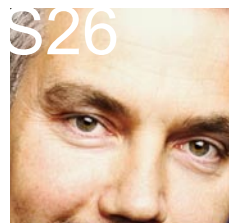




2004



Innhold



- 3 2004 – et godt år!
- 4 Dette er Helse Øst
- 5 Nøkkeltall
- 6 Helse Øst fram mot 2025!

- 8 **PASIENTBEHANDLING**
- 9 Pasienten i sentrum
- 11 Samarbeid til pasientenes beste
- 12 Det nytter -prisen for god samhandling
- 14 Styrking av psykisk helsevern
- 15 Nytt psykiatritilbud gir helhet for pasienten
- 16 – Viktig å velge riktig
- 18 Kunnskap til livskvalitet
- 19 Satser på behandling av rusmiddelavhengige
- 20 Ingen er like
- 21 Midt i en brukermedvirkingsreform
- 22 Den viktige individuelle oppfølgingen
- 23 Flom i Asia – Helse Øst i full beredskap

- 24 **ORGANISASJON OG LEDELSE**
- 25 Den viktige kulturbyggingen
- 26 Godt skussmål som lærende organisasjon
- 27 Etske retningslinjer på plass

- 28 **KOMPETANSE**
- 29 Forskning til pasientenes beste
- 30 Ny kunnskap om psykoser
- 31 Mange gevinster ved elektronisk bildeoverføring

- 32 **KVALITET**
- 33 Orden i eget hus
- 34 Kvalitet for pasienten
- 35 Kvalitetsindikatorer hjelper oss å bli bedre

- 36 **RESSURSER**
- 37 Høy aktivitet og drift i balanse
- 38 – Økt åpenhet styrker kvaliteten
- 39 Elektroniske pasientjournaler styrker effektiviteten og kvaliteten
- 40 Første spadestikk for Nye Ahus
- 41 Begivenheter 2004

- ÅRSBERETNING OG REGNSKAP 2004**
- A Årsberetning
- F Resultat regnskap
- G Eiendeler
- H Egenkapital og gjeld
- I Kontantstrømoppstilling
- J Noter
- X Revisors beretning

2004 – et godt år!

Det er nå vel tre år siden Helse Øst overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og ett år siden vi overtok deler av rusomsorgen. Mye er gjort på denne tiden, og Helse Øst har oppnådd gode resultater på en rekke områder. Men gode resultater til tross, vi skal ikke hvile på laurbærene. Sykehusene har fortsatt store utfordringer, og vi skal arbeide hardt for å gi pasientene et enda bedre tilbud.

Det var de stadig dårligere rammevilkårene for de fylkeskommunalt eide sykehusene som var noe av begrunnelsen for reformen. Ventetiden for behandling økte. Ansvarsforholdene ble pulverisert i et svarteperspill mellom fylkeskommunene og staten. Under-skuddene i sykehusene ble større og større. Helsereformen var kort og godt nødvendig for å få styring.

Helse Øst har oppnådd gode resultater. I dag behandler våre sykehus flere pasienter enn noensinne. Vi har landets korteste ventetid, og det er også langt færre som venter på behandling. Samtidig bygges det stadig ut nye tilbud innen psykisk helse, slik at tilgjengeligheten blir bedre. Sykehusene tilbyr mer helse for hver krone, samtidig som kvaliteten og tilgjengeligheten er forbedret.

Også økonomisk er utviklingen positiv, og tilgangen på fagpersonell er forbedret. Selv om det fortsatt er underdekning på enkelte områder, er situasjonen tilfredsstillende. Alle forbedringene kommer til syvende og sist våre pasienter til gode.

Det er fortsatt mye arbeid som gjenstår. For det første skal kvaliteten på tilbudet til pasientene bedres. Det er fremdeles noen pasienter som venter over ett år på behandling, og hver dag ligger det pasienter på korridor-ene i våre sykehus. Slik skal det ikke være! Hver eneste time møter over 500 pasienter

sin behandler i et av våre sykehus. I hvert av disse "sannhetens øyeblikk" skal pasientene oppleve at deres behov står i sentrum. Pasienten skal settes først!

Videre skal samhandlingen med primærlegene og kommunehelsetjenesten bli bedre. En viktig forutsetning for bedre kvalitet, er en effektiv flyt av pasientopplysninger mellom behandlingsnivåene. Dette handler også om verdighet! Pasientene skal slippe å vente unødig eller å fortelle sin sykehistorie på nytt fordi det mangler individuell plan for videre behandling eller at pasientopplysningene ikke er på rett sted til rett tid. Her er vi ikke gode nok!

