

2002
ÅRSRAPPORT

HELSE ØST



ØKT INNFLYTELSE TIL BRUKERNE

FÆRRE I KØ

LIKEVERDIG TILBUD
TIL HJERTESYKE

FORENKLING MED IT

3 PRESENTASJON

- 3 Dette er Helse Øst
- 4 Organisering i helseforetak
- 5 Sykehusreformen
- 6 Nøkkeltall
- 7 Viktige hendelser i 2002

8 INTERVJU med styreleder Siri B. Hatlen

14 HOVEDPROSJEKT: Bedre fordeling av oppgavene

16 PASIENTEN I FOKUS

- 16 Likeverdig tilbud til hjertesyke
- 17 Sammenhengende behandlingsskjede
- 18 Markert nedgang i antall ventende
- 20 Bedret kapasitet innen psykiatri

22 INTERVJU med administrerende direktør Tor Berge

26 KVALITET OG FAG

- 26 Forskning og utdanning
- 28 Satser på kvalitet
- 30 Forbedring av helsetjenestene/eksempler

32 DIALOG

- 32 Intervju med leder for brukerrådet Arne Lein
- 34 Medvirkning og innflytelse

36 MER HELSE FOR PENGENE

- 36 Samarbeid på tvers

38 BERETNING

- Styrets beretning
- 43 Resultatregnskap
- 44 Eiendeler
- 45 Egenkapital og gjeld
- 46 Kontantstrømoppstilling
- 47 Noter
- 56 Revisors beretning

Styreleder: – Vi skal jobbe slik at vi får tillit!



Mer helse for pengene: tjente 75 millioner på innkjøp.



Ullevål universitetssykehus HF etablerer nytt spesialtilbud til pasienter med livstruende spiseforstyrrelser.





Dette er Helse Øst

Helse Øst er den statlige helseforetaksgruppen som fra 1. januar 2002 overtok ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Øst RHF (regionalt helseforetak) og sju underliggende datterselskaper. I tillegg dekkes behovet for helsetjenester ved hjelp av et tett og forpliktende samarbeid med privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister.

Hovedoppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Helsetjenestene skal leveres i tråd med helsepolitiske mål og rammer fastsatt av Stortinget og Helsedepartementet.



Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek og laboratorier. Tilnærmet alle inntektene kommer gjennom statlige bevilgninger.

Helse Øst hadde i 2002 ca. 30 000 medarbeidere og et budsjett på ca. 18 milliarder kroner. Regionen har rundt 1,6 millioner innbyggere, noe som tilsvarer om lag en tredjedel av Norges befolkning.

Mål

Det overordnede målet for virksomheten i Helse Øst er å gi befolkningen evne til å

- beholde god helse lengst mulig i livet
- bli frisk når sykdom rammer
- leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
- møte livets slutt på en trygg og verdig måte

Visjon:

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

Vellykket reformår

Det første reformåret var vellykket for Helse Øst. Pasientene fikk et bedre tilbud gjennom økt aktivitet og reduserte ventelister. Ressursbruken ble bedre koordinert og sykehusene dermed mer effektive. I løpet av 2002 ble det etablert gode arenaer for samhandling og dialog mellom ulike parter. Gjennom prosjektet «Ny foretaksstruktur og oppgavefordeling» ble det lagt et viktig grunnlag for den langsiktige utviklingen i regionen. Det økonomiske resultatet var tilfredsstillende.

Organisering i helseforetak (HF)

2002

| | |
|---|---|
| Helse Øst regionalt helseforetak (RHF) | → |
| Aker universitetssykehus HF Ski sykehus HF Folloklinikken (i 2002 del av Blakstad sykehus HF) | → |
| Akershus universitetssykehus HF | → |
| Ullevål universitetssykehus HF Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo HF | → |
| Bærum sykehus HF Blakstad sykehus HF (med unntak av Folloklinikken) | → |
| Sykehuset Østfold HF Psykisk helsevern Østfold HF | → |
| Oppland sentralsykehus HF Sentralsjukehuset i Hedmark HF Sanderud sykehus HF, med Barne- og ungdomspsykiatrien i Hedmark Tynset sjukehus HF Kongsvinger sjukehus HF | → |
| Sunnaas Sykehus HF | → |
| Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS | → |

2003

| |
|---|
| Helse Øst RHF Antall årsverk: ca. 40 |
| Aker universitetssykehus HF Antall årsverk: ca. 2 900 |
| Akershus universitetssykehus HF Antall årsverk: ca. 3 300 |
| Ullevål universitetssykehus HF Antall årsverk: ca. 7 700 |
| Sykehuset Asker og Bærum HF Antall årsverk: ca. 1 800 |
| Sykehuset Østfold HF Antall årsverk: ca. 3 800 |
| Sykehuset Innlandet HF Antall årsverk: ca. 5 100 |
| Sunnaas sykehus HF Antall årsverk: ca. 400 |
| Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS |

Helse Øst gjennomførte i 2002 en involverende og åpen prosess i forhold til framtidig organisering og oppgavefordeling i regionen. På bakgrunn av prosjektarbeidet vedtok styret i Helse Øst RHF i oktober 2002 en langsiktig struktur med sju mer jevnstore helseforetak og ett apotekselskap.

Helse Øst består fra 01.01.03 av sju helseforetak og ett apotekselskap (deleier sammen med Helse Sør). I tillegg til egne datterselskap har Helse Øst et tett og forpliktende samarbeid med de privateide sykehusene Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martine Hansens hospital og Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Helse Øst RHF har også avtaler med private kommersielle sykehus og legespesialister om kirurgisk behandling.

– Vi mener færre helseforetak og riktigere og mer bevisst fordeling av oppgavene er et godt virkemiddel til å gi befolkningen et tilbud som både ivaretar nærhet og høyt faglig nivå på helsetjenestene.



Sykehusreformen

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for sykehus, psykiatri, ambulansetjeneste – alt det som omtales som spesialisthelsetjenesten. Sykehusreformen innebærer at fem regionale helseforetak (RHF) har fått det overordnede ansvaret for helsetjenestene innenfor sitt geografiske område.

Målet med reformen er å utnytte ressursene bedre slik at pasientene kan oppleve reduserte ventetider og bedre tilbud der det i dag er dårlig. Reformen skal blant annet legge grunnlag for bedre utnyttelse av bygg og anlegg, samordne beredskap, gi betingelser for tydeligere ledelse, mer profesjonelle innkjøpsrutiner og bedre bruk av IT.

De enkelte sykehusene og institusjonene inngår i selvstendige helseforetak og har fått større frihet når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser enn de har hatt tidligere. Hvert helseforetak skal sørge for best mulig drift i tråd med de helsepolitiske målene og økonomiske rammene som eier og Stortinget har satt.

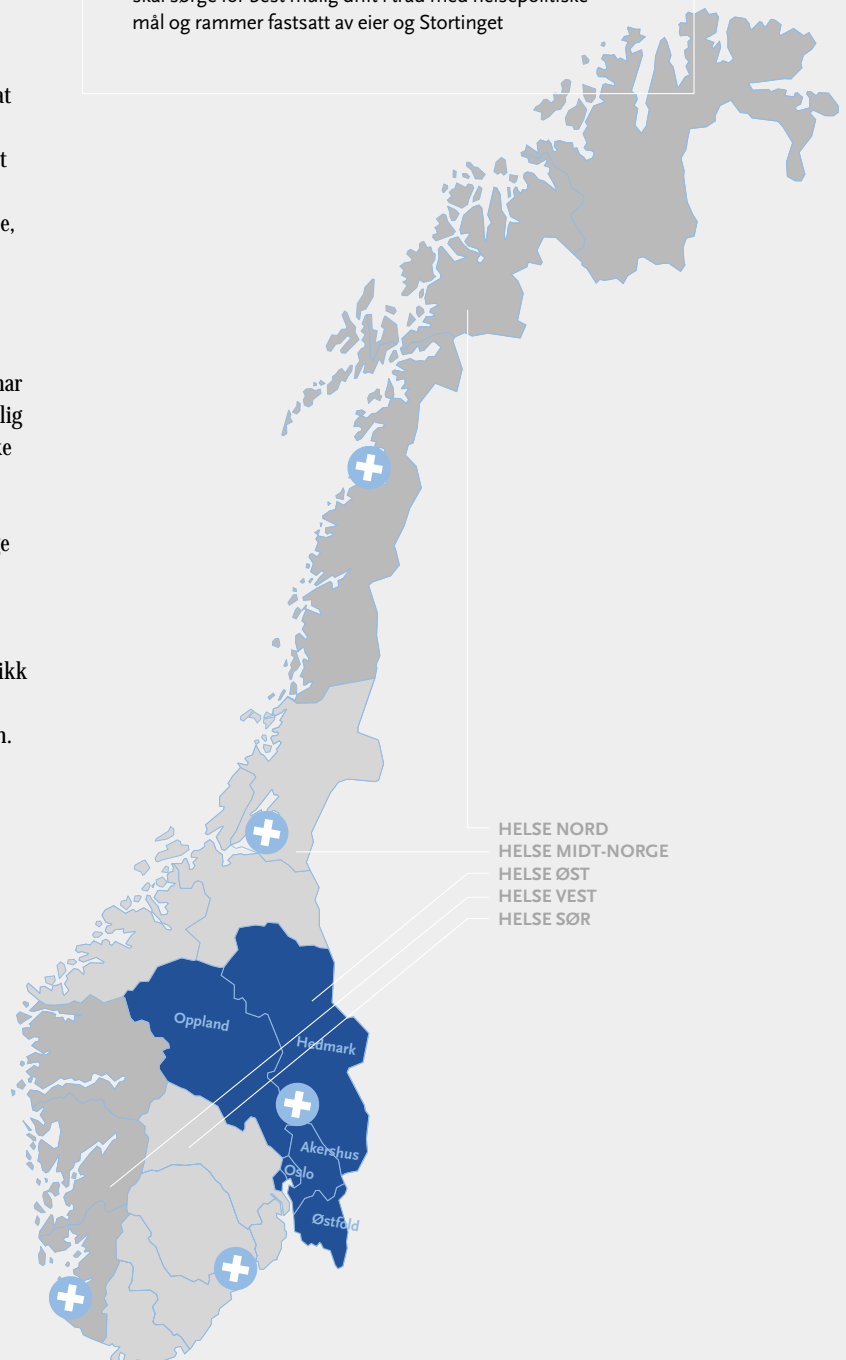
Reformen innebærer ingen privatisering av de offentlige helsetjenestene. Helseforetakenes inntekter vil også i framtida komme gjennom offentlige bevilgninger.

Til sammen rundt 100 000 ansatte i norsk helsevesen fikk ny arbeidsgiver, ny organisasjonsmodell og en ny ledelsesstruktur å forholde seg til som følge av reformen.

Befolkningen skal oppleve at tjenestene er til for dem. Møtet med helsetjenesten skal være preget av velvilje og forståelse. Respekt for at brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende for alle helsearbeidere.

Helseforetakene

- skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske område
- er ansvarlig for egen drift – juridisk og økonomisk
- har arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere
- har eget styre og egen daglig leder
- skal sørge for best mulig drift i tråd med helsepolitiske mål og rammer fastsatt av eier og Stortinget



HELSE NORD
HELSE MIDT-NORGE
HELSE ØST
HELSE VEST
HELSE SØR

Nøkkeltall

Aktivitet – somatikk

| | 2001 | 2002 | Differanse |
|------------------------------------|---------|---------|------------|
| DRG-poeng* | 260 134 | 281 731 | 8,3 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 936 689 | 994 128 | 6,1 % |

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

Aktivitet – psykiatri

| | 2001 | 2002 | Differanse |
|------------------------------------|---------|---------|------------|
| Antall polikliniske konsultasjoner | 279 436 | 314 136 | 12,4 % |
| Antall liggedøgn | 587 450 | 596 887 | 1,6 % |

Pasienter på venteliste

| | 01.01.02 | 01.01.03 | Differanse |
|---|----------|----------|------------|
| Antall pasienter på venteliste | 72 925 | 60 497 | - 17 % |
| Antall dager i gjennomsnittlig ventetid | 150 | 126 | - 16 % |

Tallene for aktivitet og ventelister viser summen av tall fra helseforetakene i Helse Øst og fra de fire privateide sykehusene som Helse Øst RHF har inngått driftsavtaler med.

Økonomi

| | |
|------------------|-----------------|
| Driftsinntekter: | 18 487 mill. kr |
| Driftskostnader: | 18 410 mill. kr |
| Driftsresultat: | 77 mill. kr |

Driftsresultat for virksomheten i helseforetakene i Helse Øst, samt apotekselskapet som Helse Øst eier 50 prosent av.

Ansatte

Helseforetakene i Helse Øst hadde i 2002 til sammen ca. 31 100 medarbeidere.

Viktige hendelser i Helse Øst 2002

1. tertial

- Helseministeren markerte helsereformen sammen med Helse Øst på Hamar.
- Helse Øst RHF overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i regionen.
- Sunnaas Sykehus HF etablerte samarbeid med fagmiljøet i Karelén.
- Gastromedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus HF vant førstepris i «Norgesmesterskap for forbedringsteam» for systematisk arbeid som ga mer effektive behandlingsforløp.
- Hovedprosjektet «Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling» ble satt i gang.
- Formelt samarbeid med fylkesleger i regionen etablert.
- ISO-sertifisering av Kongsvinger sjukehus HF.
- Ny dialyseenhet åpnet på Otta.
- Formelt samarbeid med høyskolene etablert.
- Formelt samarbeid med kommuner og fylkeskommuner i regionen etablert.
- Brukerrådet for Helse Øst oppnevnt.
- Sykehuset Asker og Bærum HF etablerte samarbeid med kommunene for å gi pasientene et mer samordnet tilbud.

2. tertial

- Regional smittevernlege ansatt.
- Vedtak i styret for Helse Øst RHF om å etablere felles innkjøpsordning i regionen.
- Regional IT-strategi vedtatt.
- Styret ved Aker universitetssykehus HF ga klarsignal for bygging av urologisk forskningsinstitutt, som vil gi utvidelse av hormonlaboratoriet og betydelig styrking av forskningsmiljøet.
- Vedtak i styret for Helse Øst RHF om regional strategi for kvalitetsarbeid.

3. tertial

- Nytt distriktpsikiatrisk senter åpnet i Indre Østfold.
- SINTEF Unimed leid inn for kvalitetssikring av ventelister.
- Sunnaas Sykehus HF tar initiativ til nettverkssamarbeid i rehabiliteringskjeden, blant annet i form av felles inntakskontor for pasienter til SSHF, Drøbak rehabiliteringssenter, Askim sykehus og Catosenteret.
- Internt anbud blant helseforetakene ga 5 000 nye behandlingssplasser.
- Stråleterapienhet etablert ved sykehuset på Gjøvik.
- Helseforetak annonserte etter pasienter for å utnytte ledig kapasitet.
- Nybygd poliklinikk ved distriktpsikiatrisk senter i Moss tatt i bruk.
- Vedtak i styret for Helse Øst RHF om ny helseforetakstruktur og oppgavefordeling.
- Vedtak om å etablere senter for eldre med bruddskader ved Diakonhjemmet Sykehus.
- Vedtak om å etablere et spesialtilbud og kompetansesenter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser ved Ullevål universitetssykehus HF.
- Stort seminar for kjøp av helsetjenester.



STYRELEDER SIRI B. HATLEN





Stor innsats og endringsvilje ga god start

– Hvordan vil du oppsummere det første reformåret?

– Det har vært både utfordrende og spennende å jobbe med denne reformen på et så viktig område som spesialisthelsetjenesten. Arbeidet har vært preget av den store offentlige interesse som er knyttet til sektoren, og som det er spesielt viktig å forholde seg aktivt til i en periode med store forandringer som de vi nå er midt oppe i. Det er

– Vi overtok ansvaret for en region som var stor og sammensatt med til sammen ca. 30 enkeltvirksomheter. I 2002 måtte vi prioritere å få på plass en langsiktig helseforetaksstruktur, samt de nødvendige styrings- og rapporteringsrutiner. De viktigste prosessene for å etablere en riktigere funksjons- og oppgavefordeling i regionen er startet.

