

ÅRSRAPPORT
2003

HELSE ØST



**TO ÅR ETTER REFORMEN
– NÅ SER VI RESULTATER**

FLERE BLIR BEHANDLET

**ØKTE RESSURSER TIL
PSYKISK HELSE**

**STERKERE SATSING PÅ
FORSKNING OG
FAGUTVIKLING**

Godt år for Helse Øst

Det andre driftsåret etter helsereformen har vært vellykket for Helse Øst. Ny organisasjonsform og beslutninger som er tatt, begynner å gi resultater. Fortsatt er utfordringene betydelige, men styret i Helse Øst er fornøyd med forbedringene som er oppnådd i 2003:

- Flere pasienter er behandlet
- Ventetiden er redusert
- Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt
- Organisasjonsendringer har ført til bedre tilbud til pasientene og mer effektiv drift
- Det er etablert arenaer for samarbeid med brukere og politiske myndigheter
- Driften er i økonomisk balanse
- Grunnlaget er lagt for økt satsing på forskning og fagutvikling



Framtidens pasient får større innflytelse og flere valgmuligheter.



Europeisk forskningsprosjekt ledes fra Ullevål universitetssykehus.



– Reformen må følges av kulturendring, sier helse- og sosialombud Petter Holm.



Tillitsvalgte og ledelse på Sunnaas sykehus samarbeider om omstilling.

Organisasjon

MORSELSKAP

Helse Øst RHF

DATTERSELSKAPER

Aker universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF

Sunnaas sykehus HF

Sykehuset Asker og Bærum HF

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Østfold HF

Ullevål universitetssykehus HF

Sykehusapotekene ANS (eies sammen med Helse Sør)

AVTALE MED FØLGENDE IKKE-KOMMERSIELLE SYKEHUS

Diakonhjemmet Sykehus AS

Revmatismesykehuset AS

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Martina Hansens Hospital

Sykehusetjenester leveres av privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister etter avtale med Helse Øst RHF.

Helse Øst har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

Helse Øst RHF er ett av fem regionale foretak som ble opprettet i forbindelse med helsereformen 1. januar 2002. Helse Øst er landets største helseregion med 1,6 millioner innbyggere, det vil si drøyt 35 prosent av den norske befolkningen.

Helse Øst er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehusstilbudet i regionen, og som er eier av helseforetakene i hele regionen. Helse Øst RHF har 43 medarbeidere og holder til på Hamar. I tillegg var 37 medarbeidere tilknyttet byggeprosjekter og fire medarbeidere tilknyttet Øst-Norsk helsenett i 2003.

Virksomheten er organisert i ett morselskap (Helse Øst RHF) og åtte datterselskap. Sju av datterselskapene er sykehus, og ett er et apotekselskap som eies sammen med Helse Sør RHF. Helseforetakene er juridisk og økonomisk ansvarlige for egen drift, og har arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere. Hvert foretak har et styre og en daglig leder. Foretakene i Helse Øst har til sammen ca. 31 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner.



Oppgaver

Spesialisthelsetjenesten har fire lovpålagte oppgaver: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Disse oppgavene danner grunnlaget for virksomheten i Helse Øst.

Helse Øst har valgt å beskrive og sette mål for virksomheten ut fra fem perspektiver. Hvert perspektiv representerer et område der det finnes grunnleggende strategiske og operasjonelle utfordringer. De fem perspektivene er:

- pasientbehandling
- kompetanse
- organisasjon og ledelse
- kvalitet
- ressurser

Innenfor hvert område er det definert strategiske utfordringer, mål og indikatorer.

Den første delen av årsrapporten er strukturert ut fra de fem perspektivene. Vi ønsker å fortelle om hvilke resultater som er oppnådd i 2003, og hvordan arbeidet påvirker tilbudet som gis til pasientene. Vi peker også på videre utfordringer og mål for 2004 og årene etter.

VISJON

Helse Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn eller økonomi.

OVERORDNEDE MÅL

- Helse Øst skal gi pasientene et godt og likeverdig tilbud i samsvar med deres behov og forventninger.
- Helse Øst skal kjennetegnes av kvalitet i alt vi gjør.
- Helse Øst skal være en attraktiv arbeidsgiver og gi ledere og øvrige medarbeidere muligheter til å ta ansvar og til å levere resultater.
- Helse Øst skal legge forholdene til rette for utvikling, forskning og utdanning som ledd i kvalitetsforbedringen av pasienttilbudet.
- Helse Øst skal tilby sine tjenester innenfor tilgjengelige ressursrammer og med mål om å forbedre ressursutnyttelsen.

VERDIER

Helse sektorens nasjonale verdier er:
kvalitet, trygghet, respekt

I Helse Øst betyr dette å:

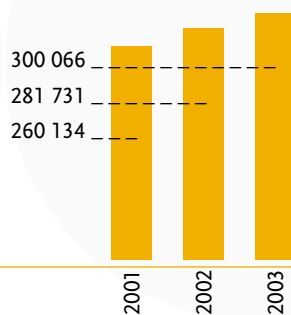
- vise respekt for enkeltmennesket
- være framtidsrettet
- være åpne og ærlige

Nøkkeltall

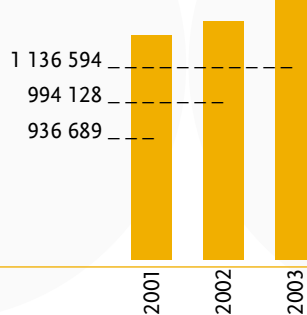
Aktivitet – somatikk

* Som del av systemet med innsatsstyrt finansiering utløser alle behandlingsprosedyrer et visst antall DRG-poeng. Antall DRG-poeng er dermed uttrykk for aktivitetsnivået.

DRG-poeng*

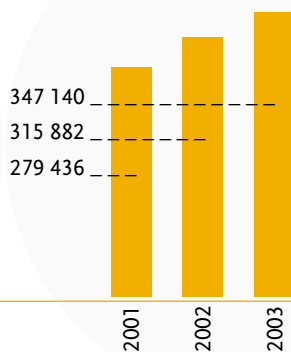


Antall polikliniske konsultasjoner

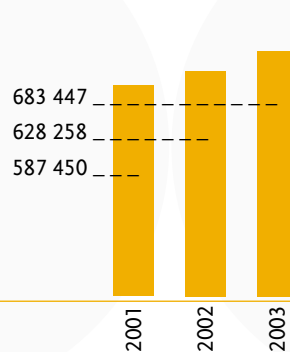


Aktivitet – psykiatri

Antall polikliniske konsultasjoner

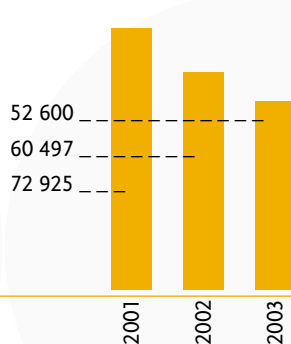


Antall liggedøgn

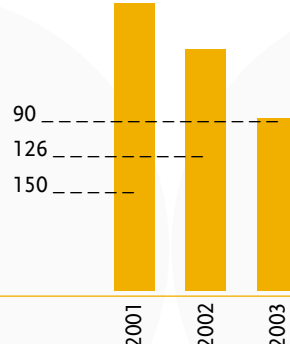


Pasienter på venteliste

Antall pasienter på venteliste



Antall dager i gjennomsnittlig ventetid



Økonomi

	2002	2003
Driftsinntekter:	19 065 mill. kr	20 869 mill. kr
Driftskostnader:	19 576 mill. kr	21 649 mill. kr
Driftsresultat:	- 511 mill. kr	- 780 mill. kr

Driftsresultat ekskl. avskrivninger: - 76 mill. kr - 52 mill. kr



STYRETS SAMMENSETNING FRA 1. JUNI 2003

8

6

1

4

2

3

5

9

7

1 Leder Siri Hatlen 2 Nestleder Harald Norvik 3 Tom Veierød (ny) 4 Astrid Nøklebye Heiberg 5 Egil Hverven 6 Anne-Berit Søfteland (ny)
7 Audun Holsbrekken (ny) 8 Kirsten Brubakk 9 Kåre Løvstakken

Vararepresentanter Gunn-Elin Blakkisrud • Helga Rismyhr Grinden • Line Kathrine Lund • Cecil Margareta Arnesen • Jan Lorentzen
Følgende gikk ut av styret i 2003: Gro Balas, Bjarne Waaler, Irene Dahl Andersen.

Styret tar beslutninger for framtiden

Prioriterte områder i 2003 var psykisk helse, kreftbehandling, kronikere og eldre. På de fleste fagområder har tilgjengeligheten økt og ventetiden gått ned. Helse Øst bruker større ressurser på psykisk helsevern, men samtidig øker behovet for tjenester. Antallet behandlede pasienter stiger ikke så mye som ønsket. Styret er oppmerksom på dette, og vil følge utviklingen nøye.

De samlede ressursene utnyttes enda bedre

Helse Øst har i 2003 endret oppgave- og funksjonsfordelingen for fødselsomsorg og psykiatri for å utnytte de faglige og økonomiske ressursene bedre på tvers av sykehusene og fylkesgrensene. Sykehuset Innlandet har fordelt de kirurgiske fagdisiplinene mellom sykehusene på Lillehammer, Gjøvik, Elverum og Hamar. Det er vedtatt endringer i fødselsomsorgen i Oslo-området, endrede opptaksområder for lokalsykehusene i Oslo og Akershus, og det er inngått samarbeid med

Helse Sør om funksjonsfordelingen for øye-, øre-, nese- og hals- og revmakirurgi i Oslo.

Brukernes innflytelse øker

To representanter fra Brukerrådet fikk fast observatørstatus i styret våren 2003. Styret har vedtatt at brukerrådet skal evalueres, med sikte på å gjøre ordningen enda bedre.

Vi bygger nytt

Helse Øst har vedtatt å bygge et nytt sykehusbygg i Akershus, gitt sin tilslutning til utbygging av et nytt kreft- og isolatsenter på Ullevål universitetssykehus, vedtatt en utviklingsplan for Sykehuset Østfold og en helhetlig, samlet plan for utbygging i regionen.

Kvalitet, prioritering og ressursstyring blir viktigst

Helse Øst vil legge større vekt på arbeid med kvalitet og innhold i helsetilbudet, og på bevisst prioritering og aktiv styring av ressursene mot dem som trenger det mest.

– Vi skal etablere en effektiv og god ressursbruk på alle nivåer, samtidig som pasienten opplever en mest mulig sømløs behandlingsskjede. Samarbeidet med primærhelsetjenesten skal forbedres og prioriteres. Gjennom måten vi arbeider på skal vi oppnå at pasienter og brukere opplever trygghet og har tillit til helsetilbudet, sier styreleder Siri Hatlen. Styrelederen forventer fortsatt stramme økonomiske rammer, men ber om å få arbeidsro til å konsolidere stillingen i foretaksgruppen, uten at det kommer flere utfordrende krav om innsparinger eller overtakelse av flere oppgaver.

– Hvordan vil du vurdere sykehusreformen nå, to år etter at den ble gjennomført?

– Jeg mener at reformen var både riktig og nødvendig. Foretaksmodellen er et godt virkemiddel som legger til rette for bedre ressursutnyttelse, og for samarbeid og samordning på tvers av et større område. Målet med reformen er at tilbudet til brukerne totalt sett blir bedre, både kvalitativt og kvantitativt, sier Hatlen.

– Foretaksmodellen legger til rette for mer effektiv styring, og en tydelig ansvars- og beslutningsstruktur. Helse Øst har etablert løsninger på tvers av gamle grenser, og også fattet vedtak i saker som tidligere har gått mange runder i ulike organer uten å komme til endelig avklaring. Vedtak om fødetilbudet i Oslo-området er et godt eksempel på dette. Dette mener jeg er bra, fordi begrunnelsen for vedtakene alltid er å legge til rette for et bedre samlet tilbud i vår region.

– I hvilken grad har brukerne hatt innflytelse på beslutningsprosessene i Helse Øst?

– Brukere og ansatte er svært viktige bidragsyttere i omstillingsprosessene, det har vi vært opptatte av helt fra begynnelsen. Vi har hatt stor nytte av et godt og aktivt brukerråd i Helse Øst. Det er gjennomført to dialogkonferanser, og siden våren 2003 har to representanter fra Brukerrådet møtt fast som observatører i styret. Det gjør at de i enda sterkere grad kan være rådgivere og samtalepartnere for styret.

– Samtidig som behandlingsskapiteten økes, ser vi også et økende behov på en del fagområder. Hvordan vil Helse Øst forholde seg til den økende etterspørselen etter helsetjenester?

– Den raske teknologiske og medisinskfaglige utviklingen åpner stadig nye muligheter for behandling, og det utløser behov. Samtidig er det et økende antall eldre i befolkningen. Dette stiller store krav til prioritering og bevisst ressursbruk. Noen grupper har fått en nasjonal prioritering, som psykiatri, kreft, kronikere og eldre. Akutttilbudet må alltid gis nødvendig prioritet. For å øke ressurstilgangen til prioriterte grupper må vi bruke mindre på andre. Vi forventer fortsatt stramme økonomiske rammer, og derfor blir spørsmålet om prioritering sentralt. Dette er en krevende oppgave, og både brukere, helsepersonell, ledere og politikere må delta aktivt.

– Det er blitt hevdet at de regionale foretakene er utsatt for økt politisk innblanding – noen vil kanskje si politisk overkjøring. Hvilken erfaring har Helse Øst med dette?

– Det ligger i styringsmodellen at eieren, det vil si statsråden, kan velge å omgjøre beslutninger fattet av det regionale foretaket, hvis han vurderer saken til å være viktig nok. Dette gjøres i form av et foretaksmøte.



– I Helse Øst er tre større saker behandlet i foretaksmøte, to av dem gjaldt fødetilbudet i vår region. Statsråden ønsket dette på sitt bord fordi han oppfattet at saken politisk sett var av en slik karakter at han selv ville fatte den endelige beslutningen. Det må vi som styre akseptere så lenge vi sitter i våre posisjoner. Vår beslutning om endringer i Oslo ble godkjent av statsråden, og det viser at vi evnet å ta en beslutning som politikerne i Oslo burde ha tatt som en del av den store sykehusprosessen på 90-tallet, men som ble utsatt. Helse Øst hadde også godkjent forslaget fra Sykehuset Innlandet om endringer i fødetilbudet. Endringene var begrunnet i faglig kvalitet og god ressursutnyttelse. Dette vedtaket ble omgjort av statsråden. Vi var ikke glade for det, men jeg oppfatter at det var en ryddig prosess, og at statsråden valgte å bruke sin mulighet til å fatte et vedtak basert på politiske vurderinger.

– Den tredje saken som er behandlet i foretaksmøte, er beslutning om oppstart av Nye Ahus-prosjektet. Det var på vårt initiativ, og begrunnet i prosjektets størrelse kombinert med uavklart finansiering.

– Debatten om reformen har vært økende den siste tiden. Hvordan vil du forklare det?

– Reformen ble vedtatt og gjennomført svært raskt, sett i forhold til hvor omfattende den var, dermed har mye av debatten kommet i ettertid. Debatten er delvis en konsekvens av at staten har overtatt eierskapet til sykehusene, og at de lokalpolitiske organer dermed har mistet sin direkte innflytelse. Det er ikke overraskende at mange lokalpolitikere ikke er fornøyd med det, og opplever en frustrasjon i forhold til forventninger fra sin velgermasse om å kunne påvirke eller endre våre beslutninger.

– Det er gjort store strukturelle endringer i Helse Øst i en innledende fase, den største er kanskje den tilpasning av opptaksområder som nå pågår. Dette er nødvendig, fordi det legger til rette for at vi utnytter kapasiteten på sykehusene bedre, og tilpasser den til det samlede behovet. Men på kort sikt har dette skapt en del uro og bekymring. Det beklager vi, og det er vårt ansvar å informere befolkningen på en måte som gjør at vi unngår følt utrygghet. Dette er en stor utfordring og vi jobber aktivt med hele tiden å forbedre vår kommunikasjon mot befolkningen.

– Det er vår oppgave å skape trygghet og tillit gjennom måten vi arbeider på, og ved å ta gode og riktige beslutninger. Brede høringsprosesser, dialog med berørte parter og forutsigbare beslutningsprosesser er viktig. Det har vært mye negativt fokus på at styremøtene i helseforetakene har vært lukket. Det er nå besluttet at møtene skal være åpne, det betyr at i prinsippet er det mulig for alle å lytte til våre avsluttende disku-

sjoner. Selv mener jeg at det viktigste er å benytte muligheten til å gi innspill i de ulike høringsprosesser som går forut for den endelige styrebehandlingen. Det er der påvirkningsmuligheten i realiteten er størst.

– Enkelte regionale foretak har vært rundhåndet med lønn og pensjonsordninger til egen ledelse. Hvilke holdninger har styret i Helse Øst til dette?

– Styret har hatt grundige diskusjoner knyttet til lønn og andre godtgjørelser for ledelsen. Man må gjøre en avveining mellom å ha ordninger som er gode nok til å tiltrekke seg og beholde de beste medarbeidere, og samtidig erkjenne at man driver innenfor en sektor med store grupper lavtlønte medarbeidere, og der de økonomiske rammene er slik at det stiller store krav til omstilling. Vår vurdering har vært at ledelsen må gå foran med et riktig eksempel, og vi har derfor ingen ekstraordinære pensjonsordninger i de avtalene vi har vært ansvarlig for å inngå.

– Hva ser du som de største utfordringene de nærmeste årene?

– Nå skal store og viktige beslutninger, blant annet knyttet til funksjonsfordeling og opptaksområder gjennomføres. Det krever mye oppmerksomhet, og ikke minst godt informasjonsarbeid. Vi må senke tempoet litt i forhold til nye prosjekter, og ha større oppmerksomhet rettet mot gjennomføring. Kombinert med fortsatt god ressursstyring og prioritering vil dette være vår hovedoppgave i 2004.

– For å gi et godt tilbud til pasientene er vi avhengige av en viss bygningsmessig standard. En av våre hovedutfordringer på mellomlang sikt er at vi har gamle og lite hensiktsmessige sykehusbygg i store deler av regionen, og altfor små midler til investeringer og vedlikehold. Styret vedtok høsten 2003 en samlet plan for investeringer i Helse Øst som synliggjør store behov framover. Vi må tenke nytt og radikalt for å frigjøre midler til å ta fatt på denne oppgaven for alvor. Kanskje må vi selge noe, eller få private aktører til å bidra med både bygg og teknisk drift, for å få dette til.

– Styret setter nå kvalitet mer aktivt på dagsorden. Vi må legge til rette for bedre drift, og dermed økt kvalitet i pasientbehandlingen. Framtidens helsevesen vil kreve en annen type lederkompetanse og ledelsesutvikling og lederopplæring på alle nivåer blir viktig.

«Nå må vi senke tempoet litt, og rette oppmerksomheten mot gjennomføring.»



STRATEGISK FOKUS: Pasientbehandling

Eivind Moksnes (7) reagerer på melkeprodukter, og legene ønsker å finne ut om han er laktoseintolerant. Barnepleier Eva Bessendorf hjelper til med testing på barnsenteret på Ullevål universitetssykehus.

Flere pasienter får behandling

I 2003 behandlet Helse Øst flere pasienter enn tidligere, både innen somatikk og psykisk helsevern. Ventetidene ble redusert.

Den viktigste oppgaven til Helse Øst er å sørge for at befolkningen i regionen får gode helsetjenester når de trenger det. I 2003 kom vi nærmere målet. Det ble behandlet flere pasienter enn tidligere, både innen somatikk og psykisk helsevern.

Gode resultater

Pasientaktiviteten innen somatikk var i 2003 høyere enn året før, og høyere enn budsjettert. Dette er i tråd med medisinske og helsepolitiske føringer. Det har vært økning både innen antallet innlagte pasienter, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner. Den største økningen av behandlede pasienter skjedde innen dagbehandling.

Helse Øst har hatt en sterk aktivitetsøkning på både døgnbehandling og antallet polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern, noe som har ført til økt tilgjengelighet og en betydelig nedgang i ventetid for behandling.

Helseforetakene i Helse Øst behandler flere pasienter enn noen gang innenfor psykisk helsevern. Siden helsereformen ble innført i 2002, har foretakene i Helse Øst hatt en økning i antallet utskrevne pasienter på ca. 11 prosent. Økningen innen barne- og ungdomspsykiatrien ligger på over 30 prosent.

Flere barn og unge fikk psykiatrisk behandling i 2003 enn året før. Antallet utskrevne pasienter etter døgnbehandling økte med 32 prosent, mens antallet dagbehandlinger er redusert med 2,5 prosent. De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene innen Helse Øst RHF har hatt en gjennomsnittlig økning i polikliniske konsultasjoner med RTV-refusjon med hele 47 prosent i perioden 2001–2003. Den samlede aktivitetsøkningen innen psykiatri for årene 2002 og 2003 er på 31 prosent.

Ventetid

En viktig målsetting for helsereformen var å redusere ventetidene. Helse Øst har oppnådd betydelige resultater, både når det gjelder antall pasienter som venter, og antallet dager de må vente. Antall ventende er redusert med litt mer enn 13 prosent ▶

STRATEGISK UTFORDRING – PASIENTBEHANDLING

Helse Øst skal gi pasientene et godt og likeverdig tilbud i samsvar med deres behov og forventninger.

