

Årlig melding 2003



Behandlet i styret i Helse Sør RHF 10.mars 2004

Innhold

1.	<u>Helse Sør i 2003</u>	<u>2-6</u>
2.	<u>Resept 2006</u>	<u>7-8</u>
	2.1. MUSIK – ”Hvordan har du det på jobb”?	
3.	<u>Helsetjenester – ”Sørge for”-rollen</u>	<u>9-28</u>
	3.1. Aktivitet	
	3.2. Ventetider	
	3.3. Private avtaler	
	3.4. Røntgen- og laboratorieavtaler	
	3.5. Psykisk helsevern	
	3.6. Opptappingsplanen psykiatri	
	3.7. Kreft	
	3.8. Forskning og utvikling	
	3.9. Finansiering av høyspesialiserte funksjoner	
	3.10. Utdanning	
	3.11. Beredskap og den akuttmedisinske kjede	
	3.12. Brukermedvirkning	
	3.13. Pasient- og pårørendeopplæring	
	3.14. Fritt sykehusvalg	
	3.15. Gjestepasienter	
	3.16. Behandlingshjelpemidler	
	3.17. Kvalitetsarbeid	
	3.18. Pasienttilfredshet	
	3.19. Samhandling med primærhelsetjenesten	
4.	<u>Rapportering og økonomisk utvikling</u>	<u>29-39</u>
	4.1. Regnskap	
	4.2. Likviditet	
	4.3. Investeringer	
	4.4. Forsikring	
5.	<u>Organisering</u>	<u>40-43</u>
	5.1. Organisatoriske endringer	
	5.2. Prosjekt rus	
	5.3. Prosjekt rehabilitering	
	5.4. Syketransport	
	5.5. Akuttmedisinsk koordinering	
6.	<u>Oppfølging av foretaksmøter med Helsedepartementet</u>	<u>44-45</u>
	6.1. Oppfølgingsarbeidet i sak om kodepraksis	
	6.2. Utviklingsprosjektet	
7.	<u>Utfordringer i 2004-2006</u>	<u>46-47</u>
	7.1. Funksjonsfordeling, standardisering og kvalitetssikring av tjenestetilbud	
	7.2. Balanse 2005 – økonomiske utfordringer 2004-2005.	
	7.3. Omdømme, tillit og kommunikasjon	

1. Helse Sør i 2003

For Helse Sør var 2003 et år med store utfordringer. Vår organisasjon og våre medarbeidere har produsert bedre og flere helsetjenester, mens økonomi og omstillingsplaner har stått i det offentlige fokus.

Helse Sør vil gjerne rette oppmerksomheten mot en del sentrale forhold ved året som gikk:

1. *Resept 2006 veileder og styrer*

Helse Sørs strategiske plan Resept 2006 - en fire-årig omstillingsplan for økonomisk balanse og økt pasientbehandling – skaper felles mål og er en enhetlig overbygging for omstillingsarbeidet.

2. *Fortsatt økt somatisk virksomhet*

Den somatiske aktiviteten øker fortsatt: Innleggelser med tre prosent og dagkirurgi med 22 prosent, mens polikliniske konsultasjoner gikk tilbake med en prosent. Utviklingen er i tråd med vårt uttalte ønske om å vri behandlingen fra døgnopphold til dagbehandling og dagkirurgi.

3. *Sterk vekst i psykiatribehandling*

Økningen i heldøgnsopphold innen psykisk helsevern var 13 prosent, mens økningen i polikliniske konsultasjoner psykiatri var på 21 prosent.

4. *Korteste ventetider i landet*

Gjennomsnittlig ventetid ventende er gått ned fra 114 dager ved forrige årsskifte til 89 dager ved årsskiftet 2003/2004. Helse Sør har landets laveste ventetider, men er ikke fornøyd med at 1 250 pasienter ved siste årsskifte hadde ventet i mer enn et år.

5. *Godt samarbeid med private helseaktører*

Helse Sør har hatt godt samarbeid med private helseaktører. Avtalene med seks private sykehus har vært vesentlige for å få redusert ventetiden. Målet om 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale innen 2006 er allerede nådd.

6. *Psykiatrien utvikles positivt*

Helse Sør fikk i 2003 tildelt 195 millioner kroner over opptrappingsplanen for psykiatri. Det ble opptatt cirka åtti nye stillinger innen psykiatrisk behandling rundt om i regionen.

Ventetiden for vurderingssamtaler ved poliklinikkene er redusert. Helse Sør har som mål at denne ventetiden skal være mindre enn fire uker ved utløpet av 2004.

Ventetiden er betydelig redusert i løpet av 2003, mot slutten av året ble 60 prosent av samtalene gjennomført innen fireukersmålet.

Antall konsultasjoner per behandler i psykisk helsevern gikk noe opp i 2003, men det er fortsatt en godt stykke igjen målene om tre daglige konsultasjoner per behandler innen psykisk helsevern for voksne og to daglige konsultasjoner per behandler innen psykisk helsevern for barn.

7. ***Kreftbehandlingen styrket***
Helse Sør tilbyr nå mammografiscreening for kvinner fra 50 til 70 år i hele regionen. Første screeningrunde vil være avsluttet ved årsskiftet 2005/2006. Tilbudet om lindrende behandling og pleie for kreftpasienter er utviklet og utvidet.
8. ***Samarbeidet om forskning og undervisning utvidet***
Et regionalt nettverk for forskning og utvikling i Helse Sør er opprettet og i arbeid. I 2003 ble fire millioner kroner bevilget til forskning og utvikling gjennom nettverket, i tillegg til de enkelte helseforetakenes egne FoU-budsjetter. Et samarbeidsorgan mellom Helse Sør, Helse Øst og Universitetet i Oslo er etablert. Samarbeidet med høgskolene i regionen er styrket.
9. ***Styrket beredskap og samarbeid i den akuttmedisinske kjede***
Hovedberedskapsplan for Helse Sør er vedtatt. Flere beredskapsdelplaner er utarbeidet, men Helse Sør hadde ikke ved årsskiftet fått på plass en formell smittevernplan. Avtale med Helse Øst om beredskapssamarbeid i hovedstadsregionen er på plass. Helse Sør inngår i "Helseforetakenes Luftambulansetjeneste ANS".
10. ***Bredere brukervedvirkning***
Både Helse Sør RHF og alle helseforetakene har nå egne brukerutvalg, som i 2003 styrket samarbeidet seg imellom. Pasient- og brukeropplæringen er styrket, seks helseforetak har nå etablert "Lærings- og mestringssentra". Brukervedvirkning er et sentralt virkemiddel i gjennomføringen av Resept 2006.
11. ***Stor interesse for "Fritt sykehusvalg"***
"Fritt sykehusvalg" begynner å bli kjent blant befolkningen. Antall henvendelser til informasjonstelefonen ble doblet i 2003. Helse Sør er den regionen som behandler flest gjestepasienter fra andre helseregioner.
12. ***Effektiv overtakelse av ansvaret for behandlingshjelpemidler***
Helse Sør overtok ansvaret for behandlingsmidlene fra Rikstrygdeverket 1. januar 2003. Det operative ansvaret for behandlingshjelpemidlene er lagt til fem helseforetak som samarbeider i et nettverk. Tilbakemeldinger fra brukere er at overføringen har gitt god kvalitet på tjenesten.
13. ***Kvalitetsindikatorer innarbeides***
Helse Sør arbeider med å utvikle og innføre hyppig rapportering av kvalitetsindikatorer som gir oss mulighet til å måle utviklingen på viktige områder. Rapporteringen på flere kvalitetsindikatorer begynner nå å komme på plass og gi interessant informasjon.
14. ***God, men varierende pasienttilfredshet***
Helse Sør deltok i den nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelsen i regi av Sosial- og helsedirektoratet og Heltef. Helse Sør har den høyeste pasienttilfredsheten på landsbasis, men det er store variasjoner innad i regionen.

- 15. *Betydelig driftsunderskudd, større enn budsjettert***
Helse Sør fikk et driftsresultat (foreløpig driftsresultat) for 2003 på minus 729 millioner kroner. Gruppen hadde som mål å oppnå et driftsresultat på 500 millioner kroner. Men på grunn av reduserte hjerte- og kreftvekter og lavere DRG-pris på Helse Øst pasienter, besluttet styret at foretaksgruppen skulle styres mot et resultat på minus 569 millioner kroner. Det negative avviket fra styrets mål skyldes i hovedsak økte pensjonskostnader (107 millioner kroner), redusert pris Oslo fødsler, økte kostnader fylkesandel lab/røntgen og avkorting på grunn av endret registreringspraksis.
- 16. *Positiv likviditet, men presset likviditetsbudsjett***
Helse Sør har hatt en positiv likviditet gjennom nesten hele 2003. Renten har falt betydelig siste halvdel av året. Netto finans ble cirka 37 millioner kroner. Budsjettert resultat for 2004 viser et betydelig underskudd. Sammen med behov for å finansiere investeringer over egen likviditet, vil det trolig føre til at Helse Sør må få øket sin kredittramme, som er på 945 millioner kroner, i løpet av annet halvår 2004.
- 17. *Betydelige investeringer, men forsiktig investeringspolicy***
Helse Sør vil i 2002-2004 investere for til sammen 3,5 milliarder kroner. Hoveddelen av dette var igangsatte byggeprosjekter før 1. januar 2002. Et program for prioriterte investeringer viser et investeringsbehov på 1 209 millioner i 2005 og 681 millioner i 2006. Begrenset finansieringsramme fører til at mulighetene for å gjennomføre helt nødvendig verdibevarende vedlikehold i 2004 og 2005 blir dermed vesentlig redusert. Muligheten for å omstille driften gjennom fornuftige investeringer for å nå driftsmessig balanse innen 31. desember 2005 er redusert. De svært begrensede vedlikeholdsmidlene kan få alvorlige konsekvenser for sykehusdriften i 2004 og 2005.
- 18. *Forsikringsordningene bygget ut og standardisert***
Helse Sør har i 2003 bygget ut og standardisert sine forsikringsordninger. Like forsikringer gjelder nå i alle helseforetak. Samlede forsikringskostnader var 86,9 millioner kroner i 2003.
- 19. *Økt oppmerksomhet omkring den enkelte medarbeiders arbeidshverdag***
Helse Sør har i 2003 utviklet og satt i gang et program for å få kunnskap om hvordan den enkelte medarbeider opplever arbeidshverdagen sin. Resultatene skal benyttes i forbedringsarbeidet. Programmet skal gjennomføres årlig ved alle sykehusene og institusjonene i Helse Sør.
- 20. *Sammenslåinger av helseforetak***
Flere enheter er i løpet av 2003 slått sammen: Spesialsykehuset for epilepsi HF og Spesialsykehuset for rehabilitering HF er nå del av Rikshospitalet. Også Hjertesenteret i Oslo er gått inn i Rikshospitalet. Aust-Agder sykehus HF, Lister sykehus HF og Vest-Agder sykehus HF er slått sammen til Sørlandet sykehus HF. Styrene for Radiumhospitalet og Rikshospitalet har igangsatt en utredning av en sammenslåing av de to helseforetakene.
- 21. *Etablering av eget foretak for fellestjenester***
Som en del av Resept 2006 har Helse Sør arbeidet bevisst med å effektivisere ikke-medisinske fellestjenester. Helse Sør har besluttet å etablere fellestjenester innen

innkjøp, IKT og lønn/personal/administrasjon. Fellestjenestene samles i det nye Sykehuspartner HF. Gevinsten ved samordning av innkjøp er beregnet til 200 millioner kroner i 2004. Samordning av IKT-tjenestene skal gi en innsparing på minimum 10 millioner kroner i 2004 og minimum 40 millioner i 2005. Kjøkken-tjenesten skal omorganiseres med produksjon på tre ulike steder i Helse Sør. Elektroniske pasient- og journalsystemer og digital diktering skal innføres som standardverktøy ved alle helseforetakene i Helse Sør innen 2006. Kostnadsreduksjonen i et normalt driftsår er estimert til 60 millioner kroner.

22. *Ansvar for rusmiddelbrukere overtatt*

Helse Sør forberedte seg i 2003 på å overta sektoransvaret for rusmiddelbrukere fra fylkeskommunene, herunder behandlingsinstitusjoner og tiltak. Målet er å få bedre tjenester og bedre behandlingsresultater. Overtakelsen foregikk per 1. januar 2004 – og har skjedd på en effektiv måte.

23. *Overtatt ansvaret for rehabilitering*

Helse Sør har i 2003 overtatt ansvaret for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Prosessen ble gjennomført med aktiv deltakelse fra alle berørte institusjoner, representanter for helseforetakene, kommunene og brukerorganisasjonene.

24. *Syke transportansvaret overtatt*

Helse Sør har overtatt ansvaret for syke transporten i regionen. Arbeidet med overtakelsen har skjedd uten større problemer.

25. *Kodepraksis kvalitetssikret*

I tråd med protokollen fra foretaksmøtet 10. april 2003 er kodepraksisen i Helse Sør fulgt opp og kvalitetssikret. En rapport fra Analysesenteret Lovisenberg AS viste at kodepraksisen i Helse Sør i 2002 var god og uten tegn til systematisk feilkoding. Dette oppfølgingsarbeidet vil bli videreført.

26. *Økonomisk balanse i 2005*

I tråd med Resept 2006 gjennomfører Helse Sør en fire-årig omstillingsstrategi. I 2004 er det planlagt en total innsparingseffekt på 600 millioner kroner, hvorav tiltakene knyttet opp til Resept 2006 står for en vesentlig del. For å oppnå økonomisk balanse i 2005 kreves det ytterligere 600 millioner kroner i innsparing. Dette er mer krevende enn Resept 2006 legger opp til. Ut fra foreløpige analyser vil balanse i 2005 kunne få alvorlige konsekvenser for behandlingstilbudet.

2. Resept 2006

Med utgangspunkt i målene og rammevilkårene for sykehusreformen utviklet Helse Sør en fireårig omstillingsplan for økonomisk balanse og økt pasientbehandling.

Planen – som har fått navnet Resept 2006 – har bred forankring blant medarbeiderne i Helse Sør. Mellom 700 og 800 medarbeidere har vært engasjert i arbeidet med planen., som ble vedtatt av styret i Helse Sør 19. desember 2002.

Resept 2006 setter opp følgende mål for Helse Sør:

- Gjennom streng prioritering sikre økte ressurser til pasientbehandling innenfor områdene kreftomsorg, psykiatri, geriatri og kronikeromsorg.
- Økt satsing på forskning og utvikling.
- Økte ressurser til kompetanseutvikling av våre medarbeidere for å skape grunnlaget for en endringsorientert organisasjonskultur og kunnskapsbasert endringsmetodikk.
- Utvikle organisasjons- og ledelsesformer på alle nivå som tydeliggjør resultatansvaret.
- Gjennomføre strukturendringer som bidrar til lavere kostnader og mer effektiv ressursbruk.
- Fremme forslag til mer kostnadseffektiv funksjonsfordeling mellom helseforetakene.
- Utnytte skalafordeler slik at det oppnås konsernfordeler.
- Fokuserer på prosessforbedringer i de kliniske avdelingene for å skape bedre kvalitet og mer effektiv ressursforbruk.
- Rendyrke kjernevirksomheten i sykehusene.
- Innføre balansestyrt målstyring og verdibasert ledelse.
- Sikre en årlig produktivitetsforbedring på to-tre prosent.
- Etablere forpliktende samarbeidsmodeller mellom ledelsen, de tillitsvalgte og brukere på alle nivå.

Planen gjennomføres i tre ”bølger”:

- I 2003 planla og igangsatte Helse Sør kostnadseffektiviserende tiltak innen området ikke-medisinske støttetjenester.

- *Deretter* iverksettes kostnadsreduserende tiltak innen medisinske støttefunksjoner. Enkelte slike tiltak er besluttet i 2003, blant annet å innføre elektroniske pasient- og journalsystemer og digital diktering som standardverktøy i alle helseforetak i Helse Sør.
- *Tredje trinn* er endret funksjonsfordeling og prosessforbedring i de kliniske avdelingene. Styret har besluttet at arbeidet med en mer effektiv funksjonsfordeling skal organiseres i form av sterk konsernstyring og en ansvarliggjøring av helseforetakene.

Funksjonsfordelingen mellom helseforetakene i Helse Sør skal sikre:

- *et helsetilbud som skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted*
- *kvalitet og faglig forsvarlighet*
- *styrket forskning og utvikling*
- *kompetanseutvikling og utdanning*
- *sykehusenes effektivitet og totale driftsøkonomi.*

2.1. MUSIK - "Hvordan har du det på jobb?"

Helse Sør har som en del av Resept 2006, utviklet og igangsatt MUSIK i 2003.

MUSIK er et verktøy som er utviklet for å få kunnskap om hvordan den enkelte medarbeider opplever arbeidshverdagen sin. MUSIK innebærer at kunnskapen vi får om status på arbeidssituasjonen rundt om i sykehusene, skal benyttes i forbedringsarbeid lokalt på avdelingsnivå, på klinikknivå, på sykehusnivå og på regionalt nivå.

Byggesteinene i konseptet er:

Medarbeidertilfredshetsundersøkelsen (undersøkelsen), UtviklingSamtaler (grupper og individuelt) og Individuelle Kompetanseutviklingsplaner – derav navnet MUSIK.

Alle elementene i MUSIK-konseptet er nært beslektet og det legges opp til en årlig gjennomføring og oppfølging i alle sykehusene og institusjonene i Helse Sør.