– På grunn av stramme økonomiske rammer har vi også hatt fokus på arbeidet med å tilpasse

Siden sommeren 2001 har Siri B. Hatlen vært styreleder for Helse Øst regionalt helseforetak (RHF) – og dermed den øverste ansvarlige for sykehusstilbudet til en tredjedel av Norges befolkning. Fra første dag har hun lagt vekt på å løse oppgaven på en måte som skaper tillit og aksept for nødvendige beslutninger.

krevende, men også motiverende og skjerpene å ha søkelyset på seg.

– Vi legger stor vekt på åpenhet og aktiv informasjon, og er opptatt av stadig å forbedre oss! Vi er blitt kritisert for lukkede styremøter, jeg mener åpenhet og dialog med ulike aktører i tidligere faser av våre prosesser er langt mer viktig for et godt resultat.

– Det mest gledelige i tillegg til de konkrete resultatene er den positive holdningsendring og realitetsorientering som har skjedd internt i våre virksomheter. Jeg tenker da ikke bare på forståelse for behovet for god økonomistyring, men på den endringsviljen vi ser, og ikke minst innsatsen som gjøres hver dag for å gi et best mulig tilbud til pasientene under stramme rammebetingelser.

kostnadsnivået til de ressursene vi har til disposisjon. Ellers er vi spesielt bekymret for det store udekkede behovet på investeringsiden til nybygg, utstyr og vedlikehold, og er skuffet over at vi ikke har hatt midler til rådighet for å få til et vesentlig løft her.

– På ledelsessiden har vi dette første året lagt stor vekt på å få hele foretaksgruppen til å fungere som et fellesskap for å kunne utnytte ressurser og kompetanse på tvers av de enkelte foretak.

Vår viktigste oppgave i det regionale helseforetaket er å bidra til at foretaksgruppen i fellesskap kan gi et totalt sett bedre tilbud til brukerne enn hva de enkelte sykehus hver for seg kan klare. Dette handler både om god samordning og at man utnytter stordriftsfordelene.

– Hva blir viktigst i 2003?

– Arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling fortsetter. Kvalitet og innhold står enda mer sentralt i vårt videre arbeid, vi er opptatt av at «pasienten i fokus» får et reelt innhold. Arbeidet med kvalitet, både den medisinskfaglige og den pasienten opplever totalt sett, er en del av dette. Vi har valgt å gjøre tidligere helseminister Tore Tønnes visjon for reformen til vår: *«Helse Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.»*

– Helse Øst ønsker videre å etablere et sett verdier som skal reflekteres i vår måte å jobbe på:

- Respekt for enkeltmennesket
- Åpenhet
- Ærlighet
- Lojalitet
- Samarbeid

– Det er definert fem kjerneområder for vårt strategiarbeid:

- Behandling og omsorg
- Organisasjonen
- Ressurser
- Kvalitet
- Kompetanse

– Våren 2003 fastsetter vi konkrete forbedringsmål for hvert av disse områdene i samarbeid med helseforetakene, brukere og tillitsvalgte. Ved å velge åpenhet og ærlighet som to av våre hovedverdier erkjenner vi at vi har ansvaret for en virksomhet som har stor betydning for det enkelte menneske og som omfattes av stor offentlig interesse. Vi ønsker å arbeide på en måte som gir oss tillit i befolkningen og legitimitet for våre beslutninger.

– **Sykehusene i regionen gjennomførte i 2002 innsparingstiltak for flere hundre millioner kroner, samtidig som aktiviteten økte og ventelistene gikk ned. Hvordan henger dette sammen?**

– Det er en realitet at vi overtok en virksomhet som var kraftig underfinansiert i forhold til etablert kostnadsnivå, og med tradisjon for til dels store underskudd og lange ventelister. Jeg er imponert over hvor raskt foretakene har lyktes med å endre fokus. Ledelse og ansatte har i fellesskap tatt aktivt ansvar for å få kontroll på egen drift, uten å krisemaksimere – og har lyktes med å gjøre dette på en måte som ikke på vesentlig måte har rammet kvaliteten på tilbudet til pasientene. Tvert imot, gjennom kombinasjon av økt aktivitet, rydding av ventelister, samt samarbeid på tvers av flere foretak har vi lyktes i å bedre tilbudet gjennom reduserte ventelister.

– Det at enkelte foretak aktivt annonserer etter pasienter for å kunne utnytte ledig kapasitet, er et uttrykk for omstillingen som har skjedd. Det blir viktig å stimulere til enda mer aktiv pasientflyt, primært internt i regionen, for nettopp å utnytte potensialet som ligger i fritt sykehusvalg. Den regionale ledelsen vil være en aktiv pådriver for å få til dette.

– **Brukermedvirkning er en viktig del av reformens intensjon. Hvilken rolle spiller brukerrådet i Helse Østs arbeid?**

– Fra mai 2003 vil to representanter oppnevnt av brukerrådet fast delta i våre styremøter som observatører. Jeg tror dette vil vise seg å være et viktig bidrag for å øke forståelsen og informasjonsutvekslingen mellom brukerrådet og styret i Helse

– Ved å velge åpenhet og ærlighet som to av våre hovedverdier erkjenner vi at vi har ansvaret for en virksomhet som har stor betydning for det enkelte menneske.





– Jeg er veldig fornøyd med at arbeidsgruppene har jobbet så konstruktivt, og med stor vilje til å komme fram til gode og omforente løsninger. De fleste anbefalinger når det gjelder organisering og oppgavefordeling er begrunnet ut fra faglige og kvalitetsmessige kriterier, men er også riktige ut fra ressursmessige betraktninger.



Øst. Brukernes medvirkning er viktig fordi de representerer en kompetanse og innsikt som vil bidra til å videreutvikle og forbedre tilbudet. Helse Øst har et aktivt og konstruktivt brukerråd som gir mange nyttige innspill. For øvrig er det stilt krav til brukermedvirkning i alle helseforetak. Dette er viktig, det er der tjenestene produseres.

– Hva med de økonomiske utfordringene?

– Den økonomiske situasjonen er fortsatt krevende for hele sektoren, og Helse Øst har stilt tøffe krav til sine virksomheter for å etablere balanse i driften i 2002 og 2003. Store tilleggs-kostnader til blant annet pensjon gjør at utfordringen i 2003 blir større enn opprinnelig forutsatt. Vi vektlegger at det ikke skal iverksettes tiltak som får vesentlige negative konsekvenser for pasientene, her ligger det et stort ansvar på det enkelte helseforetak. Helse Øst er spesielt opptatt av at summen av tiltak i et regionalt perspektiv ikke skal ramme enkelte pasientgrupper utilsiktet hardt.

– Har reformarbeidet hatt for stort fokus på økonomi?

– God økonomistyring er ikke et mål i seg selv, men et viktig virkemiddel til å sikre bedre og mer riktig ressursbruk også på lengre sikt. Målet er mer og bedre pasientbehandling. Min oppfatning er at det vil være uetisk å bruke vesentlig mer penger enn det man har til rådighet nå, for på den måten å akkumulere store underskudd som vil ramme framtidens pasienter. Så vil det alltid kunne være enkelttilfeller der en avveining mellom økonomi og etikk blir krevende.

– Det vil også være enkelte områder innen psykiatrien der man må bruke noe lengre tid på å etablere en drift i balanse for ikke å gå på akkord med forutsetningen i psykiatriplanen.

– Styret for Helse Øst RHF har uttrykt bekymring for konsekvensene av stramme investeringsbudsjett. Hvor alvorlig er situasjonen?

– Det er ingen tvil om at regionen har store udekkede behov i forhold til nybygg, vedlikehold og utstyr. Vi ser viktigheten av

å investere for å legge til rette for effektiv drift og velegnede fysiske lokaler – både av hensyn til pasientene og medarbeiderne. Dette er det området der jeg er mest skuffet over at vi ikke har hatt ressurser til å jobbe tilstrekkelig langsiktig, slik reformen opprinnelig har lagt opp til.

– Hovedprosjektet i 2002 om «Foretaksstruktur og oppgavefordeling» ble gjennomført som en bred prosess med mange involverte og stor åpenhet. Hvorfor var dette så viktig?

– Først og fremst fordi det er viktig for oss å få innspill på et tidlig stadium i prosessene. Brukere og tillitsvalgte deltar i arbeidsgruppene i tillegg til representanter fra fagmiljø og helseforetak. Alle rapporter legges ut tilgjengelig for offentligheten når de foreligger, og vi tar gjerne imot synspunkter.

– Jeg skal ikke legge skjul på at det er utfordrende å forholde seg til til dels kraftig debatt i mediene basert på forslag fra arbeidsgruppene på et tidlig stadium i prosessen – og lenge før det er utarbeidet endelige anbefalinger til styrets sluttbehandling. Mye av debatten går i forhold til de mest ytterliggående forslagene som ikke vil bli anbefalt i siste runde. For oss har det likevel veid tyngst at offentligheten får innsyn i og kunnskap om våre prosesser.

– Jeg er veldig fornøyd med at arbeidsgruppene har jobbet så konstruktivt, og med stor vilje til å komme fram til gode og omforente løsninger. De fleste anbefalinger når det gjelder organisering og oppgavefordeling er begrunnet ut fra faglige og kvalitetsmessige kriterier, men er også riktige ut fra ressursmessige betraktninger. Derfor har det også i hovedsak vært stor aksept for resultatet når beslutningene er fattet.

– Vil kravene til mer effektiv drift føre til langt mer spesialisering av sykehusene enn vi har hatt til nå?

– Helse Øst er en stor og sammensatt region, med både storby og distriktmiljøer, og det finnes ingen generelle svar. For grupper som eldre og kronikere vil nærhet ofte være viktigere enn spisskompetanse. For mer spesialiserte tilbud vil brukerne

ofte vektlegge kvalitet framfor avstand. For å etablere og videreutvikle sterke og gode fagmiljøer som tiltrekker seg den beste kompetansen, kreves en viss størrelse. Dette er vurderinger som inngår i de prosesser som nå pågår knyttet til funksjons- og oppgavefordeling.

– Muligheten for å se tilbud i sammenheng over større områder gjør det enklere å utjevne forskjeller og derved oppfylle intensjonen om et likeverdig helsetilbud for hele regionen. Dette gjelder spesielt innen psykiatrien, der det er store historiske forskjeller i ressursbruk.

– **Det nye Sykehus-Norge har en krevende styringsstruktur, med styre og ledelse på to nivåer. Hvordan angriper Helse Øst denne utfordringen?**

– Det har vært viktig å bruke tid på å etablere en klar forståelse av roller og ansvar, for det er ikke tvil om at modellen er ganske krevende. Styret og administrasjon på det regionale nivået skal fokusere på de overordnede og strategiske oppgavene, og være pådriver for regionalt samarbeid og samordning.

– Vi har etablert fora på styre- og ledelsesnivå for informasjonsutveksling og dialog mellom foretakene, og samarbeidet fungerer stadig bedre.

– Helseforetakene er selvstendige virksomheter med stort ansvar for kvalitet og styring av egen drift. De er samtidig en integrert del av fellesskapet i Helse Øst-gruppen. Det krever at alle bidrar aktivt til felles beste, men samtidig at Helse Øst unngår unødvendig detaljstyring av foretakene.

– **Deler av sykehustilbudet i Helse Øst blir ivarettatt av de privateide sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Martine Hansens hospital og Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Hvilken plass har disse fire i den nye organisasjonen?**

– Vi er så heldige å ha fire private ikke-kommersielle sykehus som dekker deler av «sørge-for»-ansvaret i regionen. Vi har

inngått driftsavtaler med disse tilsvarende de vi har med egne helseforetak. De privateide sykehusene deltar aktivt i prosessene rundt funksjons- og oppgavefordeling og er også representert i ulike fag- og lederfora i Helse Øst. De representerer god og viktig tilleggskompetanse og oppfattes som en svært integrert del av Helse Øst.

– Helse Øst RHF har også inngått avtaler med andre private aktører for å øke den totale behandlingsskapiteten i regionen på de områder der det er behov for det. Vi forvalter et totalt «sørge-for»-ansvar, og må bruke den totale budsjettammen vi har til rådighet slik at det gir et best mulig tilbud til pasientene.

– **Helsereformen innebærer at de regionale helseforetakene også har et ansvar for å tenke nasjonalt. Hvordan fungerer samarbeidet mellom de regionale helseforetakene?**

– Vi har stor nytte av å samarbeide, og har mye å lære av hverandre. De fem regionene er først og fremst nære samarbeidspartnere og kolleger, selv om man også i noen grad vil konkurrere. Arbeidet med IT, nasjonalt helsenett, fritt sykehusvalg og nasjonale kvalitetsindikatorer er eksempler på områder der det åpenbart er riktig å ha et nasjonalt perspektiv, og der vår felles eier har en aktiv rolle. Det ligger store utfordringer foran oss knyttet til prioritering, faglige kvalitetsstandarder og metodevalg der det helt klart vil være riktig og viktig å samarbeide på nasjonalt nivå.

– Det faktum at Rikshospitalet ligger i Helse Sør, mens mer enn halvparten av pasientene kommer fra Helse Øst, stiller store krav til tett og godt samarbeid mellom de to regionene. I tillegg er det i begge regioner store universitetssykehus knyttet til Universitetet i Oslo.

– Det er helt nødvendig at det skjer en større grad av samordning og oppgavefordeling mellom de store sykehusene i Oslo-området for å sikre at ikke regiongrensen blir til ulempe for pasientene. Samordning er også viktig for å sikre gode og attraktive fagmiljøer – ikke minst i forhold til de små, høyspesialiserte funksjonene ved spesielt Ullevål og Rikshospitalet.

– De fem regionene er først og fremst nære samarbeidspartnere og kolleger, selv om man også i noen grad vil konkurrere. Arbeidet med IT, nasjonalt helsenett, fritt sykehusvalg og nasjonale kvalitetsindikatorer er eksempler på områder der det åpenbart er riktig å ha et nasjonalt perspektiv.





– Det er en stor utfordring å få finansiert flere sykehusprosjekter over stramme statsbudsjett. Derfor jobber vi også med å finne andre finansieringsmodeller for å kunne gjennomføre de prosjektene som er viktige for å dekke Helse Østs behov. Vi vil vurdere samarbeid med private aktører. Samtidig må vi vurdere hvordan vi best kan bruke eksisterende bygningsmasse, og ikke bare tenke nytt.

– Som øverste ansvarlige for sykehustilbudet til en tredjedel av Norges befolkning – hender det at du lurer på hva du har tatt på deg?

– Da jeg ble kontaktet av Tore Tønne for snart to år siden, hadde jeg nok ikke forutsetninger for virkelig å forstå hvilken oppgave som lå foran oss. Jeg forsto at det ville bli svært utfordrende, og samtidig var det umulig å si nei når man først fikk henvendelsen. En slik mulighet kommer bare en gang, og jeg har ikke angret. Men jeg er veldig ydmyk i forhold til det store ansvaret vi forvalter, og er opptatt av hvordan jeg kan bidra til at vi når de målene vi har satt for vårt arbeid.

– Selv om spesielt det første året var mye mer utfordrende og arbeidskrevende enn forutsatt, har det også vært utrolig lærerikt og spennende. Det er fantastisk å få jobbe med noe som betyr så mye for folk flest, og som offentligheten er så opptatt av.



– Helse Øst RHF overtok tre store sykehusprosjekter. Noe av det første styret gjorde, var å legge prosjektene i Follo og Østfold på is, mens Nye Ahus ble videreført. Hvorfor var dette nødvendig?

– I likhet med de andre regionene overtok vi planlagte sykehusprosjekter som i sum langt overgikk det som det ville være mulig å gjennomføre innenfor vår totale økonomi på kort og mellomlang sikt. Av disse var Ahus det prosjektet som både var kommet lengst, og som var høyest prioritert ut fra en behovsvurdering.

– Vi har som mål å legge fram et revidert og kvalitetssikret forslag for gjennomføring av nye Ahus før sommeren for at prosjektet skal kunne fremmes i forbindelse med statsbudsjettet for 2004.

– Vi har valgt å bruke noe mer tid på de andre prosjektene, slik at vi kan vurdere disse ut fra de totale behovene i regionen. Alt vil ikke kunne gjennomføres samtidig.

– Selv om spesielt det første året var mye mer utfordrende og arbeidskrevende enn forutsatt, har det også vært utrolig lærerikt og spennende. Det er fantastisk å få jobbe med noe som betyr så mye for folk flest, og som offentligheten er så opptatt av. Men offentlighetens søkelys kan også være en belastning, særlig når man opplever at framstillingen i media ikke er i samsvar med fakta. Men for meg er det først og fremst et privilegium å få lov til å være med på denne reformprosessen videre.