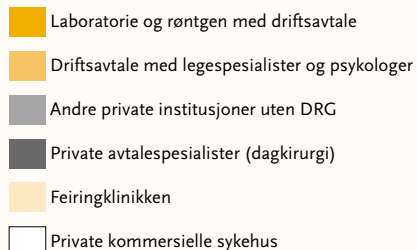
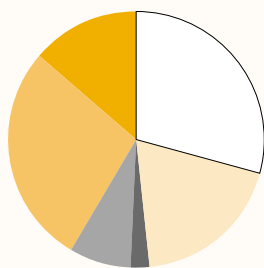
Strategisk utfordring	Mål	Indikator
Etablere helhetlige behandlingsskjeder	Sømløs behandlingsskjede basert på gjensidig og forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten er etablert	<ul style="list-style-type: none">• Epikrisetid• Brudd på vurderingsgaranti• Ventetid
Oppnå god intern pasientflyt i sykehuset	Logistikk som sikrer: <ul style="list-style-type: none">• Rask diagnose• Ingen unødvendig ventetid• God informasjon i alle ledd	<ul style="list-style-type: none">• Ventetider (dagbehandling, poliklinikk og innleggelse)• Bruk av eksterne kvalitetsregistre• Pasienttilfredshet• Korridorpasienter
Oppnå medvirkning for pasienter, pårørende og deres organisasjoner	Pasientenes og pårørendes erfaringer og behov er hensyntatt	<ul style="list-style-type: none">• Individuelle planer• Pasientansvarlig lege• Pasienttilfredshet (måloppnåelse innenfor definert parameter)

► det siste året. Den gjennomsnittlige ventetiden er redusert med over en måned. Antallet pasienter som har ventet i mer enn seks måneder, er redusert med 44 prosent fra november 2002 til november 2003. Målet var å redusere antallet med 50 prosent, noe som nesten ble oppnådd. Den gjennomsnittlige ventetiden for barn og unge er på 91 dager ved utgangen av 2003. Dette er en økning på fire prosent fra 3. tertial 2002. Antallet barn og unge som venter på behandling innen psykisk helsevern, har også økt. Dette har sammenheng med at antall nyhenvisninger har økt, og at registreringen er blitt mer komplett.

Helse Øst har et mål om at ingen pasienter skal vente mer enn et år på behandling. Dette målet er ikke nådd, men antallet ventende i denne gruppen ble redusert med 59 prosent i løpet av 2003. Det er satt i verk flere tiltak for å bedre situasjonen. Kartlegging har vist at det er kapasitet i regionen, men tiltakene har ikke gitt ønsket effekt. Helse Øst har nå bedt foretakene om å identifisere pasientene slik at tiltakene kan bli enda mer målrettet. Dette arbeidet følger administrerende direktør opp i tett dialog med foretaksdirektørene.

Helsetjenester fra private

Helse Øst arbeider kontinuerlig med effektivisering og arbeidsdeling slik at flest mulig pasienter får best mulig behandling for de midlene som stilles til rådighet. Kjøp av helsetjenester hos private sykehus og avtalespesialister bidrar til reduserte ventetider og best mulig ressursutnyttelse. Helse Øst kjøpte helsetjenester hos private institusjoner for 804 millioner kroner i 2003. Det tilsvarer 3,7 prosent av de totale driftskostnadene på 21,7 milliarder kroner.



Helse Øst kjøpte helsetjenester fra private aktører for 804 millioner kroner i 2003. Figuren viser fordelingen mellom dem.



REGIONALE KOMPETANSESENTRER

Helse Øst har opprettet fire regionale kompetansesentre innen psykiatri: spiseforstyrrelser, dobbeltdiagnose rus og psykiatri, selvmordsforebygging og tidlig intervensjon ved psykoser.

Opprettelsen av de fire enhetene er en del av opptrappingsplanen for psykisk helse. Ved å samle kompetansemiljøene skal det gis et bedre tilbud til alvorlig syke pasienter fra hele regionen. Sentrene for spiseforstyrrelser og tidlig intervensjon ved psykoser er lagt til Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus har senteret for selvmordsforebygging, og Sykehuset Innlandet har spesialkompetanse på dobbeltdiagnosen rus og psykiatri.

De regionale sentrene samarbeider tett med somatiske og psykiatriske avdelinger ved egne helseforetak for å sikre et helhetlig behandlingsopplegg for hver enkelt pasient. I tillegg skal de også bistå de øvrige foretakene i regionen med veiledning og bistand i forbindelse med behandlingsoppgaver, og være pådriverne i å bygge kompetansenettverk i hele helse-regionen.

Opptappingsplanen følges:

Større ressurser til psykisk helsevern

Pasienter med psykiske lidelser står øverst på prioriteringslisten i Helse Øst. De to siste årene har tilgjengeligheten blitt bedre og ventetiden kortere, og flere pasienter blir behandlet. Forbedringen skal fortsette i 2004.

Antall utskrevne pasienter fra de psykiatriske avdelingene i Helse Øst økte med ti prosent i 2003. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er økningen på 30 prosent. Psykisk helse er utpekt som satsingsområde, både i nasjonalt og regionalt perspektiv, og kostnadsreduksjonene som gjelder innen somatiske tjenester, skal ikke berøre psykiatrien.

I 1998 vedtok Stortinget Opptappingsplanen for psykisk helse. Planen omfatter en styrking av både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helse Øst øker ressursinnsatsen innen psykiatri i samsvar med opptappingsplanen. I 2003 ble det investert 163 millioner kroner og for resten av opptappingsperioden er det vedtatt investeringer for 691 millioner kroner. Investeringsmidlene blir i hovedsak brukt til å bygge nye distriktpsykiatriske sentra (DPS) i regionen. Til tross for en betydelig bedring har opptappingen ikke kommet så langt som planlagt. Dette gjelder både for Helse Øst, og på nasjonalt nivå. Stortinget har derfor bestemt at planperioden utvides til 2008.

Det er formulert tre prinsipper for opptapping i Helse Øst:

- Ressurser som frigjøres gjennom effektivisering, skal forbli i psykiatrien
- Ingen tilbud skal legges ned før et alternativ er bygd opp
- Det stilles krav til kvalitet, økt produktivitet og omstilling

Lokalt basert

Planen indikerer at innen voksenpsykiatri skal investeringsmidlene i hovedsak brukes til å bygge ut behandlingstilbud på lokalsykehusnivå i form av distriktpsykiatriske senter (DPS). Et DPS bør ha en bred allmennpsykiatrisk kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser. DPS bør være samlokalisert med felles ledelse og bestå av poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og eventuelt ambulante team. Helse Øst åpnet tre nye DPS i 2003.

Ikke samsvar

Resultatet av investeringene er foreløpig ikke i samsvar med målene for opptappingsplanen. Regionen foretok større strukturendringer i 2002 da 15 helseforetak ble til sju. Helse Øst fikk derved anledning til å se på mulighetene for å utnytte eksisterende bygningsmasse og tilbudet over fylkesgrensene.

Et annet forhold er at det behandles flere pasienter, men økningen tilsvarer ikke antallet nyopprettede stillinger. Dette er en problemstilling som vil få stor oppmerksomhet i tiden framover. Det vil spesielt være viktig å se nærmere på ledelses- og organisasjonsutvikling, samt å få på plass bedre systemer for styringsinformasjon innenfor psykisk helsevern som gir anledning til å sette reelle måltall inn i avtalene mellom Helse Øst og helseforetakene.

Antallet barn og unge som henvises til psykiatrisk behandling, er økende. Antallet på venteliste har økt med 30 prosent, noe som dels skyldes flere nyhenvisninger, men også at registreringen har blitt mer komplett ved at flere institusjoner leverer ventelistedata til Norsk Pasientregister. Det er allerede satt i verk flere tiltak for å bedre denne situasjonen.

HELSE ØST LEDER NASJONAL GRUPPE

De fem regionale foretakene står sammen om et nasjonalt fokus på psykisk helsevern. Helseminister Dagfinn Høybråten har gitt Helse Øst RHF ansvaret for å lede en nasjonal strategigruppe.

Den nasjonale strategigruppen består av administrerende direktører og fagdirektører eller faglige ressurspersoner fra landets fem regionale helseforetak. Gruppen hadde sitt første møte i mars 04. Arbeidet for økt tilgjengelighet, større produktivitet og bedre tilbud innen psykisk helsevern har dermed fått en kraftfull fortsettelse.

– Opptappingsplanen for psykisk helse er bygd på en helhetlig tenkning, der det ikke bare skal skje en opptapping, men også betydelig omstilling. Målet for den nasjonale gruppen er at vi skal utnytte hverandres kompetanse og erfaring fra fagområdet, for å sikre at målene i opptappingsplanen nås, sier administrerende direktør i Helse Øst RHF, Tor Berge. – Nasjonal samhandling vil skape et grunnlag for utviklingsarbeidet som er nødvendig for å sikre kvaliteten på tilbudet tilpasset pasientenes behov. Jeg tror at en helhetlig tilnærming fra de regionale helseforetakene er hensiktsmessig for å møte de utfordringer psykisk helsevern i Norge står overfor, sier Berge.

Prioritering – en viktig og krevende oppgave

– Det er nødvendig å gjøre tydeligere prioriteringer både mellom ulike pasientgrupper og innen grupper av pasienter, sier viseadministrerende direktør Bente Mikkelsen.

Helse Øst har de siste to årene frigjort ressurser gjennom effektivisering og ny arbeidsdeling. Det har ført til kortere ventetider for mange pasienter, men løser ikke alle problemer. I årene som kommer vil forventningene til kvalitet og effektivitet fortsette å øke, nye behandlingsmetoder vil komme som følge av forskning og ny teknologi, og pasientrettighetene vil føre til at bevisste og informerte pasienter velger og krever tilbud på en annen måte enn i dag. Politiske signaler tilsier at de økonomiske bevilgningene vil vokse i omtrent samme takt som de har gjort inntil nå, og at helsesektoren derfor må utøve en streng kostnadskontroll.

– Det siste året har Helse Øst fokusert på å skape forståelse for at prioritering er nødvendig, og å øke kompetansen hos helsepersonell om pasientens juridiske rettigheter. Prioritering gjøres på alle nivåer. Det prioriteres politisk, gjennom bruk av forskrifter og gjennom styringsdokumenter fra Helsedepartementet til de regionale foretakene. Det regionale foretaket og hvert enkelt foretak prioriterer gjennom intern fordeling av ressurser mellom og innen fagområder. Den viktigste prioriteringen skjer likevel i møtet mellom behandler og den enkelte pasient, og i summen av deres valg, sier Bente Mikkelsen.

Individuelle frister

Fra 1. september 2004 skal pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, få en individuelt fastsatt tidsfrist for behandling. Denne vurderingen skal gjøres på et rent medisinsk grunnlag ved bruk av prioriteringsforskriften. Hvis fristen blir brutt, går saken til Rikstrygdeverket som kan kjøpe behandling på et annet sykehus i Norge eller utlandet. Helseforetaket som er ansvarlig for garantibruddet, må dekke regningen.

– Den største utfordringen vår nå er å få til en felles forståelse for lov og forskrift samt it-tekniske løsninger som gir oss oversikt over de individuelle tidsfristene. Når vi får det, vil vi ha et godt verktøy til å styre ressursene dit hvor behovet er størst – til beste for pasienten, sier Mikkelsen. Hun innrømmer likevel at det er svært krevende å få til et rettferdig og styrbart system.

Prioriteringer på regionalt nivå gjøres gjennom funksjons- og oppgavefordeling, kapasitetsanalyser, faglige omstruktureringer og ved å sette standarder for ulike typer tjenestetilbud, for eksempel antall liggedøgn eller typer proteser som skal brukes.



Viseadministrerende direktør Bente Mikkelsen

Dette er viktige, men langsomme prosesser. Prioriteringer på foretaksnivå gjøres ved fordeling av ressurser mellom fagområder, kapasitetsvurderinger og valg av behandlingsmetoder. Slike prioriteringer gir raskere effekter.

– Prioriteringer som den enkelte lege gjør på sitt fagområde, er hurtigere og gir størst effekt. Innføring av nye behandlingsmetoder og teknologi må derfor være ledelsesforankret og konsekvensvurdert ut fra effekt og kostnad.

Felles forståelse

– Prioriteringer må forstås. Det er nødvendig å ha et faglig grunnlag for å prioritere noe foran noe annet, eller å prioritere noe bort. Det er derfor nødvendig å oppnå en gjennomgående forståelse for hva slags prioritet de ulike diagnosene skal ha. I dag ser vi mange eksempler på at en tilstand blir vurdert ulikt, slik at pasienten får to ukers ventetid ved ett sykehus, og flere måneder ved et annet. Spesialistforeningene i Den norske lægeforening har tatt ballen og er i gang med å utarbeide retningslinjer for dette, basert på medisinske vurderinger. Mikkelsen understreker at alle nivåer har ansvar for prioriteringer i helsesektoren, men at verktøyene er ulike på de ulike nivåene.

Brukerrådet vil bli mer kritisk

Brukerrådet skal bidra til at brukernes synspunkter får en sentral plass i utformingen av tilbudet i Helse Øst.
– Vi skal bli en enda mer kritisk og konstruktiv samtalepartner for ledelsen, sier leder Arne Lein.

Brukerrådet består av ni representanter fra ulike organisasjoner, alle oppnevnt av styret i Helse Øst. Rådet ble opprettet kort tid etter sykehusreformen, og har nå vært i virksomhet i to år. Fra våren 2003 har to representanter deltatt som observatører i styremøtene i Helse Øst RHF.
– Jeg ønsker at Brukerrådet skal være et korrektiv til en betraktning hvor økonomi alltid blir vesentlig. Jeg håper at vi kan bidra med noen overordnede og etiske vurderinger, sier Arne Lein.

For dyrt?

Arne Lein peker på to temaer som må få stor oppmerksomhet de nærmeste årene.
– Det første er hva slags behandling som skal tilbys, og om vi kommer til noe som er for dyrt. I sammenheng med dette må man også se på kostnadsdelingen mellom de ulike aktørene i helsesystemet, og hvem som skal betale for hva. Det andre tematet er hva som skal behandles lokalt. Jeg er ikke sikker på hvor viktig det er at alle helsetilbud skal ligge nærmest på dørstokken.

Avklare roller

Brukerrådet har de to første årene brukt mye tid på å avklare roller og finne sin arbeidsform, både internt og i forhold til Helse Øst.
– Vi har strevd litt med om vi skal være helsepolitikere på vegne av våre organisasjoner, eller om vi skal være et råd som ut av erfaring og nettverk gir anbefalinger til Helse Øst. Jeg tror at vi nå har funnet en plattform, men denne må utvikles videre av Brukerrådet og av Helse Øst. Begge parter må våge å stille krav til hverandre, og vi i rådet må våge å gå inn i de vanskelige problemstillingene.
– Jeg er godt fornøyd med måten vi er blitt møtt på av ledelsen, men vi har kanskje vært involvert i for mange saker. Vi må ha fokus på det som er viktigst.



Leder i Brukerrådet Arne Lein

Brukerrådet har gitt råd i mange ulike saker, fra funksjons- og oppgavefordeling, prioritering, effektivisering, pengebruk og forslag om nedleggelse. Arne Lein har deltatt på alle styremøtene i Helse Øst RHF siden rådet fikk status som observatør.
– Både styret og administrasjonen er seriøst opptatt av pasienten. Økonomi og rammebetingelser ligger der, men i alle diskusjoner er pasientperspektivet godt ivarett, sier Arne Lein. ●

Fakta om Brukerrådet

Brukerrådet er opprettet for å være et rådgivende organ for ledelsen i Helse Øst, og sørge for at brukernes synspunkter får en sentral plass i utformingen av helsetilbudet. Rådet er et bredt sammensatt forum for samarbeid mellom representanter for pasienter og pårørende og Helse Øst. Rådet har ni medlemmer som representerer større brukerorganisasjoner. Styret i Helse Øst ønsker å gjøre brukerinnflytelsen enda bedre, og ordningen skal derfor evalueres i 2004. Alle foretak i Helse Øst har egne brukerutvalg.

Inn og ut på dagen

På dagkirurgisk avdeling på Ullevål universitetssykehus møter pasientene til operasjon på morgenen, og spaserer ut før arbeidsdagen er slutt.



Gunn Goksøyr og Petter Klaveness

Redusert ventetid

Fra 1. januar til 31. desember 2003 ble den gjennomsnittlige ventetiden ved Sykehuset Østfold redusert fra 150 til 90 dager.



Sykehuset Østfold

Dagbehandling står for den prosentvis største delen av aktivitetsøkningen i Helse Øst. Nye metoder og bedre anestesi gjør det mulig å operere flere pasienter på dagen, og la dem spaserer ut av sykehuset før arbeidstiden er slutt.

Klokka sju om morgenen begynner aktiviteten på dagkirurgisk avdeling på Ullevål universitetssykehus. Pasientene har fått en operasjonsdato god tid i forveien, og siden avdelingen ikke gir øyeblikkelig hjelp, er det ingen utsettelse. De ansatte er fornøyde med å slippe nattevakter og arbeid i helger og høytider. Det betyr også mye for størrelsen på lønnsbudsjettet på avdelingen.

Utålmodig

Klokka nærmer seg tolv, og Petter Klaveness er utålmodig etter å få på seg klærne igjen. For fire timer siden ble han lagt i full narkose og operert for navlebrokk. Han er storfornøyd med å slippe å være lenger på sykehus.

– Jeg føler meg i kjempeform, og vil gjerne reise hjem. Det er ingen grunn til at jeg skal bli her, sier han.

Nye metoder

Avdelingsleder Gunn Goksøyr forteller at de fleste pasienter sier det samme, de vil gjerne hjem så fort som mulig. Undersøkelser av pasienttilfredshet viser at en svært høy andel av dagpasi-

entene er fornøyde. Mange operasjoner gjøres som kikkhullskirurgi, blant annet fjerning av galleblærer, milt, livmor og eggstokker. Det gjøres ingen store snitt, og pasientene kommer seg raskere etter operasjonen. Nye anestesimetoder er også avgjørende for økningen i dagkirurgi.

– Nå gir vi ofte anestesi som drypp kontinuerlig under operasjonen. Så fort vi stenger dryppet, våkner pasienten opp. Få er plaget av kvalme, og etter litt mat og drikke vil de fleste opp av senga, sier Goksøyr.

Ikke alene

Pasientene overlates ikke til seg selv når de går ut av sykehuset. Ingen skal være alene det første døgnet, og pasientene får instruksjoner om å kontakte sykehuset hvis de blir dårligere. Det første døgnet skal de heller ikke være mer enn en halv times biltur fra sykehuset.

Pasienthotellet er et alternativ for dem som bor lenger unna. Ved utskrivning får pasientene med seg smertestillende midler.

– Ingen blir fornøyde med behandlingen hvis de har smerter i ettertid. Derfor gir vi god veiledning i smertebehandling, og anbefaler at pasientene tar tablettene før de får vondt, sier Goksøyr. ●

Kvalitetssikring av ventelister, tiltak rettet mot pasientene som har ventet lengst, og økt oppmerksomhet rundt ventetidene har vært virkemidlene.

Sykehuset Østfold har i flere år arbeidet målbevisst for å redusere ventetiden. Fra en gjennomsnittlig ventetid på 220 dager for tre år siden er ventetiden ved utgangen av 2003 i underkant av 90 dager.

– I dag har vi god nok kapasitet til å holde ventetiden på et akseptabelt nivå, sier helsefaglig direktør Hans Nielsen Hauge. Han lover fortsatt oppmerksomhet rundt ventetider, særlig mot de pasientene som har ventet lengst.

Sykehuset har de siste fire årene arbeidet med å rydde ventelister. De har også gjennomført revisjoner i avdelingene for å kvalitetssikre praksis for føring av lister. Sykehusledelsens oppmerksomhet er viktig for å oppnå resultater, og derfor er ventelistene blitt et fast tema på ledermøter. På flere avdelinger, blant annet nevrologisk og øre-, nese- og hals, er det gjennomført prosjekter rettet mot pasienter som har ventet lenge.

Etablering av Spesialistsenteret i Sarpsborg, som er en samling av poliklinikker, har også bidratt til effektivisering. ●

Nytt DPS i Moss

I november åpnet et distriktspsykiatrisk senter i helt nye lokaler. Slike sentra er viktige i opptrapping av det psykiatriske tilbudet til voksne.



DPS-sjef Ingrid Guldvåg Lunde

Den nasjonale opptrappingsplanen for psykiatri legger vekt på utbygging av psykiatrisk tilbud i distriktene, i form av distriktspsykiatriske sentra (DPS). Slike sentra er en andrelinjetjeneste som tar imot pasienter henvist fra kommunehelsetjenesten. Senteret i Moss tilbyr både poliklinisk behandling, dagbehandling og innleggelse. Moss DPS har i tillegg noen oppgaver i den somatiske delen av Moss sykehus.

Moss DPS har 24 heldøgns plasser, og er noe lavere bemannet enn et psykiatrisk sykehus. De tyngste oppgavene, som kompliserte utredninger og tvangsinnleggelse, skal derfor utføres på psykiatriske sykehus. DPS er basert på frivillig innleggelse og at pasientene aktivt tar del i å sette mål for behandlingen.

– Bygget vårt er et synlig bevis på at Helse Øst har prioritert psykiatri, sier DPS-sjef og psykiater Ingrid Guldvåg Lunde. Likevel er behovet fortsatt større enn tilbudet.

– Etterspørselen vokser. Det kommer nok av at problemtilfanget øker, men også at vi faktisk har gode behandlingstilbud, slik at det er et poeng å søke hjelp, sier Guldvåg Lunde. ●

○ Samarbeid til pasientenes beste

I juli 2003 kom Jan Erik Hansen til Sunnaas for første gang. Han ble overført fra Haukeland Sykehus, der han ble behandlet etter en stupeulykke. Nå bor han i sin hjemkommune, Øvre Eiker. Henning Storvand har vært en nøkkelperson for å sikre gode overganger mellom omsorgsnivåene.



Henning Storvand og Jan Erik Hansen

Sunnaas sykehus er ett av tre sykehus i landet som rehabiliterer ryggmargsskadde. Hit kommer pasientene etter at de er behandlet for den akutte skaden, og etter maksimalt tre måneders rehabilitering skal de tilbake til sine hjemkommuner. Sunnaas har et ansvar for å følge opp pasientene i et livslangt perspektiv. Det gjennomføres blant annet ved kortere sykehusopphold, poliklinisk behandling, telefonkontakt og hjemmebesøk.

Godt samarbeid

Ansaret innebærer utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten, hjelpemiddelsentraler, skoler, arbeidsgivere og kolleger. Disse har oftest ikke mye kunnskaper om ryggmargsskader, og det er et stort behov for informasjon og undervisning, som uteteamet på Sunnaas skal dekke.