Alle helseforetakene skal iverksette tiltak for arbeidsmiljø- og medarbeiderutvikling, men alle deler av MUSIK konseptet er ikke obligatorisk å gjennomføre.

Alle helseforetakene **skal**:

- Gjennomføre samme type medarbeidertilfredshetsundersøkelse
- Bekjentgjøre og informere om resultatene av undersøkelsen
- Følge opp undersøkelsen med utviklingssamtaler på gruppenivå og individuelt nivå
- Sørge for at alle medarbeidere får en individuell kompetanseutviklingsplan

3. Helsetjenester – ”Sørge for” - rollen

Loven om regionale helseforetak slår fast at de regionale helseforetakenes formål er ”å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning”.

Tilbudet til befolkningen i Helse Sør skal ha en profil som spesielt prioriterer de pasienter som i henhold til Lov om pasientrettigheter og Prioriteringsforskriften kommer inn under rettighetsbegrepet. I tillegg skal det tas hensyn til de områder som fremheves i Styringsdokumentet til Helse Sør RHF, og de områder som Helse Sør selv fremhever i sin strategiplan Resept 2006, nemlig psykiatri, kreft, eldre og pasienter med kroniske sykdommer.

3.1 Aktivitet

Innleggelser somatikk

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	økning	økning i %
Blefjell Sykehus HF	10 192	10 135	(57)	-1 %
Det Norske Radiumhospital HF	11 520	10 959	(561)	-5 %
Rikshospitalet HF	29 709	31 928	2 219	7 %
Ringerike Sykehus HF	7 136	7 777	641	9 %
Sykehuset Buskerud HF	20 349	21 093	744	4 %
Sykehuset i Vestfold HF	24 398	24 970	572	2 %
Sykehuset Telemark HF	19 414	19 778	364	2 %
Sørlandet Sykehus HF	37 297	38 555	1 258	3 %
Helse Sør totalt	160 015	165 195	5 180	3 %

Figur 1 Innleggelser (antall utskrevne) per 30. november 2002 og 2003

Dagkirurgi somatikk

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	økning	økning i %
Blefjell Sykehus HF	1 671	2 190	519	31 %
Det Norske Radiumhospital HF	798	801	3	0 %
Rikshospitalet HF	27 459	33 756	6 297	23 %
Ringerike Sykehus HF	1 555	1 798	243	16 %
Sykehuset Buskerud HF	3 786	4 462	676	18 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 957	10 860	1 903	21 %
Sykehuset Telemark HF	7 536	9 954	2 418	32 %
Sørlandet Sykehus HF	9 546	11 222	1 676	18 %
Helse Sør totalt	61 308	75 043	13 735	22 %

Figur 2 Dagkirurgi per 30. november 2002 og 2003

Polikliniske konsultasjoner somatikk (RTV + ISF)

	2002 jan-nov	2003 jan-nov	økning	økning i %
Blefjell Sykehus HF	36 765	34 133	(2 632)	-7 %
Det Norske Radiumhospital HF	24 194	23 218	(976)	-4 %
Rikshospitalet HF	126 412	135 797	9 385	7 %
Ringerike Sykehus HF	28 516	27 877	(639)	-2 %
Sykehuset Buskerud HF	96 700	92 523	(4 177)	-4 %
Sykehuset i Vestfold HF	138 747	139 333	586	0 %
Sykehuset Telemark HF	87 306	89 462	2 156	2 %
Sørlandet Sykehus HF	168 530	158 563	(9 967)	-6 %
Helse Sør totalt	707 170	700 906	(6 264)	-1 %

Figur 3 Polikliniske konsultasjoner somatikk (RTV + ISF) per 30. november 2002 og 2003

Tabell 1, 2 og 3 viser aktivitetsutviklingen innen somatikk i helseforetakene i Helse Sør. Tallene er hentet fra Sintef, Norsk Pasientregister (NPR). Summen av aktiviteten er noe høyere enn i 2002 når det gjelder antallet, vesentlig innen dagkirurgi. Dette er i tråd med en ønsket utvikling i å vri mer av behandlingen fra døgnopphold til dagbehandling og dagkirurgi.

Innleggelser (heldøgnsopphold) psykiatri

	2001	2002	2003	økning 2002- 2003	Økning 02-03 i %	økning 2001- 2003	Økning 01-03 i %
Blefjell Sykehus HF	241	293	301	8	3 %	60	25 %
Psykiatrien i Vestfold HF	1 264	1 373	1 461	88	6 %	197	16 %
Ringerike Sykehus HF	140	122	186	64	52 %	46	33 %
Sykehuset Buskerud HF ¹	1 401	1 605	1 981	376	23 %	580	41 %
Sykehuset Telemark HF	813	752	844	92	12 %	31	4 %
Sørlandet Sykehus HF	2 806	3 017	3 299	282	9 %	493	18 %
Helse Sør totalt	6 665	7 162	8 072	910	13 %	1 407	21 %

Figur 4 Døgnopphold psykisk helsevern

Polikliniske konsultasjoner psykiatri (RTV)

	2001	2002	2003	økning 2002- 2003	økning 02-03 i %	økning 2001- 2003	Økning 01-03 i %
Blefjell Sykehus HF	12 739	16 264	18 982	2 718	17 %	6 243	49 %
Psykiatrien i Vestfold HF	37 256	43 004	47 939	4 935	11 %	10 683	29 %
Ringerike Sykehus HF	10 165	10 522	17 015	6 493	62 %	6 850	67 %
Sykehuset Buskerud HF	19 652	24 281	28 977	4 696	19 %	9 325	47 %
Sykehuset Telemark HF	28 019	36 579	48 322	11 743	32 %	20 303	72 %
Sørlandet Sykehus HF	34 787	37 855	42 239	4 384	12 %	7 452	21 %
Helse Sør totalt	142 618	168 505	203 474	34 969	21 %	60 856	43 %

Figur 5 Polikliniske konsultasjoner

¹ Økningen fra 2001 til 2002 skyldes økt aktivitet, men også at to nye institusjoner ble integrert i sykehuset 1. januar 2002. Tall for 2001 er eksklusiv disse enhetene. I 2002 ble et nytt pasientadministrativt system tatt i bruk fra forskjellige tidspunkt ved de forskjellige enhetene. Aktivitet i tidsrommet fra 1. januar 2002 til systemet ble tatt i bruk, er ikke blitt etterregistrert. Tall for 2002 er derfor noe ufullstendig og gir ikke et riktig bilde av faktisk aktivitet.

Tabell 4 og 5 viser at det har vært en gledelig stor aktivitetsøkning innen psykisk helsevern de to siste årene. Økning i heldøgnsopphold innen psykisk helsevern var 13 prosent det siste året, mens økningen den siste toårs-perioden var 21 prosent.

Størst aktivitetsøkning har funnet sted innen poliklinisk virksomhet - med en økning på 43 prosent fra 2001 til 2003. Økningen her kan tilskrives både økt effektivitet, nye stillinger som følge av opptrappingsplanen og en vridning fra døgn- og dagbehandling til ambulant og poliklinisk virksomhet. Vi har ikke data tilgjengelig fra 2001 som gjør at vi kan vise om økningen tilfredsstillende ambisjonen i styringsdokumentet på 30 prosent uttrykt som antall konsultasjoner/tiltak per behandlerårsverk. Helse Sør RHF anser resultatet på 43 prosent aktivitetsøkning som en markert forbedring innen polikliniske konsultasjoner, slik styringsdokumentet for 2003 krever.

I tillegg til aktiviteten som er gjengitt i tabell 4 og 5 foregår det behandling av pasienter innen psykisk helsevern på Rikshospitalet HF. De har også poliklinisk virksomhet innen barne- og ungdomspsykiatrien som ikke er tatt inn i tabellen fordi det ikke gis RTV-refusjon.

Korrigerte DRG-poeng basert på sykehusopphold (inkl ISF-finansiert poliklinikk)

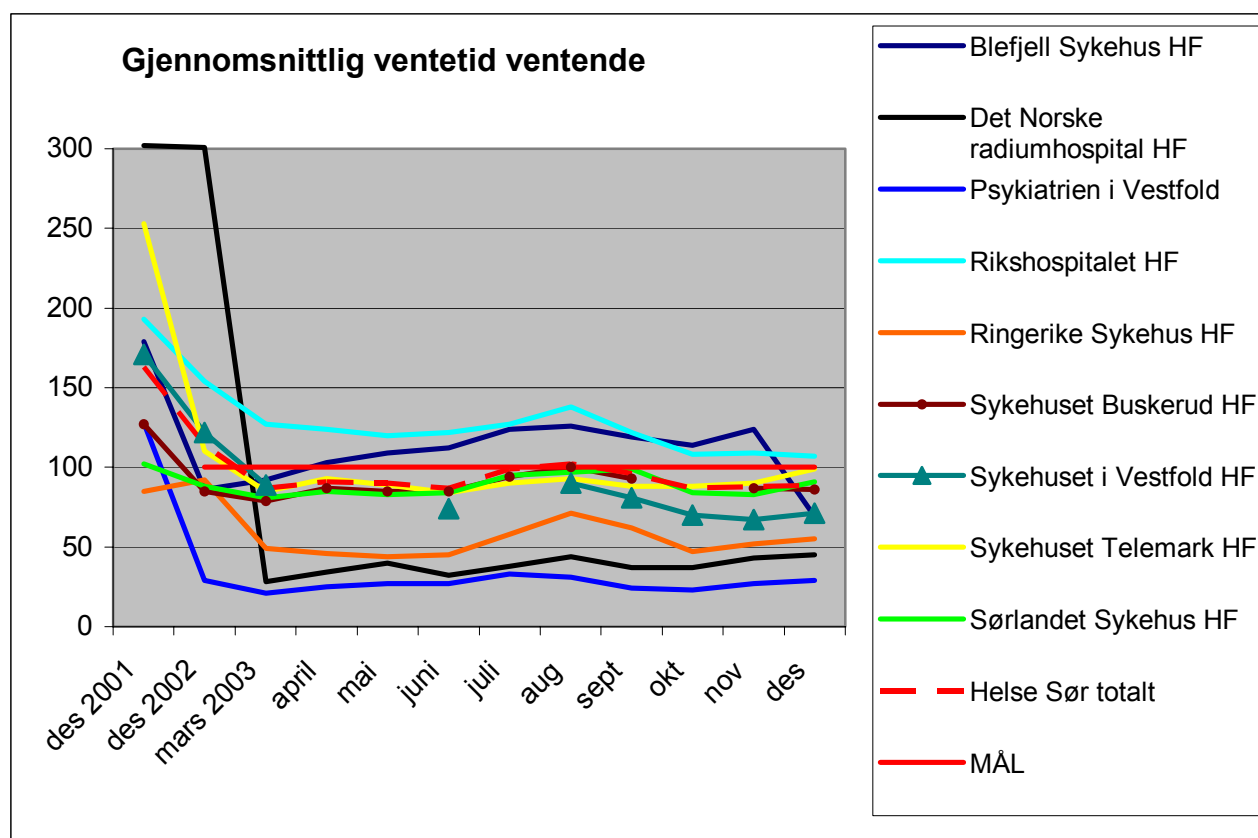
	Jan – nov 2002			Jan – nov 2003			% endring		
	innlagte		polikl	innlagte		polikl	2002-2003		
	Los=0	Los>0	ISF	Los=0	Los>0	ISF	Los=0	Los>0	polikl
Blefjell sykehus HF	318	10 412	1 341	445	10 145	1 272	40 %	-3 %	-5 %
Det Norske Radiumhospital HF	75	12 804	410	142	12 584	505	88 %	-2 %	23 %
Rikshospitalet HF	5 688	45 484	2 740	7 506	50 237	3 246	32 %	10 %	18 %
Ringerike sykehus HF	328	7 171	962	405	7 827	963	24 %	9 %	0 %
Sykehuset Buskerud HF	629	21 203	2 653	832	22 016	2 880	32 %	4 %	9 %
Sykehuset i Vestfold HF	2 523	27 214	3 039	2 954	27 860	3 182	17 %	2 %	5 %
Sykehuset Telemark HF	1 115	21 455	1 945	1 426	21 768	2 292	28 %	1 %	18 %
Sørlandet sykehus HF	1 585	36 930	4 789	1 868	36 970	6 021	18 %	0 %	26 %
Helse Sør totalt	12 261	182 672	17 878	15 578	189 406	20 361	27 %	4 %	14 %

Figur 6 Korrigerte DRG-poeng basert på sykehusopphold (inkl ISF-finansiert poliklinikk) per 30. nov¹

Tabellen over viser det samme som aktivitetstallene; den vesentlige økningen er kommet innen dagkirurgi. Det er også en økning innen ISF-finansiert poliklinikk.

¹ Kilde: Sintef, NPR

3.2 Ventetider



Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Alle enheter i Helse Sør har gjennom hele året hatt spesiell oppmerksomhet rettet mot ventetider. Tabellen viser at gjennomsnittlig ventetid for pasienter som venter på behandling har gått ned fra 163 dager i desember 2001 til 114 dager i desember 2002 og 89 dager i desember 2003. Nedgangen fra desember 2001 er 74 dager (55 prosent). Styret for Helse Sør RHF har i strategidokumentet Resept 2006 satt som mål at gjennomsnittlig ventetid for ventende skal ned under 100 dager i løpet av 2003. Alle helseforetakene i Helse Sør med unntak av Rikshospitalet HF har nå ventetider innenfor målet. Det er viktig å være klar over at ventetidene ved Rikshospitalet HF også omfatter eventuell ventetid fra sykehuset pasienten henvises fra.

Helse Sør har også fokus på antallet pasienter som venter lenge. Målet er at ingen skal vente mer enn ett år. I tredje tertial 2003 hadde 1 250 pasienter ventet mer enn ett år. Dette antallet er fortsatt for høyt, og denne gruppen pasienter vil bli prioritert i 2004.

3.3 Private avtaler

Private sykehus

Helse Sør RHF hadde i 2003 avtaler med seks private sykehus om kjøp av behandlingstjenester.

Styret for Helse Sør RHF vedtok en 2003-ramme for kjøp av tjenester fra private sykehus på 12-15 millioner kroner utover 60 prosent ISF-refusjon. Regnskapene viser at kjøp av private helsetjenester i 2003 kostet totalt 107 millioner kroner. Av dette er 10 millioner kroner utover

ISF-refusjonen - og følgelig godt innenfor den rammen styret definerte. Avtalene med de private sykehus har sammen med egne helseforetaks betydelige innsats bidratt til å redusere gjennomsnittlig ventetid i regionen.

Privatpraktiserende avtalespesialister

Helse Sør RHF har driftsavtaler med cirka 250 legespesialister og psykologspesialister. Antall og spesialiteter er ulikt fordelt mellom fylkene i regionen. Den norske lægeförening og de fem regionale helseforetak har inngått ny rammeavtale som vil gjøre oppfølging og videre utnyttelse av ressursen spesialistene representerer mer hensiktsmessig enn med tidligere avtaleverk.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål at det skal være 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale i 2006 i forhold til 1996. For Helse Sør er dette målet allerede oppfylt.

3.4 Røntgen- og laboratorieavtaler

I følge Styringsdokumentet skal de regionale helseforetakene inngå avtaler med private aktører når de aktuelle helsetjenestene inngår i det samlede opplegget for oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret.

Totalt innkjøp fra private røntgeninstitutt og laboratorier endret seg lite fra 2002 til 2003.

Med bakgrunn i styrevedtak 12. august 2003 i Helse Sør RHF skal aktiviteten reduseres blant annet innen laboratorietjenester og radiologiske undersøkelser. Dette omfatter også kjøp av tjenester fra private leverandører. Helse Sør har derfor kartlagt det reelle behovet for kjøp fra private leverandører, og sagt opp alle avtaler med private laboratorier for å gjennomføre en ny anbudsrunde. Nye avtaler for aktuelle leverandører vil være på plass tidlig i 2004.

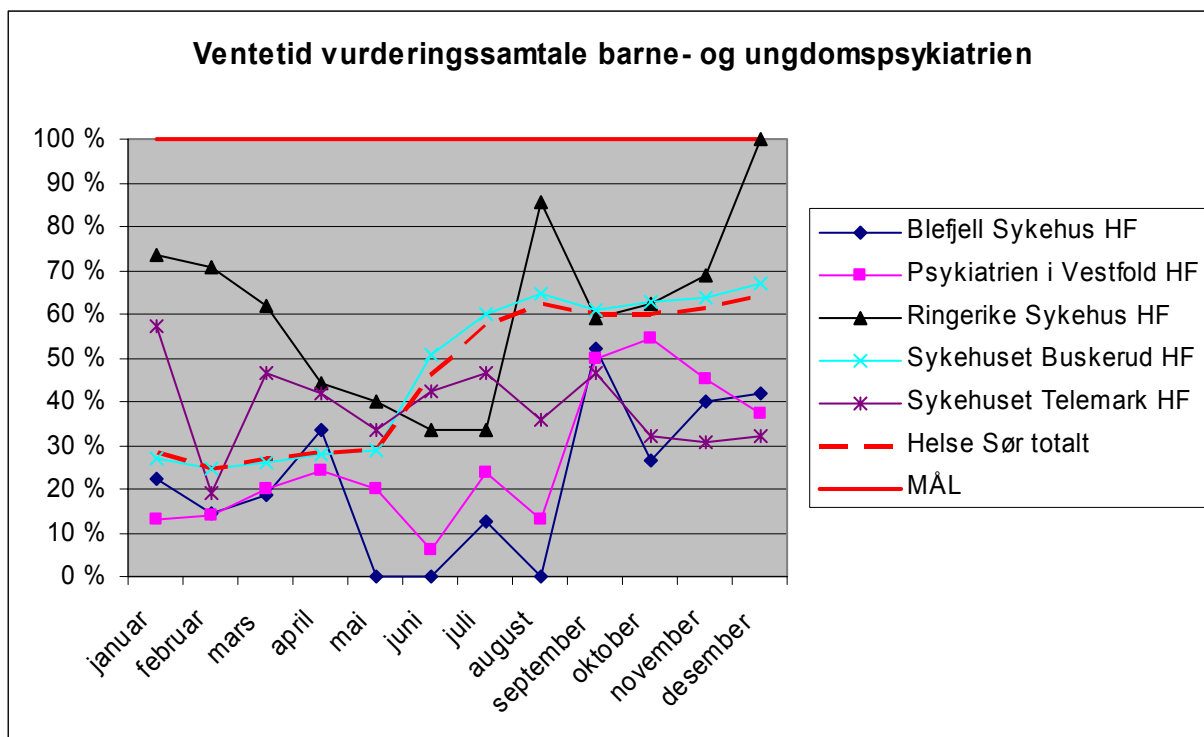
3.5 Psykisk helsevern

I henhold Styringsdokumentet og strategiplanen Resept 2006, skal psykisk helsevern reelt styrkes og omstruktureres. Dette skal skje i tråd med de føringer Opptrappingsplanen for psykisk helse trekker opp. Helse Sør prioriterer en utvikling av behandlingsskapiteten i det psykiske helsevernet. Midlene til psykiatrien er derfor skjermet og dette videreføres i 2004.