Bedre fordeling av oppgavene

Gjennom prosjektet «Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling» la Helse Øst i 2002 et viktig grunnlag for den langsiktige utviklingen av spesialisthelsetjenestene i regionen. Prosjektet ble gjennomført som en åpen og involverende prosess, der mer enn 300 representanter fra helseforetakene, relevante fagmiljøer, tillitsvalgte og brukere var involvert.

Målet med prosjektet var å finne fram til en langsiktig organisering og fordeling av oppgaver for regionen som helhet – på en måte som sikrer mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene, og som samtidig sikrer god kvalitet på tilbudet gjennom solide fagmiljøer.





Proessen ble gjennomført i form av sju delprosjekt som var strukturert både i forhold til geografiske hovedområder og helsefaglige områder. Arbeidet ble gjennomført i perioden fra april til juli, med en påfølgende høringsrunde, før den endelige behandlingen i styret for Helse Øst RHF i oktober 2002.

Fra 15 til sju helseforetak

Styrets vedtak innebar at antall helseforetak fra 1. januar 2003 ble redusert fra 15 til sju mer jevnstore helseforetak. Styret la vekt på at inndelingen i helseforetakene skal føre til:

- bedre kvalitet på tjenestene og mer fornøyde brukere
- likeverdig tilbud med god tilgjengelighet i hele regionen
- bedre effektivitet og ressursutnyttelse
- større valgfrihet for befolkningen og bedre kapasitetsutnyttelse

De nye helseforetakene har en størrelse som gjør at de kan tilby behandling på ulike nivåer og innen alle fagområder. Dermed kan pasientene i større grad enn tidligere få et samordnet tilbud innenfor ett og samme foretak. Samtidig forenkles det administrative arbeidet.

Større helseforetak innebærer også at foretakene får stort nok opptaksområde til å utvikle solide fagmiljøer og dermed også behandling med høy faglig kvalitet.

Ut fra et overordnet mål om å gi helhetlig behandling er somatikk og psykiatri samorganisert i de nye helseforetakene.

Helseforetak fra 1. januar 2003 er:

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

Oppgavefordeling

Å fordele oppgavene i regionen hensiktsmessig er en prosess som vil pågå kontinuerlig. I hovedprosjektet som ble gjennomført i 2002, ble fire medisinske fagområder prioritert utredet: hjertesykdommer, psykiatri, akuttmedisin og intensivkapasitet.

Prosjektarbeidet tok utgangspunkt i regional helseplan og annen dokumentasjon. På bakgrunn av forslagene fra arbeids- og prosjektgruppene vedtok styret for Helse Øst å gjennomføre tiltak allerede fra 2003. Samtidig arbeides det videre med langsiktige strategier og handlingsplaner i delprosjekter som gjennomføres i 2003.

Blant tiltakene som ble vedtatt høsten 2002, er:

Hjertesykdommer

- Hjertesviktpoliklinikker etableres ved alle helseforetak i løpet av 2003
- Prehospital trombolysebehandling (hjertebehandling i ambulansse) etableres i hele regionen i løpet av 2003
- All akutt invasiv hjertebehandling sentraliseres til Ullevål universitetssykehus HF

Akuttmedisin

- De prehospitale tjenestene; bil- og båtambulansse, luftambulansse og AMK-funksjoner samorganiseres
- Antall AMK-sentraler (akuttmedisinske kommunikasjons-sentraler) reduseres fra åtte til tre.

Psykiatri

- Strategi for å øke behandlingskvaliteten og produktiviteten innen psykisk helsevern i Helse Øst utarbeides og implementeres innen utgangen av 2003
- En regional behandlingsenhet med tilhørende kompetansesenter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser etableres ved Ullevål universitetssykehus HF innen utgangen av 2003
- Seksjon for selvmordsforskning og selvmordsforebygging ved Aker universitetssykehus HF utvikles til et kompetansesenter innen utgangen av 2003

Intensivkapasitet

- Ansvar for å koordinere intensivkapasiteten legges til ett sted fra 1. januar 2003. Funksjonen er lagt til AMK-sentralen ved Ullevål universitetssykehus HF.
- Handlingsplan for å bedre kapasitetsutnyttelsen og etablere tilstrekkelig kapasitet i regionen utarbeides og implementeres innen første halvår 2003.

Hovedstadsområdet

- Senter for eldre med bruddskader i hovedstadsområdet etableres ved Diakonhjemmet Sykehus fra januar 2004.

Videreføres i 2003

I 21 nye delprosjekter som gjennomføres i «Prosjekt 2003», blir arbeidet fra 2002 videreført. Arbeidet i 2003 følger to hovedløp: Det ene er knyttet til ny struktur og funksjons- og oppgavefordeling innen hver av de sju helseforetakene. Det andre hovedløpet er en ny runde med funksjons- og oppgavefordeling innen enkelte fagområder i regionen, deriblant fødselsomsorg og nyfødtintensiv, rehabilitering/habilitering, helse tjenester for eldre og kronikere, medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner. Noen prosjekter er nye, andre er oppfølgingsprosjekter.

– Prosjektdeltakerne viste imponerende entusiasme og evne til nytenkning. Prosessene var handlingspreget, og ga et godt grunnlag for det videre utviklingsarbeidet i Helse Øst.

Pasienten i fokus: HJERTESYKE

Ett av fagområdene som ble prioritert utredet i 2002, var tilbudet til hjertesyrke. Målet var å finne løsninger som både kunne gi et mer likeverdig tilbud, og som sikret best mulig utnyttelse av regionens ressurser.

Likeverdig tilbud til hjertesyrke

Som følge av prosjektgruppens anbefalinger i delprosjektet Hjertesyrkdommer vedtok Helse Øst RHF at ambulansetjenesten i hele regionen skal oppgraderes og at det skal etableres egne poliklinikker for hjertesyrke ved alle helseforetakene.

Hjertebehandling i ambulansen

I løpet av 2003 skal alle ambulanser i hele regionen ha utstyr som gjør det mulig å gjennomføre trombolysebehandling (blodproppbehandling) allerede i ambulansen eller i hjemmet. Dette betyr betydelig bedret akuttberedskap for pasienter med hjerteinfarkt i hele regionen.

Konkret innebærer tiltaket at ambulansene utstyres med mobilt EKG-utstyr som kan lese av hjerterytmen. Denne blir overført via mobiltelefon til sykehuset, der vakt-havende lege tolker resultatene og eventuelt gir beskjed til ambulanspersonellet om å behandle pasienten med et blodproppoppløsende middel. Deretter fraktes pasienten til sykehuset for videre behandling og oppfølging. Behandlingen kan gjennomføres uten at lege eller sykepleier er med i ambulansen.

Hjertepoliklinikker ved alle foretak

I løpet av 2003 skal alle helseforetak i regionen etablere egne poliklinikker for pasienter med hjertesvikt. Dette er en gruppe kronisk syke som blir stadig større, og som ofte er svært syke. Ved poliklinikkene kan pasientene få behandling og veiledning av fagfolk med høy kompetanse på hjertesyrkdommer. Erfaring har vist at egne poliklinikker for hjertesyrke både bedrer livskvaliteten og reduserer behovet for reinnleggelser med mer enn 50 prosent. Ved å opprette slike klinikker ved alle helseforetakene får pasientene i regionen et likeverdig tilbud – uavhengig av bosted.



Senterdirektør Mons Lie ved Hjerte- og lungesenteret på Ullevål universitetssykehus HF i samtale med pasient Anders Rønningen fra Lillehammer.

Senter for hele regionen

Ved Hjerte- og lungesenteret på Ullevål universitetssykehus HF har fagmiljøet siden 1997 satset på bruk av PCI-behandling ved hjerteinfarkt, det vil si utblokkering av tette blodårer rundt hjertet. Senteret har ligget i front når det gjelder å utvikle behandlingsmetoden. Høsten 2002 vedtok Helse Øst RHF at senteret også i årene som kommer skal ha ansvaret for all akutt PCI-behandling i regionen.

– Behandlingen innebærer at vi fører et kateter inn i blodåren, som oftest via håndleddet, og blokker ut tette blodårer rundt hjertet. Dette er en relativt krevende prosedyre, som også krever at vi har kirurgisk backup. Behandlingen er langt mer skånsom enn en åpen hjerteoperasjon, sier senterdirektør Mons Lie.

Kvalitet avgjørende

Underveis i utredningsprosessen i Helse Øst ble det argumentert for at også andre sykehus i regionen burde tilby behandlingsmetoden. Styret for Helse Øst RHF la i sitt vedtak vekt på at akutt PCI-behandling er en høyspesialisert funksjon, og at god kvalitet på behandlingstilbudet forutsetter at fagmiljøet har et visst antall pasienter årlig. Samtidig er avstand til behandlingssted innen regionen ikke avgjørende for kvaliteten på tilbudet. Også hensynet til effektiv bruk av ressurser og begrenset antall fagpersoner var argumenter for ikke å etablere PCI-behandling som tilbud ved andre sykehus i regionen i denne omgang.

Lager retningslinjer

Ullevål universitetssykehus HF har fått et regionalt ansvar for å utvikle retningslinjer for transport og behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt og også gi Helse Øst anbefalinger om etablering av eventuelle satellittfunksjoner dersom dette skulle bli nødvendig for å dekke etterspørselen.



Pasienten i fokus: SAMMENHENGENDE BEHANDLINGSKJEDE/EKSEMPLER

Både på overordnet nivå og i den enkelte virksomhet ble det i 2002 arbeidet for å skape et mer helhetlig behandlingstilbud på tvers av fagområder og behandlingsnivå.

Sammenhengende behandlingsskjede

Målet om å skape en mer sammenhengende behandlingsskjede var et viktig element i flere av de vesentlige beslutningene som Helse Øst RHF tok i 2002. Deriblant beslutningene om å etablere sju jevnstore helseforetak, om å samorganisere somatikk og psykiatri i samme foretak og om å opprette et senter for eldre med hoftebrudd i hovedstadsområdet.

Våren 2003 gjennomførte Helse Øst et forprosjekt for å kartlegge dagens samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. Målet var å få kunnskap som sikrer at tilbudet utvikles i riktig retning. På bakgrunn av rapporten vil Helse Øst se på ulike former for helsetilbud som gir god og trygg behandling på riktig nivå.



Pasient og behandler hånd i hånd

I løpet av 2003 er det planlagt å etablere et eget senter for eldre med hoftebrudd ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Ved senteret vil det bli lagt vekt på å gi et sammenhengende behandlingstilbud for pasientene, forteller konstituert sjeflege Jacob Mosvold.

– Dette er ofte mennesker på rundt 80 år, som kan være svekket på ulike måter. Vi vil etablere tverrfaglige team med både ortopedisk og geriatrisk kompetanse, slik at vi kan gi spesialtilpasset behandlingssopplegg for denne pasientgruppen. Videre skal pasientene i størst mulig grad følges av det samme personalet under oppholdet. Dette vil gjøre situasjonen mer oversiktlig og trygg for pasientene og forhindre akutte forvirringstilstander, sier Mosvold.

Diakonhjemmet arbeider for å få til et samarbeid med Oslo kommune om å etablere en rehabiliteringsinstitusjon for pasienter med hoftebrudd. – Vårt ønske er at geriateren og ortopedien skal kunne følge pasienten inn i rehabiliteringsfasen, slik at behandlingen blir mest mulig sammenhengende, sier Mosvold. Senteret ved Diakonhjemmet Sykehus skal kunne ta imot ca. 700 pasienter i løpet av 2004.

Visker ut grenser

I Indre Østfold har det distriktspsykiatriske senteret (DPS) i 2002 etablert et tett samarbeid med de åtte kommunene som senteret dekker. Hensikten er å sikre best mulig oppfølging av pasientene – også etter at de er utskrevet av sykehus.

Samarbeidet inkluderer blant annet at sykepleiere og hjelpepleiere i kommunene får systematisk og regelmessig veiledning av fagpersonell fra DPS.

Modellen med systematisk veiledning ble utprøvd i prosjektet «Pasienten viser vei til en bedre psykiatritjeneste i Indre Østfold», som ble gjennomført i 2000–2001. Erfaringene var så positive – ikke minst fra brukerne – at både kommunene og DPS Indre Østfold ønsket å videreføre samarbeidet og har satt veiledningsmøter i system i 2002. De største kommunene har fått tilbud om veiledningsmøter så ofte som hver 14. dag.

– Under veiledningen drøftes forhold som dukker opp underveis, for eksempel om den valgte tilnærmingen skal videreføres eller hvor ofte pasienten skal følges opp. På denne måten utnyttes vår fagkompetanse til pasientens beste, uavhengig av om det er kommunen eller staten som har ansvaret for behandlingstilbudet, sier DPSsjef i Indre Østfold, Paul Stronegger.

– Vårt ønske er at geriateren og ortopedien skal kunne følge pasienten inn i rehabiliteringsfasen.

SJEFLEGE JACOB MOSVOLD, DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Markert nedgang i antall ventende

Både innen somatikk og psykiatri ble antall pasienter på venteliste kraftig redusert i løpet av 2002. Ventetiden gikk mest ned for pasienter som hadde ventet mer enn ett år. Nye avtaler med privatpraktiserende spesialister og annonsering etter pasienter som hadde ventet lenge, var blant tiltakene som ble tatt i bruk.





Ved utgangen av 2002 var det over 12 400 færre pasienter på venteliste i Helse Øst enn ved inngangen til året. Det utgjør en reduksjon på 17 prosent. Nedgangen var størst innen psykisk helsevern, der antall ventende ble redusert med 27 prosent. For pasienter som hadde ventet i over ett år, var nedgangen for somatikk og psykisk helsevern samlet på om lag 40 prosent, viser tall fra SINTEF Norsk Pasientregister.

Flere årsaker

Den positive utviklingen har trolig flere årsaker; økt aktivitet ved foretakene, økt bruk av private avtalespesialister og en bevisst rydding i ventelistene.

Helseforetakene i regionen prioriterte arbeidet med å redusere ventelistene helt fra overtakelsen ved årsskiftet. Det ble blant annet lagt vekt på å:

- gjennomgå ventelistene og prioritere tiltak for dem som hadde ventet lenge
- inngå avtaler med privatpraktiserende avtalespesialister om dagkirurgi, slik at også ledig kapasitet hos disse kunne utnyttes
- benytte utenlandsmilliarden

Kjøper fra private

Høsten 2002 inngikk Helse Øst RHF avtaler om kjøp av dagkirurgisk behandling fra private spesialister. For visse diagnoser er dermed privateide spesialisthelsetjenester et alternativ som er likestilt med Helse Østs egne helseforetak når pasienten skal velge sykehus. Hensikten er først og fremst å utnytte all ledig kapasitet i regionen, og dermed redusere ventetiden. Helse Øst RHF forventer ytterligere reduksjoner i ventelister

og ventetid i 2003, etter hvert som tiltakene blir mer kjent. Ventetiden vil trolig også gå ned som følge av mer hensiktsmessig oppgavefordeling i regionen.

Annonserte etter pasienter

Helse Øst RHF rykket høsten 2002 inn annonser i dagspressen med informasjon om at flere sykehus hadde ledig kapasitet på ulike områder. Spesielt ble pasienter som hadde ventet lenge på behandling, oppfordret til å ta kontakt.



Avdelingssjef Anne Karin Lindahl (t.v.) og assisterende avdelingssjef Ellen Hedquist ved Sykehuset Asker og Bærum HF lar ofte pasientene velge operasjonstidspunkt selv, for å redusere manglende oppmøte.

Fikk bedre styring på ventelistene

Kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum HF er en av avdelingene som gjennom målrettet arbeid klarte å få ned ventetiden i 2002.

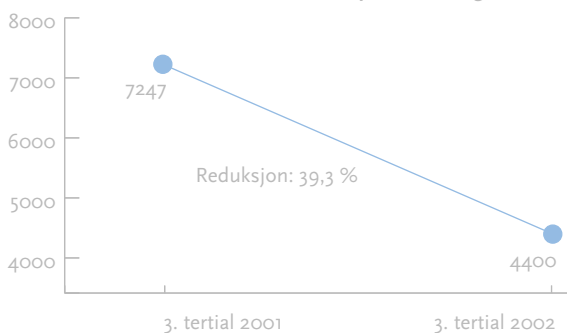
– Vi har på faglig grunnlag redusert antall kontroller på poliklinikken. Sekretærene har oversikt over avbestillinger og kan putte inn ventende pasienter som ringer. I perioder har de ansatte også jobbet ekstra for å ta toppene. Vi har et felles ønske om å yte god service til pasientene våre og de ansatte strekker seg langt, sier avdelingssjef Anne Karin Lindahl.