– Innstillingen i kommunene er optimal. Det er ikke alltid de har kunnskap om denne typen pasienter og deres behov, og det kan vi bidra med. Men det merkes at kommunene mangler midler. Det fører blant annet til stor rullering blant lokalt helsepersonell, og dermed går mye kompetanse tapt underveis, sier Henning Storvand.

Møter pasienten

– Når vi får melding fra et akutt sykehus om at de har en pasient med ryggmargsskade, prøver

jeg å få til et besøk. Det er den første kontakten med Sunnaas for pasienten, og også for de pårørende som ofte er til stede. Samtidig framkaffer jeg så mye informasjon som mulig om pasienten, slik at vi er sikre på at vi har mannskap og utstyr på plass, forteller Storvand. Under oppholdet på Sunnaas har uteteamet ansvar for koordinering av de ulike kursene pasienten gjennomgår, og for opplæring og informasjon til pårørende. Særlig i tiden før utskrivning er informasjonsbehovet stort.

Har gått bra

Jan Erik Hansen møtte Henning Storvand da han kom til Sunnaas, og siden har Henning vært involvert i behandling og oppfølging. – Jeg synes at dette har gått veldig bra. Det er åpne linjer og god kommunikasjon mellom fysio- og ergoterapeuter på Sunnaas og i kommunen. Hvis de lurer på noe, eller jeg har spørsmål, så ringer vi til Henning, forteller Jan Erik Hansen. For hans del har den største utfordringen vært å akseptere at han er avhengig av rullestolen til forflytning.

– Før hadde jeg et annet inntrykk av det å sitte i rullestol, skremmende og traumatisk. Men det er ikke så ille. På Sunnaas er de flinke med motivasjon, og du møter også andre som er i samme situasjon, og som har lang erfaring. Du får mange praktiske tips og råd, og tro på at du også kan greie det, sier Hansen. ●

Reformen må følges av kulturendring

– Pasientenes rett til selvbestemmelse må bli en del av ryggmargsrefleksen til alle helsearbeidere. Sykehusene må jobbe med å få til en kulturendring basert på loven om pasientrettigheter og på helse reformen, sier Petter Holm, helse- og sosialombud i Oslo.

I løpet av 2003 har Petter Holm, helse- og sosialombud i Oslo, besøkt flere av foretakene i Helse Øst, stått på stand med informasjon til pasienter og hatt møter med ledelsen. Han opplever at foretakene har en positiv holdning til pasientombudene, og at samarbeidet er ryddig og greit. Han beskriver Helse Øst som en profesjonell sykehuseier som er interessert i dialog med pasientombudene. Likevel er det et stykke igjen før bestemmelsene i lov om pasientrettigheter er innarbeidet.

– Det er ikke alle helsearbeidere som har forstått reformen like godt, for eksempel snakkes det fortsatt om bostedsfylke, selv om fylkene ikke lenger er relevante. Særlig innen psykiatri ser vi eksempler på det. Det finnes enkelte DPS som har laget seg spesialområder, og som ønsker å forbeholde plassene til pasienter som er bosatt i opptaksområdet. Slik skal det ikke være, pasientene skal prioriteres ut fra alvorlighetsgrad, ikke bosted.

Pasienten bestemmer

– Den autonome pasienten er heller ikke like godt innarbeidet overalt. Legen og sykehuset skal være et rådgivningsapparat for pasienten, de skal ikke styre slik de har tradisjon for, sier Holm.

I 2003 mottok pasientombudene i Helse Øst 2521 nye henvendelser. De fleste som klager, er misfornøyd med behandlingen de har fått, men det mottas også et betydelig antall klager på oppfølging etter behandling, og på informasjon og respekt for pasientens medbestemmelse og samtykke.

– De aller fleste sakene som kommer hit, kunne blitt løst tidligere hvis sykehusene var villige til å innrømme og beklage feil som er begått, og gi en medisinsk forklaring på det som skjedde. For



Helse- og sosialombud i Oslo, Petter Holm

mange pasienter er det også viktig å vite at saken er diskutert i avdelingen, slik at samme feil ikke skal kunne oppstå en gang til.

Tunge saker

2004 blir et utfordrende år for sykehusene, mener ombudet. Reformen har kommet godt i gang, og det er oppnådd gode resultater, blant annet redusert ventetid. – Nå gjenstår det tunge og vanskelige saker, som prioritering. Vi trenger en offentlig debatt om hva det offentlige helsevesenet ikke skal prioritere. Det er en politisk sak.

– Selv om sykehusene har stram økonomi, skal ikke pasienter få avslag på behandling av økonomiske årsaker. I år har vi sett eksempler på at

pasienter blir nektet behandling fordi DRG-refusjonen er for lav. Det må ikke skje. Økonomi skal brukes som et styringsredskap på rett nivå, ikke overfor den enkelte pasient, der er det medisinen som skal styre. ●

Framtidens pasient: Flere valgmuligheter og større innflytelse

Framtidens pasient har flere valgmuligheter og større innflytelse på sin egen situasjon, enn tilfellet er i dag. Nye lovbestemte rettigheter, organisatoriske endringer og teknologi legger til rette for det.

Hvordan blir det å være sykehuspasient om ti år? Avgjørelsene som tas i dag, bestemmer framtiden på sykehusene. Noen tendenser er tydelige: Pasientene får sterkere rettigheter, flere valgmuligheter og større innflytelse over behandlingen.

Sterkere rettigheter

Flere endringer i lovverket de siste årene har styrket pasientenes stilling. Den kanskje viktigste endringen som er gjennomført så langt, er retten til fritt sykehusvalg. Pasientene har også rett til å be om fornyet vurdering fra en annen lege hvis de ønsker det, og de har fått lovfestet rett til innflytelse på beslutninger som gjelder egen behandling.

I 2004 utvides retten til fritt valg innen rusomsorgen, og fra 1. september 2004 blir rettighetene ytterligere styrket. Stortinget har vedtatt at ordningen med fritt sykehusvalg skal utvides til også å gjelde private sykehus som helseregionene har avtale med.

Individuelle frister for behandling innføres fra 1. september 2004. Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, har fra denne dato krav på at det fastsettes en frist for når de senest skal få behandling. Hvis helseforetakene bryter tidsfristen, har pasienten rett til behandling på et annet sykehus.

Kortere opphold

For mange pasienter er sykehusoppholdet blitt betydelig kortere. En del prosedyrer som tidligere krevde at pasienten var innlagt i flere døgn, utføres nå som dag- eller poliklinisk behandling. Den største aktivitetsøkningen i Helse Øst skjer innenfor dagbehandling. Tilbud om overnatting på pasienthotell har også bidratt til å redusere liggetiden. Kortere opphold forutsetter et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten, planlagte behandlingsforløp og god informasjon. Sykehusene har allerede oppnådd resultater på dette feltet. Pasientene uttrykker tilfredshet med utviklingen og kan skrives ut fra sykehusene tidligere.

Pasientmedvirkning

Pasientenes kunnskap om egen helse og livssituasjon, og de pårørendes erfaring, blir i større grad sett som en ressurs. På



En liten gutt født på Sykehuset Innlandet, Elverum. Mor er Nina Holterud Sagen.

lærings- og mestringssentre har helsepersonell og brukere like stor innflytelse når innholdet i et kurs skal bestemmes. På de distriktpsikiatriske sentrene ønsker man å gi hver pasient et spesialtilpasset behandlingsopplegg. Innleggelse er frivillig, og pasienten bidrar selv til å sette målene for oppholdet.

Helse Øst har opprettet et brukerråd som rådgivende organ for ledelsen i Helse Øst, for å sikre at brukernes synspunkter får en sentral plass i utformingen av framtidens helsetilbud. Rådet er et bredt sammensatt forum med representanter for ni brukerorganisasjoner.

Disse trendene, og andre utviklingstrekk, kan du lese mer om på de neste sidene.

Selvdialyse på Ullevål

Klokka åtte om morgenen, tre dager i uka, kommer Terje Eriksen til selvdialysesenteret på Ullevål universitetssykehus.



Terje Eriksen

Terje Eriksen finner seg en sengeplass og en dialysemaskin, og henter slanger og væske. Så trer han slangene gjennom maskinen og sjekker at alt fungerer som det skal. Alt dette tar omtrent 20 minutter. En sykepleier stikker nålene i blodårene i armen, en vene og en arterie, og Eriksen er klar for fire til fem timer med dialyse.

– Det er ikke spesielt morsomt. Jeg blir sliten, etterpå vil jeg bare sove, forteller Terje Eriksen, som gjerne ser at det snart blir hans tur til en nyretransplantasjon. Mens han venter er dialysen livsnødvendig, og det er helt greit å gjøre mesteparten av arbeidet selv.

– Det er jo litt interessant å følge med på det som skjer. Jeg kontrollerer trykket i vener og arterier og hvor fort dialysen går. Men hvis noe går galt, må jeg ringe på damene, sier Eriksen. Litt mat, bøker og skøytelep på tv får tiden til å gå. Nye, lyse lokaler gjør oppholdet litt hyggeligere enn før.

Bemanningen på selvdialysesenteret er lavere enn på et vanlig dialysesenter.

– Det går ikke ut over pasientene på noen måte, jeg skjønner godt at de sparer inn på bemanningen på denne måten. Det blir også mer fleksibelt for meg, jeg kommer hit mellom klokka åtte og ti om morgenen, etter hva som passer den dagen. ●

Flere velger sykehus

Fritt sykehusvalg innebærer at pasientene selv kan velge hvilket sykehus de skal behandles ved.



Liv Johannessen

Pasienter som skal gjennomgå en planlagt behandling, har lovfestet rett til fritt sykehusvalg. Det innebærer at pasienten fritt kan velge et offentlig sykehus eller en privat institusjon som regionen har avtale med. Retten omfatter både somatisk og psykiatrisk behandling. Denne retten gjelder også barne- og ungdomspsykiatri fra 1. september 2004. Pasientene kan ikke velge en mer spesialisert behandling enn de er henvist til.

Pasientene kan få informasjon om aktuelle sykehus, kvalitetsmålinger og ventetider på nettsiden www.sykehusvalg.net. De kan også ringe Informasjonskontoret for Fritt sykehusvalg som gir gratis rådgivning. I løpet av 2003 hadde nettsiden 1,5 millioner sidetreff, og det ble registrert 40 000 unike brukere.

I løpet av 2003 mottok regionkontoret for Fritt sykehusvalg i Helse Øst og Sør 11 341 telefonhenvendelser. Det er mer enn dobbelt så mange som året før. Sidsel Gjertsen, som leder regionkontoret, opplever at brukerne begynner å stille krav til sykehusene.

– Brukerne er i større grad enn tidligere opptatt av kvalitet. De spør oftere om det er foretatt mange operasjoner på et bestemt sykehus, og om de er dyktige til å behandle den aktuelle diagnosen. Av og til spør innringerne også etter bestemte leger. ●

Dialogkonferanse

I januar 03 gjennomførte Helse Øst den første dialogkonferansen med representanter fra pasientenes organisasjoner.



Aker universitetssykehus

Konferansen ble gjennomført 16. januar 2003, med svært aktive deltakere. I mindre grupper diskuterte representantene hva Helse Øst bør prioritere, og hvordan framtidens helsevesen skal utformes. Hver gruppe presenterte sitt resultat i plenum, og deretter måtte hver deltaker velge tre temaer som han eller hun mente var viktigst. Etter nok en diskusjon i grupper måtte hver deltaker velge ett tema som det viktigste. Stemmene ble så talt opp. Konferansen konkluderte med å prioritere tre temaer:

- Rehabilitering – læring og mestring
- Helhetlig, samordnede helsetilbud innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom første- og andrelinjetjenester.
- Brukerådets og brukerutvalgenes medvirkning – i prosjekter og i åpne styremøter

I tillegg til brukere deltok også representanter fra Den norske lægeförening, NAVO, og fra ledelse på ulike nivåer i Helse Øst.

Dialogkonferansen er en viktig møteplass mellom Helse Øst og brukerorganisasjonene, og regionen ønsker å utvikle samarbeid og samhandling med brukere og helseforetakene videre. Leder i Brukerrådet, Arne Lein, sa avslutningsvis at det var et viktig framskritt at det blir etablerte formelle møteplasser for samarbeidet. ●

Lærings- og mestringssentre: Pasientenes bidrag er viktig

Helsepersonell har fagkompetanse, men pasientene vet best hvordan det er å leve med en kronisk sykdom. Samarbeid er nøkkelordet for lærings- og mestringssentrene.

Brukere og helsepersonell deltar på like fot i utarbeidelse av kurs og informasjon på lærings- og mestringssentrene, og begge parter bidrar like viktig.

– Når du får en kronisk sykdom, er kunnskap like viktig som behandling. Denne kunnskapen kan ikke formidles av helsepersonell alene, god læring kommer også fra dem som har erfaring med sykdommen. Det var tanken bak det første lærings- og mestringssenteret som ble åpnet her på Aker universitetssykehus i september 1997, forteller Liv Hopen. Ideen ble lansert på en opplæringskonferanse i 1996, og fem brukerorganisasjoner var sterkt involvert. Liv Hopen har vært med fra begynnelsen. Hun er nå leder for lærings- og mestringssenteret på Aker universitetssykehus, som fra desember 2000 ble Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Senteret har spesielle oppgaver når det gjelder å videreutvikle fagfeltet, etablere standarder, bygge nettverk, bidra i forskningsarbeid og spre kompetanse til andre norske helseforetak.

Eksporert

– Det var en genial tanke, og ble en enda større suksess enn vi hadde trodd. Nå finnes det 28 slike sentre i Norge, og ideen er eksportert til Sverige og Danmark, forteller Hopen.

Ideologien kan oppsummeres i tre punkter: Fagkompetanse og brukererfaring likestilles, senteret skal være en tilgjengelig møteplass for brukerne, og det skal være integrert i fagfolks hverdag.

– Vi henter ikke inn eksterne forelesere, men bygger opp rundt fagfolkene som finnes på sykehuset. Helsepersonell blir påvirket av å jobbe så tett med brukerne. I spørreundersøkelser vi har gjennomført, beskrives samarbeidet med brukerne som lærerikt.



Smerteskle på lærings- og mestringssenteret på Aker universitetssykehus

Behandling er ikke et hovedtema på lærings- og mestringssenteret. Det som er viktig, er å dele erfaring og kunnskap om hvordan man lever med en sykdom eller funksjonsnedsettelse. Sentrene er møteplasser for personer med kronisk sykdom eller funksjonshemning, deres familier og venner, og for brukerorganisasjoner og helsepersonell. Lærings- og mestringssenteret tilbyr kurs på flere områder, og er et informasjonssenter som blant annet bruker Internett til å spre informasjon. Sentrene har også en helsepedagogisk oppgave, og bidrar til at helsepersonell blir flinkere til å lære fra seg.

Samarbeid

Lærings- og mestringssentrene tilrettelegger for at fagfolkene på sykehusene skal lage læringstilbud i samarbeid med brukere og gjerne i samar-

beid med fagfolk i førstelinjetjenesten eller andre etater. Hvilke diagnoser som behandles på sykehuset, er oftest styrende for kursene som tilbys på hvert senter. På Aker er det flest tilbud til slagrammede, pasienter med urologiske sykdommer, brystkreftopererte og benamputerte, pasienter med kroniske tarmsykdommer og med osteoporose (benskjørhet), pårørende til personer med psykiske lidelser i tillegg til pasienter med diabetes (også urdotalende kvinner) og kroniske smerter. Lærings- og mestringssenteret finner du på www.aker-universitetssykehus.no



STRATEGISK FOKUS:
Kompetanse

Håkon Svenningsen har slitt med en fotballskade i kneet. Nå er han operert på divisjon kirurgi ved Sykehuset Innlandet.

Økt forskningsinnsats

I 2003 har Helse Øst lagt grunnlaget for en betydelig økt satsing på forskning. Et forskningsutvalg er etablert og det er utviklet et system for tildeling av forskningsmidler. I løpet av 2004 vil forskningsstrategien være ferdig.

Sett i lys av Helse Østs overordnede mål, er forskning og fagutvikling en sentral del av virksomheten. Forskning og systematisk utnyttelse av forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Det legger også grunnlag for økt effektivitet og ressursutnyttelse. Som en del av Prosjekt 2003 ble det nedsatt et utvalg som fikk i oppdrag å beskrive status for forskningsvirksomheten i Helse Øst, samt å foreslå mål og virkemidler for framtidig arbeid. Utvalget leverte sin rapport i juni 2003, og anbefalte at det ble etablert et forskningsutvalg og utviklet en forskningsstrategi for Helse Øst.

I løpet av 2003 er det nedlagt et betydelig arbeid for å få oversikt over hvilke ressurser som brukes til forskning og fagutvikling, og hvilke kilder de kommer fra. Helse Øst ser positivt på at private fond, foreninger og industri gir tilskudd til forskningsprosjekter, men det er viktig at dette blir underlagt kontroll og styring, slik at midlene fungerer i samsvar med regionale prioriteringer.

Forskningsutvalget

Et forskningsutvalg ble nedsatt høsten 2003, med rådgivende funksjon overfor styret i Helse Øst. Utvalget skal fullføre den regionale forskningsstrategien. Det har også en sentral rolle i tildeling av regionale forskningsmidler. Forskningsutvalget er satt sammen av representanter for alle foretakene i regionen, og fra Universitetet i Oslo og høyskolene. Utvalget ledes av John-Arne Røttingen, som også er direktør for det nyopprettede Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Forskningsstrategi

Forskningsstrategien skal bidra til at det forskes mer og framskaffes mer forskningsbasert kunnskap, og at forskning utnyttes til å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Forskningsaktiviteten må prioriteres slik at den er nyttig for pasientbehandling på kort og lang sikt. Helse Øst vil prioritere forskning som vil bidra til å gjøre helsevesenet i stand til å takle de utfordringene som vi vet kommer. I tillegg er det viktig å identifisere felt hvor man ikke har tilstrekkelig kunnskap. Et eksempel på dette er rehabilitering etter ortopedisk behandling. Mange pasienter får slik behandling, men det finnes lite forskningsbasert kunnskap om rehabilitering.

STRATEGISK UTFORDRING – KOMPETANSE

Helse Øst skal legge forholdene til rette for utvikling, forskning og utdanning som ledd i kvalitetsforbedringen av pasienttilbudet.

Strategisk utfordring	Mål	Indikator
Opprettholde kvaliteten på utdanning av helsepersonell i helseforetakene	Utnytte samlet kompetanse til å fortsatt være den største, og bli den beste, utdanningsinstitusjonen	Nasjonale indikatorer
Tilrettelegge for kompetanseoverføring	Identifisere kritiske prosedyrer, sikre systematisk kunnskapsoverføring og sette mål på beste praksis	Måloppnåelse av driftsavtalen
Prioritere forskning og fagutvikling	Drive forskning og fagutvikling som er målrettet i forhold til pasientbehandling	Nasjonale indikatorer for FoU-aktiviteter (er under utvikling)

- Følgende prinsipper er lagt til grunn for utarbeidelse av forskningsstrategien:
- Fagområder hvor Helse Øst allerede har fortrinn og spisskompetanse som kan utvikles videre, skal prioriteres.
 - Forskning skal styrkes i alle foretak, både der hvor det finnes sterke forskningsmiljøer, og der hvor slike miljøer mangler. Det vil bli lagt vekt på å utvikle samarbeid mellom foretakene.
 - Investeringer i infrastruktur som it-systemer, metodestøtte, biblioteksressurser, osv. skal gjøres slik at uttellingen blir størst mulig.
 - Det skal legges vekt på å konvertere resultater av forskningsprosjekter til nye produkter og teknologier.
 - Det skal stimuleres til ekstern forskningsvirksomhet finansiert av Norges forskningsråd og private kilder som Kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen, og av industrien, men prosjektene må være i samsvar med rammeverk, retningslinjer og overordnet strategi. Det legges vekt på å få oversikt over forskningsmidler fra private kilder.

Nasjonale strategier

Helse Øst deltar i utvikling av forskningsstrategier på nasjonalt nivå. Det er nedsatt en strategigruppe som består av representanter for de fem regionale foretakene og Helsedepartementet. Denne gruppen leder arbeidet med å utvikle nasjonale publikasjonsindikatorer, og å kartlegge den samlede ressursbruken innen medisinsk og helsefaglig forskning. Samarbeidsorganet med universitetet som har representanter fra Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo, vil bli en viktig arena og nødvendig for å samordne og styrke forskningen i Oslo-området. Det er viktig at det sikres samsvar mellom strategiene på ulikt nivå.

Tildeling av forskningsmidler

Et viktig resultat av arbeidet som er gjort i 2003, er at det er vedtatt et system for tildeling av forskningsmidler. Systemet vil settes i verk fra 2004. Ressursene skal fordeles på tre måter: Det regionale foretaket får et forskningstilskudd over statsbudsjettet. Disse midlene overføres til forskningsprosjekter og -aktiviteter i foretakene etter søknad. I tillegg har det regionale foretaket øremerket et beløp fra sine frie midler til forskning. For 2004 er dette beløpet 15 millioner kroner. Den tredje finansieringskilden er budsjettet til det enkelte foretak. I henhold til styringsdokumentene skal hvert foretak bruke en viss andel av sitt budsjett til forskning for fagutvikling. For universitetssykehuse-ene er beløpet satt til 1,0 prosent, og for andre sykehus er beløpet 0,6 prosent.

Forskningsmidlene som deles ut av det regionale foretaket, utlyses av forskningsutvalget. Søknadene vurderes av en komité som består av fagpersoner som ikke er tilknyttet Helse Øst, slik at habiliteten er sikret. Komiteen rangerer søknadene innenfor

gitte kategorier, og på det grunnlaget innstiller Forskningsutvalget til styret i Helse Øst, som tildeler 15 millioner kroner, og til samarbeidsutvalget mellom Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo, som tildeler 50 millioner kroner i 2004.