Helse Sør vidererfører utbyggigen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Ressurser til dette kommer fra Opptrappingsplanens midler, effektiviseringsgevinster og ressurser frigjort gjennom omstilling og omdisponering av ressurser knyttet til psykiatriske sykehjem og psykiatriske sykehus.

Helse Sør styrer utviklingen gjennom implementering av regional plan for psykisk helsevern og gjennom resultatoppfølging og dialog med foretakene.

Helse Sør har en målsetning om at ventetid for vurderingssamtale ved poliklinikkene innen psykisk helsevern skal være mindre enn fire uker ved utløpet av 2004. Helseforetakene rapporterer hver måned hvor stor andel av henviste pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien som er mottatt til konsultasjon eller vurdering hos behandler innen 30 dager. Figuren nedenfor viser at andelen har økt i Helse Sør fra underkant av 30 prosent ved årets start til et stabilt nivå på 60 prosent siste halvår. Indikatoren vil bli fulgt opp i 2004.



Figur 8 Andel henviste pasienter som er mottatt til konsultasjon/vurdering av behandler innen 30 dager

Styringsdokumentet nevner noen særskilte tiltak. Disse kommenteres nedenfor.

Helsevern til innvandrere og flyktninger

Psykososialt team for flyktninger er etablert ved Sørlandet sykehus i Kristiansand. Teamet har i 2003 hatt ansvaret for fylkene Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Psykososialt team driver utstrakt undervisnings- og veiledningsvirksomhet overfor fagpersonell i det psykiske helsevernet. Behandling av asylsøkere som ofte har langvarige opphold i asylmottak bak seg, er en stor utfordring. Målet er å sette behandlingsapparatet i stand til å gi et bedre behandlingstilbud til denne gruppen. Fylkene Buskerud og Vestfold dekkes av Psykososialt senter i Oslo. Fra 2004 får Psykososialt senter i Kristiansand også ansvar for disse to fylkene.

Tilbud i tilknytning til voldsproblematikk og alvorlige traumer

Helse Sør har deltatt i en referansegruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet om organisering av regional kompetanse innen traumatisk stress.

Oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk

Det er viktig med en åpen og god kommunikasjon mellom somatikk og psykiatri, slik at man så tidlig som mulig kan fange opp pasienter innlagt som følge av selvmordsforsøk. De psykiatriske akutteamene er sentrale aktører i dette arbeidet rettet mot primærhelsetjenesten. Helseforetakene har fokus på oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk. Dette arbeidet ble revidert som en del av det statlige tilsyn med psykiatrien i 2003. Resultatene av tilsynene følges opp i helseforetakene. Helse Sør RHF vil i 2004 be om tilbakemelding på hvordan dette arbeidet er organisert i de enkelte helseforetak.

Oppbygging av tilbud til personer med både psykiske lidelser og alvorlig rusproblem (dobbeltdiagnoser)

En betydelig andel av de som i dag er lagt inn ved det spesialiserte psykiske helsevern har både psykisk lidelse og alvorlig rusproblem. Helse Sør vil i den regionale planen legge opp til at det etableres spesialtilbud for pasienter med de mest kompliserte tilstandene ved enkelte sykehusavdelinger.

I Helse Sør planlegges det et tverrfaglig og tverretatlig utdanningsprogram for personer som har behandlings- og oppfølgingsansvar overfor pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet. Gjennom denne videreutdanningen vil Helse Sør bidra til å øke kompetansen og bedre samhandlingen mellom aktuelle aktører i behandlernetverket. Brukerperspektivet vil her bli lagt vekt på blant annet gjennom deltakelse som undervisere og i referansegrupper som skal nedsettes for gjennomføringen av utdanningsforsøket.

Modellforsøket vil bli gjennomført i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, stiftelsen SEPREP (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser), helseforetakene Blefjell sykehus, Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus, samt aktuelle samarbeidspartnere i den spesialiserte rusomsorgen og i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Oppbyggig av kompetanse i tilknytning til sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Aktuelle fagmiljøer er knyttet opp mot Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør og Helse Øst, som ligger på Gaustad.

Helsetjenester til innsatte i fengsel

Helseforetakene som har fengsel innenfor sitt geografiske opptaksområde har ansvar for å gi spesialisthelsetjeneste til de innsatte. Dette gjelder både poliklinisk behandling og døgnbehandling. Helseforetakene må innarbeide dette ansvaret i sin bemanningsplan.

Videreutvikling av kompetansemiljøer knyttet til hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD

Spesialisthelsetjenesten innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er nå mer oppmerksom på disse tilstandene. Alle helseforetak skal utarbeide årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner ut fra de oppgavene den enkelte enhet har. De viktigste tiltak gjøres på foretakene i forbindelse med gjennomføring av disse planene. Utrednings- og behandlingsskapiteten øker etter hvert som de kliniske ressursene øker.

Spiseforstyrrelser

I planarbeidet legger Helse Sør opp til at alle DPSer skal bygge opp kompetanse om pasienter med spiseforstyrrelser. Det vil være nødvendig med spesialiserte team som særlig arbeider opp mot denne gruppen av pasienter.

Ved helseforetak med sentraliserte sykehusfunksjoner skal det videreutvikles spesialiserte enheter som kan behandle de kompliserte / alvorlige tilstandene som DPS ikke kan behandle. For de mest alvorlige tilstandene vurderer vi å kjøpe behandlingss plasser i Helse Øst (en avdeling er under planlegging ved Ullevål universitetssykehus HF).

Det er aktuelt å etablere et kompetansenettverk på tvers av regionene. Sosial- og helsedirektoratet arbeider sammen med RHFene om å etablere dette.

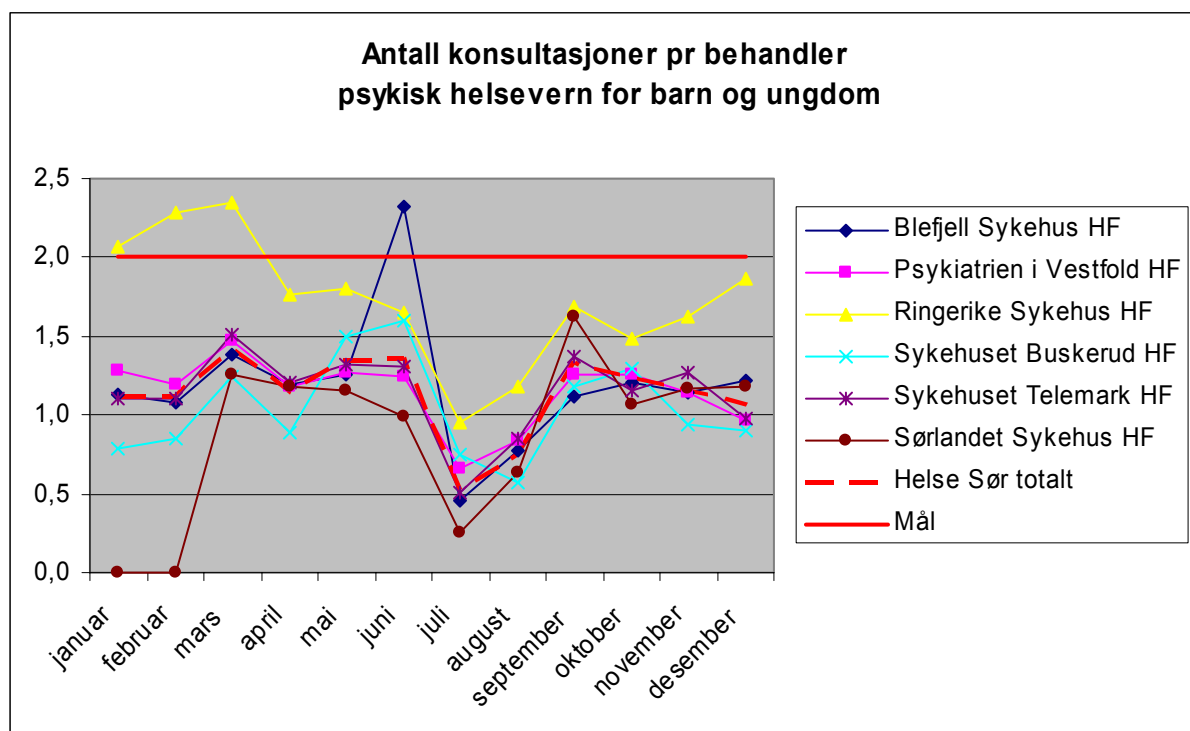
For poliklinikkene har Helse Sør RHF mål om en samlet økning i produktivitet på 30 prosent (målt som antall konsultasjoner/tiltak per behandlerårsverk)

Helse Sør RHF følger aktivitetsutviklingen ved helseforetakene. Flere får behandling og poliklinikkene har økt aktiviteten og kapasiteten i takt med økt antall fagstillinger.

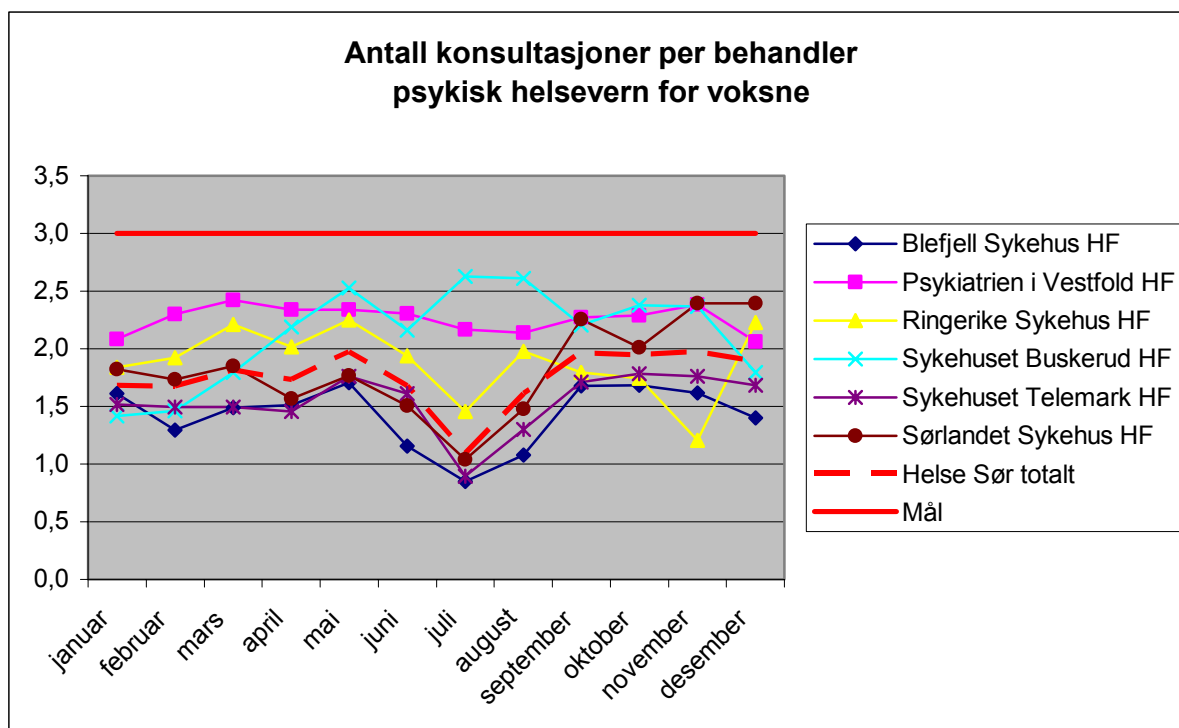
Figur 5 viser en økning i antall polikliniske konsultasjoner fra 2001–2003 på 43 prosent.

Som et ledd i å oppnå produktivitetsøkning har Helse Sør RHF hatt fokus på antallet konsultasjoner per behandler i poliklinikkene. Målet er at innen 2006 skal hver behandler innen voksenpsykiatri daglig ha tre konsultasjoner, mens målsetningen innen barne- og ungdomspsykiatri er to konsultasjoner per dag. Tiltakene som blir registrert er de som medfører RTV-takst. Det betyr at viktige tiltak som samarbeid med og veiledning av kommunens helse- og sosialtjeneste, opplæring av pasienter og pårørende ikke blir registrert i denne indikatoren. Fra 2004 rapporteres også alle tiltak innen barne- og ungdomspsykiatri.

Figurene nedenfor viser at ingen av helseforetakene er innenfor målet i 2003 selv om enkelte helseforetak har nådd målet enkelte måneder innen barne- og ungdomspsykiatrien. Figurene viser også en betydelig variasjon gjennom året, ikke uventet er det vår og høst aktiviteten er størst. Ringerike sykehus HF ligger godt an til å nå målsetningen om to konsultasjoner per behandler. De andre helseforetakene rapporterer relativt like data. Innen voksenpsykiatrien kan det se ut som det er helseforetakene Psykiatrien i Vestfold, Sykehuset Buskerud og Sørlandet sykehus som ligger nærmest målsetningen.



Figur 9 Antall konsultasjoner per behandler innen psykisk helsevern for barn og ungdom



Figur 10 Antall konsultasjon pr behandler innen psykisk helsevern for voksne

3.6 Opptrappingsplanen psykiatri

Institusjon mill kr	2002			2003		
	Akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2002	Ekstraordinære tillegg	Akk. Øremerkede midler psykiatri inkl. ekstraordinære tillegg 2002	Økning fra 2002	Endring Ekstraordinære tillegg	Akk. øremerkede midler Psykiatri Faktisk tildelt 2003
Formel for kolonne:						
Sykehuset Buskerud	38,563		38,563	3,644		42,207
Ringerike sykehus	3,797		3,797	1,822		5,619
Psykiatrien i Vestfold	45,252		45,252	6,520		51,772
Sykehuset Telemark	27,662	2,900	30,562	4,986	-2,900	32,650
Kongsberg sykehus	9,128			1,822		10,950
Notodden sykehus	9,281			0,500		9,781
Helse Blefjell	18,409		18,409	2,322		20,731
Aust-Agder sykehus	23,641		23,641	3,822		27,463
Vest-Agder sykehus	35,255		35,255	5,603		40,858
SUM	192,579	2,900	195,479	28,719		221,300
Psykososialt team Sørlandet sykehus		2,650			0,103	2,753

Figur 11 Driftsmidler til opptrappingsplanen i psykiatri

Figur 11 viser at økningen i opptrappingsmidler til psykiatrien i 2003 var nesten 29 millioner kroner.

Økningen i det øremerkede statstilskuddet til drift ble for 2003 fordelt ut fra objektive kriterier basert på innbyggertall.

Disponering av økningen i opptrappingsmidlene til drift (en del av de nye stillingene nedenfor er delårsfinansiert):

- Sykehuset Buskerud HF har brukt økningen på 3,644 millioner kroner til å finansiere ni nye stillinger ved en nyopprettet sikkerhetsavdeling.
- Ved Ringerike sykehus HF er det implementert en ny psykologstilling i barne- og ungdomspsykiatrien og gitt midler til spesialistutdanning av to assistentleger til voksenpsykiatrien. Disse leger vil være ferdige spesialister i psykiatri i løpet av våren 2004.
- Ved Psykiatrien i Vestfold HF er det etablert 3,5 nye stillinger i barne- og ungdomspsykiatrien, fem nye stillinger til voksne, mens knapt en million kroner er disponert til samarbeidstiltak med førstelinjetjenesten, forskning og utvikling og informasjonsmateriell til brukere.
- Ved Sykehuset Telemark HF er det etablert 11,5 nye stillinger til voksne ved DPS-ene, 3,5 nye stillinger i barne- og ungdomspsykiatrien ved DPS-ene og 10,0 nye stillinger ved den nye ungdomspsykiatriske avdelingen. Sykehuset brukte 4,7 millioner kroner av driftsmidlene til investeringer og overførte 9,6 millioner kroner av ubrukte midler i 2002.
- Ved Blefjell sykehus HF ble det etablert en ny sekretærstilling i barne- og ungdomspsykiatrien, Notodden, to nye stillinger innen voksenpsykiatrien i Notodden og to stillinger i Kongsberg.
- Ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand ble det etablert seks nye stillinger i barne- og ungdomspsykiatrien, to nye stillinger ved sikkerhetsposten og 11,5 nye stillinger til voksne ved DPS-ene. Ved Sørlandet sykehus HF, Arendal ble det etablert to nye stillinger i barne- og ungdomspsykiatrien, fem nye stillinger ved sykehusavdelingen og fem nye stillinger til voksne ved DPS-ene.