Det har også betydd mye at assisterende avdelingssjef Ellen Hedquist har vært pasientkoordinator. Hun har hver dag fokus på kapasitet og hastegrad.

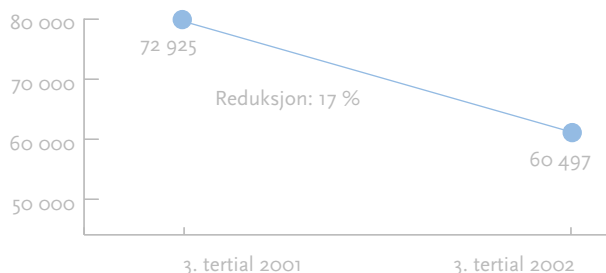
– Målet er klart: Innen 1. desember 2003 skal alle pasienter som henvises hit, få brev innen ti dager med en konkret dato for time eller innleggelse, sier Hedquist.

Sykehuset vurderer også å sende e-post eller sms-melding til pasienter for å minne dem om timer ved poliklinikken.

Antall som hadde ventet mer enn ett år på behandling:



Antall ventende Helse Øst:



Bedret kapasitet innen psykiatri

I løpet av 2002 var det betydelig flere som fikk behandling innen psykisk helsevern i Helse Øst enn året før. Økningen var størst innen poliklinisk behandling. Helse Øst RHF vedtok at foretakenes gevinster ved effektiviseringer innen psykisk helsevern skulle beholdes i psykiatrien. De øremerkede midlene knyttet til Opptrappingsplanen for psykiatri gikk uavkortet til økt bemanning og etablering av nye tilbud.





Både innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri økte behandlingsskapasiteten betydelig i 2002, sammenlignet med året før. Dette ga også utslag på ventelistene. I løpet av året ble ventelistene innen psykisk helsevern redusert med 27 prosent.

En strategi for å øke behandlingsskvaliteten og produktiviteten innen psykisk helsevern i Helse Øst skal utvikles og implementeres i løpet av 2003. Særlig tiltak som kan øke antall behandlinger ved poliklinikkene, skal vektlegges.

Viktige prioriteringer for 2003 er vedtaket om å etablere en regional avdeling for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser ved Ullevål universitetssykehus HF og å etablere et regionalt kompetansesenter for selvmordsforebygging ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging av selvmord ved Universitetet i Oslo/Aker universitetssykehus HF. Begge enhetene skal være på plass innen utgangen av 2003.

I årene som kommer, er det ventet at nye behandlingsbehov, for eksempel hos unge med kombinerte rus- og psykiatriproblemer, vil kreve mer oppmerksomhet. For Helse Øst blir det derfor viktig å fortsette det pågående arbeidet med å omstrukturere behandlingstilbudene i tråd med de endrede behovene i befolkningen.

AKTIVITETSTALL PSYKIATRI

| | 2001 | 2002 |
|---------------------------------|---------|---------|
| Polikliniske konsultasjoner | 279 436 | 314 136 |
| Liggedøgn | 587 450 | 596 887 |
| Oppholdsdager ved dagbehandling | 87 822 | 93 817 |
| Utskrevne pasienter | 10 864 | 12 446 |

Antall pasienter som fikk behandling innen psykiatri, økte i 2002 sammenlignet med 2001.

Helse Øst vil i sitt budsjettarbeid for psykiatrien legge til grunn at tilbudet i 2003 minst skal være i sum på nivå med 2002 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av midler fra opptrappingsplanen.

FRA VEDTAK I STYRET FOR HELSE ØST RHF
DESEMBER 2002



Det nye behandlingssopplegget for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser skal preges av tett samarbeid mellom ulike fagmiljøer.

Nytt tilbud for de alvorligst syke

De aller sykeste blant pasienter med spiseforstyrrelser får fra 2004 et eget spesialtilpasset behandlingstilbud ved Ullevål universitetssykehus HF.

– Dette dreier seg om pasienter som er så syke at tilstanden er i ferd med å bli livstruende. Denne pasientgruppen er tidligere blitt behandlet enten ved medisinske avdelinger eller innen barne- og ungdomspsykiatrien. Ved avdelingen som nå etableres, vil vi utvikle et behandlingssopplegg preget av tett samarbeid mellom psykiatri, gastromedisin og det sosialpediatriske fagmiljøet, forteller prosjektleder Per Johan Isdahl.

Behandlingen på avdelingen vil foregå i faser. Først skal det sørges for at pasienten blir ernæringsmessig restituert. Deretter blir det gitt intensiv behandling med psykoterapi i ulike former. Samtidig skal det utvikles tverrfaglige terapier med fysioterapi, sykepleie, ernæring og medisinsk oppfølging.

– Vi vil legge vekt på å samarbeide tett med det kliniske nettverket i regionen, slik at pasientene raskt kan reise tilbake og få oppfølging der, sier Isdahl.

Avdelingen skal være et kompetansesenter, med forskningsaktivitet på universitetsnivå. Fagmiljøet skal utvikle behandlingsmetoder som etter hvert kan tas i bruk ved andre sykehus. Informasjonsarbeid overfor offentligheten, pasienter og pårørende blir også en viktig del av avdelingens oppgaver.



ADMINISTRERENDE DIREKTØR TOR BERGE





Det viktigste er fornøyde pasienter

– Jeg vil oppsummere det første reformåret som vellykket. Vi gir pasientene et bedre tilbud gjennom at vi har økt aktiviteten og redusert ventelistene. Dette har vi klart gjennom å koordinere bruken av ressursene slik at vi fikk mer effektive sykehus. I løpet av 2002 ble ventelistene redusert med nærmere 20 prosent. For pasienter som hadde ventet over ett år, var nedgangen på nærmere 40 prosent. Dette hadde vi ikke fått til uten en stor innsats hos medarbeiderne, og jeg er imponert

lokalt og regionalt nivå. I hovedprosjektet i 2002, «Ny foretaksstruktur og oppgavefordeling», ble alle foretakene involvert gjennom ulike prosjektgrupper, samtidig som vi la stor vekt på åpenhet og innspill i prosessen. Dette er erfaringer vi tar med oss i videre arbeid. Medvirkning og åpenhet er etablert som viktige prinsipper i beslutningsprosessene i Helse Øst.

– I 2002 kom vi også godt i gang med å samordne

Som rådmann i Oppland fylkeskommune, og tidligere direktør ved Gjøvik sykehus, kjente Tor Berge sykehusenes utfordringer godt da han høsten 2001 sa ja til jobben som administrerende direktør for Helse Øst. Vi må få kostnadene under kontroll og få ned ventelistene, var budskapet da han tiltrådte. Hvordan gikk det?

over den entusiasme og vilje til å lykkes som jeg opplever hos alle som er ansatt i Helse Øst.

– Ventelistene vil bli ytterligere redusert i 2003. I tillegg til økt aktivitet ved helseforetakene vil behandlingsskapiteten øke fordi vi kjøper helse-tjenester fra private aktører. Gjennom avtaler med private, kommersielle tilbydere av spesialisthelsetjenester utsetter vi våre offentlige helseforetak for konkurranse, både med hensyn til pris og kvalitet. Dermed får pasienten et bedre tilbud samtidig som tilgjengeligheten øker.

– 2002 har vært et overgangsår der vi har etablert gode arenaer for samhandling og dialog med ulike parter. Vi har styrket og formalisert brukermedvirkningen gjennom eget brukerråd. Vi har etablert arenaer for dialog med politikere både på

virksomheten i foretakene. Helse Øst kan dokumentere en effektiviseringsgevinst i størrelsesorden 750 millioner – eller fire prosent. Ved å samordne innkjøp sparte vi alene om lag 75 millioner kroner. Det innebærer mer helse for hver krone. Kostnadene er under kontroll i regionen, og vi regner med å holde oss innenfor de økonomiske rammene Stortinget har satt for 2003.

– Tror du pasienter flest merker at sykehusene har fått ny eier?

– Jeg tror nok de færreste pasienter bryr seg om hvem som eier sykehusene. De er mest opptatt av at helsetjenestene er gode. Det avgjørende for pasientene vil alltid være den faglige kvaliteten på behandlingstilbudet og hvordan møtet med de ansatte ved sykehusene oppleves, fra første kon-

takt til utskrivelse. Men ambisjonen er jo at pasientene på sikt skal oppleve et merkbart bedret sykehusstilbud gjennom bedre tilgjengelighet, større frihet, flere valgmuligheter og at de kjenner seg velkomne til et kvalitativt godt tilbud.

– Mange frykter at kravet til effektiv drift vil føre til nedleggelse og sentralisering. Vil de fleste av oss få lengre vei til sykehuset i årene som kommer?

– Diskusjonen om hvilke sykehus som skal gjøre hva, og om noen tjenester i framtida skal gjøres færre steder enn i dag, tvinger seg fram av flere grunner. Den medisinske utviklingen innebærer en spesialisering som gir stadig smalere fagområder. Skal vi kunne gi et sykehusstilbud med høy faglig kvalitet og gode beredskapsordninger, er vi avhengig av å samle enkelte funksjoner.

– Personlig tror jeg at det er større aksept for slike løsninger i dag enn det var tidligere. Folk er blitt mer mobile, og pasientene er først og fremst opptatt av kvalitet. Samtidig skal vi ikke glemme at nærhetsprinsippet fortsatt er viktig på noen områder – for eksempel i forhold til kronisk syke.

– Et eksempel på dette er dialyseenheten vi etablerte som et toårig prøveprosjekt på Otta våren 2002. Dialysebehandling er både svært anstrengende for pasientene og svært kostnads-krevende for helsevesenet. Ved å etablere tilbudet nærmere pasientene reduseres belastningen for den enkelte og vi får den samfunnsmessig mest effektive løsningen. Også vedtaket om å etablere hjertepoliklinikker ved alle helseforetakene, er et eksempel på at Helse Øst prioriterer nærhet i tilbudet til kronisk syke pasienter.

– Du har tidligere sagt at en av de store utfordringene for spesialisthelsetjenesten er den økende andelen eldre i befolkningen. Hvorfor er dette en så stor utfordring?

– Det blir relativt flere eldre og gjennomsnittsalderen på de eldre øker. Eldre mennesker har gjerne et sammensatt sykdomsbilde som krever oppfølging fra flere typer fagpersoner. Det gjelder å finne fram til et behandlingstilbud som tjener denne gruppen. I mange tilfeller er ikke det et høyspesialisert sykehus med mange ressurskrevende rutiner.

– Det er viktig for Helse Øst sammen med primærkommunen å etablere et tilbud i nærmiljøet som kan være mer tjenlig for store deler av denne pasientkategorien. Eldre pasienter er helt avhengig av godt samarbeid i overgangen mellom sykehusene og kommunene. Vi må opptre som en helseaktør overfor pasientene. Det skaper den største tryggheten.

– Det er et nasjonalt mål at tilbudet til psykiatriske pasienter skal bedres. Hva mener du blir den største utfordringen for å få dette til i Helse Øst?

– Også her blir nok utfordringen å finne fram til måter å jobbe på som gjør at vi får mer ut av ressursene. Jeg synes vi er godt i gang med dette arbeidet. Ventelistene er blitt kortere og aktiviteten er økt, så vi er på rett vei. Ved utgangen av 2002 var ventelistene innen psykiatrien redusert med hele 27 prosent. Framover vil vi både se på hvordan kvaliteten på behandlingen kan bli bedre og hvordan ressursene kan utnyttes mer effektivt.

– Fra 2003 har vi organisert psykiatri og somatikk i samme foretak. En slik samordningsprosess betyr utfordringer både organisatorisk og økonomisk, men vi mener likevel at dette er et riktig grep. Helse Øst ønsker å se på pasientene som hele

– I løpet av 2002 ble ventelistene redusert med nærmere 20 prosent. For pasienter som hadde ventet over ett år, var nedgangen på nærmere 40 prosent.





– Vi må organisere oss slik at vi kan samarbeide tett på tvers av faggrensene, og gi pasientene et tilbud som oppfattes som helhetlig. Den nye helseforetaksstrukturen, med sju relativt jevnstore foretak, legger godt til rette for dette.



mennesker, der både kropp og sjel skal ivaretas innenfor behandlingssystemet.

– Du har selv vært kronisk syk og avhengig av daglig dialysebehandling. Hvilke erfaringer har du tatt med deg fra sykdomsperioden inn i arbeidet med å videreutvikle helsetjenesten?

– Det viktigste er opplevelsen av hvor vesentlige alle ledd i helsetjenesten er. Selv om den medisinskfaglige delen alltid vil være det aller viktigste, er det summen av alt som til slutt avgjør hva slags kvalitet man opplever – hvordan personalet kommuniserer med deg, smilet i mottakelsen, måten svaret på en prøve formidles på. Etter hvert vil det bli viktig for Helse Øst å finne fram til mål også på slik innsats, slik at vi vet når vi lykkes.

– Som tidligere kronisk syk vet jeg hvor sterkt det faglige engasjementet i sykehusene er. Dette er drivkraften vi som ledere må utnytte på best mulig måte. Videreutvikling og reformarbeid tror jeg mest effektivt kan skje med utgangspunkt i medarbeidernes sterke engasjement for å finne gode løsninger som er til pasientenes beste.

– Som administrativ leder for foretaksgruppen Helse Øst hadde du i 2002 et lederkollegium med 19 sykehusdirektører fra foretakene og de fire privateide sykehusene. Hvordan vil du beskrive samarbeidet?

– I Helse Øst hadde vi i 2002 23 dyktige administrative direktører, deriblant direktørene for de privateide sykehusene. Når 5–7 personer fra regionalt nivå kommer i tillegg, utgjør denne gruppen en liten forsamling. I en slik situasjon blir kommunikasjonen lett enveis; det er vanskelig å oppnå en god og forpliktende dialog med så mange. Styringsdialogen ble nok bedre ivarett av de viseadministrerende direktørene, som er medlemmer av den regionale ledergruppa, samtidig som de fungerte som styreledere i de enkelte helseforetakene som eies av Helse Øst. Styringsdialogen endret seg vesentlig fra 1. januar 2003, da antall foretak ble redusert til sju.

– Helse Øst er en stor arbeidsgiver, med rundt 30 000 medarbeidere. Hvordan tror du sykehusene kommer til å endre seg som arbeidsplass i årene som kommer?

– Jeg håper medarbeiderne kommer til å oppleve sykehusene som en enda mer spennende og stimulerende arbeidsplass som følge av reformarbeidet. Selv om omstillinger og krav til effektivisering er krevende, håper jeg at vi gjennom godt lederskap kan legge til rette for gode og utfordrende arbeidsplasser der den enkelte medarbeider får anledning til å utvikle seg.

– Organisasjons- og ledelsesutvikling er et høyt prioritert område som vi for alvor vil sette fokus på i 2003. Det skal gjennomføres store omstillingsprosesser i vår sektor, dette krever at vi tar vare på medarbeiderne også gjennom god ledelse. Vi må legge til rette for at både ledelsesmessig og faglig kompetanseutvikling får tilstrekkelig prioritet.

– Helse Øst RHF er en strategisk enhet. Dessuten har vi som ambisjon å fungere som en støtte for dem som jobber i de sju foretakene. Helse Øst vil i størst mulig grad legge til rette for videre utvikling og hensiktsmessig samordning. Kort og godt være en «god mor». I praksis betyr dette at vi leder et fagnettverk og skal være en pådriver for utviklingsprosesser i og mellom foretakene. Vi legger stor vekt på samarbeid og felles løsninger der det er hensiktsmessig. Samtidig må det være rom for en viss konkurranse. Allerede det første året opplevde vi et imponerende engasjement for å utnytte de mulighetene som reformen gir. Håpet er at vi i årene som kommer klarer å forløse all kreativitet og nytenkning som tidligere ikke har sluppet til i systemet. Da blir sykehusene våre en enda mer spennende arbeidsplass!

– Til slutt: Tenk deg en pasient tre år fram i tid, som ser seg tilbake. Hvordan håper du at denne pasienten opplever endringene som har skjedd?