Prioriteringer i 2004

For 2004 vil Helse Øst dele ut 65 millioner kroner i forskningsmidler. Anvendt klinisk forskning og helsetjenesteforskning innen somatikk og psykisk helse vil være en prioritet, men også grunnleggende forskning og translasjonsforskning vil bli støttet. Det oppmuntres til å søke støtte til prosjekter som skaper samarbeid mellom flere sykehus, og med universitetsmiljøene og grupper i Helse Sør. Det vil bli delt ut støtte til prosjekter, innkjøp av utstyr, infrastruktur og metodeplattformer, og miljøstøtte til forskningsgrupper eller kjernekompetansmiljøer i regionen. Det er kommet inn over 300 søknader om forskningsmidler.

FORSKNINGSUTVALGETS MEDLEMMER

Leder: John-Arne Røttingen, *direktør Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Nestleder: Britt-Ingjerd Nesheim, *Prof. dr.med., leder av Vitenskapsrådet ved Ullevål universitetssykehus*

Dan Atar	<i>Prof. dr.med., avdelingsleder hjertemedisin ved Aker universitetssykehus</i>
Geir Bukholm	<i>Forskningsdirektør ved Akershus universitetssykehus</i>
Trine Grønn	<i>Dekan, Høgskolen i Oslo</i>
Morten Jacobsen	<i>Professor i gastroenterologi ved Sykehuset Østfold</i>
Jon Johnsen	<i>leder av FOU enhet Blakstad, Sykehuset Asker og Bærum</i>
Tore Andreas Kvien	<i>Prof. dr.med., revmatologi Diakonhjemmets Sykehus</i>
Anne-Kristine Schkanke	<i>sjefpsykolog dr.philos., jobber i forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus</i>
Ole Sejersted	<i>Prodekan, medisinsk fakultet Universitetet i Oslo</i>
Bjarne Waaler	<i>Professor emeritus</i>
Liv Skomakerstuen Ødbehr	<i>Avdelingssykepleier intensiv ved Sykehuset Innlandet</i>

Hvorfor blir vi benskjøre?

Osteoporose rammer halvparten av alle norske kvinner over 50 år. Benstrukturen blir så skjør at en god klem kan knekke ribben. Men hvorfor skjer det? Professor Kaare Gautvik på Ullevål universitetssykehus koordinerer et europeisk forskningsprosjekt som skal avsløre genene som er involvert i utvikling av sykdommen.

Undersøkelser av kosthold og fysisk aktivitet har så langt ikke bidratt til å forklare hvorfor så mange flere nordmenn enn andre europeere rammes av osteoporose, ofte kalt benskjørhet. Kvinner er mest utsatt, men også mange eldre menn blir 15 til 20 centimeter lavere enn de var i sin ungdom, fordi en rekke brudd komprimerer ryggraden. Ribbensbrudd og lårhalsbrudd forekommer også ofte hos osteoporose-pasienter, som har konstante smerter og dermed redusert livskvalitet.

Langsiktig satsing

– Mange eldre tror at smertene i ryggen og hofteene er vanlige aldersplager, forteller Kaare Gautvik, forsker og professor II. Han innehar det prestisjefylte oppdraget med å koordinere det EU-finansierte prosjektet «Molekylære mekanismer forbundet med benremodellering, med vekt på osteoporose». Prosjektet har sin base på klinisk kjemisk avdeling i FoU-seksjonen på Ullevål sykehus, som over flere år har bygd opp kompetanse og utstyr som er nødvendig for å være en viktig bidragsyter i tunge forskningsprosjekter.

– Core facilities, det vil si maskiner, utstyr og faglig kompetanse, er kritisk for medisinsk forskning i dag, forteller professor Peter Kierulf. Sammen med cand.scient. Reidun Øvstebø leder han Forsknings- og utviklingsenheten på klinisk kjemisk avdeling.

Prøver fra hoftebenet til pasienter blir analysert i forskningslaboratoriene til klinisk kjemisk avdeling. Hvert enkelt molekyl skal studeres og sammenliknes med prøver fra friske ben.

– Osteoporose skyldes ikke ett enkelt gen, men kanskje er det gener som blir for tidlig utslitt og slutter å produsere protein, som fører til at skjelettet blir svakere, mener Gautvik.



Professor Kaare Gautvik koordinerer et europeisk forskningsprosjekt.

Samarbeid

– Medisinsk forskning krever avanserte instrumenter, det krever en kritisk masse av kompetanse og en gruppe av mennesker som arbeider sammen over flere år. Du kan ikke drive forskning alene, du er helt avhengig av gode omgivelser og samarbeid. Uten miljøet her på klinisk kjemisk avdeling ville det ikke vært mulig for oss å ha en ledende rolle i dette prosjektet, sier Gautvik. Han får støtte av Øvstebø og Kierulf, som også understreker betydningen av samarbeid og langsiktig satsing på kompetansemiljøer.

Anerkjennelse

EU bidrar med to millioner euro over tre år til dette prosjektet, hvorav 540 000 går til de

arbeidsoppgavene som Gautvik er ansvarlig for. Fra Norge deltar også seniorforskerne Rune Jemtland og Finn Reinholt fra Rikshospitalet. Fem forskere fra fire EU-land er også engasjert.

– Prosjektet har gått gjennom en streng evalueringssprosess og fått en høy score, sier Gautvik. ●



STRATEGISK FOKUS:
**Organisasjon
og ledelse**

Ida Zaika skal opereres ved dagkirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Konstituert overlege Christian Grimsgaard forklarer prosedyren hun skal gjennom. Ida kan skrives ut senere på dagen.

Bedre ledelse skal gi resultater

Tydlig og helhetlig ledelse på alle nivåer er viktig for at Helse Øst skal nå sine mål. Derfor er organisasjons- og ledelsesutvikling et sentralt tema for det regionale foretaket, som har tilsatt en avdelingsdirektør for organisasjons- og ledelsesutvikling.

For Helse Øst er det et definert mål å være en attraktiv arbeidsgiver, og å gi ledere og medarbeidere muligheter til å ta ansvar og til å levere resultater. Tilfredse og motiverte ledere og medarbeidere er en kritisk faktor for at regionen skal nå sine mål. Derfor vil Helse Øst legge stor vekt på å rekruttere og utvikle de beste lederne, og å utvikle belønningssystemer som motiverer de ansatte til å arbeide mot målene.

Ledelsesutviklingsarbeidet i 2003 gikk i hovedsak ut på å få etablert langsiktige mål og strategier for det regionale foretaket og å få forankret disse i ledelsen i de enkelte helseforetakene i regionen. Det ble utviklet overordnet visjon og mål, basert på de nasjonale føringene. I tillegg ble det formulert langsiktige mål innenfor de fem målområdene; pasientbehandling, organisasjon og ledelse, kompetanse, ressurser og kvalitet. Resultatet av arbeidet foreligger i eget dokument, Strategisk fokus. Utøvelse og utvikling av ledelse i Helse Øst bygger på denne plattformen. Helse Øst RHF har ansatt Einar Li som avdelingsdirektør for

organisasjons- og ledelsesutvikling. Li tiltrådte i januar 2004, og er nå Helse Østs representant i styringsgruppen for det nasjonale programmet for ledelsesutvikling. Han vil arbeide videre med å utvikle et regionalt ledelsesutviklingsprogram og bistå helseforetakene i deres eget arbeid innen feltet.

I tillegg til de regionale aktivitetene arbeider de enkelte helseforetakene i regionen aktivt med å videreutvikle sine ledelses- og styringssystemer. Dette arbeidet vil bli kartlagt og videreført i 2004 med vekt på å fremme læring og erfaringsutvikling på tvers av foretakene.

Mål for 2004

I 2004 skal det utvikles og gjennomføres et regionalt program for ledelsesutvikling som består av flere elementer: Det skal gjennomføres et ledelsesseminar med den hensikt å tilføre relevante kunnskaper, bidra til utvikling av nødvendige ferdigheter, og å synliggjøre holdninger som er ønskelige for utøvelse av lederrollen. Det skal også gjennomføres et endags kurs om arbeidsgiverrollen og arbeidsgivers styringsrett og -plikt. For å øke andelen kvinnelige ledere vil det bli gjennomført et kurs rettet mot potensielle kvinnelige ledere i første omgang blant legene.

STRATEGISK UTFORDRING – ORGANISASJON OG LEDELSE

Helse Øst skal være en attraktiv arbeidsgiver og gi ledere og øvrige medarbeidere mulighet til å ta ansvar og levere resultater.

Strategisk utfordring

Fullmakts- og rolleavklaring
RHF/HF

Beslutnings- og styringsstruktur for
å skape robuste og effektive helse-
foretak er formalisert

Måloppnåelse av driftsavtalen

Ta helhetlig lederansvar

Rekruttere og utvikle de beste
lederne

Måloppnåelse av driftsavtalen

Aktiv bruk av belønningssystemer
som motiverer til å drive Helse Øst
mot definerte mål, skape omstilling
og nyskaping

Til enhver tid benytte eksisterende
avtalesystemer for å skape et for-
svarlig arbeidsmiljø, gi innflytelse
over egen arbeidsplass og legge til
rette for omstilling

- Medarbeidertilfredshet
- Sykefravær
- Turnover
- Pasienttilfredshet

Ny organisering av Sykehuset Innlandet

Styret for Sykehuset Innlandet HF har vedtatt en omfattende nyorganisering. Sykehuset har opprettet ti fagdivisjoner på tvers av de geografiske enhetene. Den nye divisjonsinndelingen trådte i kraft fra 1. januar 2004.

For å styrke det faglige tilbudet og oppnå en optimal økonomisk drift ble det i 2003 gjennomført en rekke prosesser som munnet ut i en omfattende nyorganisering av funksjoner. Sykehuset består nå av ti fagdivisjoner.

Sykehuset Innlandet, som har virksomhet i Hedmark og Oppland, er landets mest desentraliserte helseforetak. Det har aktiviteter på 41 ulike adresser, og besto ved etableringen av seks somatiske sykehus (Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Elverum, Kongsvinger og Tynset), to psykiatriske sentralsykehus (Sanderud og Reinsvoll) og en rekke DMS-er og andre desentraliserte tilbud.

Sykehuset Innlandet er Norges største helseforetak målt i behandlede pasienter. Det har et befolkningsgrunnlag på 390.000 mennesker og dekker et område langt større enn Finnmark fylke (52.600 kvadratkilometer).

De store avstandene i sykehusets dekningsområde stiller Sykehuset Innlandet overfor spesielle utfordringer. Styrets utgangspunkt har derfor vært å desentralisere de tilbudene

som kan desentraliseres. I tråd med dette bygges det ut to distriktsmedisinske sentra, på Otta og Fagernes. Disse vil etter hvert få tilbud om en rekke ambulerende spesialisthelsetjenester. Samtidig styrkes de faglige miljøene.

Styret gjorde i løpet av 2003 en rekke vedtak som skal realiseres i løpet av 2004:

- Det ble vedtatt en helhetlig plan for psykiatri.
- En ny ledelsesstruktur med gjennomgående divisjonsledelse.
- Samling av de interne servicetjenestene, blant annet kjøkken og logistikk.
- En ny somatisk oppgave- og funksjonsfordelingsplan, der de ulike geografiske enhetene ble tillagt hovedsenteroppgaver på en rekke områder. På Lillehammer blir det hovedsenter i nevrologi, Elverum får hovedsenter for øye, og Gjøvik for øre-nese-hals. Hit legges også den felles AMK-sentralen for sykehuset. Hamar blir hovedsenter for karkirurgi og urologi.

Oppgave- og funksjonsfordelingen, som gjennomføres i løpet av første halvår 2004, vil innebære en betydelig justering av oppgavene som er tillagt de geografiske enhetene. Sykehuset har en betydelig økonomisk utfordring. Den nye oppgave- og funksjonsfordelingen vil blant annet gjennom samling av oppgaver muliggjøre en nedbemanning som vil gi avgjørende økonomiske gevinster. Et redusert antall vaktteam vil også gi viktige bidrag i samme retning.

FUNKSJNSFORDELING I OSLO

Styrene i Helse Øst og Helse Sør har vedtatt funksjonsfordeling i Oslo-området på fagområdene øye og øre-, nese- og hals.

Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus har til dels overlappende funksjoner, til tross for at de ligger svært nær hverandre geografisk. Sykehusene tilhører også ulike helseregioner. I 2003 er det vedtatt organisasjonsmessige endringer som styrker kompetansemiljøene og effektiviserer driften, slik at tilbudet til pasientene blir bedre. Øyeavdelingene ved de to sykehusene er slått sammen til én avdeling som er flyttet til Ullevål universitetssykehus, og øre-, nese- og halsavdelingene er organisert som én enhet beliggende på Rikshospitalet. Beslutning ble tatt etter at grupper av fagpersoner fra begge sykehusene hadde lagt fram felles utredninger.

NYE LOKALSYKEHUS I OSLO OG FOLLO

Helse Øst har vedtatt endrede opptaksområder for Ahus og Aker. Befolkningen i bydelene Grorud og Stovner i Oslo får Ahus som sitt lokalsykehus, mens Aker får ansvar for innbyggerne i Follo.

Endringene i opptaksområde trer i kraft 1. april 2004. Endringene gjelder alle pasienter, med unntak av kronikere, somatiske pasienter i langvarig behandling og psykiatriske pasienter som er godt i gang med behandlingen. Opptaksområdene er nå de samme for psykiatri og somatikk. Grensene på sykehuskartet stemmer nå overens med bydelskartet for Oslo.

Hensikten med de endrede opptaksområdene er å sikre at alle pasienter får et likeverdig tilbud, uansett hvor i regionene de er bosatt, og å sørge for best mulig utnyttelse av kapasiteten på sykehusene.

Omstilling i samarbeid

Partsammensatte grupper med representanter fra ledelse og tillitsvalgte har vært det viktigste verktøyet i omstillingsprosessen på Sunnaas sykehus. I deler av prosessen har de tillitsvalgte hatt flertall i gruppen som fattet beslutninger.



Einar Magnus Strand og Marianne Jørstad

Kontaktkonferanse

Samarbeidet mellom Helse Øst RHF og lokale og regionale politiske myndigheter ivaretas blant annet gjennom en årlig kontaktkonferanse.



I løpet av 2003 har Sunnaas sykehus effektivisert med ti prosent, samtidig som budsjettet er redusert med 20 millioner kroner, og kravet til balanse er oppfylt. Samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte har vært avgjørende for planlegging og gjennomføring av endringene.

- De tillitsvalgte er en ressurs. Hvis du ikke erkjenner det, vil det gi deg problemer. De tillitsvalgte representerer den klart største delen av personalet, de har nærkontakt med kjernevirksomheten og vet hva som er utfordringene. Det er viktig å gjøre dem til positive endringsagenter, sier administrerende direktør Einar Magnus Strand.

Partsammensatte grupper

Endringsprosessen var inndelt i tre faser. I den første fasen var målet effektivisering, i den andre ble det utviklet en ny organisasjonsmodell, og i siste fase ble modellen implementert. I hver fase ble det opprettet en partsammensatt gruppe som var koordinator og pådriver. I første fase var de tillitsvalgte i flertall, i andre fase var antallet tillitsvalgte og representanter fra ledelsen likt, og i tredje fase var ledelsen i flertall. – I første fase var det viktig å skape eierforhold og troverdighet, og involvere hele organisasjonen. Derfor var de tillitsvalgte i flertall. I den tredje fasen viste vi at det ville bli utfordringer som vi ikke helt kunne forutsi, for eksempel knyttet til overtallighet. Derfor var det riktig å la ledelsen ta det tyngste ansvaret i denne fasen, sier Strand.

Ikke rosenrødt

Marianne Jørstad var tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i 2003, og deltok i alle de tre gruppene. Hun understreker at prosessen var god, men at det likevel ikke har vært et rosenrødt år.

- Det har til tider vært vanskelig å være representant for mange, og samtidig sitte i en gruppe som tok avgjørelser fortløpende. Det var ikke alltid mulig å gå tilbake til sykepleierne og sjekke at jeg hadde ryggdekning. De tillitsvalgte har et godt samarbeid på tvers av profesjoner, sier Jørstad.
- De tillitsvalgte har gjort en kjempejobb, og vi unngikk dermed å komme i en konfliktsituasjon, sier Strand. Begge er enige i at det ikke har vært en ulempe å ha et felles trusselbilde – Sunnaas har i to år kjempet for å få fortsette som eget foretak, en framtid som nå er sikret.

Ikke-leger i ledelsen

Sunnaas er nå organisert i seks kliniske avdelinger og en forskningsavdeling. Avdelingslederne rapporterer til administrerende direktør. Det er etablert en ledergruppe i hver avdeling, og prinsippet om enhetlig og tverrfaglig ledelse er dermed tydeliggjort. Ingen av de kliniske avdelingene ledes i dag av leger.

- Det er ingen bevisst policy at legene ikke skal være ledere, men vi har gjort det tydelig at vi etterspør lederegenskaper og interesse for ledelse. Hvis en lege vil lede, så må den hvite frakken av, sier Strand. ●

Årets kontaktkonferanse ble gjennomført 31. mars 2003. Formålet er å sikre nødvendig samhandling og drøfting omkring helsetjenestetilbudet i regionen, og å evaluere hvordan kommunesektoren og det regionale foretaket ivaretar sitt lovpålagte ansvar for henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten. Deltakere er toppledelsen i Helse Øst RHF, de fem fylkeskommunene og kommunesektoren representert ved leder av Regionrådene og fylkesstyrelederne i KS- fylkene.

På konferansen legger Helse Øst RHF fram sin vurdering av hvordan «sørge-for-ansvaret» er ivarett og hvordan utviklingen har vært det siste året. Kommunesektoren gir så sin vurdering av hvordan Helse Øst har løst oppgaven. På tilsvarende måte diskuteres kommunesektorens utførelse av sine oppgaver. Gjennom drøftingen blir det mulig å finne fram til områder hvor partene i fellesskap kan planlegge og utvikle bedre helsetjenester for befolkningen. Administrerende direktør i Helse Øst RHF er ansvarlig for innkalling og gjennomføring av konferansen. ●

Bedre tilbud til pasientene

– To år med helsereformen har vært utfordrende, og vi har levd med stadige endringer. I årene som kommer vil Helse Øst RHF arbeide mer langsiktig. Forskning, fagutvikling og lederutvikling blir viktige temaer de nærmeste årene, sier administrerende direktør Tor Berge.

– Reformen ble gjennomført for å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten, få kontroll på økonomien og få et mer likeverdig helsetilbud til alle. Administrerende direktør Tor Berge mener at pasientene har fått større tilgjengelighet, og at det faglige tilbud i sykehusene stadig forbedres.

– Pasientene i Helse Øst venter nå kortere tid for å komme til utredning og behandling. Det er en viktig forbedring etter at reformen ble innført. Det har også vært viktig å få så god pasientflyt som mulig i sykehusene. Noen pasienter vil oppleve et mer effektivt sykehus enn for noen år siden, der det gjøres flere ting på kortere tid. De fleste opplever det som en forbedring, da oppholdet på sykehuset blir kortere.

– Grunnen til at vi skal arbeide mer effektivt, er at vi skal hjelpe flere. Effektivitet har ingen egenverdi, men det må til for å frigjøre ressurser til å forbedre og øke tjenestetilbudet. Det vi gjør, må til enhver tid føre til at det faglige tilbudet blir bedre, sier Berge.

– Hvordan har Helse Øst fått kontroll på økonomien?

– Helse Øst har ingen god økonomi, det må understrekes, men Helse Øst makter å styre de knappe ressursene som bevilges. Dette har med profesjonalitet å gjøre. Hvis vi ikke mestrer å styre økonomien, vil andre gå inn og gjøre det for oss. Da er vi ikke lenger herre i eget hus. God økonomistyring er dessuten viktig for vårt omdømme.

– For å sikre en aktivitet i tråd med disponible ressurser har det vært nødvendig å gjennomføre store omstillingstiltak. Slike prosesser stiller store krav til lederskap, og jeg vil i tiden framover prioritere arbeidet med å dyktiggjøre lederne. Godt lederskap innebærer å kunne forklare hvorfor omstillingene er nødvendige, motivere personalet og se de muligheter den

enkelte enhet har. Det er ingen motsetning mellom effektivitet og faglighet, men det er en betydelig utfordring å kommunisere dette budskapet så vel for eget personale som for omverden. Det er lett å grave seg ned i vanskelighetene. Vi som er ledere, må være de som oppmuntrer, vi må se mulighetene og tenke løsninger. Enhver leder må kunne motivere til utvikling og endring gjennom å vise evne til samarbeid og ved å bruke organisasjonen, det vil si involvere de ansatte og etablere et godt samarbeid med de tillitsvalgte.

– Helse Øst er den eneste av de fem regionene som drives i balanse. Har dere vært «for flinke» og gjennomført kutt som egentlig ikke er nødvendige?

– Å sammenlikne seg med de andre regionale foretakene i denne sammenheng blir omtrent som å si at «de andre får lov, da vil jeg også», slik vi gjorde som unger. Vi har vært opptatt av å få kontroll på økonomien helt fra første dag, og jeg er overbevist om at vi ikke vil bli straffet for å utnytte ressursene effektivt. Jeg tror ikke at noen vil få ettergitt store underskudd. Det vil være ødeleggende for reformen. Vi skal huske på at reformen ved siden av å være en innholdsreform også er en ansvarsreform.

– Har økonomi og behandlingsaktivitet fått for stor oppmerksomhet i forhold til fagutvikling, forskning og kvalitet på behandlingen?

– I 2004 gjennomfører vi et paradigmeskifte: forskningsinnsatsen økes betraktelig. Vi er veldig glad for å kunne gjøre dette – fagutvikling og forskning er viktig, det er med på å bestemme hvordan morgendagens helsetilbud vil bli.