Vi gjør oppmerksom på at 81,123 millioner kroner av den samlede sum på 221,3 millioner kroner tilhører perioden før 1999 og er således ikke en del av den vedtatte Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helse Sør fikk høsten 2003 i tillegg en økning av tilskuddet til drift på 1,2 millioner kroner som er en økning på grunn av omfordeling av tilskuddet til drift til RHFene. Dette økte tilskuddet vil bli lagt inn i opptrappingen for 2004.

3.6.1 Investeringer midler til opptrappingsplanen i psykiatri

Ferdige byggeprosjekter i 2003

- Sørlandet sykehus HF, Kristiansand: Nybygg BUP-poliklinikk.
Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 40,314 millioner kroner.
Restfinansiering i 2003: 3,126 millioner kroner.

Godkjente nye byggeprosjekter i 2003

- Blefjell sykehus HF, Kongsberg: Nybygg døgnavdeling, dagtilbud og poliklinikk. Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 52,5 millioner kroner. Restfinansiering i 2003: 50 millioner kroner.
- Ringerike sykehus HF: Poliklinikk og dagavdeling. Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 32 millioner kroner. Restfinansiering i 2003: 27,645 millioner kroner.
- Sørlandet sykehus HF, Kristiansand: Nybygg Solvang DPS. Godkjent investeringsramme fra Helse Sør RHF: 32,323 millioner kroner. Finansiering i 2003: 30 millioner kroner.

Midler til prosjektering av senere investeringer i opptrappingsplanen

- Sykehuset Telemark HF: 5,911 millioner kroner.
- Sørlandet sykehus HF, Arendal: 6 millioner kroner.

3.7 Kreft

Antallet nye tilfeller av kreft øker jevnt. Med bakgrunn i tidligere tall fra Kreftregisteret forventes det at det i 2003 ble det diagnostisert omkring 4 500 nye krefttilfeller i Helse Sør.

Kreftomsorgen er et av områdene som Helse Sør har besluttet å prioritere.

I 2003 mottok Helse Sør RHF på vegne av helseforetakene tilskudd fra Nasjonal kreftplan på til sammen 53,4 millioner kroner til kompetansesenter for lindrende behandling, arvelig kreft, genterapi og mammografiscreening. Disse midlene har muliggjort en fortsatt satsning innen disse områdene for å oppfylle intensjonene i kreftplanen. Helse Sør tilbyr nå mammografiscreening for kvinner fra 50 til 70 år i hele regionen.

Helse Sør vil legge frem en regional plan for kreftbehandling og kreftomsorg for styret i Helse Sør RHF våren 2004.

3.7.1 Status strålebehandling

Behandlingsserier

	2002	2003¹
Sørlandet sykehus HF	543	577
Det norske radiumhospital HF	3 186	3 100
Totalt i Helse Sør	3 729	3 677

Figur 12 Aktivitet beskrevet som behandlingsserier

Per i dag er det to lineærakseleratorer (LA) ved Sørlandet sykehus HF og ni ved Det norske radiumhospital HF.

¹ Tallene for 2003 er et anslag

Utbyggingen av nytt strålebygg vil gi fem nye bunkere; to som tilvekst og tre som fornyelse. Totale antall LA i Helse Sør vil da bli 13. Ved skiftturnus vil kapasiteten økes til 16,4 LA-ekvivalenter. Den daglige kapasiteten på stråleterapi synes tilfredsstillende og forklares ved økt kapasitet gjennom opprettelse av strålesatellittene i Kristiansand og Gjøvik samt økt kapasitet på Det norske radiumhospital HF gjennom flere skift (ett skift tilsvarer 0,85 LA).

Ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand kan kapasiteten økes med 1 LA – all infrastruktur er bygd opp til det. Kapasitetsutnyttelsen ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand tilsier imidlertid ikke at det er behov for dette de nærmeste år.

3.7.2 Status mammografiscreening

Helse Sør RHF har en avtale med Kreftregisteret om gjennomføring og finansiering av ”mammografiprogrammet”. Slike program er i full gang i Buskerud, Telemark og Agderfylkene. Fremdriften er etter planen. Bemanningssituasjonen er vanskelig ved noen av de brystdiagnostiske sentrene.

Et nytt brystdiagnostisk senter i Vestfold har vært på plass fra 2003. I 2003 har det kun vært drevet klinisk brystdiagnostikk. Regulær mammografiscreening starter 2. februar 2004. Første screeningrunde planlegges avsluttet til årsskiftet 2005/2006. Med dette på plass vil hele Helse Sør være inkludert i det nasjonale mammografiscreeningprogrammet.

3.7.3 Status lindrende behandling og pleie

Det norske radiumhospital åpnet høsten 2001 ”Kompetansesenter for lindrende behandling og pleie” for pasienter fra Helseregion Sør. Tilbudet er foreløpig poliklinisk, men sykehuset er i ferd med å etablere en palliativ enhet ved en eksisterende sengepost. Målgruppen for Kompetansesenteret er kreftpasienter med sammensatte problemer og symptomer. Mange trenger også smertedempende behandling og Kompetansesenteret har et nært samarbeid med smerteklinikken ved Radiumhospitalet. Tilbudet er åpent for pasienter i Helseregion Sør etter henvisning fra lege.

Alle helseforetakene har planer for etablering av palliative team og palliative enheter, men er avhengig av ”øremerkede tilskudd” for å få til dette.

Sykehuset i Vestfold opprettet et palliativt team ved onkologisk seksjon i april 2002. Teamet er tverrfaglig oppbygd med en overlege, to spesialsykepleiere samt mulighet for kontakt med prest og klinisk ernæringsfysiolog. Palliativt team er fylkesdekkende og skal være et tilbud til pasienter med alle typer kreftdiagnoser. Målet er å tilby optimal palliasjon der pasienten ønsker å være.

Sykehuset Telemark etablerte høsten 2000 et palliativt team og høsten 2001 en palliativ enhet, begge med økonomisk tilskudd fra Helsedepartementet og Helse og Rehabilitering. Det palliative teamet består av lege og sykepleier, i tillegg har teamet knyttet til seg fysioterapeut, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og prest - og arbeider tett med disse fagpersonene. Erfaringer fra driften er at det er et stort behov for denne tjenesten. Tett samarbeid med pasientens fastlege og hjemmesykepleien er en hjørnestein i det palliative arbeidet.

Sørlandet sykehus, Kristiansand etablerte et palliativt team høsten 2002. Det palliative teamet består av lege i halv stilling og to sykepleiere. Sykehuset har planer om et senter for lindrende behandling og pleie og har høsten 2003 startet byggingen av dette senteret.

3.8 Forskning og utvikling

Som en del av satsingen i Resept 2006 skal FoU-andelen økes til 1,0 prosent av totalbudsjettene. Denne opptrappingen har startet i 2003.

Helse Sør RHF har opprettet et regionalt nettverk for områdene forskning og utvikling i Helse Sør. Hvert helseforetak i regionen har en representant i nettverket. Disse sitter også i de respektive foretaks forskningsutvalg. Institusjoner som ikke er egne helseforetak, men likevel har et forskningsutvalg, kan delta med en representant i nettverksmøtene. Norsk Forskningsråd og Kreftregisteret har observatørstatus i nettverket. Nettverket har et arbeidsutvalg som forbereder saker til møtene.

Det regionale nettverket for forskning og utvikling skal:

- Foreslå prioriteringer og budsjett
- Være rådgivende for RHF i forskningspolitiske spørsmål
- Legge forholdene til rette, administrere fellestjenester
- Følge opp rapporteringer
- Ivareta samarbeid med lovpålagte og andre partnere
- Koordinere forskningen i regionen og samarbeidet med Helse Øst

Det regionale nettverket for forskning og utvikling har hatt fem møter i 2003. Saker som har vært tatt opp i nettverket i 2003 har vært:

Bibliotek tjenester i regionen

Det har vært signalisert interesse for samkjøring av bibliotek tjenester, ikke minst elektroniske bibliotek tjenester, som kan være svært kostbare. Det er utarbeidet et konkret utkast til bedre samordning av bibliotek tjenestene.

Felles programvare

Det er ønskelig med regional standardisering av programvare og etablering av felles innkjøpsordninger for dette.

Forskningskatalog og oppfølging

Rikshospitalet har sendt ut invitasjon til helseforetakene i Helse Sør om å beskrive sine forskningsprosjekter og sende dem til Rikshospitalets forskningskatalog. Det skal både være en institusjonelt basert prosjektdatabase for hvert HF og en felles søkbar database for Helse Sør.

Biobanker

I lys av Odelstingsbeslutning nr. 58 (2002-2003) Lov om biobanker er det blitt diskutert hvem som skal betale lagring og sikring av materiale og lagring av data og datahåndtering. Problemer rundt ”aktivt samtykke” er også diskutert.

Fordeling av fire millioner til forskning i en sentral pott

I budsjettet for 2003 ble det satt av fire millioner kroner til forskning og utvikling. Utvalget fattet vedtak om at 1,5 millioner kroner skulle deles ut til infrastrukturiltak/fellestjenester og 2,5 millioner kroner skulle deles ut til kliniske studier. En ekstern ekspertgruppe ble oppnevnt for å vurdere søknadene til kliniske studier og komme med innstilling til utvalget. Det kom inn 35 gode søknader om midler til kliniske studier.

Kommersialisering og industrisamarbeid

Det regionale nettverket for forskning og utvikling har fått en orientering om kommersialisering og industrisamarbeid av Medinnova og Forskningsstiftelsen ved Det norske radiumhospital. I tillegg har det vært en orientering om planene om arbeidet med en felles biomedisinsk innovasjonsenhet. Behovet for ensartet regelverk i Helse Sør når det gjelder kommersialisering og industrisamarbeid har vært diskutert. Medlemmene i utvalget har blitt oppfordret til å diskutere temaet i de respektive lokale forskningsutvalgene. Det regionale FOU-nettverket skal komme med en klar anbefaling til Helse Sør når det gjelder medlemskap i felles biomedisinsk innovasjonsenhet.

Rapporteringsrutiner

Aktuelle problemstillinger vedrørende rapporteringsrutiner og budsjettet drøftes fortløpende og meldes tilbake til administrasjonen i Helse Sør. Det regionale nettverket for forskning og utvikling er opptatt av en bedre kontakt mellom fag og økonomi når det gjelder rapporteringsrutiner og budsjettprosess. Det er hensiktsmessig at forskningsutvalget på det enkelte helseforetak er involvert i rapporteringsrutiner og budsjettprosessen og kvalitetssikrer dette når det gjelder forskning og utvikling.

Helse Sør har i 2003 arbeidet en del med å etablere systemer som dokumenterer andelen ressurser som anvendes til forskning.

Samarbeid med universitetssektoren

- Samordningsorganet med Universitetet i Oslo består av fem representanter fra UiO (hvorav en dobbeltstemme), tre fra Helse Øst og tre representanter fra Helse Sør. Ordningen gjelder foreløpig ut 2003
- Ny avtale for 2004 mellom Helse Sør RHF, Helse Øst RHF og Universitetet i Oslo er på plass i nær fremtid. Samarbeidsorganet består av elleve medlemmer. Tre representanter utpekes av Helse Øst RHF, tre representanter av Helse Sør RHF og fem representanter utpekes av Universitetet i Oslo. Når samarbeidsorganet er bilateralt (dvs. fordeler midler), velger universitetet selv ut tre representanter blant disse fem. Det oppnevnes en fast vararepresentant for hver av partene. Norges forskningsråd er representert med observatør i samarbeidsorganet.

Under punkt 3.10. senere i rapporten, redegjøres for samarbeidet med høgskolesektoren

Nasjonal koordinerende gruppe for forskning som strategisk hovedområde

Helse Sør RHF leder nasjonal koordinerende gruppe for forskning som strategisk satsningsområde med representanter fra de fem regionale helseforetakene og Helsedepartementet. Arbeidet i 2003 har konsentrert seg om utvikling av en strategi for arbeidet, innspill til felles retningslinjer for kommersialisering og innovasjon, felles mal for måling av forskningsaktivitet og felles mal for registrering av ressurser til forskning og utvikling.

3.9 Finansiering av høyspesialiserte funksjoner

Høyspesialiserte medisinske funksjoner - som omfatter landsfunksjoner og det som tidligere var kalt flerregionale funksjoner - er i Helse Sør i all hovedsak lagt til de to spesialsykehusene Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF. Funksjonene omfatter dels behandlinger som i 2003 var lagt til disse to sykehusene av Helsedepartementet og dels behandlinger som

de to sykehusene i kraft av sin kompetanse er et eller få sykehus som utfører i Norge, men som ikke er tildelt ved noen statlig regulering.

Pasientbehandling innenfor de høyspesialiserte funksjonene omfattes av DRG-systemet, men er også avhengig av en betydelig rammebevilgning for at de samlede kostnadene kan dekkes. DRG-refusjonen til de to sykehusene var i 2003 henholdsvis 85 prosent (Radiumhospitalet), 80 prosent (Rikshospitalet eksklusive Akershuspasienter) og 70 prosent (Akershuspasienter ved Rikshospitalet).

Noen av de høyspesialiserte funksjonene har egne DRG-er og omfattes således av det vanlige systemet for DRG-refusjon på i prinsippet samme måte som andre behandlinger. Behandlinger innenfor mange av de høyspesialiserte funksjonene kommer imidlertid i DRG-er som benyttes ved kvalitativt andre behandlinger på sykehus på lavere omsorgsnivå. Siden DRG-vektene er basert på kostnadsdata (gjennomsnittskostnader) fra en rekke sykehus i Norge fører dette til at DRG-vektene blir lite dekkende for kostnadene ved den høyspesialiserte pasientbehandlingen ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Dette er delvis kompensert ved en egen implantatrefusjon, men denne dekker bare en del av implantatkostnadene. Som følge av at systemet med innsatsstyrt finansiering er lite dekkende for disse to spesialsykehusenes høyspesialiserte funksjoner, vil denne pasientbehandlingen være avhengig av en relativt stor grunnbevilgning for å oppnå kostnadsdekkende inntekter. Dette gjør også at denne behandlingen er svært utsatt når det er svingninger i pasientvolumet.

3.10 Utdanning

Helse Sør RHF har siden våren 2002 hatt et utdanningsnettverk med representanter fra alle helseforetakene. Nettverket har drøftet forslag til rammeavtale mellom høgskolene og Helse Sør RHF, praksisplasser, samordning av videreutdanninger innen intensiv, anestesi, operasjon, barn og kreftsykepleiere samt andre utdanningspolitiske saker. Det er i 2003 arbeidet med å utarbeide mål, mandat og ansvarsbeskrivelse for dette utdanningsnettverket. En reoppnevning av representanter til dette nettverket vil finne sted våren 2004.

Helse Sør RHF har i 2003 hatt møter med representanter fra alle høgskolene som samarbeider med våre helseforetak om utdanning av helsepersonell. Rammeavtalen om gjensidige rettigheter og plikter mellom høgskolene og Helse Sør er underskrevet av alle høgskolene. Samarbeidsorganet mellom høgskolene og Helse Sør skal ha sitt første møte 24. mars 2004. Helse Sør RHF har også samarbeidet med enkelte av høgskolene om utdanningspolitiske saker i 2003.

3.11 Beredskap og den akuttmedisinske kjede

Hovedberedskapsplan for Helse Sør er vedtatt av styret. Planen beskriver ansvar, myndighet og kommunikasjon.

Beredskapskonferanser med gjennomgang av akuttmedisinske kjeder er avholdt i prehospitalt område Buskerud og Telemark/Vestfold. Tilsvarende konferanse arrangeres i Agder-fylkene når AMK-sentralene er slått sammen primo 2004. Fylkesmenn, brann, politi og kommuner inviteres til disse konferansene.

Gjennom hele 2003 har det vært gjennomført rapporteringer på responstider. På grunn av usikkerhet i validitet og metodikk blir ikke resultatene offentliggjort.

AMK-Vestfold er utnevnt til regionens kontakt-AMK-sentral. Det er avholdt to varslingsøvinger innen RHF.

Avtale med Forsvaret (Landsdelskommando Sør-Norge) er undertegnet.

Helse Sør RHF har observatørstatus i fylkesberedskapsrådene og deltar direkte i beredskapssamarbeid i enkelte fylker.

Arbeidet med beredskapsplaner fortsetter i regi av et eget beredskapsnettverk.

Avtale med Helse Øst RHF om beredskapssamarbeid i hovedstadsregionen er på plass.

Helse Sør har deltatt i etableringen av ”Helseforetakene Luftambulansetjeneste ANS”, som eies av de fem regionale helseforetakene.

Den regionale smittevernplan var ikke ferdig ved årsskiftet, men en intern plan for pandemisk influensa er utarbeidet. Likeledes mangler en helhetlig plan for materiellberedskap. Også denne planlegges i 2004.

3.12 Brukermedvirkning

Helse Sør har lagt vekt på å oppnå reell brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning er en av hovedpillarene i gjennomføringen av Resept 2006.

Brukerutvalget i Helse Sør RHF samarbeider tett med administrasjonen. Alle helseforetakene i Helse Sør har opprettet brukerutvalg.