– Jeg håper pasienten opplever at alt er blitt enklere. Jeg håper pasienten er glad for at det ikke lenger er nødvendig å vente i månedsvis for å få nødvendig behandling, og at det er blitt enkelt å velge sykehus ut fra egne behov. Samtidig skal pasienten være trygg på at alle tjenestene hos Helse Øst holder høy faglig kvalitet. Da har vi kommet et godt stykke videre i arbeidet med å videreutvikle tjenesten i tråd med pasientens behov. Målet er at de som bor i Helse Øst, føler trygghet i at hjelpen gis når behovet oppstår uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Kvalitet og fag: FORSKNING OG UTDANNING

Helse Øst har ansvaret for tre universitetssykehus tilknyttet Universitetet i Oslo. For Helse Øst er Universitetet i Oslo en svært viktig samarbeidspartner i arbeidet med forskning og utvikling.

En stor ressurs

– Forskning og utdanning av helsepersonell er viktige oppgaver i sykehusene og en stor ressurs i forhold til å utvikle gode helsetjenester, sier viseadministrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen. Som leder for Medisinsk og helsefaglig avdeling har hun en sentral rolle i arbeidet med å videreutvikle forsknings- og undervisningsaktiviteten i regionen. Både kvalitet og god ressursutnyttelse skal ivaretas. Med mer enn ti års erfaring som sykehuslege kjenner hun sykehushverdagen godt, der midler til pasientbehandling, forskning og undervisning skal hentes fra samme pott.

– Både når det gjelder forskning og undervisning er vi nødt til å få bedre oversikt over aktiviteten og ressursutnyttelsen. Dette er en forutsetning for å kunne utnytte ressursene best mulig. Da vi overtok i 2002, gikk vi umiddelbart i gang med å kartlegge alle FoU-prosjektene som enten var avsluttet i 2001 eller pågikk i 2002. Denne rapporten ligger tilgjengelig på Internett. I løpet av høsten 2003 skal vi ha på plass systemer for rapportering på forskning og undervisning. Dermed får vi også et bedre grunnlag for å målrette forskningsmidler og fordele regiontilskuddet på rundt 500 millioner kroner slik at pengene reelt kan brukes til å understøtte forskning og undervisning, i tråd med intensjonen. Til nå har disse midlene blitt fordelt etter historiske tall.

Langsiktig forskningsstrategi

– Vi har svært gode forskningsmiljøer i regionen. Samtidig har vi store muligheter for å få bedre resultater av den totale forskningsinnsatsen ved mer samhandling. I dag går mye av eksterne forskningsmidler til enkeltavdelinger og enkeltsykehus. – I januar 2003 ble prosjektgruppen som skal utarbeide et forslag til forskningsstrategi for regionen, etablert. Dette er et viktig arbeid som vil være styrende for mange år framover. Derfor har vi valgt å bruke tid på å få fram en god strategi for hele regionen. Helse Øst RHF gjennomførte våren 2002 strategiplanlegging i alle helseforetakene. Her ble foretakene bedt om å ha fokus på forskning, som én av de fire lovpålagte oppgavene. De fleste foretakene har nå etablert enheter med ansvar for å planlegge og koordinere forskningsaktiviteten, sier hun.

Store utdanningsinstitusjoner

Også for undervisningsaktiviteten skal det utarbeides en regional strategi. Dette arbeidet settes i gang høsten 2003. – Våre sykehus er store utdanningsinstitusjoner som besørger utdanning av helsepersonell til hele landet. Det er et ansvar vi tar på alvor. Blant annet må vi ha et bevisst forhold til hva slags grunnholdning vi ønsker å etablere hos helsemedarbeidere som får sin utdanning hos oss. Vi vil legge stor vekt på et aktivt samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Vi har allerede etablert et formelt samarbeidsorgan med høyskolen, og ser fram til et godt samarbeid i samarbeidsrådet mellom Universitetet, Helse Sør og Helse Øst, sier hun.

Kunnskapsbasert praksis

Bente Mikkelsen understreker at sykehusene er kompetansebedrifter som skal forvalte kunnskap best mulig for pasientene. – Det innebærer at virksomhetene må ha fokus på systemer som sikrer kontinuerlig evaluering av metoder og praksis og som sikrer at gamle metoder blir erstattet av nye når det er riktig. Samtidig er det viktig å ha gode retningslinjer for når nye metoder skal tas i bruk og gamle erstattes, sier hun.



Tettere samarbeid

– Endringene som nå skjer innen spesialisthelsetjenesten, gir store muligheter for å utnytte forskningspotensialet i sykehusvirksomheten langt bedre enn tidligere, sier dekan Stein Evensen ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

– Både at vi får et mer samordnet sykehusvesen å forholde oss til, og at den nye loven for spesialisthelsetjenesten slår fast at det skal forskes ved alle sykehus, trekker i retning av bedre samarbeid mellom sykehusene og universitetene, sier Evensen.

Forskningsnettverk

Han mener det er viktig at Helse Øst i første omgang ikke prøver å gape for høyt i forhold til forskningsaktiviteten: – Det viktigste nå må være å etablere forskningsnettverk på områder der regionen har gode fagmiljøer knyttet til pasientgrupper. Nettverkene kan utnyttes til å lage store epidemiologiske undersøkelser, bygge opp biobanker basert på ny genkunnskap og bidra til utforskningen av våre store folkesykdommer. Med et pasientgrunnlag på 1,6 millioner mennesker har Helse Øst her en unik mulighet, sier Evensen.

Professorat til Østfold

Som et prøveprosjekt har Universitetet i Oslo etablert to professorater utenom universitetssykehusene – ett i Helse Sør og ett i Helse Øst. Bakgrunnen er behovet for å etablere undervisning for medisinstudenter i fagmiljøer som ikke er så spesialiserte som universitetssykehusene er blitt. Professoratet i Helse Øst vil bli tildelt fagmiljøet rundt mage- og tarmsykdommer ved Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad.

– Vi ønsker å legge til rette for at det drives kvalitetsforskning også utenom universitetssykehusene. Derfor la vi disse to professoratene ut på «anbud». Vi la vekt på at de skulle gå til forskningsmiljøer med god bærekraft, det vil si til miljøer med ressurser som sikrer langsiktig forskning, og hvor ikke alt henger på én person, sier Evensen.



Ga hjertestans en ny start

Vedtatte medisinske sannheter pirrer Lars Wik. Derfor er brystkompresjon og ventilasjon blitt den viktigste behandlingsmetoden ved hjertestans når ambulansepersonell i Oslo og Akershus kommer til pasienten.

– Elektrosjokk er fortsatt et nyttig virkemiddel. Men for å få god effekt av sjokkene, må det være mest mulig «kaos» blant de elektriske impulsene i hjertet. Jo lengre tid det har gått fra hjertet stanses til elektrosjokk tas i bruk, jo dårligere resultat. Årsaken er at blodsirkulasjonen har stoppet opp og de elektriske impulsene er svake. Kompresjon får impulsene i gang igjen, sier Lars Wik, daglig leder ved Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter.

Ble stanset

Retningslinjene fra 1970 fokuserte 80 prosent på kompresjon og ventilasjon og 20 prosent på elektrosjokk. I 1998 var dette endret til 50/50. Undersøkelser gjennomført hos ambulansetjenesten i Oslo viste at 22 prosent av pasientene med hjertestans kunne skrives ut fra sykehus hvis de hadde fått hjertekompresjon og ventilasjon før elektrosjokk, mot fire prosent hvis elektrosjokk ble den dominerende og første behandlingen.

– Vi skulle gjennomføre de to ulike behandlingene på 200 pasienter i hver gruppe, men ble bedt om å stanse kartleggingen før det fordi resultatene var så oppsiktsvekkende. Det var viktig å komme i gang med de nye rutinene for å redde flere liv, sier Wik.

Tok prisen i USA

De nye retningslinjene innføres nå hos stadig flere ambulansetjenester, og er et eksempel på viktig forskning som foregår hos Helse Øst. Forskingen ga Wik prisen i fjor for beste vitenskapelige resultat innen akuttmedisin under konferansen American Heart, verdens største medisinske konferanse med 35 000 deltakere. Prisen er tidligere ikke tildelt en lege fra de nordiske landene. Til høsten skal han holde hovedforedrag under American Heart og European Heart.

– Jeg ble kjempeglad på egne vegne og ikke minst på vegne av ambulansepersonellet i Oslo. Det var også disse medarbeiderne som registrerte at ikke alt var som det burde være, ut fra retningslinjene de skulle følge ved gjenoppliving, sier tobarnsfaren.

Wik savner langsiktighet og nok ressurser i norsk medisinsk forskning. – Ved ikke å prioritere forskningen høyere sier vi at vi ikke behøver å vite mer og at dagens rutiner er gode nok. Det er et merkelig signal til pasientene, som helsevesenet skal hjelpe, sier Wik fra sin forskerhule ved Ullevål universitetssykehus HF. I tillegg til egen nysgjerrighet mener han at Stiftelsen Norsk Luftambulans, som ga ham stipendium i akuttmedisin fra 1992–95, har vært avgjørende for hans arbeid, og som ledet fram til hans doktorgrad.

– Dette ga en langsiktighet og forutsigbarhet som jeg savner i prioriteringene i medisinsk forskning, sier Wik, som i tillegg til forskningen har én vakt i uken ved osloambulansene.



Forsker og leder for Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter, Lars Wik, demonstrerer mekanisk hjertekompresjon.

– Hvis alle som leverte inn selvangivelsen måtte bruke to minutter på å prøve munn-til-munn-metode og hjertekompresjon, ville mange liv ha vært spart i Norge.

LARS WIK

Satser på kvalitet

Foretakene i Helse Øst skal ha felles krav til kvalitet på tjenestene. Med kvalitet menes alt fra antall korridorpatienter til bruk av riktig behandlingsmetode. Arbeidet med å utvikle et helhetlig kvalitets-system, med felles standarder og indikatorer, kom i gang i 2002 og videreføres i 2003. Mange av sykehusene i regionen har allerede kommet langt i eget kvalitetsarbeid.





Ved å utvikle felles standarder og krav til kvalitet i regionen får sykehusene et godt verktøy for å sikre kontinuerlig kvalitetsutvikling. Standardene og kravene blir utformet slik at sykehusene ved å følge disse også kan være sikre på å tilfredsstille tilsynsmyndighetenes krav.

Uavhengig av det overordnede arbeidet med å utvikle et helhetlig kvalitetssystem, har mange av sykehusene i Helse Øst allerede etablert egne kvalitetssystem. Våren 2002 oppnådde ett av foretakene, Kongsvinger sjukehus HF, ISO-sertifisering for hele sin virksomhet.

Indikatorer

Etablering av et kvalitetssystem innebærer blant annet at det fastsettes bestemte indikatorer på kvalitet som skal måles regelmessig. Gjennom konkrete mål og oppfølging av resultater skal systemet bidra til forbedring på prioriterte områder. Nasjonalt er følgende kvalitetsindikatorer vedtatt:

- Hvor lang tid det tar før sykehusets rapport (epikrisen) blir skrevet
- Hvor lang liggetid pasienter har før operasjon ved lårhalsbrudd
- Pasienttilfredshet
- Antall korridorpasienter
- Ventetid for planlagt behandling (elektiv virksomhet)
- Turn-over hos personalet

Innen juni 2003 skal alle helseforetakene ha utarbeidet serviceerklæringer. Erklæringene viser hva brukerne kan forvente og hva som er godt arbeid.

God praksis

Systemer som sikrer den faglige kvaliteten på arbeidet, det som gjerne kalles «god praksis», er en sentral del av det helhetlige kvalitetssystemet. God praksis forutsetter blant annet at innholdet i helsetjenesten kontinuerlig vurderes i forhold til ny viten. Det finnes i dag ulike metoder som brukes til å vurdere og forbedre prosesser innen diagnostikk, behandling, pleie eller rehabilitering. Arbeidet med å identifisere og prioritere problemstillinger ble påbegynt i 2002. Å sikre god praksis i alle ledd vil være en kontinuerlig prosess.

Selv om det medisinskfaglige alltid vil være viktigst, er det summen av alt som til slutt avgjør hva slags kvalitet man opplever. Smilet i mottakelsen, måten et prøvesvar formidles på, renholdet, den lille berøringen; alt bidrar.

ADMINISTRERENDE DIREKTØR TOR BERGE



Evalueringen Anette Nilsen ga etter fødselen ved Kongsvinger sjukehus, bidrar til å sikre at lover og forskrifter blir fulgt opp. (Foto: Bjørn Kvaal)

Første ISO-sertifiserte sykehus

Navn: Even. **Vekt:** 4090 gram. **Lengde:** 53 centimeter.

Mors tilfredshet: 9 (10 er topp).

Det var nøkkeltallene etter at Anette Nilsen fødte ved sjukehuset våren 2003. På et nytt evalueringsskjema ga hun sykehuset masse ros.

Evalueringsskjemaet er en del av kvalitetssystemet ved Kongsvinger sjukehus HF. Som første sykehus i landet oppnådde sykehuset i 2002 å bli ISO-sertifisert. Dette innebærer at kvalitetssystemet tilfredsstiller strenge krav for virksomheten.

Anette Nilsen fødte ei jente på sykehuset for to år siden. Det nye denne gangen var at fødeavdelingen ba henne evaluere oppholdet.

– Det eneste jeg hadde å sette fingeren på, var at senga på barselavdelingen var litt høy, brødmaten litt kjedelig og at middagen i helgene ble servert klokken 12. Ganske uskyldige ting, som du skjønner, sier vernepleieren, som satte stor pris på evalueringen. Avdelingssjef Ruth Svarstad sier at det er veldig hyggelig med ros, men at de også vil ha melding om ting som ikke er bra for å utvikle de ansatte og tilbudet ved føden og resten av sykehuset.

Styres av 36 lover

Skjemaet pasientene fyller ut, eller spørsmålene som de svarer på ved utskrivning, er en del av arbeidet med kvalitetssikring av tjenestene. Her kan pasienten fortelle om medisinske forhold, som for eksempel kvalme og smerte som har betydning for videre behandling, om informasjonen var god nok og lignende.

– ISO-standarden hjelper oss blant annet med oppfølgingen av de 36 lovene med tilhørende forskrifter helsearbeiderne må forholde seg til. Det gir oss orden i eget hus, sier kvalitetsrådgiver Elisabeth Arntzen.

Kvalitet og fag: FORBEDRING AV HELSETJENESTENE/eksempler

Ved alle helseforetakene arbeides det kontinuerlig med å forbedre tilbudet til pasientene. Sterkt faglig engasjement og systematisk kvalitetsarbeid er ofte utgangspunktet.



Bredbånd i rehabilitering

Sunnaas Sykehus HF prøver ut moderne bredbåndsteknologi for å behandle og følge opp sine pasienter. Det åpner for samarbeid med sykehus som ikke har samme spisskompetanse og med helsepersonell som skal følge opp pasienten på hjemstedet.

I 2002 begynte Sunnaas Sykehus HF forsøk med å bruke bredbåndsteknologi for å gi et bedre pasienttilbud. Bredbånd gjør det mulig å bruke lyd, bilde, tekst og video samtidig i dialog med pasienten eller helsepersonell. Prosjektet finansieres av Nærings- og handelsdepartementet, og administreres av Norges forskningsråd.

– Det er få som har spesialkompetanse på vårt felt i regionen. Derfor er det viktig at vi kan bistå andre sykehus og kommunehelsetjenesten. Ved hjelp av bredbåndsteknikken kan vi blant annet vurdere pasienter som ikke er fysisk til stede, forklarer Thomas Glott, lege og prosjektleder ved Sunnaas.

– Kommunikasjon på denne måten er en fordel fordi pasientene kan ha praktiske problemer med å reise, og har behov for spesialtransport og ledsager.

– Ser vi at pasienten har en type skade som egner seg for rehabilitering på Sunnaas, anbefaler vi det. Mener vi en annen behandling er riktig, foreslår vi et alternativ. Vi sparer pasienten for reisen og samfunnet for kostnadene ved unødvendige innleggelses.

– I framtida kan det bli aktuelt at helseforetakene selv må dekke transportutgiftene, og da gir bredbånd store innsparingsmuligheter. Samtidig øker vi tilgjengeligheten på kompetansen som finnes her på Sunnaas, slik at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir bedre, understreker Glott.