– Jeg synes at det er beklagelig at det er økonomien som får størst oppmerksomhet i mange tilfeller, særlig i media. Regelen er at det er de prosentenhetene vi ikke får midler til og som ikke blir prioritert, som får oppmerksomhet og ikke de



98 prosentenhetene som vi utfører på en utmerket måte. Men det er et faktum at økonomi setter de brutale grensene for hva som kan gjøres og hva som ikke kan gjøres. Fra det regionale helseforetaket blir det imidlertid stilt krav også til faglighet – så vel kvalitet som kvantitet gjennom den driftsavtalen som vi hvert år forhandler fram med våre helseforetak. Å sikre forskningsaktivitet og fagutvikling er en viktig del av denne avtalen. Jeg er dessuten trygg på at fagfolket vet å holde faget i hevd.

– Undersøkelser av pasienttilfredsheten viser at mer enn 90 prosent av dem som behandles i vår region, er fornøyde med tilbudet. Det inntrykket får man ikke når man leser avisen. Det opplever jeg som et problem. Personalet som gjør jobben, opplever gjennom media krise etter krise. Både vi og samfunnet generelt burde være flinkere til å gi positive tilbakemeldinger på den fantastiske innsatsen som den enkelte gjør.

– Helse Øst har som mål å være en god og utfordrende arbeidsplass. Tror du at de ansatte opplever det slik?

– Helsevesenet er en god arbeidsplass for de aller fleste, men i perioder er det tøft, både fysisk og psykisk. Helse Øst er en utfordrende arbeidsplass, faglig sett. Det vil nok være nyanser i hvilken grad den oppleves som god eller ikke. Vi har tretti tusen ansatte, og det ville være unaturlig om alle er like tilfreds. Godt lederskap er viktig for at arbeidsplassen skal oppleves som god. Jeg vil understreke at også den ansatte selv har et ansvar for å bidra til å sikre at arbeidssituasjonen for vedkommende oppleves som god. I arbeidslivet, som ellers, må en selv bidra til å takle de utfordringene en står overfor.

– Det er ikke tvil om at det er anstrengende å jobbe i helsetjenesten, men en positiv side er at man får mye direkte respons gjennom at folk setter pris på den hjelpen de får. Det er ikke i alle yrker at man opplever dette så direkte. På den andre siden er det mange ansatte som møter pasienter i en svært vanskelig livssituasjon. Nå har Helse Øst overtatt rusomsorgen, og de som arbeider der, møter virkelig folk som sliter. Det samme gjelder innen psykisk helsevern. Det er klart at dette til tider kan være belastende for den enkelte arbeidstaker.

– Har de ansatte, gjennom tillitsvalgtdordningen, god nok mulighet til å påvirke beslutninger?

– Det vil sikkert kunne bli bedre. Vi følger hovedoverenskomsten. De første årene skjedde det mye, og vi var ikke alltid like flinke til å forankre alle beslutninger. Det tar jeg selv-

kritikk på. Det skulle skje fort, og vi ville så mye. Nå arbeider vi med en tillitsvalgtdordning på regionalt nivå som en prøveordning, som vi nå evaluerer.

– Hva blir de viktigste utfordringene og de vanskeligste beslutningene som må tas de to neste årene?

– Å følge opp reformens intensjoner – å gi dem som trenger det de helsetjenester de trenger på en god og effektiv måte. I en verden med begrensede ressurser vil dette kreve prioritering av spesialisthelsetjenestene. Det helsefaglige tilbudet må stå i sentrum. For å lykkes med det må vi skape en større grad av forutsigbarhet slik at det blir større ro i organisasjonen, samtidig som fokus blir rettet fullt og helt mot pasienter og pårørende.

– Det er spesielt viktig å styrke det psykiske helsevernet. Vi har satt i gang et regionalt prosjekt som skal arbeide med fagutvikling og finansieringsformer, og vi skal se på hvordan ulike finansieringsordninger gir insentiver til bedre tjenester.

Helse Øst leder en nasjonal gruppe som ser på samordning og fornyelse med utgangspunkt i opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Jeg forutsetter at dette skal gi resultater for pasientene.

– Det er også nødvendig å utvikle bedre styringsparametere, så vi kan måle kvaliteten på arbeidet og styre virksomheten mot vedtatte mål. Det er viktig å finne fram til systemer for å beskrive driftsstatus slik at vi får en felles virkelighetsoppfatning. Det gjelder pasientene, de som arbeider i helseforetakene, vi som arbeider på regionalt nivå, og de som tar beslutninger sentralt. Det er viktig at vi har en felles oppfatning av virkeligheten, slik at det er mulig å skape samsvar mellom forventninger, tilbud og ressurstilgang. Da vil en redusere den krisemaksimering som oppleves i dag.

– Det er også en stor utfordring for Helse Øst å frigjøre tilstrekkelige midler til investeringer, slik at vi kan bøte på noe av det dokumenterte etterslepet på vedlikehold av bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Det vil bidra til økt effektivitet. Dessuten blir det utfordrende å sikre finansiering av Nye Ahus.

– Alt dette krever mye av ledelsen. Vi må vise at vi utnytter ressursene på en måte som gir bedre tilbud til pasientene, det vil gi reformen legitimitet. Hvis vi ikke klarer å skape denne legitimiteten, vil det med rette bli stilt spørsmål om det er alternative måter å organisere spesialisthelsetjenesten på.

– Jeg er innstilt på at Helse Øst skal lykkes – noe vi takket være dyktige ledere og ansatte har gjort i de to første driftsårene.

«Medarbeidernes
innsats er
avgjørende»



STRATEGISK FOKUS: Kvalitet

Ole Johnny Martinsen er ansatt ved divisjon akuttmedisin og prehospitale tjenester ved Sykehuset Innlandet. Akuttmedisinsk kommandosentral er lokalisert på Elverum, og besørger trygg transport og tidlig behandling av pasientene. Dette bildet er arrangert.

Kvalitet måles og sammenliknes

For å sikre kvalitet i helsesektoren gjennom systematisk måling og rapportering ble det i 2003 innført nasjonale kvalitetsindikatorer som skal gjøre det mulig å sammenlikne de ulike foretakene.

Alle helseforetak i Norge skal rapportere sine resultater ut fra forekomst av sykehusinfeksjoner, antall korridorpasienter, preoperativ liggetid før lårhalsbrudd, tid som går fra utskrivning til epikrise blir sendt, antall tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon og pasienttilfredshet. Resultatene er tilgjengelig for publikum, blant annet på nettsiden www.sykehusvalg.net. For helseforetakene har det vært krevende å utarbeide systemer for sikker datainnhenting.

Helse Øst gjennomførte våren 2003 en pasienttilfredshetsundersøkelse i alle foretak. Svarprosenten var 52 prosent. Pasientene gir best tilbakemelding på sykepleietjenesten, ivaretagelse av pårørende og kommunikasjon. Dårligst evaluering får sykehusene på organisering, og på oppfølging i tiden etter utskrivning. Resultatene skiller seg lite fra landsgjennomsnittet.

Sykehusinfeksjoner kartlegges som punktprevalens som er en upresis registreringsmåte, og gir kun et «øyeblikksbilde» av situasjonen. Tallene er små, og resultatene blir sårbare for vari-

asjon i registreringsmåte. Samlet for foretakene i Helse Øst var gjennomsnittet for sykehusinfeksjoner 5,4 prosent ved første og 4,3 prosent ved andre måling. Landsgjennomsnittet de senere år har vært 5,3 prosent. Antall korridorpasienter varierer i foretakene i Helse Øst fra 0 til 20. Prosentandelen i forhold til totalt antall senger varierer fra 0 til 5 prosent.

En epikrise er en skriftlig oppsummering av behandlingen som pasienten har fått. Målet er at epikrisen skal sendes fra sykehuset senest sju dager etter utskrivning. Foretakene skal rapportere tilfeller der det går mer enn sju dager etter utskrivning før epikrisen blir sendt. I Helse Øst varierer tallet fra 30 til 70 prosent.

Ved lårhalsbrudd vil en ventetid på mer enn 48 timer fra innleggelse til operasjon gi dårligere resultat, i tillegg til at pasienten påføres smerter og ubehag. Det er derfor en målsetting at alle skal opereres innen 48 timer. I foretakene i Helse Øst varierer andelen som blir operert innen fristen, fra 87 prosent til 100 prosent. Middelerdi er 96 prosent.

Registrering av tvangsinnleggelse omfatter andelen voksne pasienter som blir innskrevet i psykiatrisk institusjon hjemlet i lov om psykisk helsevern. I Helse Øst varierer andelen fra 13 til 63 prosent. Landsgjennomsnittet er 25 prosent.

STRATEGISK UTFORDRING – KVALITET

Helse Øst skal kjennetegnes av kvalitet i alt vi gjør.

Strategisk utfordring	Mål	Indikator
Utvikle helhetlig kvalitetssystem	Helhetlig kvalitetssystem er implementert	Fylle kravene etter ISO 9001-systemet Nasjonale indikatorer <ul style="list-style-type: none">• Korridorpasienter• Epikrisetid• Pasienttilfredshet (informasjon, organisering, standard på utstyr og bygninger)• Sykehusinfeksjoner• Prehospital liggetid ved lårhalsbrudd• Tvingen innskrivning ved psykiatriske institusjoner

Helhetlig kvalitetssystem i alle foretak

Helse Øst har vedtatt en kvalitetsstrategi for perioden 2002–2004. Det skal etableres et helhetlig kvalitetssystem i tråd med ISO-standarden.

Kvalitetsstrategien har gjennom satsing på et ISO-basert kvalitetssystem et fokus på ledelse og styring, og på kontroll av kjerneaktiviteten. Et kvalitetssystem er et ledelsesverktøy som sikrer kvalitet på pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning.

Alle foretakene i Helse Øst har mange elementer av kvalitetssystemet på plass, men for flere gjenstår det å innføre et helhetlig system som gjør det mulig å ha oversikt over og styre alle akti-

vitene optimalt. Dette arbeidet er påbegynt ved alle foretak. Foretakene har i større eller mindre grad innført målbare styrings- og resultatparametre, i tillegg til de nasjonale indikatorene. Noen har valgt balansert målstyring, eller på annen måte satt seg målbare kvalitetsmål, for å overvåke og forbedre kjernevirksomheten i samsvar med ISO 9001. Helse Øst skal stimulere til kontinuerlig utviklingsarbeid i helseforetakene, blant annet gjennom faglige revisjoner som synliggjør kravene og sikrer at de følges.

Pasientinformasjon er et område med betydelig forbedringspotensial. Helse Øst vil bidra til at den skriftlige informasjonen til pasientene samordnes og forbedres i alle helseforetakene.

Samordning av IKT gir gevinster

Helse Øst deltar sammen med de andre helseregionene i en nasjonal gruppe som skal bidra til samordning av IKT-tiltak. Helse Øst ser store fordeler ved å samordne utviklingen på tvers av regionene, det vil gi både bedre kvalitet, reduserte kostnader og bedre utnyttelse av tid og ressurser.

Nasjonal IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) er en felles strategigruppe mellom Helsedepartementet og de regionale foretakene. Gruppen, som består av representanter fra den øverste ledelsen i de regionale foretakene, skal arbeide med strategiske spørsmål. Gruppens overordnede mål er å understøtte nasjonale strategier og tiltak, slik det er nedfelt i dokumentet «Helhetlig forløp», og sørge for at tiltak som gjennomføres i regi av RHF-ene, er i samsvar med de nasjonale handlingsplanene. Helse Øst vil forholde seg til de nasjonale føringene, og utvikle egne IKT-strategier i samsvar med dette.

En gjennomgang av målsettingene i de ulike regionene viser at det er stort samsvar mellom de prioriterte målene for bruk av IKT. Dette er de høyest prioriterte målene:

- IKT skal bidra til å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Det skal skje blant annet ved at IKT skal bidra til å involvere brukere, og at helsetjenestene blir bedre samordnet og preget av kvalitet.
- IKT skal bidra til å redusere dobbeltarbeid og gjøre pasientrelatert informasjon raskere tilgjengelig i behandlingssituasjonen.
- IKT skal bidra til kompetanseutvikling og kompetanse-spredning.

- IKT skal bidra til bedre planlegging og styring i helseforetakene.

I 2003 har Helse Øst arbeidet mot å samordne IKT i egen region, slik at alle foretakene bruker de samme løsningene for RIS/PACS, e-journal, e-saksbehandling og elektronisk arbeidsplan. Det er satt i gang eller gjennomført pilotprosjekter på alle disse områdene. Pilotene skal evalueres før systemene som blir valgt, ruller ut i de øvrige foretakene.

Helse Øst arbeider også mot en felles driftsmodell for IKT. De ulike foretakene er på ulike stadier, og i 2003 har det vært viktig å løfte dem som har kommet kortest i utviklingen. Regionen ønsker å møte kravene til effektivisering gjennom nettverkssamarbeid og frivillighet. På sikt er det et mål å redusere støtteapparat og administrasjon til fordel for økt kvalitet i kjernevirksomheten.

IKT er verktøy, og ikke et mål i seg selv. Riktige løsninger kan bidra til organisasjonsutvikling fordi det gir mulighet for økt fleksibilitet. Helse Øst ønsker å utvikle systemer som gjør at personellet kan fokusere på kjernevirksomheten. Systemer som vi er i ferd med å ta i bruk, som e-journal, digital diktering og talegjenkjenning, vil bidra til å frigjøre tid fra administrativt arbeid til pasientbehandling. Det er et sentralt mål å sikre god informasjonsflyt mellom relevante fagpersoner, slik at kvaliteten på pasientbehandlingen blir så god som mulig.

Fornøyde pasienter er avgjørende

I 2003 kjøpte Helse Øst helsetjenester fra private institusjoner for 804 millioner kroner. Omnia er en av de kommersielle samarbeidspartnerne.



Administrerende direktør Leif Næss og klinikkleder Johan Ræder

Ø Søker akkreditering

Akkreditering etter ISO/IEC 17025 er målet for kvalitetsarbeidet på avdeling for klinisk kjemi og nukleærmedisin på Akershus universitetssykehus.



– Vi er avhengig av at pasienter og henvisende leger velger oss framfor det offentlige tilbudet. Derfor må vi sørge for at de er fornøyde med sykehusoppholdet, og med resultatene av behandlingen. Det er viktig for oss å måle kvaliteten på arbeidet vi gjør, og det gjelder ikke minst pasientenes tilfredshet med oppholdet, forteller Johan Ræder, klinikkleder for Omnia i Oslo. Omnia er det største norske private sykehuset, og tilbyr blant annet ortopediske behandlinger som skulder- og kneoperasjoner, hofteproteser og operasjoner på rygg og nakke. De har også spesialister på andre fagområder, deriblant urologi, gynekologi og øre-, nese- og hals.

På Omnia utføres det årlig ca. 5000 inngrep, mange som dagkirurgi, men sykehuset har også 30 sengeplasser for innleggelse.

Gjennomsnittspasienten har en vekt på over ett DRG-poeng, et tall som viser at sykehuset utfører en betydelig andel tyngre operasjoner.

Tilfredse pasienter

Omnia ligger i bygget til den gamle Røde Kors-klinikken i Oslo. Sykehuset kan ikke by på moderne lokaler med enerom og private bad.

– Det vi mangler av bekvemmeligheter, tar vi igjen på omsorg og tilgjengelighet – og på stil og charme, sier Ræder.

Alle pasienter blir bedt om å vurdere sykehusoppholdet etter utskrivning, og resultatene er svært gode. 92 prosent er meget fornøyd eller godt fornøyd med behandlingen, og 99,8 prosent er godt fornøyd eller meget godt fornøyd med sykehusets service.

Kvalitetsindikatorer

Sykehuset rapporterer til alle offentlige register, på linje med offentlige sykehus. De har også etablert målinger som følger de nasjonale kvalitetsindikatorene, som offentlige sykehus er i ferd med å innføre.

– Vi har ikke korridorpasienter. Epikrisene sendes med pasientene når de skrives ut, eller i løpet av det første døgnet etter utskrivning. I løpet av et år har vi i gjennomsnitt 3–4 sykehusinfeksjoner, sier Ræder.

– Pasientene er opptatt av ventetider og av kvalitet på behandlingen. Våre kirurger gjør et betydelig høyere antall inngrep enn kirurger på offentlige sykehus. Vi mener at det er en fordel for kvaliteten at legene får så mye øvelse som mulig, sier Leif Næss, administrerende direktør i Omnia asa. Operasjonslistene er alltid fulle.

– Vi har nok et høyere press på oss til å utnytte ressursene maksimalt, siden vi kun får betalt for hver pasient vi behandler. Jeg tror at et element av konkurranse er viktig for å sikre pasientene et best mulig helsetilbud, sier Næss. ●

Avdeling for klinisk kjemi og nukleærmedisin på Akershus universitetssykehus har søkt Norsk Akkreditering om akkreditering etter ISO/IEC 17025. Søknaden dekker blodprøvetaking og en stor del av analysene som gjøres på avdelingen, samt vurdering og fortolkning av prøvesvar. ISO/IEC 17025 er tilpasset måletekniske laboratorier og stiller strengere krav til teknisk kompetanse og kvalitet enn ISO 9000. Standarden krever åpenhet om rutiner og målemetoder, deltakelse i ekstern kvalitetskontroll, dokumenterte prosedyrer for arbeidsutførelse, tydelig ledelses- og ansvarsstruktur og dokumentert opplæringsopplegg for personalet.

– Vi ønsker å være konkurransedyktige i forhold til private laboratorier. I forskningsprosjekter stilles det krav om at man har en nasjonalt og internasjonalt anerkjent godkjenning, sier direktør Helge Svaar.

Akkreditering er et middel til å få et velfungerende kvalitetssystem i drift, det vil si at det sikres at laboratoriet har rutiner som fungerer og analysemetoder som gir korrekte svar. Det kontrolleres også at rekvirentene og pasientene får god service, og at ansatte får den opplæringen de trenger.

– En akkreditering vil være beviset på at vi har orden i eget hus. For de ansatte betyr det at de får gode hjelpeverktøy til arbeidsoppgavene, tydelig ansvarsfordeling, forutsigbarhet og kompetanseheving, sier Helge Svaar. ●



STRATEGISK FOKUS: Ressurser

Oddmund Hjermann (83) falt på ski i vinter, og fikk en hodeskade som måtte opereres. Nå er han på beina igjen, men balansen er ikke helt som før. Trening med fysioterapeutene ved Sykehuset Asker og Bærum er en viktig del av rehabiliteringen.

Bedret ressursutnyttelse

Helse Øst har til rådighet om lag 20 milliarder kroner til å innfri det sørge for-ansvaret som spesialisthelsetjenesten har for befolkningen i regionen. Det regionale helseforetaket har et overordnet ansvar for at ressursene disponeres effektivt, med god og riktig kvalitet og i samsvar med helsepolitiske prioriteringer.

De midlene som stilles til rådighet, disponeres til drift og investering ved egne helseforetak, tilskudd til drift og investering ved private, ikke-kommersielle sykehus, kjøp av behandlingstjenester fra andre helseregioner og kjøp av tjenester fra private tilbydere.

Det regionale helseforetaket hadde i 2002 et resultat i balanse. Økonomisk balanse har også vært et krav fra styret i Helse Øst RHF gjennom hele 2003. Unntaket har vært psykisk helsevern, hvor det ble åpnet for at helseforetakene kunne budsjettere med underskudd.

Helse Øst har i 2003 fokusert på å øke aktiviteten og produktiviteten innenfor de ressursrammene som er gitt.

For å opprettholde økonomisk balanse samtidig som det ble stilt krav om økt aktivitet og reduserte ventelister, har det vært nødvendig med omstillinger og økt krav til mer effektiv drift

ved helseforetakene. Ny foretaksstruktur og endringer i funksjons- og oppgavefordeling mellom helseforetakene har vært en del av dette.

Drift i balanse

Driftsresultatet (ekskl. avskrivninger og netto finansposter) for foretaksgruppen i 2003 viser balanse for andre året på rad. Endelig åpningsbalanse per 01.01.2002 for Helse Øst ble fastsatt av Helsedepartementet i april 2004. Regnskapsmessig har dette resultatet også for tidligere år ved at avskrivningskostnadene øker. Det er imidlertid presisert fra departementets side at meravskrivningene som følge av endringer i åpningsbalansen ikke skal omfattes av balansekravet. Endret åpningsbalanse og kortere avskrivningstider medfører imidlertid at årsresultatet viser et underskudd på 650 millioner kroner for 2003 for foretaksgruppen i Helse Øst.

I 2003 ble det startet et arbeid med et nytt inntektssystem i Helse Øst for å få enda bedre objektive kriterier å fordele inntektene etter, samt motivere til ytterligere bedret kvalitet og effektivitet. Det nye inntektssystemet skal være transparent, oppleves rettferdig og belønne god kvalitet, effektiv drift og omstilling. Intensjonen er at dette skal innføres gradvis fra 2005.

STRATEGISK UTFORDRING – RESSURSER

Helse Øst skal tilby sine tjenester innenfor tilgjengelige ressursrammer med mål om å forbedre ressursutnyttelsen.

Strategisk utfordring	Mål	Indikator
Etablere et rettferdig internt finansieringssystem i Helse Øst	Et finansieringssystem som er transparent, oppleves rettferdig, belønner god kvalitet, effektiv drift og omstilling, er utviklet og implementert	Måloppnåelse av driftsavtalen
Utvikle og implementere et system for god ressursutnyttelse og økonomistyring	Adekvat styrings- og ledelsesinformasjon fører til økonomisk balanse	Månedlig resultatrapportering
Fokusere på medarbeidere som ressurs	Forutsigbar og langsiktig satsing på utvikling av medarbeidere – både for grupper og individuelt	<ul style="list-style-type: none">• Medarbeidertilfredshet• Pasienttilfredshet

Helse Øst bygger nytt sykehus

Et nytt sykehusbygg der alt ligger til rette for god pasientbehandling og effektiv økonomisk drift, blir nå oppført på Lørenskog. I oktober 2008 flytter Akershus universitetssykehus inn i Nye Ahus.

Nye Ahus blir lokal- og sentralsykehus for 340 000 innbyggere i Romerike og Oslo nord. Det nye sykehuset skal bli et av de mest pasientorienterte sykehusene i landet, kjennetegnet av service, kvalitet og god behandling. Det nye sykehuset er tegnet slik at pasientene lett skal finne fram, slippe lange transportetapper og føle seg trygge i sykehuset. Bygget legger også til rette for økonomisk drift og god utnyttning av ressursene.