Helse Sør avholdt i april og i november 2003 konferanser for brukerutvalgene i regionen. På den siste konferansen kom det fram at flere av brukerutvalgene har utviklet gode prinsipper for brukermedvirkning og opplever god kommunikasjon med ledelsen.

Mandatet for brukerutvalget for Helse Sør RHF skal danne mal for brukerutvalgene ved helseforetakene. Dette vil gi et mer enhetlig fundament for brukerutvalgenes arbeid.

3.13 Pasient- og pårørendeopplæring

Helse Sør har fokus på og arbeider mot en mer systematisert struktur av pasient- og pårørendeopplæring, hvor brukermedvirkning skal få en sentral plass.

I forbindelse med utarbeiding av regional plan for personer med kroniske og sammensatte lidelser og/eller funksjonshemminger, vil det bli utarbeidet klarere krav til brukeropplæring og brukermedvirkning.

Det er ved utgangen av 2003 etablert Lærings- og mestringsentra ved Blefjell sykehus HF, Rikshospitalet HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

Flere av helseforetakene har egne ”Pasientskoler”. Brukermedvirkningen i disse ”Pasientskolene” er av ulik kvalitet.

3.14 Fritt sykehusvalg

Helseregionene Øst og Sør har felles kontor for ”Fritt sykehusvalg” i Tønsberg.

Kontoret dekker 2,5 millioner innbyggere. Det har fire ansatte fordelt på 3,5 stillinger.

Antall registrerte henvendelser til dette kontoret ble nesten doblet fra 2002 til 2003. Registrerte henvendelser økte fra 5 898 i 2002 med 92 prosent til 11 341 i 2003.

I Helse Sørs område ble det i 2003 det registrert flest henvendelser fra Buskerud, og færrest fra Vest-Agder.

Nytt telefonisystem som ble innført i mai 2003 har ført til at langt færre henvendelser viderekoples til andre regionale opplysningstelefoner. Andelen viderekoblinger falt fra 40 prosent i 2002 til 24 prosent i 2003.

Pasienter med sykdommer i muskel-/skjelettsystemet er de som retter flest henvendelser til "Fritt sykehusvalg"-telefonen i Tønsberg.

3.15 Gjestepasienter

I Helse Sør RHF er det tre helseforetak som i særlig grad mottar gjestepasienter fra andre regionale helseforetak/helseforetak: Det norske radiumhospital HF, Rikshospitalet HF og Ringerike Sykehus HF.

Ved *Det norske radiumhospital* hører omkring 60 prosent av pasientene hjemme i Helse Øst, drøye 30 prosent kommer fra egen region og resten av pasientene kommer fra landets øvrige regioner.

Også ved *Rikshospitalet* kommer omkring 60 prosent av pasientene fra Helse Øst, i gjennomsnitt 30 prosent fra egen region og omkring 10 prosent fra de øvrige regionale helseforetak. Prosentfordelingen varierer noe mellom fagområdene.

Bruken av Rikshospitalet HF og Det norske radiumhospital HF er for 2003 regulert i en egen rammeavtale mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.

Ringerike sykehus mottar spesielt fødepasienter fra Jevnaker, som ligger i Helse Østs område. Ved Ringerike sykehus HF utgjør gjestepasientene cirka 17 prosent av DRG-produksjonen for inneliggende pasienter. I tillegg kommer polikliniske konsultasjoner.

Behandling av gjestepasienter ble i 2003 finansiert ved 70/80 prosent DRG refusjon for Rikshospitalet og 85 prosent for Radiumhospitalet. For helseforetak hvor aktiviteten i stor grad er knyttet opp til diagnostikk og behandling av pasienter fra andre regioner er aktiviteten underfinansiert. Dette gir Helse Sør en stor økonomisk merbelastning som bidrar til det store underskuddet i foretaket.

3.16 Behandlingshjelpemidler

Helse Sør overtok ansvaret for behandlingshjelpemidler fra 1. januar 2003. Det operative ansvaret overfor brukerne er lagt til helseforetakene: Ringerike Sykehus, Sykehuset Buskerud, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Sørlandet Sykehus. Det er etablert et nettverk av medarbeidere som har det daglige ansvaret for tildelingen. Tidlig ble det klart at den økonomiske rammeoverføring på cirka 51 millioner kroner til dette formål ikke var tilstrekkelig. Etter dokumentasjon av forbruk i første halvdel av 2003 fikk Helse Sør en tilleggsbevilgning på cirka 12 millioner kroner.

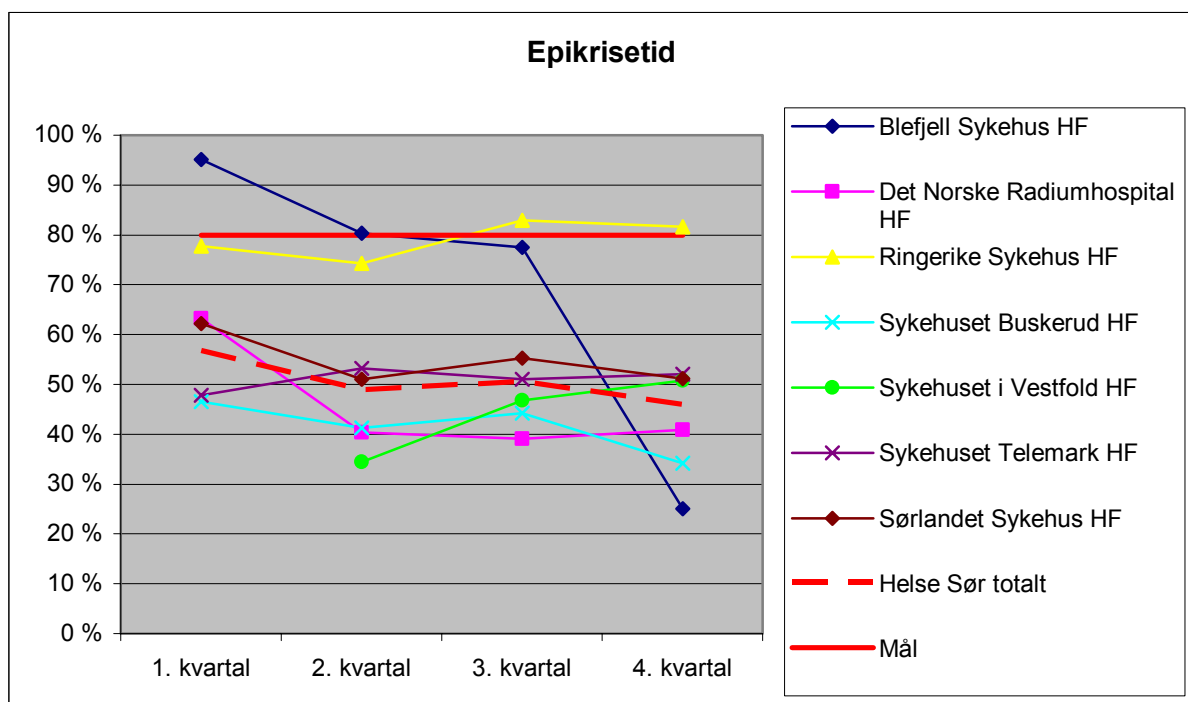
Utfordringer på dette området er å finne tilnærmet like retningslinjer for tildeling av utstyr på landsbasis. Helse Midt-Norge har ansvaret for koordinering av arbeidet med retningslinjer og godkjenning av nytt utstyr. Den største utfordringen vil sannsynligvis være øking i brukere koblet sammen med nyutviklet og dyrere utstyr. Tilbakemeldinger fra brukere til helseforetakene er entydige i at overføringen har gitt god kvalitet på tjenesten.

3.17 Kvalitetsarbeid

Helse Sør har opprettet kvalitetsnettverk med deltagere fra alle helseforetak. Hovedfokus i nettverket i 2003 har vært sikkerhet i pasientbehandlingen, avvikshåndtering og kultur for avviksmelding. Det har vært avholdt en stor temakonferanse med cirka 90 deltagere fra alle foretak samt oppfølgingsmøter i forhold til meldekultur og avvikshåndtering. Helse Sør vil arbeide for en felles tilnærming til melderutiner og håndtering av avvik. Helseforetakene i Helse Sør har i 2003 rapportert blant annet på styringsindikatorene epikrisetid, korridor-pasienter og ventetid colorectalcancer. Nedenfor omtales utviklingen for de tre indikatorene.

Epikrisetid

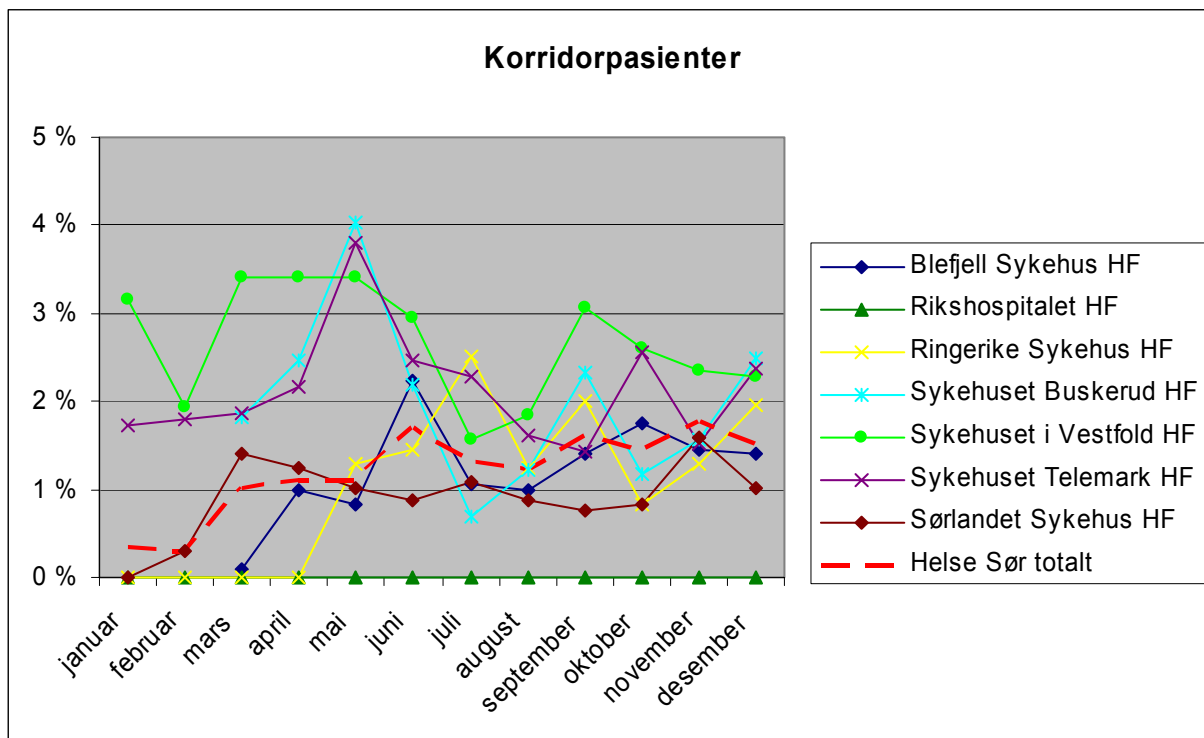
Det er en målsetning at 80 prosent av epikrisene etter innleggelse i sykehus er sendt innen syv dager etter at pasienten er utskrevet. Målinger i Helse Sør i 2003 viser at andelen epikriser som sendes innen syv dager har vært relativt stabil i de fleste helseforetakene. Det er kun Ringerike sykehus HF som til nå tilfredsstillende målkravet.



Figur 13 Andel av epikrisene som sendes innen 7 dager

Korridorpasienter

Målet er at helseforetakene ikke skal ha korridorpasienter. Rikshospitalet HF er det eneste helseforetaket i Helse Sør som ikke hadde korridorpasienter i 2003. Blefjell sykehus HF og Sørlandet sykehus HF hadde cirka en prosent korridorpasienter. Omfanget av korridorpasienter varierer gjennom året for de fleste helseforetakene. Annet halvår har alle helseforetakene hatt mindre enn tre prosent korridorpasienter.



Figur 14 Andel korridorpasienter

Ventetid colorectalancer

Styringsindikatoren angir andel av de pasienter som er henvist for behandling for diagnostisert kreft i tykktarm og endetarm med behandlingsdato innen 14 dager. Målet er at 100 prosent av pasientene skal få behandling innen 14 dager. Rapporteringen fra helseforetakene viser at helseforetakene Blefjell sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus gir disse pasientene et tilbud innen 14 dager, og oppfyller målsetningen. Ved Sykehuset Buskerud HF gis 64 prosent av pasientene et tilbud innen fristen.

3.18 Pasienttilfredshet

Pasienter og pårørende skal møtes med respekt, imøtekommenhet og vennlighet. Helsetjenestene skal i størst mulig grad tilpasses individuelle behov. Det skal vektlegges god og tydelig muntlig og skriftlig informasjon og opplæring til pasienter og pårørende.

På oppdrag fra Helse Sør RHF har Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) gjennomført en undersøkelse av pasientopplevelser i Helse Sør (PasOpp). Undersøkelsen kartlegger opplevelsene til pasienter som har vært utskrevet fra somatiske sykehus i Helse Sør i en seks ukers periode fra 18. august 2003.

Formålet med undersøkelsen har vært å få tilbakemelding på hvordan pasientene i Helse Sør har opplevd sykehusoppholdet de har vært gjennom.

Resultatet for de fire nasjonale indikatorene målt i Helse Sør:

- Pasientrapportert informasjon: 8,2
- Pasienterfaringer med personalet: 8,8
- Pasientrapportert organisering: 7,5
- Pasientrapportert standard: 8,7

Dette er gjennomsnittsscore for regionen innenfor et verdintervall fra 1 til 10 hvor 10 er best. Resultatene er meget gode, men de er vanskelig å sammenligne med de andre regionale helseforetakene siden undersøkelsene er gjort til forskjellig tid.

3.19 Samhandling med primærhelsetjenesten

Samhandling mellom tjenestenivåer har vært et satsningsområde i 2003. Alle helseforetak har avtaler med eller har startet arbeid med samarbeidsavtaler med "sine" kommuner.

Det er i gang prosjekt for direkte booking fra primærlege til behandlende sykehus. Pilotdrift er igangsatt ved Sykehuset Telemark.

Som et ledd i å redusere ventetider og lette henvisningsrutiner for primærlegene, er det iverksatt et prosjekt med en adresse for henvisning til sykehus med privat avtale og hjelp til å finne kortest ventetid. Helse Sør RHF har også startet arbeidet med å videreutvikle en regional plan for pasienter med kroniske sykdommer. Et element i denne regionale planen vil være å videreutvikle samhandlingsrutiner mot primærhelsetjenesten.

4. Rapportering og økonomisk utvikling

4.1 Regnskap

4.1.1 Foreløpig driftsresultat 2003 (ikke revidert)

Det pågår en prosess mellom Helsedepartementet og revisorene til de regionale helseforetakene om prinsippene for verdsettelse av driftsmidler i åpningsbalansen, samt avskrivninger og nedskrivninger i de løpende regnskaper. I regnskapsoppsettet nedenfor er avskrivninger og inntekter til avskrivninger derfor holdt utenfor. Regnskapsoppsettet kan følgelig ikke direkte sammenlignes med resultatregnskapet i Helse Sørs årsrapport for 2002.

Resultatregnskap Helse Sør konsern (tall millioner kroner)	Foreløpig resultat 2003	Budsjett 2003	Regnskap 2002
Driftsinntekter (ex inntekter til avskrivninger)	14 428	13 801	12 219
Varekostnad	3 463	2 814	2 155
Lønn og andre personalkostnader	9 718	9 487	8 842
Andre driftskostnader	1 975	2 054	1 849
Sum driftskostnader (ex avskrivninger)	15 157	14 355	12 846
Driftsresultat (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger)	-729	-554	-627
Finansinntekter	85	46	121
Finanskostnader	40	28	5
Netto finanskostnader	45	18	116
Resultat før skatt (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger)	-685	-536	-511

Figur 15 Resultatregnskap Helse Sør

Inntekter

Konsernets aktivitetsvekst målt i antall DRG poeng er 5 prosent høyere enn budsjettert. Tilsvarende driftsinntekter økte med 627 millioner kroner, som er en vekst på 4,5 prosent. Årsaken til at økningen i DRG poeng ikke gjenspeiles direkte i inntektene er blant annet at refusjonssatsen fra staten er på 60 prosent av full DRG pris. Dette betyr at DRG refusjonen skal dekke 60 prosent av gjennomsnittskostnadene, mens 40 prosent skal dekkes av basisbevilgningen. En økning på ett DRG poeng gir en refusjon på 0,6 DRG-poeng (60 prosent).

Aktivitetstall	Foreløpig regnskap 2003	Budsjett 2003	Regnskap 2002
DRG poeng	252 613	240 074	232 217
DRG dagbehandling	34 624	29 530	26 187
Antall polikliniske konsultasjoner RTV (Somatikk)	846 319	816 393	774 953
Antall polikliniske konsultasjoner RTV (Psykiatri)	216 388	196 944	178 048

Figur 16 Aktivitetstall DRG

En annen årsak til at inntektene ikke direkte gjenspeiler økningen i DRG poengene er at enkelte inntektsarter - blant annet psykiatri, beredskap, FoU, habilitering og tilskudd til private spesialister - er aktivitetsuavhengige.

