk til rusbehandling har på 7,7 prosent og 7,8 prosent for hhv. 2005 og 2006, og at veksten således har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Aktivitetsveksten skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

Det foreligger for øvrig ikke anvendelige data for aktivitetsutvikling eller utvikling i ventetid. Dette er et satsingsområde i Opptrappingsplanen. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

## Aktivitetsendring tilbud til rusmiddelmissbrukere 2005-2006

(Kilde: SSB Statistikkbanken 23/11/2007)

	2003	2004	2005	2006
Oppholdsdøgn			546 908	561 314
Endring % fra forrige år				2,6 %

Det er fortsatt betydelige utfordringer i årene fremover for å nå de krav og forventninger som følger av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestenivå og på kommunalt nivå.

Alle regionale helseforetak har gjennomgått tjenestene og lagt planer for videre utvikling. Ventetidene innen feltet er generelt for lange, og noen pasientgrupper har for dårlig tilbud. Planene beskriver behov for en betydelig økning av driftsmidlene samtidig som det er nødvendig med omstillinger i dagens tilbud. Dette kommer i tillegg til de om lag 200 mill. som de regionale helseforetakene allerede har lagt inn for å styrke behandlingstilbudene.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet, og til noe styrking av visse deltjenester, men har ikke gitt rom til videre omstilling og utbygging. Det er derfor behov for at Opptappingsplanen følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst.

Følgende fremheves som særlig viktige faktorer som påvirker aktivitetsnivå og kostnader:

- Økning i etterspørsel etter tjenester på flere områder bl.a. som følge av pasientrettighetslov og annen helselovgivning
- Økte kvalitetskrav
- Implementering av tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten
- Oppfølging av nasjonale mål og strategier om styrking av tilbudene til rusmiddelmissbrukere

Strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akuttfunksjoner (inkl avrusning, innleggelser etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

Det er behov for nybygg og opprustning av bygningsmassen i et betydelig omfang. Dette gjelder både offentlige og private institusjoner. Sistnevnte vil primært gi økte driftskostnader i form av høyere døgnpriser.

Oppsummert er det behov for at Opptappingsplanen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst på samme nivå som de foregående år, både til drift og investeringer. Det er for budsjettåret 2009 behov for en styrking av rusfeltet med 180-200 mill. kroner.

## **22.5 Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2009**

Resonnementene ovenfor er i hovedsak basert på betraktninger om realvekst innen de forskjellige områdene. Det er videre forutsatt at utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder fortsetter som i dag og at dette vil bidra til vekst på om lag samme nivå i perioden frem mot 2009 som en har hatt de siste par årene. Det forventes også at det i budsjettbehandlingen tas høyde for andre områder med særlig vekst. For eksempel har Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten estimert at kostnader til legemidler alene kan utgjøre en økning nasjonalt på 1.6- 3.1 mrd i løpet av de nærmeste årene.

Det vises videre til felles brev av 16.11.2007 fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, vedrørende veksten i pensjonskostnader. Som følge av nye forutsetninger for beregning av pensjonspremie øker utgiftene til de regionale helseforetakene og de private ideelle sykehusene med om lag 3 mrd kroner fra 2007 til 2008. Denne økningen har negative konsekvenser for virksomhetenes driftsresultat, egenkapital og likviditet. Det anmodes i brevet om at disse forholdene kompenseres i 2007 og 2008. Det forsettes også at kostnadsveksten ivaretas i budsjettbehandlingen for 2009.

For å redusere unødvendig usikkerhet og forbedre RHF-enes planlegging og budsjettering anbefales det for øvrig at lånerammene fastlegges for en lengre periode, minimum 3 år, og at fristen for Årlig melding avstemmes med frist for regnskap, dvs. 15. mars.

En ber videre Helse- og omsorgsdepartementet vurdere et rullerende opplegg tilsvarende Norsk veiplan, der større investeringsprosjekter planlegges med inntil 12 års tidshorisont

## **22.6 Særskilte merknader fra Helse Sør-Øst RHF**

Finansiering av Nye Ahus

Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003/2004) og innstilling fra sosialkomiteen (Budsjettinnstilling S. nr. 11) hvor et flertall bl.a. gir uttrykk for at det samlede likviditetsopplegg, herunder betingelsene knyttet til låneopptak og avdragstider må vurderes fram mot at anlegget tas i bruk samt at prosjektet at realiseringen av prosjektet ikke i urimelig grad må gå på bekostning av drift og utvikling av det øvrige spesialisthelsetilbudet til befolkningen i Helse Sør-Øst.

I henhold til tidligere styresak er det beregnet at de årlige driftskostnader innebærer en underdekning gjennomsnittlig på i underkant av 300 mill. kroner over en periode på 20 år. I de første driftsårene vil denne underdekningen være vesentlig større enn 300 mill.

## **DEL V – VEDLEGG**

### **VEDLEGG 1:**

**Rapporteringsskjema investeringskostnader og finansieringsmåte**

### **VEDLEGG 2:**

**Styresak 068/2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst**

### **VEDLEGG 3:**

**Årsmelding fra Pasientombudene i Helse Sør-Øst**

(separat dokument)

Helse Sør-Øst har et godt samarbeid med pasientombudene i Helse Sør-Øst. Det avholdes faste møter for informasjonsutveksling og utvikling av brukerrettede tiltak.

I henhold til vedtektene for Helse Sør-Øst skal melding fra pasientombudene vedlegges årlig melding.

Pasientombudene i Helse Sør-Øst har utarbeidet hver sin separate melding for 2007. Disse legges ved oversendelsen av Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.



Helse Sør-Øst RHF's hovedoppgaver er definert gjennom oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Våre hovedoppgaver er:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

Virksomheten omfatter:

- sykehus
- institusjoner i psykiatrien og innen rusbehandling
- ambulansetjenesten
- nødmeldingstjenesten
- pasienttransport
- opptreningsinstitusjoner
- sykehusapotek
- laboratorier

- Foretaksgruppen har omlag 69 000 medarbeidere (inkl vikarer). Dette tilsvarer omlag 53 000 årsverk.
- Omsetningen i 2006 var 47 milliarder kroner.
- Det er 2,6 millioner mennesker i regionen, dette utgjør 56 % av Norges befolkning.
- Hovedkontoret for Helse Sør-Øst RHF ligger i Hamar. Helseregionen har også administrasjonssted i Skien.

HELSE  SØR-ØST

Helse Sør-Øst RHF  
Postboks 404, 2303 Hamar  
Telefon 02411  
[www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)