Spesialiteter samlet

Nye Ahus består av tre hoveddeler, en behandlingsfløy, en sengefløy og en glassinnrammet hovedgate som går gjennom sykehuset. Viktige akuttmedisinske funksjoner som akuttmottak, observasjonspost, radiologi, operasjonsrom og intensiv er samlet i én fløy. De ulike fagspesialitetene er også samlet, slik at poliklinikker, behandlingenheter og sengeområder skaper sammenheng med korte innbyrdes avstander. Eksempler på slike spesialiteter er barnesenter, dagkirurgisk enhet, og enheter for hjertelidelser og lungelidelser.

For å utnytte areal og utstyr effektivt og for å skape god tilgjengelighet for pasientene, planlegges utvidede åpningstider. Poliklinikkene skal være åpne ti timer hver dag, mot sju timer som er det vanlige i dag.

Sengetun

Pasientenes sengerom er bygd rundt tun som skaper trygghet. Hvert tun har plass til sju pasienter, de fleste i enkeltrom. Tunet har kjøkken og spise- og oppholdsrom for pasienter og pårørende. Ved hver seng er det en skjerm der pasientene kan se informasjon, eller velge musikk og film.

I hovedgaten finnes de enhetene som flest pasienter oppsøker, som poliklinikker, prøvetaking, bildediagnostikk, dialyse og dagkirurgi. I hovedgaten finnes også helseopplyningstorg, apotek, kiosk og frisør.

Effektivt

Nye Ahus planlegges som et heldigitalt sykehus, der både medisinske og ikke-medisinske arbeidsprosesser er digitale. Informasjon om pasientene blir registrert kun én gang, og blir så gjort tilgjengelig for helsepersonellet som skal behandle pasienten.

NYE AHUS

En av de viktigste beslutningene som ble tatt av styret i Helse Øst i 2003, var at det skal bygges et nytt sykehus på Lørenskog. Sykehuset har foreløpig fått navnet **Nye Ahus, og bygges vegg i vegg med det eksisterende Akershus universitetssykehus. Det nye bygget skal være klart til innflytting i oktober 2008.**

Byggeprosjektet er organisert som et eget foretak i Helse Øst.

Bruttoareal:	136 000 kvadratmeter
Pasientgrunnlag:	340 000
Antall senger:	570
Behandling:	21 operasjonsstuer, 86 dag-behandlingsplasser, 106 rom for poliklinikk, 32 bildediagnostiske rom, laboratorium, barnesenter, akuttmottak og pasienthotell
Kostnadsramme:	7,05 milliarder kroner (prisnivå desember 2001)
Byggestart:	1. mars 2004
Innflytting:	Oktober 2008
Byggherre:	Helse Øst RHF
Arkitekt:	Arkitektfirmaet C.F. Møller



Arkitekttegning av inngangspartiet på Nye Ahus

Vil redusere sykefraværet

Sykehuset Østfold arbeider systematisk for å redusere sykefraværet, men innser at det er krevende å oppnå resultater.



Sengevaskeriet på Sykehuset Østfold

Lønnsomt it-system

Sykehuset Asker og Bærum har innført et elektronisk dokumentbehandlings- og arkivsystem.



Gro Melander Jacobsen

Gode styringsdata

Sykehuset Østfold har etablert kostnad per pasient som prinsipp for styring og organisasjonsendring.



Tore Dag Olsen og Ulf Ljungblad

Sykehuset Østfold har inngått en IA-avtale (inkluderende arbeidsliv) som forplikter til å aktivt arbeide med å redusere sykefraværet, men problemstillingen har vært på dagsorden lenge før avtalen ble inngått. – Fraværsforebygging er et mål for ledelsen. Divisjonsdirektørene har det på sin dagsorden, det er et tema på fagdage for ledere, og vi har ansatt en egen prosjektleder som gir råd og støtte til ledere på hele sykehuset, forteller personaldirektør Anne-Lise Gamst. Sykehuset hadde et mål om at fraværet skulle stoppe på 8,5 prosent i 2003, men resultatet ble 9,7 prosent.

På avdeling for renhold og tekstil har de klart å stanse økningen i sykefraværet, og ser nå tegn til nedgang. De ansatte er involvert i å bestemme hvilke arbeidsmiljøtiltak som skal settes i verk. To grupper er nedsatt, én bestående av ledere og én av medarbeidere. Som et resultat av gruppenes arbeid ble det i 2003 gjennomført en trivselsundersøkelse som vil være grunnlag for det videre arbeidet.

– Vi tar de ansatte med på råd, blant annet når nytt utstyr skal kjøpes inn, forteller avdelingssjef Wenche Olsen. Det resulterte blant annet i at det ble kjøpt inn en sengevaskemaskin i Fredrikstad. Avdelingen har også frivillig trim, de markerer høytider som jul og påske med felles lunsj, arrangerer faglige utflukter til messer og til andre sykehus, følger opp langtidssykemeldte og bruker aktiv sykemelding når det er mulig. ●

Det er en målsetting for Helse Øst å effektivisere administrasjonen og støttetjenester for å frigjøre ressurser til pasientbehandling. Sykehuset Asker og Bærum har vært pilotsykehus for et elektronisk saks- og arkivsystem, som også er innført i Helse Øst RHF på Hamar. Pilotprosjektet skal verifisere valgt løsning og leverandør, etablere beste praksis, standardisere innføringen og redusere risiko, før systemet blir rullet ut i de øvrige foretakene i Helse Øst. En lønnsomhetsanalyse viser at elektronisk saksbehandling fører til en innsparing på totalt 4,15 millioner kroner for Sykehuset Asker og Bærum og Helse Øst RHF.

– I tillegg er det mange gevinster som ikke lar seg måle, for eksempel blir det enklere å kvalitetssikre saksbehandlingen, og lettere å finne fram dokumenter fra arkivet. Vi har også redusert den fysiske postombæringen, forteller prosjektleder Gro Melander Jacobsen. Både den sentrale administrasjonen og klinikkadministrasjonene bruker systemet. Den skriftlige kommunikasjonen mellom avdelingene er blitt papirløs, og det er også henvendelser til og fra Helse Øst RHF.

Sykehuset har gjennom dette pilotprosjektet fått verdifull erfaring som er godt dokumentert, og som deles med andre foretak når de skal innføre det samme systemet. Erfaringen kommer også til nytte når større it-systemer, for eksempel elektronisk pasientjournal, skal innføres på sykehuset. ●

Sykehuset Østfold begynte i 2002 å innarbeide kostnad per pasient som et sentralt styringsystem. Det innebærer at man beskriver alle behandlingslinjer og lager kalkyler over hva hver behandling koster. Alle deler av sykehusoppholdet prises, fra pleieressurser til røntgen og operasjon.

– Vi har sammenliknet prisen på samme behandling på de ulike sykehusene som er en del av vårt foretak, og brukt dette som grunnlag for å bestemme arbeidsdeling. Det sykehuset som har «best clinical practice» på et område, bør få tilby behandlingen. Derfor har vi blant annet flyttet aktivitet fra Askim og Halden til Fredrikstad, sier administrerende direktør Ulf Ljungblad. Han mener at prinsippet med fordel kan brukes for oppgavefordeling innen regionene, forutsatt at alle sykehusene framskaffer sammenliknbare data.

– I tillegg til kostnad per pasient har vi innført balansert målstyring. Når vi ser de to systemene i sammenheng, er det lett å se hvor det er avvik på kostnad eller kvalitet. Det er utgangspunktet for styringsdialogen mellom divisjonsdirektørene og den administrative ledelsen, sier økonomidirektør Tore Dag Olsen. Han påpeker at dette ikke skiller seg i særlig grad fra måten bedrifter i næringslivet styres på. ●

Ønsker tydeligere rolle for regiontillitsvalgte

– Sykehusreformen innførte et nytt beslutningsnivå i helsesektoren, og de ansattes organisasjoner bør være formelt representert på dette nivået. Ordningen har et større potensial enn vi har lykkes med å utnytte så langt, sier Kirsti Brørby Sandvik.

Kirsti Brørby Sandvik er jordmor på Sykehuset Innlandet og regiontillitsvalgt i Helse Øst i halv stilling. Hun mener at ordningen med tillitsvalgte på regionnivå så langt har båret preg av å være en prøveordning uten tydelig definerte roller.

– Rent praktisk har ordningen fungert bra. Ledelsen har vist vilje til samarbeid og stor raushet når det gjelder tilgang på informasjon. Men forventningene til de tillitsvalgtes rolle har til dels vært uklare, både fra organisasjonenes og ledelsens side, sier Brørby Sandvik.

– Vi ønsker å være ryddige og ikke forkludre styringslinjene, men i noen tilfeller tror jeg vi har holdt oss litt for strengt til retningslinjene. En mer formalisert rolle på linje med de tillitsvalgte på HF-nivå, ville antagelig gitt oss bedre legitimitet. Vi må også selv ta ansvar for å bli mer synlige og tydeliggjøre rollen som regiontillitsvalgt.

Brobygger

– Mange foretaksovergripende beslutninger får store konsekvenser for den enkelte ansatte. De tillitsvalgtes hovedoppgave er å ivareta de ansattes interesser på regionalt nivå. Avstanden til ledelsen på regionalt nivå kan føles lang for den enkelte, og det er behov for en kommunikasjonskanal som går på siden av linjen i organisasjonen. Vi ønsker å være brobyggere mellom de ansatte ute på foretakene og ledelsen i Helse Øst, og jeg tror at vi har lykkes med å demme opp for en del motstand mot endring gjennom åpen kommunikasjon. Vi ønsker samarbeid, og alle parter trenger justering i sine tankerekker og motvekt til «sine sannheter». Det er ingen realistisk målsetting at alle er enige om alt. Selv om prosessene skal følge avtalene, må de ikke tværes ut i langdrag.

– Vi skal formidle troverdig og håndterlig informasjon til ledelsen på regionalt nivå sett fra de



Kirsti Brørby Sandvik

ansattes ståsted. De gode løsninger for et bedre helsevesen finnes ofte hos enkeltpersoner og i de små miljøene. Dette må formidles på tvers og oppover i systemet.

Tillit og troverdighet

– Pasienten må alltid være i fokus når vi diskuterer. Medarbeiderne må sikres arbeidsforhold som gjør dem i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Styrets beslutninger må ha både faglig, verdimeisig og økonomisk forankring. Når de ansatte opplever at prosesser fram mot beslutning er reell, spares det tid ved implementering. ●

Fakta om regiontillitsvalgte

Helse Øst RHF etablerte en prøveordning med regiontillitsvalgte fra februar 2003, basert på hovedavtalens bestemmelser, og på et reelt behov hos aktørene. Samarbeidsordningen fungerer etter retningslinjer som partene vedtok 12. desember 2002. Regiontillitsvalgte skal ha en dialog med ledelsen i det regionale helseforetaket om generelle forhold av interesse for de ansatte i foretaksgruppen, og de skal vedlikeholde informasjonsflyt og dialog med de tillitsvalgte ved helseforetakene. Det er innvilget frikjøpt tid til funksjonen som regiontillitsvalgt. Hovedorganisasjonene LO, UHO og Akademikerne har en representant hver på heltid, mens YS og SAN har frikjøpt en halv stilling. Partene gjennomfører våren 2004 en evaluering av samarbeidsordningen.

Viktige begivenheter i 2003

JANUAR

- Som det første helseforetak arrangerer Helse Øst en dialogkonferanse mellom brukerorganisasjoner og ledelse i Helse Øst.

FEBRUAR

- Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet arrangerer konferanse om elektronisk samhandling i sosial- og helse-sektoren.
- Sykehuset Asker og Bærum og kommunene Asker og Bærum åpner i samarbeid en spesialenhet for utskrivningsklare pasienter som venter på sykehjemsplass eller andre omsorgstilbud.

MARS

- Helse Øst signerer kontrakt både om felles arbeidsplansystem og for felles arkiv- og saksbehandlingssystem for foretaksgruppen.

APRIL

- Helse Øst gjennomfører den første årlige kontaktkonferansen med kommunesektoren.
- Helse Øst inngår felles avtaler innen forsikring som er beregnet å gi en årlig innsparing på om lag 20 mill. kroner.
- Styret i Helse Øst vedtar å invitere to representanter fra Brukerrådet til å delta som faste observatører i styremøtene.

MAI

- Styret gir sin tilslutning til å iverksette utbygging av Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål universitetssykehus HF.
- Styret i Helse Øst RHF vedtar en samlet kvalitetsstrategi og tiltaksplan.

JUNI

- Styret i Helse Øst RHF vedtar Strategisk fokus 2003–2006.
- Forprosjekt Nye Ahus settes i gang.
- Det inngås avtale mellom Sunnaas sykehus HF og Sykehuset Østfold HF om rehabiliteringsavdelingen i Sykehuset Østfold Askim.
- Styret i Helse Øst RHF vedtar å fordele fødevirksomheten ved Aker universitetssykehus til andre sykehus i Oslo-området. ABC-enheten flyttes til Ullevål, og det blir en omfordeling av fødsler innen Oslo-området.
- Det inngås rammeavtale for RIS/PACS (it-system for radiologisk informasjon og digital billedbehandling) for foretaksgruppen.

JULI

- Helse Øst RHF deler ut sju millioner kroner til organisasjoner som driver interessepolitisk virksomhet, likemannsarbeid, kurs- og informasjonsarbeid.
- Helse Øst signerer rammeavtale om felles pasient- og journalsystem for foretaksgruppen.

AUGUST

- Helseminister Dagfinn Høybråten besøker Sykehuset Innlandet, Kløverhagen psykiatriske senter på Ringeby, for å høre om bruk av serviceerklæringer.

SEPTEMBER

- Styret i Helse Øst RHF vedtar å etablere et regionalt forskningsutvalg og øremerker midler til forskning.
- Den regionale beredskapsplanen ble godkjent i styret. Planen er det overordnede plandokumentet for Helse Østs helsemessige og sosiale beredskap.
- Helse Øst gjennomfører sin første store lederkonferanse med 130 deltagere.

OKTOBER

- Styret i Helse Øst RHF gjør endelig vedtak om bygging av Nye Ahus.
- Helseminister Dagfinn Høybråten nedsetter en nasjonal strategigruppe innen psykisk helsevern, og ber Helse Øst RHF om å lede gruppen.
- Pasientombudene i regionen inviteres til kontaktmøte med Helse Øst RHF.
- Åpning av det nye lærings- og mestringssenteret for pasienter og pårørende på Sykehuset Asker og Bærum, Blakstad. Dette er det første lærings- og mestringssenteret i Norge tilknyttet et psykiatrisk sykehus.

NOVEMBER

- Foretaksmøtet i Helse Øst fatter vedtak om at fødeavdelingen ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik opprettholdes.
- Foretaksmøtet stadfester vedtaket fra styret i Helse Øst RHF om omlegging av fødetilbudet i Oslo-regionen.
- Styret i Helse Øst vedtar nye opptaksområder for sykehusene.
- Sunnaas sykehus HF lanserer nytt rehabiliteringstilbud der de ved hjelp av bredbåndsteknologi skaper en ny samhandlingsarena mellom pasienter og helsepersonell.

DESEMBER

- Det vedtas at Sunnaas sykehus skal fortsette som selvstendig foretak med spisskompetansefunksjoner, regionale spesialfunksjoner og nettverksfunksjoner innen rehabilitering.

Årsberetning

INNLEDNING

Helse Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Disse oppgavene søkes løst på måter som gjør tjenestetilbudet tilgjengelig for pasientene, sikrer kvaliteten på tjenestetilbudet, gjør tjenestetilbudet likeverdig og tilpasset pasientenes behov. Oppgavene løses på en måte slik at de ressurser som Helse Øst til enhver tid har til rådighet, utnyttes best mulig.

Helse Øst har etablert god økonomisk styring. Tatt i betraktning de stramme økonomiske rammer og krav til prioritering man er underlagt, har foretaksgruppen samlet sett en tilfredsstillende økonomisk status ved årsskiftet 2003/2004. Det må bemerkes at det er ulikt hvor store utfordringer de enkelte helseforetak står overfor. Svært stramme ressursrammer både mht. drift og investeringer har gjort det nødvendig å ha stor oppmerksomhet mot økonomistyring og effektiviseringskrav.

VIRKSOMHETEN I 2003

Prioriterte mål for Helse Øst

Mål og prioriteringer for Helse Øst i 2003 er basert på de rammer som følger av statsbudsjettet samt Helsedepartementets styringsdokument. Lov om spesialisthelsetjenester definerer fire hovedoppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

Prioriterte områder for pasientbehandling er psykiatri, kreft, kronikere og eldre.

I samsvar med Helse Øst Strategisk fokus for perioden 2003–2006 har en prioritert å redusere ventetid, overbelegg og korridorpasienter, god organisering og ledelse og god økonomisk styring (driftsresultat i balanse). I tillegg har Helse

Øst prioritert brukermedvirkning, samt å utvikle gode samarbeidsrelasjoner innen utdanning og forskning.

Organisering

Hovedkontoret til Helse Øst RHF ligger på Hamar. Helse Øst besto i 2003 av :

Aker universitetssykehus HF
Akershus universitetssykehus HF
Sunnaas sykehus HF
Sykehuset Asker og Bærum HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Østfold HF
Ullevål universitetssykehus HF

Helse Sør og Helse Øst eier 50 prosent hver av Sykehusapotekene ANS.

Helse Øst har i tillegg inngått driftsavtaler med følgende fire private sykehus:

Diakonhjemmet Sykehus AS
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Martina Hansens Hospital
Revmatismesykehuset AS

Etter avtale med Helse Sør RHF ivaretar Rikshospitalet og Radiumhospitalet et definert ansvar for behandling av pasienter fra Helse Øst.

Det er videre inngått en rekke avtaler om leveranse av helsetjenester fra ulike private aktører. Helse Øst har avtalebasert samarbeid med ca. 830 privatpraktiserende spesialister og har i tillegg kjøpt helsetjenester hos private kommersielle leverandører innen fagområdene ortopedi, plastikkirurgi, øre-nese-hals, laboratorie og røntgen. Dessuten ble avtaler videreført innenfor rehabilitering, rus og psykiatri.

Pasientbehandling i foretaksgruppen Helse Øst Somatisk sektor

Samlet aktivitet økte med 18.335 DRG-poeng (+6,5 %) fra 2002. Antall polikliniske konsultasjoner finansiert gjennom

på den delen av anleggsmidlene som ikke kan forventes gjenanskaffet i fremtiden. Det vises til nærmere omtale i noter til regnskapet.

Helse Øst RHF

Driftsresultatet for Helse Øst RHF for 2003 viser et overskudd på 39,5 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 20,0 mill. kroner.

Årsresultatet for Helse Øst RHF viser et underskudd på 1.076,0 mill. kroner. Det negative resultatet skyldes i sin helhet nedskrivning av verdiene i helseforetakene. Investeringer i helseforetakene er i det regionale foretaket bokført etter kostmetoden. Helseforetakene har i 2002 og 2003 gått med underskudd etter avskrivninger. Det er usikkert om helseforetakene i overskuelig framtid vil kunne gå med overskudd som bygger opp egenkapitalen tilsvarende. På grunn av dette er investeringen til Helse Øst RHF i helseforetakene skrevet ned tilsvarende underskuddene i 2002 og 2003.

Foretaksgruppen Helse Øst

Foretaksgruppen har et negativt driftsresultat på 780,1 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 157,6 mill. kroner. Av budsjettavviket på 622,5 mill. kroner skyldes 502,6 mill. kroner økte avskrivninger samt endrede avskrivningsregler. De resterende 119,9 mill. kroner skyldes avskrivningene på nye investeringer i 2002 og 2003 er høyere enn bortfallet av aktiva som er ferdig avskrevet. Driftsresultatet for foretaksgruppen justert for ovennevnte forhold viser et driftsresultat tilnærmet i balanse og i samsvar med budsjett.

Årsresultatet for foretaksgruppen Helse Øst ble et underskudd på 658,6 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 104,3 mill. kroner.

Inntektsstrømmen i Helse Øst føres etter bruttometoden. Dette betyr at alle inntekter fra eier går via Helse Øst RHF til helseforetakene. Hovedårsaken til at de totale inntekter for foretaksgruppen er høyere enn tilsvarende inntekter for Helse Øst RHF, skyldes bl.a. at inntekter fra poliklinisk virksomhet utbetales fra Rikstrygdeverket og inntektsføres direkte i helseforetakenes regnskaper.

Verdiene i balansen til helseforetakene er forskjellig fra balansen til Helse Øst RHF, fordi helseforetakenes kjøp og salg av varer og tjenester gir kortsiktige fordringer og gjeld som vises i foretakenes balanser, men ikke i balansen til Helse Øst RHF.

Totale driftsinntekter i 2003 var for Helse Øst RHF 18,6 mrd. kroner, hvorav 11,8 mrd. kroner var rammefinansiering og de resterende 6,8 mrd. kroner var aktivitetsbaserte inntekter. Totale driftsinntekter var i 2003 for foretaksgruppen 20,9 mrd. kroner, hvorav 11,8 mrd. kroner var rammefinansiering og 8,4 mrd. kroner var aktivitetsbasert. Øvrige driftsinntekter utgjorde 0,7 mrd. kroner. For 2002 var de totale driftsinntekter for Helse Øst RHF 17,4 mrd. kroner, hvorav 12,1 mrd. kroner var rammefinansiering og 5,3 mrd. kroner var aktivitetsbasert. Tilsvarende tall for foretaksgruppen i 2002 var 19,1 mrd. kroner, hvorav 10,6 mrd. kroner var rammefinansiering og 7,7 mrd. kroner var aktivitetsbasert. Øvrige driftsinntekter utgjorde 0,8 mrd. kroner.