Andre forhold som gjør at det ikke er direkte sammenheng mellom økning i inntekter og DRG poeng er at Helse Sør har justert sitt produksjonsmønster i forhold til hva som var budsjettert, fra døgn- til dagbehandling. Dagbehandling gir lavere DRG indeks enn døgnbehandling.

Lønns- og andre personalkostnader

Konsernets lønns- og personalkostnader er 2,4 prosent høyere enn budsjettet. Økningen forklares hovedsaklig ved at aktiviteten er høyere enn budsjettet, samt økte kostnader til pensjon.

Varekostnader og andre driftskostnader

Konsernets øvrige driftskostnader ble 5 438 millioner kroner, som er 570 millioner kroner eller 11,7 prosent høyere enn budsjettet. Økningen forklares hovedsaklig ved at aktiviteten er høyere enn budsjettet. Dette gjenspeiles i økte kostnader knyttet til medikamenter og medisinsk forbruksmateriell.

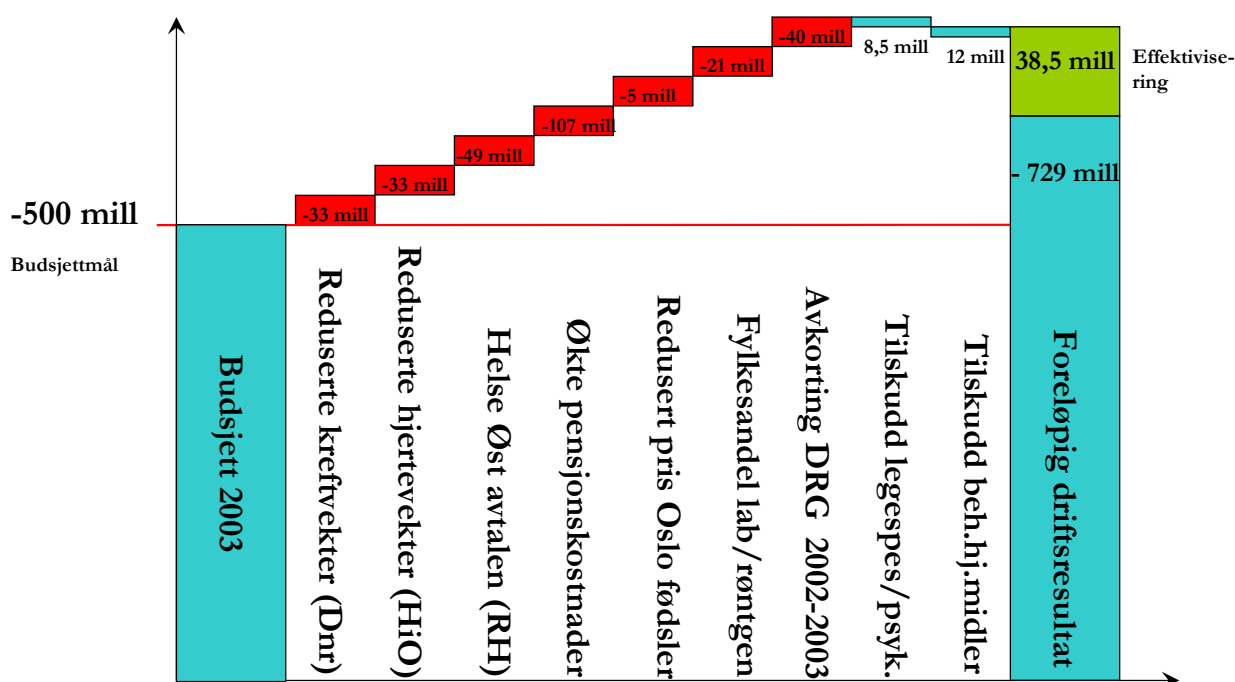
Driftsresultat (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger)

Konsernets foreløpige driftsresultat (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger) for 2003 ble minus 729 millioner kroner. Driftsresultatet er 175 millioner kroner dårligere enn budsjett.

Finansposter

Finansnettoen er positiv med 45 millioner kroner, som er 27 millioner kroner bedre enn budsjett. Nærmere omtale om likviditet og finans se avsnitt 4.2.

Helse Sør konsern – foreløpig driftsresultat



Figur 17 Helse Sør – foreløpig driftsresultat

Helse Sør hadde som mål for 2003 å oppnå et resultat før skatt (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger) på minus 500 millioner kroner. Som følge av reduserte hjerte- og kreftvekter samt konsekvensen av lavere DRG pris på Helse Øst pasienter besluttet styret i Helse Sør at foretaksgruppen skulle styres mot et resultat før skatt (ex inntekter til avskrivninger og avskrivninger) på minus 569 millioner kroner.

Foreløpig driftsresultat for 2003 er minus 729 millioner. Resultatet er således 160 millioner svakere enn styrets målsatte resultat for 2003. Årsaken til svakere resultat er økte pensjonskostnader, redusert pris Oslo fødsler, økte kostnader fylkesandel lab/røntgen samt avkorting på grunn av endret registreringspraksis. Hensyntatt disse forholdene – som Helse Sør ikke kan påvirke - samt økt tilskudd legespesialister og behandlingshjelpemidler, har Helse Sør en reell resultatforbedring i 2003 på 38,5 millioner kroner.

Foreløpig driftsresultat per helseforetak

Driftsresultat før avskrivninger og inntekter til avskrivninger (tall millioner kroner)	Foreløpig driftsresultat	Årsbudsjett	Avvik resultat-budsjett
Ble fjell sykehus HF	(26)	(5)	(21)
Det norske radiumhospital HF	(2)	(0)	(2)
Psykiatrien i Vestfold HF	(4)	-	(4)
Rikshospitalet HF	(19)	4	(22)
Ringerike sykehus HF	(9)	-	(9)
Sykehuset Buskerud HF	(2)	11	(12)
Sykehuset i Vestfold HF	(59)	-	(59)
Sykehuset Telemark HF	1	-	1
Sørlandet sykehus HF	(27)	1	(27)
Sykehusapotekene ANS	14	4	10
Sykehuspartner HF	1	-	1
Helse Sør RHF	(598)	(567)	(31)
Sum Helse Sør konsern	(729)	(554)	(175)

Figur 18 Foreløpig driftsresultat per helseforetak

Sykehuset Telemark HF har et positivt driftsresultat i 2003 på 1,3 millioner kroner. *Det norske radiumhospital HF* og *Sykehuset Buskerud HF* har driftsresultater som er tilnærmet lik null (minus 2 millioner kroner). De andre helseforetakene i Helse Sør har negative driftsresultater for 2003, og omtales nedenfor.

Ble fjell Sykehus HF har et negativt driftsresultat på 26 millioner kroner. Årsaken til underskuddet er merkostnader i forhold til budsjett både på lønn (4,4 millioner kroner) og andre driftskostnader (27,9 millioner kroner). *Ble fjell* hadde budsjettet med en kostnadsinnsparing på 30 millioner kroner på årsbasis. Tiltakene som er iverksatt i 2003 har ikke vært tilstrekkelig for å nå innsparingen

Psykiatrien i Vestfold HF har et negativt driftsresultat på 4 millioner kroner. Det negative resultatet forklares i sin helhet av økte kostnader til pensjon.

Rikshospitalet HF har et negativt driftsresultat på 19 millioner kroner. Årsakene til underskuddet er endret registrering av behandlingsopplegg knyttet til Bachlofen- og Botox-behandling som følge av avregningsutvalgets gjennomgang av NPR-filene for 2002, økte kostnader til pensjon og reduserte priser på normalfødsler Oslo kommune.

Ringerike Sykehus HF har et negativt driftsresultat på 9 millioner kroner. Underskuddet forklares i sin helhet ved avkorting av DRG ved bruk av Z-koder i 2002.

Sykehuset i Vestfold HF har et negativt driftsresultat på 59 millioner kroner. Det negative resultatet forklares med økte kostnader knyttet til pensjon, gjestepasienter,

behandlingshjelpemidler og forsikringer. Aktiviteten for 2003 ble budsjettert med tilnærmet samme antall opphold som i 2002, men med en økning i indeksen. Antall sykehusopphold har vært høyt hele året. Årets fem første måneder hadde også en meget god indeksutvikling som lå over den budsjetterte økningen av indeks. Fra juni og framover har det vært sett en kraftig nedgang i DRG indeks.

Sørlandet sykehus HF har et negativt driftsresultat på 27 millioner kroner. Årsaken er i all hovedsak økte lønns- og pensjonskostnader sammenlignet med budsjett. I tillegg har foretaket hatt høyere kostnader knyttet til gjestepasienter og andre varekostnader.

Andre foretak / selskap i Helse Sør

Sykehusapotekene ANS eies 50 prosent av Helse Sør og tilsvarende av Helse Øst. Foreløpig driftsresultat (Helse Sørs andel) for 2003 er positivt med 14 millioner kroner.

Sykehuspartner HF ble tildelt en basisramme for 2003 på 2,0 millioner kroner. Kostnader påløpt i 2003 var 1,1 millioner kroner. Sykehuspartner er således gjort opp med et foreløpig driftsresultat på 0,8 millioner kroner.

Helse Sør RHF har et negativt driftsresultat for 2003 på 598 millioner kroner. Dette skyldes i sin helhet tildeling av større basisramme til helseforetakene enn det som ble tildelt fra Helsedepartementet. Dette var nødvendig for å sikre tilbudet til øyeblikkelig hjelp samt redusere ventetid for alvorlig syke mennesker.

4.1.2 Åpningsbalanse 2002

Helseforetakene ble stiftet av staten 1. januar 2002 med et kontantinnskudd på 100 000 kroner. Deretter ble sykehusenes netto eiendeler overført helseforetakene som tingsinnskudd. Tingsinnskuddet består av omløpsmidler, anleggsmidler, kortsiktig gjeld og forpliktelser.

Virkelig verdi (gjenanskaffelseskost) på anleggsmidlene ble beregnet til 19 milliarder kroner. Høsten 2001 ble det gjennomført en kartlegging og taksering av anleggsmidlene som gav en verdi på 19 milliarder kroner. Denne verdien ble beregnet med utgangspunkt i gjenanskaffelseskost korrigert for slit og elde. Disse takstene ble i overensstemmelse med stiftelsesdokumenter for helseforetakene benyttet som inngående balanseverdier.

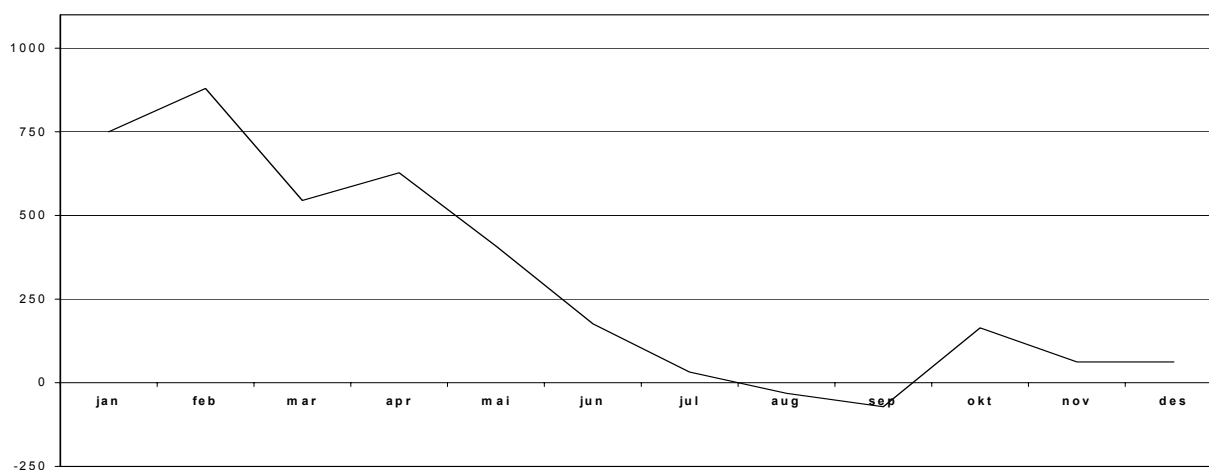
Bokføringen av tingsinnskuddet i regnskapet for 2002 skulle i henhold til St.prp. nr. 1 (2002-2003) baseres på en foreløpig kostpris. Den foreløpige regnskapsmessige kostprisen ble fastsatt til 11 milliarder kroner for Helse Sør. I årsregnskapet for 2002 ble det tatt inn en forutsetning om at endelige verdier på anleggsmidler ville ble fastsatt i tilknytning til fremleggelsen av statsbudsjettet for 2004 (se prinsippnoten til årsregnskapet for 2002).

For å få avlagt årsregnskap for 2003 må endelige verdier og prinsipper for av-/nedskrivning av driftsmidler være fastsatt. Det pågår nå en prosess mellom Helsedepartementet og revisorene hvor revisorene er bedt om å angi sine prinsipielle synspunkter vedrørende første gangs vurdering og av-/nedskrivning av driftsmidler i helseforetakene. Helse Sør avventer konklusjon fra Helsedepartementet på endelige verdifastsettingen.

4.2 Likviditet

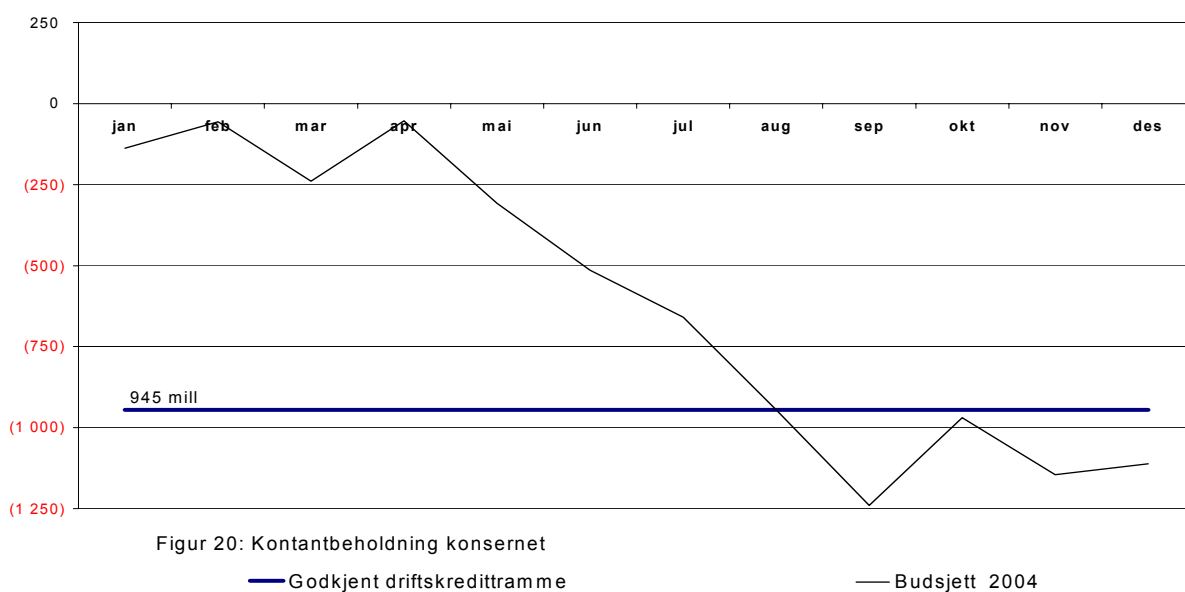
Figuren nedenfor viser utviklingen i driftslikviditet for konsernet i 2003. I forhold til forutsetninger i løpende prognoser gjennom 2003 har likviditeten utviklet seg bedre som følge av:

- Oppjustert ISF fra september – betaling fra HD
- Lavere pensjonspremieutbetaling
- Utbetalinger knyttet til noen investeringer forskyves inn i 2004



Figur 19: Kontantbeholdning vedrørende drift konsernet
— Regnskap 1.1-31.12.03

Likviditetsbudsjett 2004



Figur 20: Kontantbeholdning konsernet
— Godkjent driftskredittramme (945 mill)
— Budsjett 2004

Konsernet har i dag en trekkrettighet i DnBNOR på 945 millioner kroner, som tilsvarer maksimal driftskredittramme i henhold til styringsdokumentet.

Hovedårsakene til at likviditeten utvikler seg negativt også i 2004 er budsjettert underskudd på driften (653 millioner kroner) og at det forventes i størrelsesorden 250 millioner kroner høyere pensjonspremieutbetaling enn bokført pensjonskostnad. Utover dette er det forutsatt at alle planlagte investeringer kommer til utbetaling i 2004.

Det er knyttet stor usikkerhet til hvordan fluktasjonene i likviditetsbehovet blir i 2004. Budsjettet indikerer at det vil være behov for å øke driftskredittrammen vesentlig i løpet av 2. tertial.

4.2.1 Finansnetto og krav til effektivisering

All likviditet har siden 2002 vært plassert i konsernkontoordningen og avkastningen har vært basert på NIBOR 1 måneds rente minus margin. Tabellen nedenfor viser historisk og forventet NIBOR 1 måneds rente på hovedkonto (snittrente uten margin).

Periode	NIBOR	Kommentar
2002	6,9 %	Positiv saldo på konto hele perioden
2003	4,3 %	Positiv saldo på konto hele perioden
2004	2,5 %	Forventer trekk i hele perioden

Figur 21 Historisk og forventet NIBOR 1 måneds rente

Avkastningen i 2002 og første seks måneder av 2003 har vært god. Snittrente NIBOR var 6,9 prosent p.a. i 2002 og 5,5 prosent p.a. de første seks måneder av 2003. Det store rentefallet i 2003 fører til renten i 2004 forventes å ligge cirka 4,5 prosentpoeng lavere enn i samme periode i 2002.