Til sist skal vi fortsette arbeidet med pasientrettigheter og brukermedvirkning. Jeg er glad for at pasientenes rettigheter ble styrket gjennom den nye loven som trådte i kraft sist høst. Denne loven gir oss nye utfordringer som Helse Øst er klar til å møte. Helse Øst har etablert en god dialog med brukerrådene og brukerorganisasjonene. Disse representerer våre viktigste interesser, de stiller krav til oss og de utfordrer oss. Samtidig gir de oss muligheten til å se oss selv fra pasientens perspektiv. Denne dialogen skal videreføres – både fra det enkelte foretak og på regionalt nivå.

Vårt viktigste og største fortrinn er de 31 000 medarbeiderne, og det den enkelte repre-

senterer av menneskelige egenskaper, kunnskap og erfaring. Innenfor rammen av verdiene kvalitet, trygghet og respekt skal dette, sammen med engasjement og energi, omsettes til aktiviteter som vi i fellesskap presenterer som vårt tilbud overfor pasientene.

I denne årsrapporten kan du lese om aktiviteten i Helse Øst i året som har gått. Det pågår svært mye godt arbeid i våre helseforetak, og alt kan ikke omtales i en slik rapport, men jeg håper du finner interessante artikler i det lille knipet av eksempler som presenteres her.

God lesning!

Tor Berge
adm.dir.

Dette er Helse Øst

Helse Østs 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.

Helse Øst RHF (regionalt helseforetak) er en av fem statlige helseforetaksgrupper og har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

let drift- og investeringsbudsjett på 22,8 milliarder kroner. Helse Øst-gruppen hadde i 2004 om lag 31 000 medarbeidere og er utfra dette Norges fjerde største konsern.

Helse Øst RHF er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehustilbudet og er eier av de sju helseforetakene i regionen. Helse Øst

Helse Øst er landets største helseregion med 1,6 millioner innbyggere, det vil si drøyt 35 prosent av landets befolkning, og et sam-

RHF holder til på Hamar og har om lag 50 medarbeidere.

Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Øst RHF, og åtte datterselskaper; sju helseforetak og ett apotekselskap som eies sammen med Helse Sør RHF.

Verdier

Helsesektorens nasjonale verdier er: kvalitet, trygghet, respekt

I Helse Øst betyr dette å:

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

Oppgaver

Spesialisthelsetjenestene er pålagt ansvar for pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, og disse oppgavene danner grunnlaget for virksomheten i Helse Øst. Helse Øst har utpekt fem perspektiver som representerer grunnleggende strategiske og operasjonelle utfordringer. Perspektivene er:

Pasientbehandling
Organisasjon og ledelse
Kompetanse
Kvalitet
Ressurser

Årsrapporten er inndelt i henhold til disse fem perspektivene. I hvert kapittel forteller vi om hvilke resultater som er oppnådd i 2004 og om utfordringer og mål for arbeidet framover.

Overordnede mål

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

Morselskap

Helse Øst RHF

Datterselskaper

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

Avtaler med følgende ikke-kommersielle sykehus

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

Sykehustjenester leveres også av privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister etter avtale med Helse Øst RHF

Nøkkeltall

AKTIVITET - SOMATIKK

¹Tallene inkluderer egne foretak, samt de fire private, ikke-kommersielle sykehusene Helse Øst har avtale med.

DRG – poeng²:

2001: 260 134
2002: 281 731
2003: 300 082
2004: 305 768

Antall polikliniske konsultasjoner:

2001: 936 689
2002: 994 128
2003: 1 136 630
2004: 1 151 092

²Som del av systemet med innsatsstyrt finansiering utløser alle behandlingsprosedyrer et visst antall DRG-poeng. Dette er dermed et uttrykk for aktivitetsnivået.

AKTIVITET – PSYKISK HELSEVERN³:

³Aktivitet innen rusomsorgen, som fulgte med som en del av helse reformen fra 2002, ble tidligere rapportert sammen med data for psykisk helsevern. Fra og med 1.1.2004 ble ansvaret for rusomsorgen overført til helseforetakene, derfor er all aktivitet knyttet til rusomsorgen skilt ut som eget område i tallmaterialet for 2003 og 2004.