Totalkapitalen i Helse Øst RHF utgjorde 21,1 mrd. kroner per 31.12.2003. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 21,8 mrd. kroner. Bokført egenkapital per 31.12.2003 var henholdsvis 16,1 mrd. kroner (76,2 %) for Helse Øst RHF og 16,1 mrd. kroner (73,7 %) for foretaksgruppen. For 2002 utgjorde totalkapitalen i Helse Øst RHF 18,2 mrd. kroner. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 22,0 mrd. kroner.

Bokført egenkapital var per 31.12. 2002 hhv. 17,1 mrd. kroner og 16,7 mrd. kroner. Kortsiktig gjeld i Helse Øst RHF var per 31.12.2003 på 859,5 mill. kroner (118,8 % av sum omløpsmidler). Tilsvarende tall for 2002 var 953,2 mill. kroner og 120,7 prosent. For foretaksgruppen var kortsiktig gjeld per 31.12. 2003 på 3.982,1 mill. kroner og 145,4 prosent. For 2002 var tilsvarende tall 3.577,7 mill. kroner og 122,3 prosent.

Kontantstrømanalyse/Likviditet

Likviditetsbeholdningen til Helse Øst RHF per 31.12.2003 var 521,2 mill. kroner i form av kontanter og bankinnskudd. Kontantstrømmen i 2003 var totalt sett positiv med 62,1 mill. kroner. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 33,5 mill. kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2003 var 2.098,5 mill. kroner, hvorav 433,9 mill. kroner er bundne skattetrekkmidler.

Det er i 2003 ikke tatt opp lån i Helse Øst til driftsformål.

Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede, og dette er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet 2003. Helse Øst RHF har tilfredsstillende likviditet og har i 2003 et årsresultat på -5,8 prosent av totale driftsinntekter.



Arbeidsmiljø og personale

Ved årsskiftet var det 84 ansatte i Helse Øst RHF, hvorav 37 ansatte var knyttet opp til konkrete byggeprosjekter. Antall ansatte i hele foretaksgruppen var på samme tidspunkt 30 813 mot 31 117 i 2002. Sykefraværet i Helse Øst RHF utgjorde 2,4 prosent. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var i 2003 8,7 prosent.

Det har i Helse Øst RHF ikke vært noen ulykker eller arbeidsuhell som har medført materielle skader eller personskader i 2003. Foretaket har et godt arbeidsmiljø.

Likestilling

Styret for Helse Øst RHF har ni representanter, seks av disse er eieroppnevnt og tre er oppnevnt fra arbeidstakerorganisasjonene. Styrets leder er kvinne. Av de eieroppnevnte styreprésentantene er det lik fordeling mellom kjønnene. Av de tre arbeidstakeroppnevnte styreprésentantene er det én kvinne og to menn.

Av de 84 ansatte i Helse Øst RHF er 31 kvinner (36,9 %). I løpet av 2003 har fire fast ansatte sluttet og seks nye er ansatt. Som følge av overtagelse av Østnorsk Helsenett og etableringen av Bestillerenheten i Helse Øst RHF er fem ansatte blitt overført fra andre virksomheter.

Ledelse

Helse Øst RHF sin ledergruppe består av åtte medlemmer, hvorav to er kvinner. Administrerende direktør er mann. I tillegg er det tre personer i administrasjonen som har personalledelse, hvorav en er kvinne.

Lønn

Innen ledergruppen i Helse Øst RHF ligger lønnsnivået for menn ca. fem prosent over nivået for kvinner. For de øvrige ansatte med fast årslønn i Helse Øst RHF er nivået for menn ca. 16 prosent høyere enn for kvinner. Lønnsforskjellene skyldes i hovedsak ulikt stillingsinnhold.

Aktivitet og tiltak

Administrasjonen ved Helse Øst RHF søkes begrenset til en liten stab med stor grad av spisskompetanse på hvert sitt område. En slik policy krever en stor grad av individuelle løsninger. I avtaleverket og i interne prosedyrer er det vektlagt kjønnsnøytrale løsninger både i formål og i praktisk tilplassing. Administrasjonen har imidlertid ikke utarbeidet særskilte skriftlige dokumenter innen likestillingsområdet.

Ytre miljø

Driften av helseforetakene krever stor tilførsel av vann og energi. All avfallshåndtering foregår i henhold til de krav myndighetene stiller.

Framtidsutsikter

Aktivitet og økonomi

Den økonomiske rammen for 2004 synes å gjøre det mulig for Helse Øst å gå i driftsmessig balanse før en tar hensyn til effekten av økte avskrivninger samt endrede avskrivningsregler. De viktigste forutsetningene for å nå dette målet vil være ytterligere effektivisering av driften iht. allerede etablerte planer og tiltak.

Aktiviteten i 2004 skal være på om lag samme nivå som i 2003, og i tråd med styringsdokumentet fra eier. Konsekvenser av de nødvendige økonomiske tilpasningene som gjennomføres, vil bli fulgt opp. Det vil bli iverksatt tiltak dersom dette gir utilsiktede negative konsekvenser i forhold til ønsket aktivitet, pasientgrupper og fagmiljøer. De ansattes organisasjoner skal på et tidlig tidspunkt trekkes aktivt med i endringsprosessene.

Prioritering

Helse Øst vil videreutvikle en helhetlig prioritering i hele foretaksgruppen, jf. endringene i pasientrettighetsloven. Tilbudet til de psykiatriske pasientene skal i 2004 i sum minst være på nivå med 2003 og i tillegg bli supplert med tiltakene i opptrappingsplanen.

Behandlingstilbudene innen rusomsorgen, som Helse Øst overtok fra 1. januar 2004, skal sikre at rusmiddelavhengige får de rettigheter de har krav på som følge av rusreformen.

Organisering

Helse Øst vil fortsatt ha fokus på funksjons- og oppgavefordeling og effektiviseringsarbeid innen det enkelte helseforetak. Samarbeidet om funksjons- og oppgavefordeling mellom Helse Øst og Helse Sør videreføres. Fra 1. april 2004 er opp-taksområdene til helseforetakene endret. Målsettingen er å gi økt tilgjengelighet og et mer likeverdig spesialisttjenestetilbud til befolkningen i Helse Øst. Det vil bli utarbeidet en ny regional modell for inntektsfordeling mellom helseforetakene med gradvis innføring fra 2005. Helse Øst vil i 2004 videreføre prinsippet om likeverdig behandling av private tilbydere og helseforetakene i tråd med eiers forutsetninger.

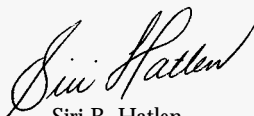
Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Øst RHF ble et underskudd på 1.076,0 mill. kroner. Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

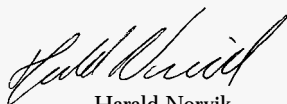
Disponering av strukturfond	kr	- 118.000
Til annen egenkapital	kr	- 1.075.864.000
Sum disponert	kr	- 1.075.982.000

Kapitalinnskuddet per 01.01.02 er fordelt mellom strukturfond og annen innskutt egenkapital som er bundet. Foretakets udekkede tap per 31.12.03 utgjør dermed -1.010,9 mill. kroner.

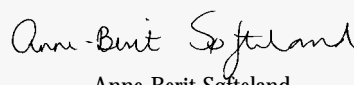
Gjøvik, den 02.06. 2004



Siri B. Hatlen
Styreleder



Harald Norvik
Nestleder



Anne-Berit Sjøteland
Styremedlem



Tom Veierød
Styremedlem



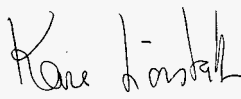
Astrid Nøklebye Heiberg
Styremedlem



Audun Holsbrekken
Styremedlem



Egil Hverven
Styremedlem



Kåre Løvstakken
Styremedlem



Kirsten Brubakk
Styremedlem



Tor Berge
Adm. dir.

Resultatregnskap

FORETAKSGRUPPEN		(Alle tall i NOK 1000)	Note	HELSE ØST RHF	
2003	2002			2003	2002
DRIFTSINNTEKTER					
20.211.570	18.293.543	Ordinære driftsinntekter	1	18.627.520	17.443.502
257.865	252.396	Salg av varer og tjenester			
399.689	518.851	Andre driftsinntekter	1		872
20.869.124	19.064.790	Sum driftsinntekter		18.627.520	17.444.374
DRIFTSKOSTNADER					
3.787.737	2.573.773	Kjøp av helsetjenester		18.433.491	17.226.293
1.645.277	1.615.963	Forbruk av medikamenter og medisinske forbruksvarer	2		
12.240.510	11.226.223	Lønnskostnader og andre personalkostnader	3	40.366	35.373
1.516.403	1.455.581	Ordinære avskrivninger	4,5	1.604	730
2.443.815	2.692.459	Andre driftskostnader	7	112.578	180.781
15.434	11.875	Tap på fordringer			
21.649.176	19.575.874	Sum driftskostnader		18.588.039	17.443.177
-780.052	-511.084	DRIFTSRESULTAT		39.481	1.197
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER					
		Nedskrivning av verdier av foretak	6	-1.180.099	
10.804	3.071	Inntekt på investering i felleskontrollert selskap	16	10.804	3.071
133.109	174.295	Finansinntekter	7	64.454	102.630
-22.041	-4.409	Finanskostnader	7	-10.622	-41.797
121.872	172.957	Netto finansposter		-1.115.463	63.904
-418	-303	Skattekostnad	15		
-658.598	-338.430	ÅRSRESULTAT		-1.075.982	65.101
Opplysninger om disponeringer til:					
		Annen egenkapital		-1.075.864	65.178
		Strukturfond		-118	-77
		Sum disponert		-1.075.982	65.101

Eiendeler

FORETAKSGRUPPEN				HELSE ØST RHF	
31.12.2003	01.01.2003	(Alle tall i NOK 1000)	Note	31.12.2003	01.01.2003
ANLEGGSMIDLER					
Immaterielle eiendeler					
14.449	3.890	Anlegg under utførelse	4		
121.579	119.564	EDB-programvare	4	3.098	786
136.028	123.454	Sum immaterielle eiendeler		3.098	786
Varige driftsmidler					
15.459.435	16.156.466	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	5		
1.447.052	1.494.074	Utstyr, inventar, transportmidler etc.	5	7.620	2.051
1.244.563	792.322	Anlegg under utførelse	5	784.010	541.932
18.151.050	18.442.862	Sum varige driftsmidler		791.630	543.983
Finansielle anleggsmidler					
		Investeringer i datterselskap/-foretak	6	15.567.485	16.749.838
		Lån til foretak i samme gruppe	9	3.886.624	55.600
33.538	22.734	Investeringer i felleskontrollert selskap	16	33.538	22.734
109.101	110.725	Investeringer i andre selskap	14	444	
583.263	304.198	Pensjonsmidler	8		
71.432	63.987	Langsiktige fordringer	9	71.370	63.947
797.334	501.644	Sum finansielle anleggsmidler		19.559.461	16.892.119
19.084.412	19.067.960	Sum anleggsmidler		20.354.189	17.436.888
OMLØPSMIDLER					
90.260	94.590	Materialbeholdninger	2		
Fordringer					
387.944	506.852	Kundefordringer		137.549	221.681
		Fordringer på foretak i samme gruppe		52.751	104.196
162.449	258.608	Andre fordringer	7	12.171	4.624
550.393	765.460	Sum fordringer		202.471	330.501
2.098.469	2.064.973	Bankinnskudd, kontanter o.l.	10	521.151	459.044
2.739.122	2.925.023	Sum omløpsmidler		723.622	789.545
21.823.534	21.992.983	SUM EIENDELER		21.077.811	18.226.433

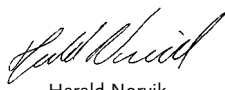
Egenkapital og gjeld

FORETAKSGRUPPEN		(Alle tall i NOK 1000)	Note	HELSE ØST RHF	
31.12.2003	01.01.2003			31.12.2003	01.01.2003
EGENKAPITAL					
Innskutt egenkapital					
100	100	Foretakskapital	11,12	100	100
1.529.184	1.678.645	Strukturfond		959	1.077
15.243.928	15.243.928	Annen innskutt egenkapital	11	17.072.331	17.072.331
16.773.213	16.922.673	Sum innskutt egenkapital		17.073.390	17.073.508
Opptjent egenkapital					
13.875	3.071	Fond for vurderingsforskjeller	16	13.875	3.071
		Annen egenkapital	11		62.107
1.492		Minoritetsinteresser			
-714.474	-193.040	Udekket tap/overskudd	11	-1.024.780	
-699.107	-189.969	Sum opptjent egenkapital		-1.010.905	65.178
16.074.106	16.732.704	Sum egenkapital		16.062.485	17.138.686
GJELD					
Avsetning for forpliktelseser					
524	781	Utsatt skatt	15		
1.121.671	1.457.154	Pensjonsforpliktelseser	8	5.605	6.618
136.226	52.458	Andre avsetninger for forpliktelseser	13	4.250	
1.258.421	1.510.393	Sum avsetning for forpliktelseser		9.855	6.618
Annen langsiktig gjeld					
6.281		Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	9	3.651.078	
	172.162	Gjeld til kredittinstitusjoner	9		127.900
		Øvrig langsiktig gjeld	9	494.900	127.900
508.915	172.162	Sum annen langsiktig gjeld		4.145.978	127.900
Kortsiktig gjeld					
675	718	Betalbar skatt			
1.106.140	848.517	Kortsiktig gjeld til foretak i samme gruppe		492.553	701.821
683.365	777.157	Leverandørgjeld		250.293	143.358
2.191.912	1.951.332	Skyldig offentlige avgifter		3.374	5.369
		Annen kortsiktig gjeld	7	113.274	102.681
3.982.093	3.577.724	Sum kortsiktig gjeld		859.493	953.229
5.749.429	5.260.279	Sum gjeld		5.015.326	1.087.747
21.823.534	21.992.983	SUM EGENKAPITAL OG GJELD		21.077.811	18.226.433

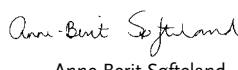
Gjøvik, 02.06. 2004


Siri B. Hatlen

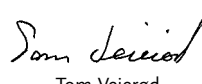
Styrets formann


Harald Norvik

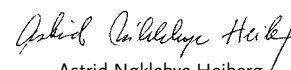
Nestleder


Anne-Berit Søfteland

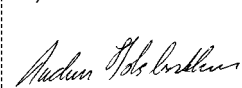
Styremedlem


Tom Veierød

Styremedlem


Astrid Nøklebye Heiberg

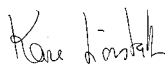
Styremedlem


Audun Holsbrekken

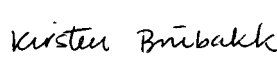
Styremedlem


Egil Hverven

Styremedlem


Kåre Løvstakken

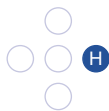
Styremedlem


Kirsten Brubakk

Styremedlem


Tor Berge

Adm. dir.



Kontantstrømoppstilling

FORETAKSGRUPPEN		(Alle tall i NOK 1000)	HELSE ØST RHF	
2003	2002		2003	2002
		Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		
-658.598	-338.430	Årsresultat	-1.075.982	65.101
1.516.403	1.455.581	Ordinære avskrivninger	1.604	730
-629.213	-704.374	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	-1.003	-2.894
380.861	303.385	Endring i varer, kundefordringer og leverandørgjeld	-196.424	495.620
339.564	1.930.919	Endring i andre tidsavgrensningsposter	5.074	98.539
949.018	2.647.081	Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	-1.266.731	657.096
		Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		
-1.243.733	-943.768	Investeringer i varige driftsmidler	-252.049	-559.456
14.364	14.688	Salg av varige driftsmidler (salgssum)	484	199
-16.625	-136.615	Endring i andre investeringer	1.163.682	204.200
-1.245.994	-1.065.695	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	912.117	-355.057
		Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter		
330.472	255.700	Opptak av gjeld (kortsiktig og langsiktig)	416.721	156.905
330.472	255.700	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	416.721	156.905
33.496	1.837.086	Netto endring i likvider i året	62.107	458.944
2.064.973	227.887	Konter og bankinnskudd per 01.01.	459.044	100
2.098.469	2.064.973	Konter og bankinnskudd per 31.12.	521.151	459.044

Noter

REGNSKAPSPRINSIPPER

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven 1998 og god regnskapsskikk.

Helse Øst RHF ble stiftet 17.08.01. Staten ved Helse Øst RHF overtok 01.01.02 ansvaret for spesialisthelsetjenesten i helseregion øst som omfatter fylkene Akershus, Hedmark, Oppland, Oslo og Østfold.

Samtidig ble alle formuesposisjoner knyttet til denne virksomheten overført til Helse Øst RHF som igjen overførte formuesposisjonene til sine heleide helseforetak. Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd til virkelig verdi.

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

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slitasje og elde, teknisk og funksjonell standard, etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det per 1.1.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Regnskapet for 2002 ble avlagt basert på foreløpig kostpris for anleggsmidler fastsatt av Helsedepartementet. Differansen mellom foreløpig kostpris og bruksverdi er ført mot egenkapitalen. Resultatregnskapet for 2002 er omarbeidet slik at avskrivningene reflekterer bruksverdi fra 1.1.02. Tilsvarende viser balansen per 1.1.03 korrigerede tall. I regnskapet for 2002 ble Sykehusapotekene ANS inntatt i regnskapet etter bruttomethoden, i regnskapet for 2003 er disse tatt inn etter egenkapitalmetoden. Tallene for 2002 er omarbeidet i henhold til nye prinsipper.

I statsbudsjettet for 2004 er det uttrykt at det ikke kan forventes at helseforetakene framover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn per 1.1.02. Helsedepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i framtiden.

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morselskapet Helse 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.

Datterforetak/tilknyttede selskap

Datterforetakene vurderes til bokført egenkapital i foretaksregnskapet.

Felleskontrollerte selskaper er vurdert etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet. I regnskapet for foretaksgruppen brukes egenkapitalmetoden for tilknyttede selskaper. Andelen av resultatet er basert på resultatet i det selskapet hvor man har investert med fradrag for interne gevinster og eventuelle avskrivninger på merverdi som skyldes at kostpris var høyere enn den ervervede andelen av balanseført egenkapital. I resultatregnskapet er resultatandelen vist under finansposter.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter.

Grunnfinansieringen består av basisramme drift, investeringstilskudd, regionsykehustilskudd, opptrappingsmidler psykiatri, samt øremerkede statstilskudd. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Øst RHF som fast bevilgning til drift av foretaket.

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenandeler), gjestepasientinntekter og inntekter fra selvbetalende pasienter. 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 Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer avvik som slår begge veier. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall.

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er salg av laboratorie- og røntgentjenester og inntekter fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter.

I tillegg har helseforetakene salgsinntekter fra kantine, leieinntekter fra personalboliger og salg av it-tjenester.

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

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. 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, men nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som ikke forventes å være forbigående. Langsiktig gjeld balanseføres.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag 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 kr 50.000,-.

Forskning og utvikling

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

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 nye internasjonale standard IAS19. Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om diskonteringsrente, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden, framtidig avkastning på pensjonsmidler, samt aktuariemessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv. 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 opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av brutto pensjonsforpliktelse (av pensjonsmidlene dersom disse er størst).

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. I kontanter og bankinnskudd per 31.12.03 inngår også bankkonti knyttet til konsernkontoordningen.

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, nemnd-behandling 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.

Skatt

Helseforetakene er unntatt fra skatteplikt. Skatteposter i regnskapet gjelder Oppland Vaskeri AS.

NOTE 1 INNTEKTER

(Alle tall i NOK 1000)

Totale ordinære driftsinntekter

Fast grunnfinansiering

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Basisramme	11.591.622	11.251.645	10.023.780	11.138.766
Øremerkede tilskudd psykiatri	354.062	434.277	315.462	427.669
Andre øremerkede tilskudd	135.396	158.392	225.396	256.847
Aktivitetsbaserte tilskudd				
ISF-pasienter i egen region	5.137.151	6.523.560	6.361.241	6.516.595
ISF-pasienter i andre regioner	221.407	225.815	205.468	227.569
Andre aktivitetsbaserte inntekter	3.864	33.831	1.162.196	1.644.124
Sum	17.443.502	18.627.520	18.293.543	20.211.570

Aktivitetsbaserte inntekter per virksomhetsområde

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Somatikk	5.362.422	6.783.206	7.390.635	8.043.426
Psykiatri			338.270	344.861
Sum	5.362.422	6.783.206	7.728.905	8.388.287

Aktivitetsbaserte inntekter geografisk fordelt

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Pasienter hjemmehørende i østlandsområdet	5.362.422	6.783.206	7.659.861	8.160.874
Pasienter hjemmehørende i resten av landet			53.915	202.058
Pasienter hjemmehørende i utlandet			15.129	25.355
Sum	5.362.422	6.783.206	7.728.905	8.388.287

Foretaksgruppen

2002* 2003

Aktivitetstall somatikk

DRG-poeng inneliggende pasienter	227.771	235.727
DRG-poeng dagbehandling	28.028	35.944
Polikliniske konsultasjoner	915.446	1.052.663

Aktivitetstall psykiatri

Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	11.189	12.039
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	542.974	592.547
Oppholdsdager dagbehandling	56.008	63.206
Antall polikliniske konsultasjoner	281.638	305.556

*Aktivitetstallene i psykiatrien er korrigert iht. faktisk oppnådd resultat.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2003 satt til 60 prosent av full DRG-pris, det vil si kr 17.958,60 per DRG poeng. Fra 2004 er DRG-satsen redusert til 40 prosent.

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

	Helse ØST RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003

Andre inntekter

Inntekter barnehage		62.508	77.487
Husleieinntekter		62.144	65.149
Inntekter fra forskningsaktiviteter		23.190	17.039
Gaver og donasjoner		39.571	34.065
Pasientrelaterte inntekter		41.586	39.330
Øvrige inntekter	872	289.852	166.619
Sum	872	518.851	399.689

2 NOTE 2 MATERIALBEHOLDNINGER

(Alle tall i NOK 1000)

		Foretaksgruppen	
		2002	2003
Sentrallager		40.731	37.691
Sterillager		15.378	17.094
Væskesentral		4.876	2.365
Blodlager		21.348	29.383
Øvrige beholdninger		12.257	3.727
Sum		94.590	90.260

3 NOTE 3 LØNNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSER, LÅN TIL ANSATTE M.M.

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Lønnskostnader				
Lønninger	27.069	31.075	8.488.937	9.370.369
Arbeidsgiveravgift	3.653	4.096	1.294.084	1.397.577
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	3.568	3.225	1.092.607	1.127.394
Andre ytelser	1.083	1.970	350.595	345.170
Sum	35.373	40.366	11.226.223	12.240.510

I gjennomsnitt har det i løpet av regnskapsperioden vært 84 ansatte i Helse Øst RHF og 30.813 ansatte i foretaksgruppen.