Lettere hjemkomst

Når neurologiske pasienter med behov for rehabilitering sendes hjem fra sykehuset, er det viktig at kommunen står klar med de riktige hjelpetiltakene.

– Å komme hjem fra sykehuset – etter for eksempel et slag – utgjør en stor endring i livssituasjon. Samarbeid mellom personalet ved sykehuset og fagfolkene i kommunen er avgjørende for at pasientene skal få god oppfølging etter et sykehusopphold, forklarer Sigrunn Gjønnnes, prosjektleder ved Akershus universitetssykehus HF.

I samarbeid med utvalgte kommuner i fylket har Akershus universitetssykehus HF forsøkt å gjøre primærhelsetjenesten bedre rustet til å ta imot rehabiliteringspasienter. Prosjektet ble avsluttet i desember 2002.

Tidligere har det ofte vært vanskelig for pasientene som er kommet hjem å vite hvor de skal henvende seg. Mange instanser er involvert i rehabiliteringen. – I prosjektet har vi lagt vekt på å gi alle pasientene én kontaktperson. Da slipper de å gå seg vill i systemet, sier Antonie Beiske, avdelingsoverlege ved neurologisk avdeling. – Dessuten blir alle som skal hjelpe samme person, informert om pasientens ønsker og behov.

Det opprinnelige prosjektet ble avsluttet i desember 2002, men videreføring av erfaringene skjer gjennom etablering av et rehabiliteringsnettverk i fylket i løpet av 2003.



Prosjektleder Sigrunn Gjønnnes og avdelingsoverlege Antonie Beiske har de siste årene arbeidet for å bedre situasjonen til neurologiske rehabiliteringspasienter i Akershus.



Kvalitet og fag: FORBEDRING AV HELSETJENESTENE/eksempler

Norgesmester i forbedring

Systematisk forbedringsarbeid ga stor gevinst i forhold til effektive behandlingsforløp ved Gastromedisinsk avdeling på Ullevål universitetssykehus HF. Prosjektet fikk delt førstepris i Norsk Forbedringsforums konkurranse «Norgesmesterskap for forbedringsteam».

Aktiv oppfølging av nyrepasienter

Nyreseksjonen ved Sykehuset Østfold HF arbeider aktivt for at alle pasienter som trenger ny nyre, skal få dette så raskt som mulig. I 2002 fikk 19 pasienter som ble utredet på senteret, ny nyre. Dermed er senteret helt i tet i landet når det gjelder antall nyretransplantasjoner i forhold til befolkningsmassen. Bare Kristiansand ligger høyere.

– Grunnen til det positive tallet skyldes flere forhold, sier seksjonsoverlege Odd Helge Hunderi ved Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad. – Vi har en meget aktiv og velfungerende utredningslinje for denne pasientgruppen. Dessuten følger vi opp pasientene i tett samarbeid med fastlegene, sier Hunderi. Han trekker spesielt fram at seks personer fikk ny nyre før dialyse var nødvendig.

– Å få ny nyre på et så tidlig tidspunkt gir pasienten en bedre livskvalitet. I tillegg er det god samfunnsøkonomi. Den store pågangen av nyrepasienter blir redusert betydelig, sier Hunderi.

Raskere rekonvalesens med ny metode

I 2002 tok Aker universitetssykehus HF i bruk laparoskopi, såkalt kikkeshullsteknikk, ved inngrep mot prostatakref.

– Laparoskopi har vært brukt til behandling av prostatakref i utlandet i noen år, og resultatene så langt har vært gode, sier overlege ved Urologisk universitetsklinikk ved Aker universitetssykehus HF, R. Eigil Berg. Selv reiste Berg og hans kollega Nicolai Wessel tre måneder til Frankrike for å lære teknikken før de tok den i bruk her hjemme.

Urologi har i flere år vært et satsingsområde for Aker universitetssykehus HF, og midler fra utenlandsmilliarden ble brukt til å bygge opp kompetansen ved klinikken. Sykehuset har nå det største urologiske fagmiljøet i Norge, og dekker et opp-taksområde med 2,5 millioner innbyggere.

– Det er snakk om en avansert kirurgisk prosedyre, så det er viktig at legene har solid erfaring med laparoskopi. Fordelen med metoden er blant annet at vi får forstørret området vi opererer på, med økt detaljrikdom. Dermed er det lettere å se overgangen mellom det friske og det syke vevet, og vi har mulighet til å være mer nøyaktige blant annet ved å forsøke å skåne ereksjonsnervene, forklarer Berg.

Overgangen til laparoskopi fører til generelt kortere ligge- og katetertid for pasienter med prostatakref. Det er også mindre blødning under operasjonen, og ikke like stort behov for smertestillende etterpå. Selv om laparoskopi ved prostatakref er noe nytt ved Aker universitetssykehus HF, har teknikken vært brukt på sykehuset ved andre typer inngrep helt siden 1994.



Samarbeider for å gi best mulig tilbud

I Asker og Bærum er satsingen på økt samarbeid mellom sykehus og kommuner godt i gang. Våren 2003 åpnet kommunene en spesialenhet for utskrivningsklare pasienter som venter på sykehjemsplass eller andre omsorgstilbud. Sykehuset Asker og Bærum HF bidrar til finansieringen og stiller medisinsk kompetanse til disposisjon.

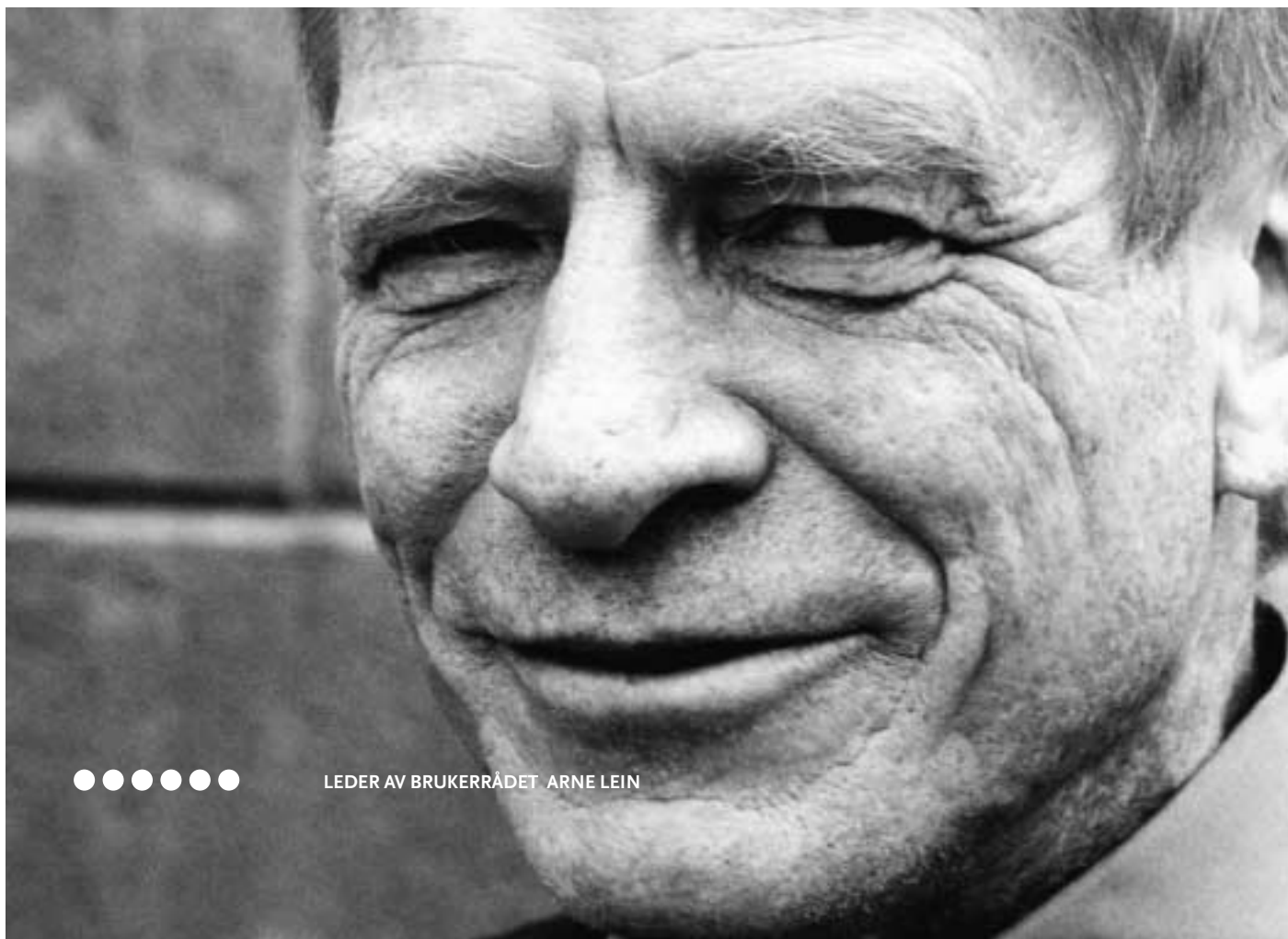
– Det overordnede målet er at pasientene skal oppleve at de blir tatt vare på innenfor ett system. I tillegg tror vi det er mye å vinne økonomisk ved økt integrasjon. I dag sitter kommunene og spesialisthelsetjenesten på hver sin pengesekk, og det skaper kunstige sperrer som verken pasientene, kommunene eller helseforetakene er tjent med, sier administrerende direktør Erik Omland ved Sykehuset Asker og Bærum HF.

Bakgrunnen for at Sykehuset Asker og Bærum HF satser så sterkt på samarbeidet med kommunene, er blant annet at antall innbyggere i de to kommunene vokser raskt. I tillegg er antall innbyggere over 80 år forventet å øke med nesten 50 prosent i perioden 2000 til 2010.

– Hvis vi skal kunne sikre befolkningen de helsetjenestene de har krav på også i framtida, må vi gjøre noe – og jeg tror bedre samarbeid med kommunene er nøkkelen til dette, sier Omland.

Økt innflytelse til brukerne

Helsevesenet er til for brukerne, og Helse Øst ønsker tett dialog med pasienter og pårørende. I 2002 etablerte Helse Øst RHF et eget brukerråd, som skal sikre god kommunikasjon med brukerne. Fra mai 2003 vil to representanter fra brukerrådet møte fast som observatører på styremøtene til Helse Øst RHF.



LEDER AV BRUKERRÅDET ARNE LEIN



Brukerrådet for Helse Øst ble oppnevnt av styret for Helse Øst RHF i april 2002. Rådet har til sammen ni medlemmer, som er oppnevnt for to år av gangen. Brukerrådets leder er Arne Lein. Til daglig arbeider han i Stortingets utredningstjeneste, som skal yte faglig bistand til stortingsrepresentantene og deres rådgivere. Lein er egentlig utdannet teolog, men har lang erfaring med helse- og sosialspørsmål – blant annet gjennom engasjement i ulike organisasjoner.

– Hvorfor er brukerrådet i Helse Øst viktig?

– Det er viktig å huske på at helsetilbudet er til for mennesker. Derfor er innspill fra brukermiljøene et avgjørende korrektiv til fagfolkene, som jo har sine egne perspektiver. Det har vært lovfestet rett til brukermedvirkning i flere år allerede, men gjennom brukerrådet blir pasienter og pårørende tatt med på råd i de strategiske prosessene; brukerrådet er dermed med på å forme morgendagens helsevesen.

– Hva synes du er de viktigste erfaringene brukerrådet har gjort det første året rådet har eksistert?

– Jeg opplever at Helse Øst er oppriktig interessert i å vite hva brukerne mener. Vi blir spurt om råd i viktige saker, og Helse Øst tar hensyn til synspunktene våre. Det er flere gode eksempler på det fra 2002: Et tema som har vært høyt profilert det siste året, er pasientenes rett til fritt sykehusvalg. Vi i brukerrådet satte spørsmålstegn ved hvor reelt det frie valget faktisk var. I en del sammenhenger ble behandling ved enkelte sykehus dyrere enn andre pga. reisekostnader. Dette gikk selvfølgelig ut over mange pasienters mulighet til å velge. Etter denne tilbakemelding fra brukerrådet gjorde Helse Øst grep som førte til at prisforskjellene innen regionen forsvant.

– Jeg synes også det er svært positivt at brukerrådets anbefaling om at brukerperspektivet bør tas med inn i alle nye prosjekter, er blitt hørt. Da vi kom med forslaget, sendte Helse Øst det straks ut til alle prosjekteiere i regionen.

– Hva er betydningen av dialogen mellom brukerrådet og Helse Øst?

– Gjennom mitt tidligere engasjement i Handikapforbundet vet jeg at dialog mellom brukerorganisasjonene og beslutningstakerne kan være vanskelig å oppnå. Med opprettelsen av brukerrådet har pasienter og pårørende fått en åpen kanal til dem som styrer helsetilbudet i regionen. Jeg tror definitivt reformen har ført til at brukerne har fått større innflytelse. Fordi pasientperspektivet nå blir tatt med i de strategiske beslutningene i Helse Øst, håper jeg reformen gir de som bor i regionen et bedre helsetilbud.

– Hva blir de viktigste utfordringene i tiden som kommer?

– Jeg tror en av de store utfordringene framover vil være samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene.

For pasientene er det likegyldig at kommunehelsetjenesten har ansvar for deler av tilbudet, mens helseforetaket har ansvar for resten. Brukerne skal bare ha et best mulig tilbud, tilpasset egne behov, uavhengig av hvem som har ansvaret. Blant annet er det viktig at eldre pasienter som trenger pleie etter et sykehusopphold, får et ordentlig tilbud. Det kan godt tenkes at en mellomting mellom et sykehus og et sykehjem er det riktige.

– Dessuten er det brukerrådets oppgave å svare på spørsmål av mer langsiktig karakter, som for eksempel «Hvordan skal helsetilbudet i regionen være i 2020?». Helse Øst står overfor mange endringer og store investeringer, og det er vesentlig at brukerne blir tatt med på råd.

– Med opprettelsen av brukerrådet har pasienter og pårørende fått en åpen kanal til dem som styrer helsetilbudet i regionen. Jeg tror definitivt reformen har ført til at brukerne har fått større innflytelse.

Brukerrådet

Brukerrådet for Helse Øst ble oppnevnt av styret for Helse Øst RHF i april 2002.

Rådet skal:

- være et bredt sammensatt forum for samarbeid mellom representanter for pasienter og pårørende og Helse Øst RHF.
- sikre kvalitet på tilbud og tjenester ved å delta direkte eller indirekte i planprosessene når det gjelder etablering, endring eller nedlegging av tilbud.
- bidra til å sikre systematisk tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med tjenestene.

Medlemmer i brukerrådet:

Arne Lein (leder), Aase Haug, Gerd Myrberg, Tor Eikeland, Aase-Marit Nygård, Arnt Christian Hagen, Tom Paulsen, Knut Midthaug, Maren Skomakerstuen

Forslag til medlemmer blir innhentet fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), de fylkeskommunale råd for funksjonshemmede og de fylkeskommunale eldreråd.

Dialog: MEDVIRKNING OG INNFLYTELSE

God kommunikasjon med brukere og samarbeidspartnere er en viktig forutsetning for å utvikle helse-tjenestene i riktig retning. I loven er det slått fast at brukerne, det vil si pasienter og pårørende, skal sikres reell innflytelse.

Dialog og samhandling

Helse Øst opprettet sitt eget brukerråd våren 2002. Fra mai 2003 er to representanter oppnevnt av brukerrådet invitert til å møte som observatører på styremøtene til Helse Øst RHF. Den første av faste årlige brukerkonferanser med representanter fra store og små brukerorganisasjoner i regionen ble holdt i midten av januar 2003. Den var dermed den første brukerkonferansen i regi av de regionale helseforetakene. Også helseforetakene har formalisert samarbeid med brukerne gjennom brukerutvalg. Helse Øst legger vekt på at tradisjonelt mindre synlige pasientgrupper som kronikere og pasienter med såkalte «ubestemte lidelser», gis likeverdig medvirkning og innflytelse som pasientgrupper som tradisjonelt har vært mye mer synlige.

I løpet av 2002 ble det etablert formelt samarbeid med kommuner og fylkeskommuner i regionen, fylkeslegene, Helse Sør og med høyskolene.