Polikliniske konsultasjoner:

2001: Psykisk helsevern (inkl. rus): 279 436
2002: Psykisk helsevern (inkl. rus): 315 882
2003: Psykisk helsevern: 341 011
Rusomsorgen: 26 120
2004: Psykisk helsevern: 357 402
Rusomsorgen: 54 429

ANTALL DAGER I GJENNOMSNITTLIG VENTETID:

Antall dager i gjennomsnittlig ventetid:

Somatikk: 2001: 148
2002: 124
2003: 87
2004: 83

Psykisk helsevern: 2001: 142
2002: 106
2003: 90
2004: 63

Alle tall i NOK 1000

ØKONOMI

Driftsinntekter

2002: 19 065 mill.kr
2003: 20 869 mill.kr
2004: 23 005 mill.kr

Driftskostnader:

2002: 19 576 mill.kr
2003: 21 649 mill.kr
2004: 23 494 mill.kr

Driftsresultat:

2002: -511 mill.kr
2003: -780 mill.kr
2004: -489 mill.kr

Korrigert årsresultat:⁴

2002: 163 mill.kr
2003: -158 mill.kr
2004: 58 mill.kr

⁴Se note om regnskapsprinsipper i formell del av rapporten.

Helse Øst fram mot 2025!

Tiden er inne for å løfte blikket og planlegge fram mot 2025 for å sikre at vi utvikler et tjenestetilbud og tilrettelegger en infrastruktur som er i samsvar med det framtidige behovet for sykehus tjenester.



Styreleder Siri Hatlen.

Helse Øst kan se tilbake på nok et år der våre helseforetak har hatt god kontroll på drift og økonomi. På de fleste kvalitetsindikatorer ser vi betydelige forbedringer, selv om det til dels er et stykke igjen til det endelige målet, spesielt innen psykisk helsevern. Resultatene vi har oppnådd så langt gir oss et godt grunnlag for å sette den langsiktige utviklingen på dagsorden for alvor. Vi har etablert en langsiktig foretaksstruktur med godt fungerende styrings- og rapporteringssystemer. Dette gir oss et meget godt utgangspunkt for helhetstenkning og langsiktig planlegging i tråd med reformens intensjon.

Prioritering og kvalitet i tjenestetilbudet ble definert som satsingsområde i 2004. Vi må

beholde det kortsiktige fokuset på kvalitet og prioritering for hele tiden å forbedre og videreutvikle tilbudet til pasienter og pårørende i vår region med de ressurser vi har til disposisjon. Dette vil være et fortsatt prioritert område, sammen med leder- og organisasjonsutvikling.

Brukernes behov i fokus

Det er en kombinasjon av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og utviklingen i behandlingsformer som definerer det fremtidige behovet. Vi iverksetter nå et grundig analysearbeid basert på erfaringer, tilgjengelig informasjon og nye trender.

Den store utfordringen er å se behovsutviklingen i sammenheng med morgendagens

infrastruktur, samt å gjøre de nødvendige grep og tilpasninger i tide. Gjennom god dialog med eier må vi sikre at vi får den nødvendige handlefrihet til å kunne rive gammelt og dårlig samt å selge tomter for å sikre finansiering av framtidens sykehusbygg. Disse må være tilpasset moderne drift med større grad av dag/poliklinikk og størst mulig grad av samlokalisering av somatikk og psykiatri. Lokalsykehusene må være der pasientene bor, mens spesialiserte tilbud vil ligge mer sentralt. Fra politisk hold er det nå markert vilje til å styrke lokalsykehusene, blant annet med øremerkede midler over revidert nasjonalbudsjett. Dette vil vi følge opp i vårt videre arbeid. Det er positivt for brukerne og helt i tråd med våre visjoner.



Foran fra venstre: Egil Hverven, Anne Berit Søfteland, Kirsten Brubakk, nestleder Harald Norvik. Bak fra venstre: Audun Holsbrekken, styreleder Siri Hatlen, Tom Veierød, Tor-Erik Sand. Astrid Nøklebye Heiberg var ikke til stede da bildet ble tatt. Kåre Løvsstakken gikk ut av styret i 2004.

Helhetstenkning skal ivareta lokale og regionale hensyn

"Prosjekt 2025" skal sikre at blant annet Prosjekt 2020 i regi av Sykehuset Innlandet, planlegging av nytt sykehus i Østfold samt det pågående utviklingsarbeidet i de øvrige helseforetakene blir koordinert og satt inn i en helhetlig regional sammenheng. Vi skal tegne opp et kart i forholdsvis stor målestokk, som foretakene fyller med sine brikker. Målbildet skal være helhetlig for regionen og sikre at vi velger løsninger som ivaretar sykehusstilbudet til våre barn og barnebarn med en best mulig bruk av de samlede ressursrammer.

Hovedstadsområdet som en del av Prosjekt 2025

Revidert nasjonalbudsjett varslet ikke den forventede endringen av framtidig eier- og organisasjonsstruktur av foretakene i hovedstadsområdet. Helse Øst har støttet forslaget om en felles eierstruktur for sykehusene i hovedstadsområdet for å legge til rette for bedre samordning. Den helt nødvendige samordningen av ressurser og kompetanse mellom Helse Øst og Helse Sør vil derfor fortsatt måtte skje gjennom avtaler og nært samarbeid på alle nivå.