Endringen i netto finanskostnader fra 2002 til 2004 er stor. I 2004 budsjetteres det med cirka 147 millioner kroner mindre i netto finans enn realisert i 2002, se tabell nedenfor.

Millioner kroner	2002	Estimat 2003	Budsjett 2004	Endr. 2003-2004	Endr. 2002-2004
Netto finanskost	116	37	- 31	- 68	- 147

Figur 22 Netto finanskost

For 2004 medfører redusert finansnetto i forhold til 2003 et økt effektiviseringskrav på cirka 68 millioner kroner.

På sikt (1-3 år) må det forventes at rentenivået vil være høyere enn i 2004 og dermed kan lånefinansieringen av driftsunderskudd og investeringer bli vesentlig tyngre å bære i årene fremover. Kapitalkostnadene for flere store byggeprosjekt delfinansiert med byggelån vil først komme med full tyngde når prosjektene er ferdige, fra 2005 og 2006.

4.3 Investeringer

Investeringer i Helse Sør skjer innenfor fire hovedområder:

1. Opptrappingsplanen innen psykiatri 2002-2008
2. Nasjonal kreftplan
3. Investering nybygg somatikk > 50 millioner kroner.
4. Kapitalvedlikehold av eksisterende bygg og maskinpark

Helse Sør vil i 2002-2004 til sammen investere for 3,5 milliarder kroner, som vist i tabellen nedenfor.

<i>(millioner kroner)</i>	2002	2003	2004
Investering opptrappingsplan psykiatri	118	139	90
Nasjonal kreftplan strålebygg (somatikk)	64	21	175
Investering nybygg somatikk	601	437	627
Kapitalvedlikehold m.m.	444	533	*) 268
Etablering av Sykehuspartner HF	0	0	*) 75
Totalt investeringsbudsjett	1 163	1 109	1 235
Inntekter til å dekke avskrivninger	907	677	760
Statens 60 % andel opptrappingsplan psykiatri	53	0	0
Låneopptak	203	300	350
Driftskredittfinansiering 6. byggetrinn SiV (midl.)	0	132	0
Investeringstilskudd forskningsbygg Dnr	0	0	21
Investeringstilskudd over Nasjonal Kreftplan Dnr (strålebygg)	0	0	82
Omstillingsmidler	0	0	21
Total finansieringsplan	1 163	1 109	1235

*) Investeringer i forbindelse med etableringen av Sykehuspartner HF er omfordelte midler fra Kapitalvedlikehold inkl. mindre nybygg. Decker blant annet. investeringer i produksjonskjøkken, maskinpark, etc.

Investeringsbudsjettet 2002-2004 for større nybygg somatikk fordeler seg slik:

<i>(millioner kroner)</i>	2002	2003	2004
Det norske radiumhospital HF	64	21	196
Ringerike sykehus HF	0	90	210
Rikshospitalet HF (SSE)	0	80	0
Sykehuset i Vestfold	175	132	350
Sørlandet sykehus HF	361	114	25
Sykehuset Telemark HF	0	0	21
Totalt investeringsbudsjett nybygg somatikk	601	437	802

Figur 23 Investeringer 2002-2004

4.3.1 Investeringsbehov 2004 -2006

I brev av 9. mai 2003 har Helsedepartementet gitt styringssignaler til de regionale helseforetakene om å være generelt restriktive i sine investeringer i og med at finansieringen utover gjeldende budsjettår er usikker. I samme brev omtales enkeltprosjekter som må gis prioritet innenfor tilgjengelige rammer, det gjelder:

- Nytt forskningsbygg ved Dnr
- Utbygging av strålebygg ved Dnr (Nasjonal Kreftplan)
- Videre- og slutføring av 6. byggetrinn ved SiV
- Byggeprosjekt ved Rikshospitalet (SSE)

Tabellen nedenfor viser hvilke større byggeprosjekt med finansieringsbehov i 2004-2006 som pågår eller planlegges i Helse Sør, i tråd med føringer fra eier:

Investering i større byggeprosjekter 2004-2006	Investeringsprosjekt		
	Prioriterte prosjekt behov 2004	Prioriterte prosjekt behov 2005	Prioriterte prosjekt behov 2006
DNR strålebygg (gj.st.finansieringsbehov 466 mill)	175	215	76
Sykehuset i Vestfold HF	350	363	0
Sørlandet Sykehus (Lister)	13	27	0
Sørlandet Sykehus (Arendal)	12	0	0
Ringerike Sykehus HF	210	0	0
Til pågående byggeprosjekter	760	605	76
DNR forskningsbygg	21	190	365
Sykehuset Telemark HF, Moflata	21	40	0
Rikshospitalet, SSE	0	92	90
Til nye byggeprosjekter	42	322	455
Refinansiering av driftskredittfinansiering SIV fra 2003	0	132	0
Helse Sør RHF	30	30	30
Tilbakeholdt for Sykehuspartner HF	75	0	0
Opptr.plan psykiatri (til senere fordeling)	90	120	120
Sum andre prioriterte investeringer	195	150	150
SUM PRIORITERTE INVESTERINGER 2004 -->	997	1.209	681

Disponible investeringsmidler fra HD	Budsjett 2004	Prognose 2005-2006	
	2004	2005	2006
Lån	350	350	350
Basisramme	760	779	799
Basisramme, omstillingsmidler	21	0	0
Kreftplan stråleterapibyg	82	0	0
Tilskudd forskningsbygg	21	110	212
Disponible investeringsmidler fra HD	1.235	1.239	1.360
TIL VERDIBEVARENDE VEDLIKEHOLD	238	26	558

2,5% prisjustering

58% av total behov

Figur 24 Investeringer i større byggeprosjekter 2004-2006

Konsekvensen av denne prioriteringen vil bli:

1. En vesentlig reduksjon av mulighetene i 2004 og 2005 til å ivareta et helt nødvendig verdibevarende vedlikehold av eksisterende bygningsmasse og maskin-/utstyrsark de nærmeste årene (under forutsetning av samme rammebetingelser som i 2004).
2. Reduserte muligheter for å omstille driften gjennom investeringer, for å nå kravet om driftsmessig balanse innen 31. desember 2005.

Bakgrunnen for denne prioriteringen er:

- Kapitalbehovet over flere år som følger av investeringsbeslutninger vedrørende store prioriterte byggeprosjekter, er større enn de årlige lånerammer som er tildelt Helse Sør. I styringsdokumentet til Helse Sør for 2004 fremgår:

" det vil i det enkelte år ikke være samsvar mellom investeringsnivå og inntekter for å dekke avskrivninger i alle helseforetak. Helsedepartementet legger til grunn at denne ledige likviditeten i Helse Sør brukes til (del) finansiering av andre prioriterte investeringsprosjekter. "

- Det vises også til notat av 15. desember 2003 fra Helsedepartementet ved ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine til styreleder Oluf Arntsen:

"Ved fordeling av lånemidler og likviditet knyttet til inntekter for å dekke avskrivninger til helseforetakene, kan Helse Sør i denne situasjonen ikke legge til grunn at det blir gitt en tilleggsbevilgning i revidert nasjonalbudsjett.

Helse Sør må derfor holde tilbake tilstrekkelig likviditet knyttet til inntekter for å dekke avskrivninger, slik at prioriterte prosjekter i 2004 kan gjennomføres som planlagt. En slik fremgangsmåte er ikke i strid med regnskapsloven..”

Med henvisning til disse styringssignaler fra eier gir Helse Sør prioriterte prosjekter nødvendig finansiering i 2004.

4.3.2 Status for større byggeprosjekter innen somatikk

Det norske radiumhospital HF – nytt strålebygg

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 30. august 2002, sak nr. 42/2002, med vedtak om at det skulle prioriteres og innarbeides i investeringsbudsjettet. Grave- og sprengningsarbeidene er i gang, og råbyggentreprisen er ute på anbud. Kontrakt forventes klar i utgangen av februar. Bygget forventes klart for innflytting 2. kvartal 2006.

Styregodkjenning den 30. august 2002 forutsatte en total kostnadsramme på 464 millioner kroner og en statlig finansiering på cirka 165 millioner kroner. I brev av 19. desember 2003 fra Helsedepartementet blir Helse Sør tildelt 82,4 millioner kroner, som er 82,6 millioner mindre enn forutsatt. Helse Sør har derfor bedt Radiumhospitalet utarbeide en konsekvensanalyse i forhold til redusert finansiering over Kreftplanen. Dette kan også medføre en revurdering av framdriften.

Det norske radiumhospital HF – nytt forskningsbygg

Rammen for dette prosjektet ble av RHF-styret satt til 1 000 millioner kroner, under forutsetning av en forsvarlig finansiering.. Stortinget vedtok under behandlingen av statsbudsjettet for 2004 å kontantfinansiere 640 millioner kroner.

Byggestart kan skje rundt årsskiftet 2004/2005, med innflytting rundt årsskiftet 2007/2008. Det er finansiert 21 millioner kroner hittil, som dekker prosjekteringskostnadene ut 2004.

Rikshospitalet HF – nybygg ved Statens spesialsykehus for epilepsi (SSE)

Sosialkomiteen uttaler i Budsjettinnstilling S nr. 11 (2002-2003) at bygging av ny sengepost og ny intensiv observasjonsport ved SSE bør prioriteres.

Ved SSE er det planlagt to bygg, ny intensiv observasjonspost og ny sengeavdeling. Disse er omtalt i St.prp. nr. 84 (2000–2002) og i St.prp. nr.1 (2001–2002). Den intensive sengeposten er vurdert av både departementet og SSE som mest presserende, og derfor foreslått prioritert først. Den vil bli lagt fram for RHF-styret som egen sak. Det forutsettes at Rikshospitalet HF gjennomfører prosjektering innenfor sin generelle inntektsramme, med sikte på oppstart 1. kvartal 2005.

Ringerike sykehus HF – ny somatisk døgnavdeling

Dette byggeprosjektet ble godkjent i RHF-styret 30. august 2002. Bygget forventes klart for innflytting 4. kvartal 2004.

Prosjektet er følger budsjett og fremdriftsplan, og det er finansiert cirka 95 millioner kroner hittil i prosjektet (fra 1. januar 2002).

Sykehuset i Vestfold HF – 6. byggetrinn

Dette byggeprosjektet ble igangsatt av Vestfold fylkeskommune og senere godkjent i RHF-styret 14. februar 2003 sak nr. 14/2003, med vedtak om videre- og slutføring innenfor en kostnadsramme på 800 millioner kroner (prisnivå per februar 2003). Det er forutsatt en årlig bedring i driftsøkonomien på 40 millioner kroner. Hovedkontraktene for innredningsarbeider, inkludert tekniske entrepriser, er inngått, og arbeidene igangsatt. Dette byggetrinnet forventes klart for innflytting 3. kvartal 2005.

Prosjektet følger budsjett og fremdriftsplan, og det er finansiert 420 millioner kroner hittil i prosjektet (fra 1. januar 2002).

Sykehuset Telemark HF – Moflata sykehjem

Dette prosjektet ble godkjent av RHF-styret 26. januar 2004, og består primært av erverv og ombygging av et eksisterende sykehjem, slik at tilbudet blant annet innenfor kreftomsorgen kan bedres og omfanget av korridorpasienter kan reduseres. Ombyggingsarbeidene er finansiert med 40 millioner kroner, og vil bli ferdigstilt innen 2. kvartal 2004. Det forutsettes at det kan oppnås en avtale med Skien kommune om betalingsutsettelse til 2005 for ervervet av sykehjemmet

Sørlandet sykehus HF – ombygginger og tilbygg ved Flekkefjord sykehus

Disse arbeidene er fortsettelse av hovedutbyggingen ved sykehuset, og ble sist behandlet i RHF-styret som en del av investeringsbudsjettet for 2003, sak 05/2003. Her blir de resterende arbeidene strukket ut i tid, slik at årets arbeider – delvis ny og delvis ombygget intensivavdeling – er beregnet til 13 millioner kroner, med innflytting 2. kvartal 2004. Da gjenstår ombygging av operasjonsavdelingen, som nå er planlagt utført i 2005.

Prosjektet følger revidert budsjett og fremdriftsplan, og det er finansiert cirka 77 millioner kroner hittil i prosjektet (fra 1. januar 2002)

Sørlandet sykehus HF – ombygginger ved Arendal sykehus

Disse ombyggingsarbeidene er fortsettelse av hovedutbyggingen ved sykehuset, og ble sist behandlet i RHF-styret som en del av investeringsbudsjettet for 2003, sak 05/2003. Gjenstående ombygging er kraftig redusert i omfang, fra 68 til 12 millioner kroner, og er planlagt slutført 2. kvartal 2004.

Prosjektet følger revidert budsjett og fremdriftsplan, og det er finansiert cirka 373 millioner kroner hittil i prosjektet (fra 1. januar 2002).

4.4 Forsikring

Helse Sør har i 2003 hatt like forsikringsdekninger for alle helseforetakene. Dette gjelder både innen person- og skadeforsikring.

Helse Sør har som mål å ha melderutiner og å gjennomføre skadeforebyggende tiltak som på sikt vil redusere skader og derigjennom føre til lavere premiekostnader. Skadestatistikken for 2003 er positiv med lav skadeprosent for alle typer forsikringer. Det er utarbeidet og implementert rutiner for melding ved alle typer skader på egne skademeldingsskjema. Alle ansatte har mottatt en brosjyre som viser hvilke personforsikringer og hvilke forsikringsdekninger de er omfattet av som ansatt i Helse Sør.

Total forsikringspremie for Helse Sør i 2003 er 86,9 millioner kroner hvorav 55,9 millioner gjelder personforsikring og 31,0 millioner skadeforsikring.

I løpet av 2003 og fra 1. januar 2004 er forsikringene utvidet til å omfatte:

- Sykehuspartner HF
- Sophies Minde Ortopedi AS (Rikshospitalet HF)
- Hjertesenteret i Oslo (Rikshospitalet HF)
- Krefregistret (Det norske radiumhospital HF)

Rusomsorgen - virksomheter som omfattes er:

- Vest-Agder klinikkene
- Aust-Agder klinikkene
- Vestfoldklinikken
- Tyrifjord Behandlingscenter
- MAR Telemark
- VÅKS

Ansatte som er omfattet av personforsikring i Helse Sør:

	Antall ansatte	Antall årsverk
Helse Sør RHF	40	40
Rikshospitalet HF	5 573	4 461
Det norske radiumhospital HF	1 692	1 430
Ringerike sykehus HF	877	689
Blefjell sykehus HF	1 221	825
Sykehuset Buskerud HF	2 883	2 412
Sykehuset i Vestfold HF	2 788	2 245
Psykiatrien i Vestfold HF	857	712
Sykehuset Telemark HF	2 770	2 210
Sørlandet sykehus HF	49 07	3 766
Totalt	23 608	18 790

Tabell 25 – Ansatte omfattet av personforsikring i Helse Sør

Forsikringsgivere 2003 (s = skadeforsikring, p = personforsikring)

If skadeforsikring	Eiendom	s
	Inventar & Løsøre	s
	Maskin + Maskinavbrudd	s
	Tank	s
	Avbrudd (Industri)	s
	Verdigjenstand	s
	Kjøretøy	s
	Gjensidige Forsikring	Yrkesskade / yrkessykdom
Ulykke fritid ansatte		p
Ansvar		s
Prosjektforsikring		s
Storebrand	Gruppeliv	
Europeiske	Reiseforsikring	p
KLP	Ulykke luftambulans	p
AIG	Styreansvar	s
Factor Insurance Brokers AS er forsikringsmegler for Helse Sør.		

5. Organisering

5.1. Organisatoriske endringer

5.1.1 Sammenslåing av helseforetak

Helse Sør RHF varslet i Årlig melding 2002 at foretaket ville se på foretaksstrukturen, samt at Helse Sør mener at færre foretak ville kunne bidra til mer effektiv ressursbruk.

Med virkning fra 1. januar 2003 ble virksomheten i Spesialsykehuset for epilepsi HF og Spesialsykehuset for rehabilitering HF innlemmet i Rikshospitalet HF. Disse sykehusene er i dag enheter under Rikshospitalet HF.

Virksomheten i Aust-Agder sykehus HF, Lister sykehus HF og Vest-Agder sykehus HF ble 1. februar 2003 slått sammen til Sørlandet sykehus HF. Foretaket er i god prosess med å integrere virksomhetene til ett foretak med tverrgående klinikker.

Styrene for Det norske radiumhospital HF og Rikshospitalet HF vedtok i oktober at spørsmålet om en sammenslåing av Rikshospitalet og Radiumhospitalet bør utredes. Utredningene skal gjennomføres slik at spørsmålet kan realitetsbehandles sommeren 2004.

5.1.2 Avvikling av aksjeselskapet Drammen røntgeninstitutt AS

Helse Sør RHF overtok ved innføring av helseforetaksreformen samtlige aksjer i Drammen røntgeninstitutt AS (DRI) fra Buskerud fylkeskommune. Helseforetakslovens paragraf 42 første ledd forbyr Helse Sør RHF å eie virksomheter som driver spesialisthelsetjeneste organisert med begrenset ansvar. Aksjeselskapet Drammen røntgeninstitutt AS er derfor avviklet i 2003. Virksomheten Drammen røntgeninstitutt er overført til Sykehuset Buskerud HF som en enhet.

5.1.3 Overtakelse av Hjertesenteret i Oslo

Helse Sør RHF's datterforetak Rikshospitalet HF overtok 1. januar 2003 Hjertesenteret i Oslo (HIO). HIO er nå en del av rettsobjektet Rikshospitalet HF, men er organisert som en egen enhet med internstyre.