Ytelser til ledende personer	Adm. dir.	Styret
Lønn/styrehonorar	1.220.498	800.040
Pensjonsutgifter	71.317	
Annen godtgjørelse	1.503	1.875

Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag tilsvarende 12 måneders lønn ut over oppsigelsestiden dersom styret velger å avslutte arbeidsavtalen før han fyller 65 år. Administrerende direktør har avtale om tilleggspensjon på kr 10.160 per år i ti år ut over offentlig tjenestepensjon.

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

Ansatte har lån i Helse Øst RHF på til sammen kr 10 500.

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

REVISOR

Revisjonshonoraret for Helse Øst RHF for 2003 er beregnet til kr 820.000 inkl. mva., mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr 563.000 inkl. mva. For foretaksgruppen er tilsvarende tall kr 6.463.000 inkl. mva. for revisjon og kr 1.313.000 inkl. mva. for rådgivning. Rådgivning for Helse Øst RHF knytter seg til utvidede revisjonstjenester og konsultasjoner på avgiftsområdet.

	Helse Øst RHF	Foretaksgruppen
Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:		
Ordinært revisjonshonorar	124	2.232
Utvidede revisjonshandlinger	696	3.729
Andre attestasjonstjenester		502
Honorarer for øvrige tjenester	563	1.313
Sum	1.383	7.776

4 NOTE 4 IMMATERIELLE EIENDELER

HELSE ØST RHF

(Alle tall i NOK 1000)

	EDB-programvare	Sum
Anskaffelseskost per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	1.184	1.184
Anskaffelseskost 01.01.03	1.184	1.184
Tilgang immaterielle eiendeler 2003	3.180	3.180
Avgang immaterielle eiendeler 2003		
Anskaffelseskost 31.12.03	4.364	4.364
Akkumulerte avskrivninger per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	-398	-398
Akkumulerte avskrivninger 01.01.03	-398	-398
Årets avskrivninger	-868	-868
Akkumulerte avskrivninger 31.12.03	-1.266	-1.266
Balanseført verdi per 31.12.03	3.098	3.098
Herav avskrivninger av åpningsbalansen	594	594

FORETAKSGRUPPEN

(Alle tall i NOK 1000)

	Anlegg under utførelser	EDB-programvare	Sum
Anskaffelseskost per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	3.983	113.144	117.127
Justering åpningsbalanse *)	-93	41.660	41.567
Anskaffelseskost 01.01.03	3.890	154.804	158.694
Tilgang immaterielle eiendeler	11.129	48.292	59.421
Avgang immaterielle eiendeler	-570	-2.521	-3.091
Anskaffelseskost 31.12.03	14.449	200.575	215.024

Akkumulerte avskrivninger per 31.12.02 iht. 2002-regnskap		-28.156	-28.156
Justering åpningsbalanse*)		-8.043	-8.043
Akkumulerte avskrivninger 01.01.03	-	-36.199	-36.199
Årets avskrivninger		-42.797	-42.797
Akkumulerte avskrivninger 31.12.03		-78.996	-78.996
Balanseført verdi per 31.12.03		14.449	121.579
Herav avskrivninger av åpningsbalansen		30.541	30.541

*) Se avsnittet «Generelt om regnskapet» i innledning til notene for nærmere beskrivelse av forhold knyttet til åpningsbalansen.

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

5 NOTE 5

(Alle tall i NOK 1000)	Anlegg under utførelse	Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc.	Sum varige driftsmidler
HELSE ØST RHF			
Varige driftsmidler			
Anskaffelseskost per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	541.932	2.383	544.315
Justering åpningsbalanse *)			
Anskaffelseskost 01.01.03	541.932	2.383	544.315
Tilgang driftsmidler	242.078	6.791	248.869
Avgang driftsmidler		-486	-486
Anskaffelseskost 31.12.03	784.010	8.688	792.698
Akkumulerte avskrivninger per 31.12.02 iht. 2002-regnskap			
Justering åpningsbalanse*)			
Akkumulerte avskrivninger 01.01.03		-332	-332
Årets avskrivninger		-736	-736
Akkumulerte avskrivninger 31.12.03		-1.068	-1.068
Balanseført verdi per 31.12.03	784.010	7.620	791.630
Herav avskrivninger av åpningsbalansen		522	522

(Alle tall i NOK 1000)	Anlegg under utførelse	Tomter/bygninger og annen eiendom	Medisinteknisk utstyr	Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc.	Sum varige driftsmidler
FORETAKSGRUPPEN					
Varige driftsmidler					
Anskaffelseskost per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	785.603	12.684.483	933.413	486.324	14.889.823
Justering åpningsbalanse *)	6.719	4.490.467	274.760	200.454	4.972.400
Anskaffelseskost per 01.01.03	792.322	17.174.950	1.208.173	686.778	19.862.223
Tilgang driftsmidler	452.241	413.491	209.775	108.827	1.184.334
Avgang driftsmidler			-5.815	-5.458	-11.273
Anskaffelseskost 31.12.03	1.244.563	17.588.441	1.412.133	790.147	21.035.284
Akkumulerte avskrivninger per 31.12.02 iht. 2002-regnskap		-600.512	-129.894	-103.048	-833.454
Justering åpningsbalanse*)		-417.972	-92.190	-75.766	-585.928
Akkumulerte avskrivninger 01.01.03		-1.018.484	-222.084	-178.814	-1.419.382
Årets avskrivninger		-1.113.375	-224.773	-135.458	-1.473.606
Årets avskrivninger på avgang driftsmidler		2.853	1.523	4.378	8.754
Akkumulerte avskrivninger 31.12.03		-2.129.006	-445.334	-309.894	-2.884.234
Balanseført verdi per 31.12.03	1.244.563	15.459.435	966.799	480.253	18.151.050
Herav avskrivninger av åpningsbalansen					1.333.122

*) Se avsnittet «Generelt om regnskapet» i innledning til notene for nærmere beskrivelse av forhold knyttet til åpningsbalansen.

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

- * Bygninger 60 år
- * Faste installasjoner tilknyttet bygg 10–30 år
- * Medisinteknisk utstyr 4–15 år
- * Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc. 3–15 år
- * Personalboliger avskrives ikke
- * Tomter avskrives ikke

6 NOTE 6 DATTERSELSKAP-/FORETAK, FELLESKONTROLLERT VIRKSOMHET MV.
(Alle tall i NOK 1000)

Foretak	Stiftelsestidspunkt	Forretningskontor	Eierandel	Stemmeandel
Aker universitetssykehus HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Akershus universitetssykehus HF	05.12.01	Nordbyhagen	100 %	100 %
Sykehuset Asker og Bærum HF *)	05.12.01	Bærum	100 %	100 %
Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Blakstad sykehus HF	05.12.01	Asker	100 %	100 %
Kongsvinger sjukehus HF	05.12.01	Kongsvinger	100 %	100 %
Sykehuset Innlandet HF *)	05.12.01	Lillehammer	100 %	100 %
Psykisk Helsevern Østfold HF	05.12.01	Fredrikstad	100 %	100 %
Sanderud sykehus HF	05.12.01	Ottestad	100 %	100 %
Sentralsjukehuset i Hedmark HF	05.12.01	Elverum	100 %	100 %
Ski sykehus HF	05.12.01	Ski	100 %	100 %
Sunnaas sykehus HF	05.12.01	Nesoddtangen	100 %	100 %
Sykehuset Østfold HF	05.12.01	Fredrikstad	100 %	100 %
Tynset sjukehus HF	05.12.01	Tynset	100 %	100 %
Ullevål universitetssykehus HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Sykehusapotekene ANS	13.12.01	Oslo	50 %	50 %

Investeringen i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital.

Foretak	Innskutt verdi 31.12.03	Bokført egenkapital 31.12.03	Bokført verdi 31.12.03	Regnskapsmessig nedskrivning
Aker universitetssykehus HF	1.285.454	1.173.469	1.173.469	111.985
Akershus universitetssykehus HF	1.603.965	1.568.202	1.568.202	35.763
Sykehuset Asker og Bærum HF *)	989.248	924.298	924.298	64.950
Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF	278.168	278.381	278.168	
Blakstad sykehus HF	440.256	451.657	440.256	
Kongsvinger sjukehus HF	383.045	387.373	383.045	
Sykehuset Innlandet HF *)	2.588.157	2.256.182	2.256.182	331.975
Psykisk Helsevern Østfold HF	511.373	500.505	500.505	10.868
Sanderud sykehus HF	485.763	482.285	482.285	3.478
Sentralsjukehuset i Hedmark HF	1.130.484	1.143.102	1.130.484	
Ski sykehus HF	181.054	180.675	180.675	379
Sunnaas sykehus HF	353.128	353.745	353.128	
Sykehuset Østfold HF	1.746.746	1.583.794	1.583.794	162.952
Tynset sjukehus HF	173.183	177.379	173.183	
Ullevål universitetssykehus HF	4.597.560	4.139.811	4.139.811	457.749
Bokført verdi per 31.12.03	16.747.584	15.600.858	15.567.485	1.180.099

*) Helseforetakene har per 01.01.03 endret navn, og het tidligere Bærum Sykehus HF og Oppland Sentralsykehus HF.



7 NOTE 7 POSTER SOM ER SLÅTT SAMMEN I REGNSKAPET

(Alle tall i NOK 1000)	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Andre driftskostnader				
Kostnader lokaler	2.180	660	334.838	274.674
Kjøpte tjenester	125.335	69.438	754.574	699.052
Vedlikeholdskostnader	1.455	1.113	361.704	423.743
Øvrige driftskostnader	51.811	41.367	1.241.343	1.046.346
Sum andre driftskostnader	180.781	112.578	2.692.459	2.443.815
Finansinntekter				
Renteinntekt fra foretak i samme gruppe	2.959	5.133		
Andre renteinntekter	99.671	49.321	174.295	118.841
Aktiverte renter		10.000		13.109
Andre finansinntekter (agio)				1.159
Sum finansinntekter	102.630	64.454	174.295	133.109
Finanskostnader				
Andre rentekostnader	41.797	10.622	4.303	17.096
Andre finanskostnader (agio)			106	4.943
Sum finanskostnader	41.797	10.622	4.409	22.039
Andre fordringer				
Periodiserte pasientinntekter				18.318
Forskudd til leverandører	443	4.106		48.193
Øvrige kortsiktige fordringer	4.181	8.065	258.608	95.938
Sum andre fordringer	4.624	12.171	258.608	162.449
Annen kortsiktig gjeld				
Påløpte feriepenger	2.953	3.024		1.038.028
Påløpte lønnskostnader			1.328.880	456.274
Forskuddsbetalinger				105.816
Annen kortsiktig gjeld	99.728	110.250	622.452	591.794
Sum annen kortsiktig gjeld	102.681	113.274	1.951.332	2.191.912

Iht. dom i arbeidsretten 26.02.04 er det en pågående tvistesak mellom NAVO og NSF som kan få betydning for helseforetakene. Det er uenighet om fortolkning av arbeidsrettens dom. Helseforetakene har foretatt avsetning ut fra ledelsens vurdering av sannsynlig etterbetaling.

8 NOTE 8 PENSJONER

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 84 personer som alle er yrkesaktive. I foretaksgruppen omfatter ordningen 46.912 personer, hvorav 26.800 er yrkesaktive, 7.089 oppsatte og 13.023 pensjonister. Ordningene gir rett til definerte framtidige ytelser etter sluttlønnsprinsippet. Disse er i hovedsak avhengig 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. 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 for regnskapsåret 2002 dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte «Multiemployer plan». AFP før 65 år er dekket på «Pay-as-you-go»-basis, og dekkes direkte for egen regning.

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Spesifikasjon av pensjonskostnad				
Nåverdi av årets pensjonsopptjening	2.677	2.497	885.079	889.859
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	1.016	1.247	994.275	1.096.806
Avkastning på pensjonsmidler	-652	-991	-937.432	-1.045.155
Administrasjonskostnader	86	57	31.473	36.440
Resultatført estimatavvik				11.091
Arbeidsgiveravgift	441	415	119.212	138.353
Netto pensjonskostnad	3.568	3.225	1.092.607	1.127.394

Spesifikasjon av pensjonsforpliktelse				
Beregnete pensjonsforpliktelser per 31.12.	21.445	20.432	15.687.145	17.699.224
Pensjonsmidler (til markedsverdi) per 31.12.	17.010	16.970	14.672.210	16.422.621
Ikke resultatført virkning av estimatavvik	1.476	1.446	-1.558	-802.723
Arbeidsgiveravgift	707	697	139.579	64.528
Netto pensjonsforpliktelse	6.618	5.605	1.152.956	538.408

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003		2004	
Økonomiske forutsetninger				
Diskonteringsrente		6.5 %		6.0 %
Forventet lønnsregulering/pensjonsøkning/G-regulering		4.0 %		3.5 %
Forventet avkastning på fondsmidler		7.0 %		6.3 %
Forventet årlig avgang		0–20 %		0–20 %

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

Ved en endring til forutsetninger per 2004 vil forpliktelsen endres til:

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	01.01.04		01.01.04	
Beregnete pensjonsforpliktelser per 31.12.		23.139		17.588.349
Pensjonsmidler (til markedsverdi) per 31.12.		17.502		16.055.879
Ikke resultatført virkning av estimatavvik		-730		-1.053.280
Arbeidsgiveravgift		692		67.680
Netto pensjonsforpliktelse		5.599		546.870

9 NOTE 9 FORDRINGER OG GJELD

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
<i>(Alle tall i NOK 1000)</i>				
Fordringer med forfall senere enn ett år				
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	55.600	3.886.624		
Langsiktige fordringer	63.947	71.370	63.987	71.432
Sum	119.547	3.957.994	63.987	71.432
Langsiktig gjeld med forfall senere enn 5 år				
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe		3.651.078		
Gjeld til kredittinstitusjoner			138.435	6.281
Annen langsiktig gjeld	127.900	494.900	7.423	497.234
Sum	127.900	4.145.978	145.858	503.515

Låneopptaket på 494.9 millioner kroner i Helse Øst RHF i 2003 (tilsvarende 127.9 millioner kroner i 2002) er tatt opp med Helsedepartementet som formell lånegiver.



10 NOTE 10 BANKINNSKUDD

(Alle tall i NOK 1000)	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Bundne skattetrekkmidler utgjør	1.555	1.233	488.449	433.862

Foretaksgruppens likviditet er organisert i en konsernkontoordning. Dette innebærer at helseforetakenes kontantbeholdning formelt sett er fordringer på det regionale foretaket.

Helse Øst RHF har en kredittamme på 350 mill. kroner tilknyttet konsernkontoavtalen. I tillegg kan Helse Øst RHF trekke 712 mill. kroner bevilget av departementet. Trekkrammene er ikke benyttet.

11 NOTE 11 EGENKAPITAL

(Alle tall i NOK 1000)	Foretaks-kapital	Struktur-fond	Annen inn-skutt egen-kapital	Fond for vurderings-forskjeller	Annen egenkapital/ udekket tap	Sum
HELSE ØST RHF						
Egenkapital per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	100		12.068.392	3.071	62.030	12.133.593
Justering åpningsbalanse *)		1.077	5.003.939		77	5.005.093
Egenkapital per 01.01.03	100	1.077	17.072.331	3.071	62.107	17.138.686
Årets resultat		-118		10.804	-1.086.887	-1.076.201
Egenkapital per 31.12.03	100	959	17.072.331	13.875	-1.024.780	16.062.485
FORETAKSGRUPPEN						
Egenkapital per 31.12.02 iht. 2002-regnskap	100		12.068.392	3.071	241.145	12.312.708
Justering åpningsbalanse *)		1.829.557	3.175.536			5.005.093
Endret resultat for 2002					-585.097	-585.097
Overføring fra strukturfond		-150.912			150.912	
Egenkapital per 01.01.03	100	1.678.645	15.243.928	3.071	-193.040	16.732.704
Årets resultat		-149.461		10.804	-519.941	-658.598
Egenkapital per 31.12.03	100	1.529.184	15.243.928	13.875	-712.981	16.074.106

*) Se avsnittet «Generelt om regnskapet» i innledning til notene for nærmere beskrivelse av forhold til åpningsbalansen.

12 NOTE 12 EIERINFORMASJON

Helse Øst RHF er 100 % eiet av staten ved Helsedepartementet.

13 NOTE 13 ANDRE AVSETNINGER FOR FORPLIKTELSE

(Alle tall i NOK 1000)	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Andre avsetninger for forpliktelser		4.250	52.458	136.226

Andre avsetninger for forpliktelser i Helse Øst RHF er knyttet til forsikringer. Innen foretaksgruppen er avsetningene knyttet til byggeprosjekter, forskningsmidler i tillegg til Hormonlaboratoriets fond.

14 NOTE 14 INVESTERINGER I AKSJER/ANDELER

(Alle tall i NOK 1000)	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2002	2003	2002	2003
Egenkapitalinnskudd i KLP		344	110.291	102.283
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS		100		100
Helsekomponenter AS				3.690
Oppland Vaskeri AS				2.674
Volusense AS				120
Andre			434	234
Sum		444	110.725	109.101

15 NOTE 15 SKATTER

(Alle tall i NOK 1000)	Foretaksgruppen	
	2002	2003
Betalbar skatt i årets skattekostnad framkommer slik:		
Ordinært resultat før skattekostnad	1.063	1.481
Permanente forskjeller	18	13
Endring midlertidige forskjeller	-1.485	-918
Grunnlag betalbar skatt	2.566	2.412
Betalbar skatt	718	675
Betalbar skatt i balansen framkommer slik:		
Betalbar skatt	718	675
Endring utsatt skatt	-416	-257
Årets skattekostnad	303	418
Avstemming mellom skattekostnad og beregnet skatt på årets resultat:		
Årsresultat * gj.snittlig nominell skattesats	298	415
Regnskapsført skattekostnad	303	418
Differanse	-5	-3
som skyldes		
permanente forskjeller	-5	-3
Forklart differanse	-5	-3

Utsatt skatt er beregnet på grunnlag av av de forskjeller som eksisterer ved utgangen av regnskapsåret mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier. Det er beregnet utsatt skatt av følgende poster:

Spesifikasjon av grunnlag for utsatt skatt

	01.01.2003	Foretaksgruppen	
		Endring	31.12.2003
Driftsmidler	2.805	-897	1.908
Kundefordringer	-15	-22	-37
Grunnlag midlertidige forskjeller	2.790	-919	1.871
Skattesats	28 %	28 %	28 %
Utsatt skatt	781	-257	524

Iht. foreløpig regnskapsstandard for behandling av skatt er midlertidige negative og positive forskjeller som reverseres eller kan reverseres i samme periode utlignet og nettoført.

16 NOTE 16 FELLESKONTROLLERT VIRKSOMHET

Helse Øst RHF eier 50 % av Sykehusapotekene ANS. Dette gir også Helse Øst RHF en stemmeandel på 50 %. Deltakelse i denne felleskontrollerte virksomheten er en del av Helse Øst sin virksomhet. Egenkapitalmetoden reflekterer Helse Øst RHF sin andel og finansielle stilling i Sykehusapotekene ANS. Etter egenkapitalmetoden regnskapsfører Helse Øst RHF sin andel av resultat som inntekt av felleskontrollert selskap. Tilsvarende er verdiøkningen ført i balansen som økt verdi på investeringen.

Forretningskontoret til Sykehusapotekene ANS ligger i Oslo.

Innskutt kapital er 39,327 mill. kroner. Helse Øst RHF sin andel utgjør 19,664 mill. kroner.

(Alle tall i NOK 1000)	Sykehusapotekene ANS	Andel Helse Øst RHF
Innskutt kapital per 01.01.02	39.327	19.664
Resultat 2002	6.142	3.071
Resultat 2003	21.608	10.804
Sum egenkapital	67.077	33.538

17 NOTE 17 AVTALER

Foretaksgruppen har iht. vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo og Høyskolen i Gjøvik rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning. Foretaksgruppen kan ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor Universitetet har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller den departementet gir slik myndighet.

Staten er i byretten i Oslo gitt medhold i tvist om eiendomsrett til personalboliger solgt av Oslo kommune til tredjepart, i forkant av overføringen av formuesverdier til staten. Personalboligene er hensyntatt som en korreksjon av åpningsbalansen. Det er fortsatt uklart hvorvidt salgstransaksjonen kan kjennes ugyldig, og det påhviler en mulig bindende avtale for videresalg av disse personalboligene.



■ Statsautoriserte revisorer

Ernst & Young AS
Oslo Atrium
Postboks 20
N-0051 Oslo

■ Foretaksregisteret:
NO 976 389 387 MVA

Tel. +47 24 00 24 00
Fax +47 24 00 24 01
www.ey.no

Medlemmer av Den norske Revisorforening

Til foretaksmøtet i
Helse Øst RHF

Revisjonsberetning for 2003

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Øst RHF for regnskapsåret 2003, som viser et underskudd på kr 1 075 982 000 for morforetaket og et underskudd på kr 658 598 000 for konsernet. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpoppstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Vi har utført revisjonen i samsvar med revisorloven og god revisjonsskikk i Norge. God revisjonsskikk 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 regnskapestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk omfatter revisjon også en gjennomgåelse av selskapets formuesforvaltning og regnskaps- og interne kontrollsystemer. 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 uttrykk for foretakets og konsernets økonomiske stilling 31. desember 2003 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapsskikk i Norge
- 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, 2. juni 2004
ERNST & YOUNG AS

Elin Kärffell
statsautorisert revisor