Helse Øst vil være en aktiv pådriver for å sikre at helheten i hovedstadsområdet blir ivaretatt som en integrert del av "Prosjekt 2025", og vi vil invitere representanter for

både Helse Sør og Riks/Radiumhospitalet til å være med i deler av prosjektarbeidet.

Nye forventninger og nye utfordringer

Samtidig som Helse Øst har gått gjennom en omfattende utviklingsprosess, har også omgivelsene og rammeforutsetningene endret seg. Pasientenes ståsted og rettigheter er styrket. Samfunnets forventninger til helsetjenesten og behovet for legitimering gjennom åpenhet, rapportering og kontroll har økt. De økonomiske rammeforutsetningene er klarere, men også mer utfordrende. Vårt mål er å trekke opp en langsiktig, overordnet strategi som sikrer at helheten blir riktig og som samtidig sikrer foretakene best mulig handlefrihet i gjennomføring av egne planer.

PASIENTBEHANDLING

FAKTA:

- Karianne Haugen er en av over 11 000 sykepleiere/jordmødre som jobber i Helse Øst
- Til sammen har Helse Øst-gruppen omlag 31 000 medarbeidere, det vil si like mange som Tromsøs yrkesaktive befolkning
- I 2004 registrerte Helse Øst 1,3 millioner pasientdøgn, det vil si 3 650 overnattinger per døgn

- Karianne Haugen
- Jordmor
- Sykehuset Asker og Bærum
- Jobbet som jordmor i 30 år

Pasienten i sentrum

Nye pasientrettigheter, kortere ventetid, styrket psykisk helsevern og bedre behandlingsapparat for rusmiddelmissbrukere. Dette er noen av stikkordene for det som skjedde i 2004.

1. september 2004 fikk pasientene styrkede rettigheter innen spesialisthelsetjenesten. Ett av målene med de nye pasientrettighetene er å sikre at de som trenger helsehjelp mest, får helsehjelp først. For pasienten betyr det at når man henvises til spesialisthelsetjenesten, har man krav på å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager. Dersom tilstanden ikke krever akutt behandling, kan pasienten selv velge sykehus for utredning og behandling. Rettighetene omfatter også tilgang på god og riktig informasjon og adgang til å klage.

Mange av de norske sykehusene har blitt anklaget for å la pasienter vente for lenge før de får behandling. I 2004 kunne Helse Øst notere landets korteste gjennomsnittlige ventetid, 83 dager, en halvering i forhold til før sykehusreformen ble innført.

I mai vedtok Helse Øst en strategisk plan for behandling av rusmiddelavhengige. Planen er en oppfølging av den nasjonale rusreformen og redegjør for hvilke strategier Helse Øst RHF vil legge til grunn for utvikling av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige.

Samtidig slår styret i Helse Øst RHF fast at økte ressurser er en forutsetning for å gjennomføre flere av tiltakene i reformen. Helse Øst RHF har selv bevilget 50 millioner kroner ekstra til sektoren.

Helse Øst gikk i fjor i bresjen for et nasjonalt strategiarbeid innenfor psykisk helsevern, og høsten 2004 ble de fem regionale helsefor- etakene enige om felles tiltak for å bedre til- budet til pasientene.

"Helse Øst skal gi pasientene et godt og likeverdig tilbud i samsvar med deres behov for helsetjenester"

Strategiske utfordringer i perioden 2003-2006

Mål for perioden

Delmål 2005

Etablere helhetlige behandlingsskjeder	Pasientene opplever en helsetjeneste med godt samarbeid mellom ulike nivåer og avdelinger	Styrke og konkretisere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten Pasient- og pårørendeopplæring i Lærings- og mestringssentrene (LMS) inngår som en del av pasientbehandlingen Framskynde arbeidet med å implementere elektronisk pasientjournal (EPJ)
Oppnå god intern pasientflyt i sykehusene	Pasientene skal unngå å oppleve unødig ventetid, diagnosen skal stilles raskt og det skal gis god informasjon i alle ledd	God kvalitet og ressursutnyttelse i somatiske og psykiatriske akuttmottak Styrke samhandlingen mellom sentrale sykehusenheter og distriktpsykiatriske senter (DPS) Ordningen med pasientansvarlig lege innføres
Oppnå medvirkning for pasienter, pårørende og deres organisasjoner	Pasientene og pårørendes erfaringer ivaretas både i behandlingen av den enkelte pasient og i utviklingen av helsetjenesten	Brukererfaringer benyttes aktivt i forbedringsarbeidet Brukerådene deltar i utviklingsprosesser, budsjettarbeid og planprosesser



De viktigste virkemidlene er økt bruk av individuell plan, redusert ventetid for barn og unge og kortere tidsfrist mellom utskrivning og utsending av epikrise. Epikrise er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging.