5.1.4 Etablering av eget foretak for fellestjenester - Sykehuspartner HF

Styret i Helse Sør besluttet 27. august 2003 å etablere fellestjenester innen innkjøp, IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) og lønn/økonomi/personal.

Etableringen av Sykehuspartner HF skal bidra til å redusere kostnadene innenfor ikke-medisinske fellestjenester og bidra til at sykehusene kan rendyrke sin kjernevirksomhet: Pasientbehandling, forskning og utdanning.

Omleggingen til fellestjenester skjer gradvis i løpet av 2003 og 2004. Sykehuspartner HF ble stiftet i september 2003. Gjennomføringen startet 20. oktober 2003 – og målet er at det nye foretaket skal være i full drift fra 1. januar 2005.

Det er opprettet en egen innkjøpsenhet under Sykehuspartner. Målet med samordningen er å oppnå bedre innkjøpsbetingelser. For 2004 er det budsjettert med en gevinst på cirka 200 millioner kroner.

Innen lønn/økonomi/personal vil det i 2004 bli etablert fellestjenester for de transaksjonstunge oppgavene, som for eksempel lønnsutkjøring og bilagsføring. Geografisk lokalisering til Drammen og Grimstad ble vedtatt på styremøtet for Sykehuspartner 18. desember 2003.

Helse Sør reduserer kostnader gjennom å samle IKT-ressursene

Styret i Helse Sør RHF vedtok den 23. september 2003 å organisere all IKT-virksomhet ved helseforetakene i en egen enhet underlagt Sykehuspartner HF.

Opgavene til Sykehuspartner blir:

- a) Gjennomføre vedtatt IKT-strategi for Helse Sør, samt bidra til videreutvikling av denne.
- b) Leverer og drifte basis infrastruktur, basis programvare, ”desktop” samt administrative og kliniske systemer.
- c) Vedlikehold og lokal brukerstøtte av IKT-systemer og prosessutvikling ved det enkelte helseforetak.

Virksomheten skal bygge på Rikshospitalets driftskonsept (leveransemodell). Driftssenteret lokaliseres til Rikshospitalets lokaler.

For å sikre kritiske funksjoner for pasientbehandling etableres det et ”back-up” beredskapssenter for IKT-drift ved Sykehuset Telemark HF.

IKT-enheten skal benytte den beste fagkompetanse som finnes i regionens IKT-miljø til å utvikle og ta vare på kompetansesentra som kan bidra både på et regionalt og nasjonalt nivå innen de medisinske og kliniske fag og prosesser. I denne omgang etableres kompetansesentra på Rikshospitalet HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Sørlandet HF.

Gjennom service og leveranseavtaler skal det sikres at kvaliteten på drift, brukerstøtte og utvikling av IKT-systemene minst opprettholdes på dagens nivå, også i overflyttingsfasen.

Etablering av fellestjenester innen IKT skal sikre en årlig netto besparelse på minimum 10 millioner kroner i 2004 og minimum 40 millioner i 2005.

Omorganisering av kjøkkentjenesten

Styret i Helse Sør besluttet på styremøtet 27. november 2003 å skille ut produksjonen av varmmat og organisere enheten i Sykehuspartner HF.

Produksjonstjenesten skal lokaliseres på tre ulike geografiske områder i Helse Sør. I tillegg vil det bli små kjøkken ute på postene i sykehusene, hvor kjøkkenpersonalet vil ha ansvaret for å forberede og tilpasse maten til den enkelte pasient. Dette vil frigjøre helsepersonell for mer tid til pasientbehandling.

Helse Sør regner med å redusere driftsutgiftene i størrelsesorden 50 millioner kroner årlig ved denne omorganiseringen. De ansatte som blir berørt av omstillingen skal Helse Sør så langt det er mulig tilby annet relevant arbeid.

Digitaliserer alle pasient- og journalopplysninger

Styret har vedtatt å innføre elektroniske pasient- og journalsystemer og digital diktering som standardverktøy ved alle helseforetak i Helse Sør. Dette gir raskere og bedre tilgang på pasientjournalene, i tillegg til at primærlegene får raskere tilbakemelding om behandlingen pasientene har fått. Økt bruk av teknologi på dette området vil ha en svært god effekt både på kvalitet og driftsøkonomi, selv om omleggingen krever betydelige investeringer.

Planen er at alle papirjournalene skal bli overført til elektroniske arkiver i løpet av et par år. Etter dette - senest innen utgangen av 2006 - vil alle slike pasientopplysninger kun foreligge elektronisk. Systemene skal omfatte all den informasjonen som tradisjonelt lagres i pasientens papirjournal. Relevant papirbasert pasientinformasjon skal skannes slik at den blir elektronisk tilgjengelig i det elektroniske systemet.

I et normalt driftsår er det estimert en kostnadsreduksjon på 60 millioner kroner.

5.2 Prosjekt rus

Rusreformen innebærer at staten fra 1. januar 2004 overtar det samlede fylkeskommunale sektoransvaret for rusmiddelmissbrukere, herunder behandlingsinstitusjoner/tiltak. Disse vil som en følge av overføringen derved komme inn under helselovgivningen på lik linje med andre helsetjenester.

Styret for Helse Sør RHF fattet 27. november 2003 følgende vedtak:

1. Innplassering i eksisterende foretaksstruktur. Styret slutter seg til administrasjonens anbefaling om følgende innplassering i foretakstrukturen:

- *Sørlandet Sykehus HF får ansvar for Vest-Agder klinikkene og Aust-Agder klinikken*
- *Telemark Sykehus HF får ansvar for MAR Telemark*
- *Psykiatrien i Vestfold HF får ansvar for Vestfoldklinikken*
- *Buskerud sykehus HF får ansvar for Tyrifjorden behandlingssenter og VÅKS*

2. Det etableres en bestillerfunksjon som legges til Helse Sør RHF.

Målsettingen med rusreformen er:

- Få bedre tjenester og bedre behandlingsresultater ved å klargjøre ansvar, utnytte ressursene bedre, styrke den tverrfaglige innsatsen, samarbeide mellom ulike tjenester, videreutvikle kvaliteten i hjelpe- og behandlingstilbudet (effekt mål).
- Overtakelsen av eierskapet skal gjennomføres slik at det regionale helseforetaket fra overtakelsestidspunktet på en kvalifisert måte fyller sitt ansvar og løser sine oppgaver (resultat mål).

5.3 Prosjekt rehabilitering

Helse Sør RHF har gjennomført et prosjekt knyttet til ansvarsoverføring av opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonene. Prosjektet er gjennomført ut fra følgende hovedmålsetting:

Etablere en helhetlig behandlingsskjede mellom sykehus/primærhelsetjeneste og de private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonene.

Prosjektet ble gjennomført med aktiv deltakelse fra alle berørte institusjoner, representanter for helseforetakene, kommunene og brukerorganisasjonene. Prosjektrapporten, som lå til grunn for styrets behandling, legger føringer for viktige tiltak og prioriteringer for de tilbud de aktuelle institusjonene skal tilby innen rehabiliteringsfeltet.

I henhold til Styringsdokumentet for 2003 er det inngått avtaler med alle institusjonene i Helse Sør som var omfattet av reformen, med unntak av Nordagutu opptreningssenter. Telemark fylkeskommune, som eier denne institusjonen, har motsatt seg overdragelse til Helse Sør RHF. Saken er derfor oversendt til ”nemndsbehandling”. Så snart dette er avgjort vil Helse Sør RHF ta stilling til organisasjonsmessig tilknytning for denne institusjon.

5.4 Syketransport

Syketransporten er overtatt og ansvaret er internt fordelt på de helseforetak som har ansvar for prehospitale tjenester: Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Sørlandet. Arbeidet med overtakelsen har skjedd uten større problemer.

5.5 Akutt medisinsk koordinering

Ambulanse og nødmeldetjeneste er organisert ved tre helseforetak som er pålagt samarbeid, koordinering og standardisering.

6. Oppfølging av foretaksmøter med Helsedepartementet

Helse Sør RHF hadde i 2003 to foretaksmøter med Helsedepartementet.

Foran foretaksmøtet 10. april 2003 presenterte styret et helhetlig oppfølgingsopplegg for medisinsk koding, som tar sikte på at kodepraksis best mulig skal samsvare med regelverk og god faglig praksis. Med utgangspunkt i styrets forslag ga Helsedepartementet Helse Sør en instruks om å gjennomføre en rekke tiltak.

Helse Sør rapporterte om gjennomføring og oppfølging av instruksene i foretaksmøtet 18. juni. Foretaksmøtet registrerte at de angitte punktene i instruksene følges opp. Foretaksmøtet fortutsatte at det videre oppfølgingsarbeidet blir omtalt i årlig melding.

6.1 Oppfølgingsarbeidet i sak om kodepraksis

Helse Sør RHF engasjerte Analysesenteret Lovisenberg AS som gjennomgikk kodepraksis ved alle helseforetakene i Helse Sør basert på endelig NPR-fil 2002. Rapporten forelå i august 2003. Rapporten viste at kodekvaliteten var god og uten tegn til systematisk feilkoding. Anbefalingen for øvrig var at man generelt bør ha et kontinuerlig trykk på riktig bruk av diagnoser og bidiagnoser.

Rapporten ble styrebehandlet i Helse Sør RHF's styre 23. september 2003. Den er også behandlet i møte med ledere av helseforetakene for å sikre videre oppfølging av det som er påpekt.

Helse Sør planlegger nytt seminar om riktig bruk av medisinsk kodeverk når prislisten for 2004 foreligger i februar 2004.

6.2 Utviklingsprosjektet

Helse Sør startet i mai 2003 opp et eget "utviklingsprosjekt". Prosjektet omfatter arbeidsmiljø, rutiner, systemer, ansvars- og myndighetsforhold, ledelses- og ledelsesstrukturer i Helse Sør RHF. Dessuten omhandler prosjektet forholdet mellom Helse Sør RHF og helseforetakene.

Intensjonen med Utviklingsprosjektet er todelt:

- Kartlegge og sørge for utvikling på de områdene medarbeiderne i Helse Sør RHF mener er de viktigste, sett i sammenheng med de sett av nasjonale og regionale verdier som er utviklet på initiativ av Helsedepartementet.
- Kartlegge og arbeide med de viktigste utviklingsområdene mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Kartleggingsarbeidet i RHFet ble gjennomført ved gruppeintervjuer: Disse intervjuene avdekket forbedringsbehov på en rekke områder, blant annet rolleavklaring, intern samhandling, spilleregler for ønsket atferd, kommunikasjon, saksbehandling og ledelse/styring.

Kartleggingen ble fulgt opp med en to-dagers samling i september 2003 for alle RHF-medarbeiderne. Helse Sør RHF skal være et arbeidssted som gir store utfordringer og legger til rette for at medarbeiderne med kvalitet, stolthet og tilfredshet kan levere som forventet.

De viktigste utviklingsområdene mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket ble kartlagt ved intervjuer med direktørene i helseforetakene og deres ledergrupper. Resultatene av kartleggingen er lagt frem for og behandlet i møte med direktørene for alle helseforetakene. Sentrale områder var rolleavklaring, lederutvikling og god virksomhetsstyring. Disse forhold er bearbeidet i 2003 og vil bli fulgt opp i 2004.

Styret behandlet utviklingsprosjektet i november 2003.

7. utfordringer i 2004-2005

7.1 funksjonsfordeling, standardisering og kvalitetssikring av tjenestetilbud

Funksjonsfordeling i Helse Sør RHF

Styret i Helse Sør RHF har vedtatt en toårig strategi for å komme i økonomisk balanse. Innen utløpet av 2005 skal blant annet 300 millioner kroner hentes inn gjennom effektivisering knyttet til funksjonsfordeling. Dette er nødvendig for at foretaksgruppens skal komme i økonomisk balanse. Det vises her til konsernstyrevedtaket 27. november 2003 i sak 114/2003: ”Arbeidet med en mer effektiv funksjonsfordeling skal organiseres i form av sterk konsernstyring og en ansvarliggjøring av helseforetakene”. I tillegg peker Styringsdokumentet på behovet for og nødvendigheten av en strengere prioritering av ressursene.

Det videre arbeidet med oppgavefordeling må ta hensyn til Lov om pasientrettigheter som inkluderer prioriteringsforskriften og nye pasientrettighetsforskrifter som ventes innført fra 1. juli 2004. Som ledd i arbeidet med en mer effektiv funksjonsfordeling, vil anbefalingene fra faggruppene fra 2003 bli vurdert. Faggruppene representerte de ulike medisinske spesialiteter og medlemmene var oppnevnt av helseforetakene.

Funksjonsfordeling mellom helseforetakene i Helse Sør skal sikre:

- *Helsejusetilbudet* – i størst mulig grad, skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted.
- *Kvalitet og faglig forsvarlighet* – økt grad av funksjonsfordeling skal bidra til bedret kvalitet.
- *FoU* – styrking av fagmiljøene gjennom mer robust funksjonsfordeling vil bedre mulighetene for å styrke forskning og utviklingsaspektet.
- *Kompetanseutvikling og utdanning* – funksjonsfordeling og samhandling skal ta hensyn til behovet for fagpersoner.
- *Økonomien* – økt grad av funksjonsfordeling skal bedre sykehusenes effektivitet og totale driftsøkonomi

Prosjektarbeidet er vedtatt gjennomført slik:

- Prosjektansvaret legges til helseforetaksdirektørene innenfor hver delregion. Disse skal sørge for en bred faglig representasjon, forankring og fremdrift i prosjektarbeidet.
- Det forutsettes deltagelse fra tillitsvalgte og brukerrepresentanter.

Fremdrift for arbeidet

Forslag til endrete funksjonsfordelinger avleveres innen den 3. mai 2004. Det gjennomføres en ekstern høringsrunde i løpet av mai 2004. Forslagene skal styrebehandles i hvert HF primo juni 2004. Styret i Helse Sør RHF gjennomfører ultimo juni 2004 en helhetlig og endelig behandling av forslagene til funksjonsfordeling. Styrevedtaket implementeres fra senest primo september 2004.

7.2 Balanse 2005 - økonomiske utfordringer 2004-2005

Styret i Helse Sør RHF vedtok 22. desember 2003 å gjennomføre en toårig budsjettstrategi for å bringe Helse Sør RHF i økonomisk balanse i 2005. Effektiviseringskravet er 600 millioner kroner for 2004 og 670 millioner for 2005, hvorav 300 millioner kroner er knyttet opp til mer effektiv funksjonsfordeling.

Vedtatte budsjett for 2004 har en innstrammings effekt på 607 millioner kroner. Det er gjennomført grundige konsekvensanalyser av disse tiltakene. Det gjenstående innstammingsbehov på 670 millioner kroner i 2005 vil kreve omfattende tiltak. Helseforetakene må derfor innen 1. mars 2005 legge frem en konsekvensanalyse for å oppnå balanse i 2005.

Nye ansvarsområder som Helse Sør overtar fra og med 1. januar 2004 er innarbeidet i budsjettet. I budsjettet er det forutsatt at nye ansvarsområder ikke skal ha negativ effekt på driftsresultatet til Helse Sør, bortsett fra Syketransport, som viser et underskudd på cirka 13 millioner kroner.

Det er budsjettet med en total DRG-produksjon i 2004 på cirka 283 000 DRG-poeng.

Budsjettallene fra helseforetakene viser en reduksjon på 574 årsverk i løpet av 2004, slik at samlet antall årsverk i foretaksgruppen Helse Sør per 31. desember 2004 skal være 19 221.

Helse Sør vil allerede nå varsle at en innstramming på 670 millioner kroner i 2005 vil kunne få alvorlige konsekvenser for tjenestetilbudet.

7.3 Omdømme, tillit og kommunikasjon

Året 2003 var et turbulent år for Helse Sør. I 2004 vil ledelsen spesielt prioritere å styrke Helse Sørs omdømme og tillit, i tråd med visjonen fra Resept 2006: *"Helse Sør skal være ledende innen helsesektoren. Vi tar ansvar og bidrar til trygghet, tillit og god helse"*.

Grunnlaget for godt omdømme og god tillit skapes ved at vi setter oss hensiktsmessige og gode mål, gjør sunne og riktige prioriteringer – og gjennomfører de planer vi vedtar. Helse Sørs verdier: Faglig dyktighet, tilgjengelighet og respekt, skal derfor prege hele organisasjonen i praksis.

Helse Sør vil spesielt legge vekt på å videreutvikle en sterk og sunn bedriftskultur. Arbeidet med utviklingstiltak i vår egen organisasjon vil fortsette. Spesiell vekt vil bli lagt på å sikre at vi er organisert på en hensiktsmessig måte, og at faglig og personlig kompetanse er tilpasset på alle nivåer. Dyktige ledere er av avgjørende betydning for å lykkes i en omstillingsfase. Kommunikasjonen med medarbeidere på alle plan må styrkes.

Pasientene skal fortsatt ha trygghet for at de blir ivaretatt på en god måte når de henvender seg til våre helseforetak. Undersøkelser viser at informasjonen til pasientene må bedres på mange områder. Samarbeidet med brukerorganisasjonene i Helse Sør er bra, men må utvikles videre.

Eksternt vil Helse Sør legge vekt på aktiv og åpen kommunikasjon med massemediene. Alle styremøtene i Helse Sør er fra 1. januar 2004 åpne. Sakspapirer legges ut på internett før møtene. Vi legger også vekt på å etablere en åpen og planmessig dialog med alle våre interessegrupper.