Sikre framtidig kompetanse

Samarbeidsrådet mellom Helse Øst RHF og høyskolene i regionen ble etablert våren 2002. Formålet er å ha et forum der saker av felles interesse i tilknytning til utdanning og forskning innen spesialisthelsetjenesten kan behandles.

For Helse Øst RHF var det viktig å få etablert et slikt forum, fordi det vil bidra til å sikre en samkjørt utvikling av helsetilbudet. Rådet kan bidra til at regionen får arbeidskraft med den utdannelsen spesialisthelsetjenesten har behov for, og at høyskolene får gode nok praksisplasser. Etableringen av samarbeidsrådet innebærer også at Helse Øst RHF og høyskolene samarbeider om forskning og utvikling.

Samarbeidsrådet har representanter fra Helse Øst RHF, fra helseforetakene og fra de ni høyskolene som tilbyr helsefaglige studier i regionen.

Første brukerkonferanse

Om lag 50 representanter fra små og store brukerorganisasjoner i regionen deltok på Helse Østs brukerkonferanse som ble arrangert på Hamar 16. januar 2003. Målet med konferansen var å etablere en dialog med brukerne om innholdet i framtidens helsevesen. Hva er viktig for brukerne, og hva bør Helse Øst prioritere i framtida, var blant spørsmålene som ble stilt.

Brukerkonferansen synliggjorde stor enighet om at rehabilitering, læring og mestring er et svært viktig område å prioritere. Kunnskap om medisinsk behandling, risiko, bivirkninger, egenbehandling, forebygging og rettigheter er viktig for å mestre sin egen situasjon, understreket deltakerne.

Videre bør Helse Øst prioritere å utvikle et mer samordnet helsetilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, og mellom første- og andrelinjertjenesten, mente brukerne. Behovet er å bli behandlet som et helt menneske, på tvers av profesjoner, nivåer og skolemedisin/alternativ medisin.

Økt påvirkningskraft ved å komme inn i prosjekter i en tidlig fase og gjennom representasjon på styremøter, ble også vektlagt av konferansedeltakerne.

Rapporten fra brukerkonferansen blir fulgt opp av Helse Øst RHF, blant annet i samarbeid med brukerrådet, og inngår som innspill til arbeidet med strategi for Helse Øst som gjennomføres i 2003.

Vi ser med hver våre øyne, hver våre perspektiv. Ingen av oss har helt rett, eller helt feil. Det er viktig at vi møtes for å gjøre det beste for pasienten.

LEDER I BRUKERRÅDET ARNE LEIN

Dialog: MEDVIRKNING OG INNFLYTELSE



– Vi er enige om at pasienten kommer først, men kan ha forskjellig syn på hvordan vi skal få det til, sier regiontillitsvalgt Kirsten Brubakk. (Foto: Thomas Bjørnflaten)

– Vi er en viktig kanal ut

Siden begynnelsen av 2003 har Helse Øst hatt fem tillitsvalgte på regionnivå, tre av dem på heltid. Med erfaring fra ulike deler av sykehusvirksomheten skal de sikre at de ansattes perspektiv blir ivaretatt i viktige prosesser. Samtidig ønsker de å være en viktig kanal ut i organisasjonen for ledelsen i Helse Øst.

– Vi er alle enige om at pasienten kommer først, men av og til kan ledelsen og vi ha forskjellig innfallsvinkel til hvordan vi skal få det til, sier Kirsten Brubakk, en av de regiontillitsvalgte i Helse Øst. – For å få til forbedringer må ansatte og ledelsen dra i samme retning. Det forutsetter at medarbeiderne får anledning til å påvirke prosesser, og at de får god informasjon til å forstå *hvorfor* endringene gjennomføres. Vi kan nok bli en bremsekloss noen ganger, fordi vi mener prosesser trenger tid for å kunne lykkes. Men ofte kan resultatet bli bedre ved å bruke litt tid, framfor å utløse motkrefter fordi prosessene ikke er godt nok forankret i organisasjonen.

Et annet språk

Kirsten Brubakk understreker betydningen av å bidra til at informasjon fra ledelsen kommer ut i organisasjonen også gjennom de tillitsvalgte. – Vi har et annet språk, og kan formidle hva som foregår på en måte som når fram til det ytterste leddet i organisasjonen. Selv om styringslinjen går gjennom lederne, er dette en viktig parallell kanal, sier Brubakk.

– Vi og ledelsen kan korrigere hverandre. Vi bidrar gjensidig med innsikt fra ulike steder, og summen av dette er viktig for å få til endringer som kan gi pasientene et enda bedre tilbud, sier Brubakk.

Samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

Helse Øst RHF etablerte i 2002 et fast kontaktforum med representanter fra kommuner og fylkeskommuner i regionen. Formålet med samarbeidet er blant annet å sikre innspill fra kommuner og fylkeskommuner i planprosessen i det regionale helseforetaket.

Kommunene har lovpålagte oppgaver i forhold til primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. Fylkeskommunale myndigheter har et generelt ansvar for regionens utvikling, samtidig som de fortsatt har ansvar for sosialtjenestene. Godt samarbeid med kommunesektoren er derfor en forutsetning for å kunne sikre gode spesialisthelsetjenester i regionen.

Den viktigste kontakten mellom kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten vil skje i regi av det enkelte helseforetak. Men av hensyn til den samlede planprosessen har Helse Øst lagt vekt på å etablere et forum også på regionalt nivå.



Mer helse for pengene: SAMARBEID PÅ TVERS

God koordinering av ressursbruk og samordning der det er hensiktsmessig, er viktige virkemidler for å kunne skape mer og bedre pasientbehandling.



Fra ni til tre AMK-sentraler

Da Helse Øst RHF overtok som sykehus-eier, hadde regionen ni akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler). På bakgrunn av utredningsarbeid som ble gjennomført i 2002, vedtok Helse Øst RHF å redusere antall AMK-sentraler til tre; en i Hedmark og Oppland, en i Oslo og Akershus og en i Østfold. Samtidig ble AMK-sentralene integrert i de tre helseforetakene som har fått ansvar for AMK-sentralene.

Gjennom samordningen ønsker Helse Øst RHF å legge til rette for å styrke kompetansen innen fagområdet, samtidig som at sammenslåingene sikrer effektiv drift i forhold til personell og utstyr. Ved at opptaksområdene blir større, vil ambulansene kunne utnyttes bedre og oppdragene betjenes raskere.

Sparer på felles innkjøpsordning

Ved å samordne innkjøpsavtaler for utvalgte produkter sparte sykehusene i Helse Øst anslagsvis 75 millioner kroner i 2002. Helseforetakene gjør årlig innkjøp for om lag fem milliarder kroner, og Helse Øst RHF regner med at det er stort potensial for innsparinger i årene som kommer. Dermed frigjøres ressurser som kan brukes til å bedre helsetilbudet for pasientene.

I 2002 ble det prioritert å lage fellesavtaler for ikke-medisinske forbruksvarer som blant annet forsikring, strøm, olje, kontor- og datarekvisita og telefoni. I 2003 er det prioritert å utarbeide fellesavtaler også for medisinske forbruksvarer, som utgjør de største innkjøpskostnadene.

Slutt på gjestepasienter innen regionen

Allerede før de nye helseforetakene ble etablert, vedtok styret i Helse Øst RHF at gjestepasientordningen for somatiske tjenester innen regionen skulle opphøre fra 1. januar 2002. Dermed er alle pasientene i regionen likeverdige for sykehusene og behandlingen finansiert på samme måte, uavhengig av hvilket fylke pasientene kommer fra.

Administrativt er endringen en forenkling. Det er et mål at endringen også skal gjøre det lettere for pasientene å benytte seg av retten til fritt sykehusvalg.





Mer helse for pengene: SAMARBEID PÅ TVERS



Tegningen viser inngangspartiet til det nye Akershus universitetssykehus HF. Helse Øst RHF har som mål å legge fram et forslag for gjennomføring av Nye Ahus før sommeren 2003, for at prosjektet skal kunne fremmes i forbindelse med statsbudsjettet for 2004.

Samlet plan for sykehusutbygging

Da Helse Øst RHF overtok ansvaret for sykehusene i regionen, forelå planer for tre store sykehusprosjekter i regionen: Nye Akerhus universitetssykehus, nytt Follo-sykehus i Ski og nytt Østfold-sykehus. Av disse var Ahus det prosjektet som hadde kommet lengst og som hadde høyest prioritet ut fra behovsvurdering. Derfor ble prosjekteringen av nye Ahus videreført, mens videre prosjektering av sykehusene i Follo og Østfold ble lagt på is inntil framtidig behov i regionen totalt var utredet.

Helse Øst RHF satte på slutten av 2002 i gang arbeidet med å lage en samlet plan for hvilke større utbyggingsprosjekter/investeringer som skal gjennomføres i regionen i årene som kommer – i tillegg til å realisere Nye Ahus. Prioriteringene skal være basert på tilgjengelige behovs- og kapasitetsanalyser. Det skal gjøres analyser av hva det koster å utvide eksisterende sykehus i forhold til å bygge nytt. Planen skal være klar innen 1. september 2003, og skal spesielt gi en begrunnet anbefaling om sykehusprosjektene i Follo og Østfold.

Bedre utnyttelse av intensivkapasitet

For å bedre utnyttelsen av eksisterende intensivkapasitet ble ansvaret for en overordnet koordinering av intensivplassene i regionen fra 1. januar 2003 lagt til ett senter; AMK-sentralen ved Ullevål universitetssykehus HF. Dermed kan ledige intensivsenger i regionen utnyttes langt bedre enn tidligere.

Beregninger gjennomført i 2002 viser at Helse Øst mangler 25–30 intensivplasser i forhold til behovet. Dette går både ut over behandlingstilbudet til pasientene og begrenser muligheten for å utnytte sykehusenes øvrige kapasitet fullt ut. En plan for å bedre intensivkapasiteten i regionen ble vedtatt i styret for Helse Øst RHF februar 2003.

Forenkling med IT

Innen 2006 skal Helse Øst ha tatt IT-teknologi i bruk for fullt, og etablert nye arbeidsmåter og samarbeidsformer med utgangspunkt i dette. Det er målbildet i IT-strategien som helseforetakene utarbeidet under ledelse av Helse Øst RHF våren 2002.

IT-strategien har følgende hovedområder:

- Journaler, røntgenbilder, henvisninger, prøvesvar osv. skal lagres og utveksles elektronisk både internt i foretakene og i kommunikasjon med andre foretak og med primærhelsetjenesten.
- Arbeidsprosesser skal utformes på nytt for å utnytte mulighetene i ny teknologi.
- Funksjonsdeling og samarbeid mellom aktører i helsevesenet skal endres gjennom målrettet utnyttelse av helsenettet.

Overordnet strategi for å nå målene er:

- Helseforetakene skal opp på et kostnads-effektivt og felles IT-nivå
- Større IT-anskaffelser samordnes regionalt og styres mot færrest mulig systemer
- Felles drift av IT-løsninger innføres der det er hensiktsmessig
- Innføring av ny teknologi gjøres med utgangspunkt i planer for nye arbeidsprosesser og for hvordan gevinst av teknologien kan realiseres
- Helse Øst skal innføre standarder for IT-løsninger som sikrer enkel kommunikasjon mellom systemer innen foretaksgruppen og med omverdenen.

Rammeavtaler

I 2002 forhandlet Helse Øst RHF fram rammeavtale for Portal Helse Øst. Portalen skal ha tre nett; Intranett, Ekstranett og Internett, og skal danne basis for et større informasjonsnettverk mellom alle helseaktører i regionen, og mellom helsevesenet og pasienter.

Det ble startet anskaffelsesprosesser for følgende virksomhetskritiske systemer:

- Pasientadministrativt system/elektronisk pasientjournal
- Røntgen- og billedbehandlingssystem
- Turnus- og arbeidsplaner
- Dokumenthåndteringssystem

Årsberetning 2002

Innledning

Lov om helseforetak ble vedtatt i Odelstinget 6. juni 2001, og ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overtatt fra 1. januar 2002.

Helse Øst RHF har, gjennom sitt «sørge-for»-ansvar, et overordnet ansvar for at oppgavene som er pålagt helseforetakene, blir løst i samsvarende med helsepolitikkenes prioriteter og blir utført gjennom god og riktig service og kvalitet, og gjennom effektiv ressursbruk.

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

Helseforetaksstruktur

Helse Øst RHF ble etablert 17. august 2001. Virksomheten ble overført 1. januar 2002. Foretakets hovedkontor er på Ottestad. Helse Øst bestod i 2002 av :

Aker universitetssykehus HF
 Akershus universitetssykehus HF
 Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF
 Blakstad sykehus HF
 Bærum sykehus HF
 Kongsvinger sjukehus HF
 Oppland sentralsykehus HF
 Psykisk helsevern Østfold HF
 Sanderud sykehus HF
 Sentralsjukehuset i Hedmark HF
 Ski sykehus HF
 Sunnaas Sykehus HF
 Sykehuset Østfold HF
 Tynset sjukehus HF
 Ullevål universitetssykehus HF

Helse Øst har ut fra sitt «sørge-for»-ansvar inngått driftsavtaler med følgende fire private sykehus:

Diakonhjemmet sykehus AS
 Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus
 Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
 Martina Hansens hospital

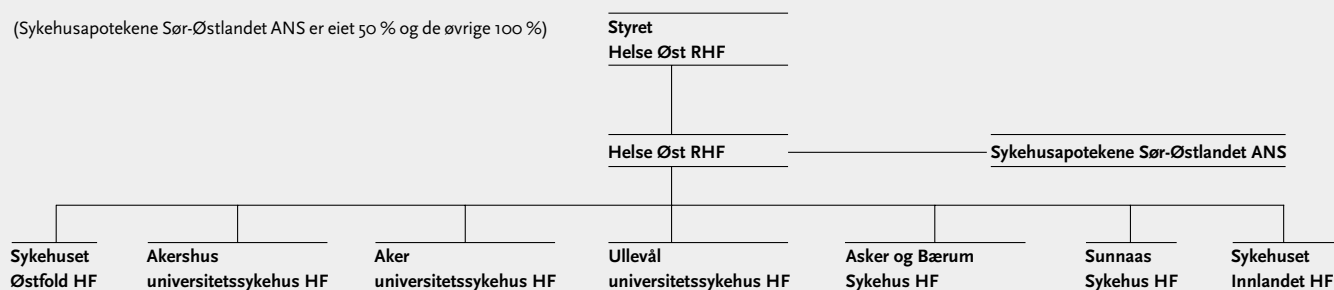
Videre har Helse Øst ulike avtaleforpliktelser. Helse Øst har bl.a. avtalebasert samarbeid med ca. 830 privatpraktiserende spesialister.

Antall helseforetak ble fra 1. januar 2003 redusert fra 15 til 7, ut fra en målsetting om å legge til rette for:

- bedre kvalitet på tjenestene og mer fornøyde brukere
- likeverdig tilbud med god tilgjengelighet i hele regionen
- bedre effektivitet og ressursutnyttelse
- større valgfrihet for befolkningen og bedre kapasitetsutnyttelse

De nye helseforetakene har en størrelse som gjør at de kan tilby behandling på ulike nivåer og innen de aller fleste fagområder. Dermed kan pasientene i større grad enn tidligere få et samordnet tilbud innenfor ett og samme foretak. Samtidig forenkles det administrative arbeidet, og det legges et grunnlag for mer effektiv drift og et samlet sett godt behandlingstilbud. Større helseforetak innebærer også at foretakene får store nok opptaksområder til å utvikle solide fagmiljøer, noe som vil bidra til å sikre behandling av høy faglig kvalitet. Ut fra et overordnet mål om å gi helhetlig behandling er somatikk og psykiatri samorganisert i de nye helseforetakene. Per 1. januar 2003 er foretaksgruppen organisert slik:

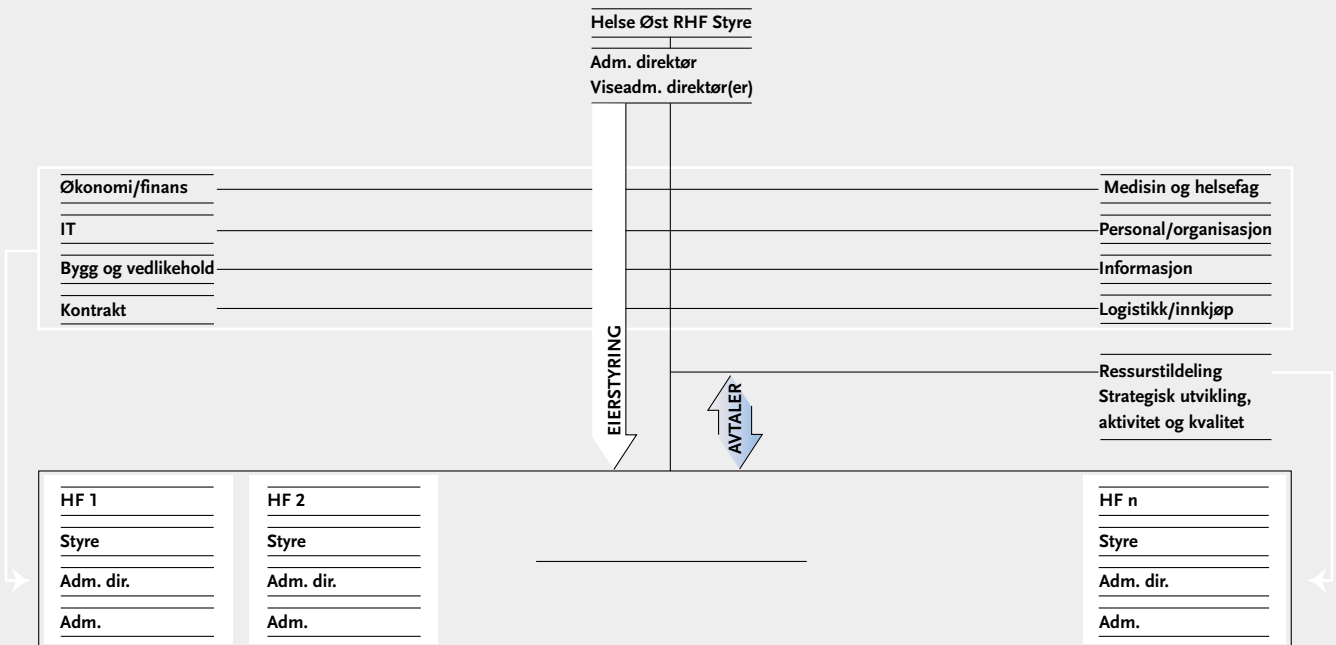
(Sykehusapotekene Sør-Østlandet ANS er eiet 50 % og de øvrige 100 %)





Styringsmodell

Helse Øst er organisert i henhold til nedenstående modell. I 2002 har alle styre med ett unntak hatt intern styreleder i form av viseadministrerende direktør i Helse Øst. I 2003 har man både interne og eksterne styreledere. Gjennom styringsmodellen er det lagt stor vekt på å legge til rette for stor grad av samordning og samarbeid mellom helse-foretakene.



Brukerråd

28. februar 2002 ble det opprettet brukerråd med ni medlemmer. Det er i 2002 blitt avholdt fem møter i tillegg til at det er blitt avholdt en dialogkonferanse med 34 brukerorganisasjoner.

Regiontillitsvalgte

Det ble per 1. februar 2003 opprettet fire årsverk for regiontillitsvalgte innen foretaksgruppen. Begge disse samarbeidsorganene gir positivt bidrag til driften av Helse Øst.

Virksomheten i 2002

Prioriterte mål for Helse Øst i 2002 var:

- **Etablere en langsiktig helseforetaksstruktur og gjennomgå funksjons- og oppgavefordelingen for å sikre effektiv og mer optimal ressursutnyttelse.**

Gjennom prosjektet «Helseforetaksstruktur og oppgave- og funk-

sjonsfordeling» la Helse Øst i 2002 et viktig grunnlag for den langsiktige utviklingen av spesialisthelsetjenestene i regionen. Prosjektet ble gjennomført som en åpen og involverende prosess, der mer enn 300 representanter fra helseforetakene, relevante fagmiljøer, tillitsvalgte og brukere deltok. Arbeidet ble gjennomført i perioden fra april til juli, med en påfølgende innspillrunde, før den endelige behandlingen i styret for Helse Øst RHF i oktober 2002. Arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling går videre i 2003.

- **Etablere en investeringsstrategi**

Det forelå omfattende planer om store investeringer ved overtakelsen av virksomheten innenfor Helseregion Øst. Det er etablert et prosjekt, «Samlet Plan», som skal dokumentere behov og kapasitet for framtidige helsetjenester, og som vil danne grunnlag for videre investeringsstrategi. Byggeprosjektet på Ahus, som har høy prioritet, har vært under omprosjektering for å redusere kostnadsnivået med to mrd. kroner og revidert forprosjekt vil bli fremmet i løpet av 1. halvår 2003.

- **Utvikle bedre pasientinformasjon**

Helse Øst og Helse Sør driver i fellesskap en rådgivningstjeneste for fritt sykehusvalg, som er knyttet opp mot det nasjonale «grønne» nummeret. Tjenesten er i 2002 evaluert og vil som et resultat av dette bli ytterligere styrket. I tillegg er det laget en cd-rom og en brosjyre som omhandler kjøp av tjenester hos de private og fritt sykehusvalg. Brosjyren er bl.a. sendt alle fastlegene i regionen.

- **Etablere og implementere målesystemer basert på kvantitative (økonomiske) og kvalitative parametere.**

God økonomistyring er en sentral forutsetning for at forventningene til helse reformen skal kunne innfris. Det er lagt ned betydelige ressurser i å få avlagt et regnskap iht. regnskapsloven og tilhørende god regnskapsskikk. I forbindelse med det første driftsåret er det implementert et webbasert rapporteringssystem for økonomiske- og aktivitetsbaserte nøkkeltall samt kvalitetsindikatorer. I løpet av 2003 vil man også starte opp med rapportering av nasjonale kvalitetsparametere.

- **Etablere hensiktsmessige relasjoner og god strategi for utvikling av forsknings- og utviklingsaktivitet med sentrale aktører og samarbeidspartnere, samt inngå avtaler med disse. Definere mål, virkemidler og samarbeidsmønstre.**

Det er igangsatt arbeid med en forskningsstrategi for Helse Øst. Universitetet i Oslo og høyskolene er trukket inn i dette arbeidet. Det er etablert samarbeidsorgan i regionen mellom høyskolene, helseforetakene og det regionale helseforetaket, og det er utarbeidet rammeavtale mellom det regionale helseforetaket og høyskolene. Det er inngått samarbeidsavtale for 2003 mellom Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo.

I tillegg er det satt fokus på følgende hovedområder:

- **Ventelister**

Ved inngangen til 2002 sto 72 925 pasienter på venteliste ved helseforetakene i Helse Øst. Ved utgangen av 2002 var antallet pasienter som sto på venteliste, redusert til 60 497 pasienter, en reduksjon på 17 %. Antallet som hadde ventet mer enn ett år, var redusert til 3 966. Gjennomsnittlig ventetid er i 2002 redusert fra 150 dager til 126 dager.

For 2003 er det satt nye mål for reduksjon av ventelister og

ventetider. Målet for Helse Øst er at ingen skal ha ventet over ett år per 1. juli 2003.

- **Korridorpasienter**

Månedlig rapportering om korridorpasienter i indremedisinske avdelinger er innført i 2002. Helse Øst har satt i gang en rekke tiltak for å redusere antall korridorpasienter, bl.a. har vi søkt å bedre pasientflyten ved sykehusene i regionen. Det er også vedtatt å etablere en egen enhet for eldre med brudd i Oslo-området. Det er et uttalt mål for Helse Øst at vi ikke skal ha korridorpasienter ved utgangen av 2003.

- **Opplæring av pasienter og pårørende**

De fleste foretakene har opprettet «lærings- og mestringssentra» for pasienter og pårørende. Det er et mål i 2003 å iverksette tiltak for systematisk opplæring ved alle helseforetak. I forbindelse med utviklingen av en plan for re-/habilitering i regionen er det foretatt en kartlegging av denne type tjenester. Mange brukerorganisasjoner deltar aktivt i opplærings- og informasjonsarbeidet. Disse organisasjonene får tilskudd til slik virksomhet, og det videre arbeidet vil bl.a. bygge på de ressurser disse brukerorganisasjonene representerer.

Pasientbehandling

Somatisk sektor

Somatisk sektor hadde i alt 6,4 mrd. kroner i aktivitetsbaserte inntekter i 2002. Aktiviteten, inkl. de fire private, økte med 21 597 DRG-poeng (+ 8,3 %). Antall RTV-finansierte polikliniske konsultasjoner var 994 128, en økning på 57 439 konsultasjoner (+ 6,1 %). Antall pasienter på venteliste er redusert og ventetidene er gått ned. Reduksjonen i ventetider gjelder i hovedsak innlagte pasienter. Ventetiden for pasienter til poliklinisk behandling er i hovedsak uendret.

Psykiatrisk sektor

Psykiatrisk sektor hadde 596 887 liggedøgn, en økning på 9 437 (+ 1,6 %) i forhold til 2001. Antall polikliniske konsultasjoner var 314 136, en økning på 34 700 konsultasjoner (+ 12,4 %). Samlet aktivitet i 2002 lå vesentlig over aktiviteten i 2001.

Resultatutvikling og balanse

Regnskapsåret 2002 er første driftsår for Helse Øst. Helse Øst RHF får midler fra staten, delvis som faste tilskudd til dekning av beredskap og infrastruktur, og delvis som innsatsstyrt



finansiering (ISF) basert på prising av utførte tjenester. Etter flere år med store underskudd i spesialisthelsetjenesten er det svært gledelig å konstatere at denne negative trenden nå er snudd gjennom bedre økonomisk styring. Helseforetakene vil fortsatt arbeide aktivt for å bedre både kvalitet og service overfor pasientene. Midler til investeringer er redusert fra 2002 til 2003, noe som vil medføre et økt effektiviseringskrav på ca. 150 mill. kroner for foretaksgruppen. utfordringer i forbindelse med vedlikeholdsetterslep på så vel bygg som maskiner og medisinskteknisk utstyr kommer i tillegg.

Totale driftsinntekter i 2002 var for Helse Øst RHF 17,9 mrd. kroner, hvorav 12,3 mrd. kroner var rammefinansiering og de resterende 5,6 mrd. kroner var andre inntekter.

Helse Øst RHF hadde i 2002 et overskudd på 65,1 mill. kroner. Foretaksgruppen fikk i samme periode et overskudd på 247,5 mill. kroner. Helse Øst sin oppgave er å sørge for at det ytes helsetjenester innenfor rammen av tildelte ressurser. Ut fra denne forutsetningen er årets økonomiske resultat tilfredsstillende.

Likviditetsbeholdning per 31.12.2002 var for Helse Øst RHF 483,5 mill. kroner, herav bundne skattetreksmidler på 4,2 mill. kroner. For foretaksgruppen var likviditetsbeholdningen 2088,0 mill. kroner, hvorav bundne skattetreksmidler utgjorde 488,4 mill. kroner. Totalkapitalen i Helse Øst RHF utgjorde 13,3 mrd. kroner per 31.12.2002. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 17,5 mrd. kroner. Bokført egenkapital per 31.12.2002 var henholdsvis 12,1 mrd. kroner (91,1 %) og 12,3 mrd. kroner (70,3 %).

Helse Øst er gjennom rammefinansiering tilført 1021,7 mill. kroner i investeringsmidler for 2002. Totalt er det balanseført 943,8 mill. kroner i 2002.

Per 1. januar 2002 ble all virksomhet innenfor Helseregion Øst, i henhold til helseforetaksloven § 52 nr. 6 med tilhørende eiendeler, gjeld, rettigheter og forpliktelser, overført til Helse Øst RHF. Helse Øst RHF overførte deretter per samme dato eiendeler og gjeld til de respektive helseforetak på bakgrunn av foreløpig åpningsbalanse. Endelige verdier på anleggsmidler er ikke fastsatt. I årsregnskapet for 2002 er det lagt til grunn en foreløpig kostpris på anleggsmidler fastsatt av Helsedepartementet i brev av 27.02.03. Det er derfor knyttet usikkerhet til endelig kostpris for anleggsmidler og tilhørende

avskrivninger for 2002. All kapital, ut over den kapital som ble skutt inn på stiftelsestidspunktet, behandles som annen innskutt egenkapital. Det vises til nærmere omtale i noter til regnskapet (avsnitt «Generelt om regnskapet»).

Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

Alle formaliteter rundt overdragelse av bygg er ikke endelig avklart. Det gjenstår noe arbeid med oppmåling og fradeling av enkelte eiendommer, delingsforretninger, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere.

Pensjonsmidler/forpliktelser og pensjonskostnader

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS6 Pensjonskostnader og det er første gang det er utarbeidet aktuarberegning iht. Norsk Regnskapsstandard for spesialisthelsetjenesten.

Kontantstrømanalyse

Helse Øst RHF sin likviditetsbeholdning per 31.12.2002 var 483,5 mill. kroner i form av kontanter og bankinnskudd. Kontantstrømmen i 2002 var totalt sett positiv med 483,4 mill. kroner. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 1860,1 mill. kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2002 var 2088,0 mill. kroner.

Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede, og dette er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet 2002. Helse Øst RHF har tilfredsstillende likviditet og har i 2002 et årsresultat på 0,4 % av totale driftsinntekter.

Helse Øst RHF har ved utgangen av 2002 en egenkapitalandel på 91,1 %, basert på foreløpig verdi av tingsinnskudd 1.1.2002. Egenkapitalandelen anses som tilfredsstillende ut fra hensynet til fortsatt drift.

Arbeidsmiljø og personale

Ved årsskiftet var det 74 ansatte i Helse Øst RHF, hvorav 38 ansatte var knyttet opp til konkrete byggeprosjekter. Antall ansatte i hele foretaksgruppen var på samme tidspunkt 31 117. Sykefraværet i Helse Øst RHF var på totalt 162 dagsverk i 2002, som utgjorde 2,5 % av total arbeidstid. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 478 610 dagsverk i 2002, som utgjorde 8,9 % av total arbeidstid.

Det har i 2002 ikke vært noen ulykker eller arbeidsuhell som har medført store materielle skader eller personskader.

Generelt oppleves arbeidsmiljøet i foretaket som godt. På nasjonalt nivå er det igangsatt et ledelsesutviklingsprogram som blant annet legger vekt på arbeidsmiljø og ledelsesfilosofi. Etter hvert forventes det at dette vil få innvirkning i hele organisasjonen.

Likestilling

Styret i Helse Øst RHF består av fire kvinner og fem menn. I ledergruppen er to av seks kvinner. Helseforetakene rapporterer om et tilfredsstillende arbeid med likestilling i foretaksgruppen.

Ytre miljø

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

Framtidsutsikter

En strategiplan for Helse Øst som er under arbeid, vil bli vedtatt i løpet av 1. halvår 2003. Gjennom ytterligere effektivisering av driften

arbeides det for å oppnå reduksjon i ventelister, eliminasjon av korridorpasienter og en samlet sett økt tilgjengelighet av tjenestene. Det legges vekt på å opprettholde faglig god og sikker pasientbehandling og en effektiv ressursforvaltning. Det er et mål å oppnå et økonomisk resultat i balanse for 2003 for foretaksgruppen samlet, og for det enkelte helseforetak. Dette vil kreve sterk styring og fokus på ytterligere effektivisering.

Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Øst RHF ble et overskudd på 65,1 mill. kroner. Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

| | |
|-----------------------|---------------|
| Til annen egenkapital | kr 65.101.000 |
| Sum disponert | kr 65.101.000 |

Inntil endelig verdi på kapitalinnskuddet per 01.01.02 er fastsatt, betraktes annen innskutt egenkapital som bundet.

Foretakets frie egenkapital per 31.12.02 utgjør dermed 65,1 mill. kroner.

Oslo, 05.06. 2003



Siri B. Hatlen
Styreleder



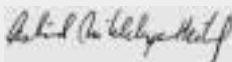
Harald Norvik
Nestleder



Irene Dahl Andersen
Styremedlem



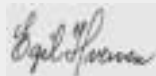
Tom Veierød
Styremedlem



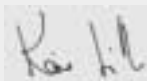
Astrid Nøklebye Heiberg
Styremedlem



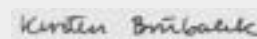
Bjarne Waaler
Styremedlem



Egil Hverven
Styremedlem



Kåre Løstakken
Styremedlem



Kirsten Brubakk
Styremedlem

Tor Berge
Adm. dir.