For å sikre best mulig bruk av ressurser og samtidig styrke de faglige kompetansemiljøene, ble ansvaret for fødselsomsorgen samlet ved fire sykehus i hovedstadsområdet i mai 2004. Fødsler som tidligere soknet til Aker universitetssykehus ble fordelt til disse fire sykehusene. Omlaggingen ble foretatt med godt resultat og uten større vansker i overgangsperioden.

Etter at alarmen om flodbølgen i Asia gikk 2. juledag, startet Helse Øst en bred mobilisering for å kunne bistå dem som ble berørt av katastrofen. Det ble på kort tid etablert et velfungerende mottak på Ullevål universitetssykehus for å ta i mot norske flomofre og deres pårørende.

Men det er fortsatt mye arbeid som gjenstår for å gjøre pasientbehandlingen enda bedre. Det er fremdeles noen pasienter som venter over ett år på behandling, og hver dag ligger det pasienter i korridorene. Bedre kvalitet på tjenestene vi tilbyr våre pasienter er derfor et viktig satsingsområde. Som del av dette må også samhandlingen med kommunene bedres for å sikre en mest mulig sammenhengende behandlingsskjede for pasientene.

Les mer om aktiviteten innenfor pasientbehandling på de neste sidene.

Samarbeid til pasientenes beste

Samhandlingen mellom den kommunale helse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten er i mange tilfeller ikke god nok. Dette er et problem Helse Øst har tatt tak i og arbeider aktivt for å gjøre noe med.

Mange utfordringer knyttet til effektivitet og kapasitet kan løses gjennom bedre samhandling. Men viktigst av alt; et godt samarbeid mellom nivåene er vesentlig for å sikre pasientene en helhetlig og sammenhengende oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet. Dette er viktig for Helse Øst, som i 2004 blant annet var med på å utforme en nasjonal rapport om temaet; "Samhandling og desentralisering – forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene". Det er viktig at pasientene opplever helhetlige og koordinerte tjenester, understrekes det i rapporten.

Videre er det et mål at pasienter ikke skal måtte reise langt for behandling av vanlige lidelser og oppfølging av kroniske tilstander. Derfor er samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt desentralisering av spesialisthelsetjenesten vedtatt som et nasjonalt strategisk satsingsområde for de regionale helseforetakene. Da rapporten ble forelagt styrene i de regionale helseforetakene i desember 2004, vedtok de at alle helseforetakene skulle prioritere dette arbeidet, blant annet ved at styrene ved samtlige foretak skal behandle rapporten og konkretisere strategier i forhold til å følge opp innholdet i rapporten.

Parallelt med rapportarbeidet har Helse Øst bidratt til å styrke helseforetakenes arbeid med helhetlige og sammenhengende pasientforløp, både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Som et ledd i dette arbeidet har Helse Øst gitt støtte til åtte pilotprosjekter om samhandling ved ulike helseforetak:

- Praksiskonsulentordning
– Aker universitetssykehus
- Oppfølging av medikamentbruk hos eldre og kronikere etter utskrivning fra sykehus
– Akershus universitetssykehus
- Geriatrisk alderspsykiatrisk behandlingsskjede
– Sykehuset Asker og Bærum
- Pasienter og pårørendes opplevelse av sammenhengende behandlingsskjede
– Elverum kommune, Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Hedmark
- Palliativ plan / fase 1 teamutvikling og samarbeidsopplegg for Hamar området
– Sykehuset Innlandet

- Ambulant virksomhet for kompetanseoverføring til sykehjem og oppgradering av sykehjemssenger
– Sykehuset Østfold
- Endret samarbeid som konsekvens av bestiller/utfører-modell. Vektlegging av arbeid med individuell plan og koordinatorrolle
– Ullevål universitetssykehus, Josefinegt. DPS
- Bedre epikrisekvalitet, anvendelse av ny metode
– Diakonhjemmet Sykehus

Samarbeidet har også blitt styrket ved å vektlegge bruk av individuell plan og prioritere arbeidet med å oppfylle egne og sentrale krav til kortere epikrisetid. Høsten 2004 arrangerte Helse Øst også to konferanser, én om psykisk helsevern og én om epikriser, som ledd i arbeidet med å bedre samhandlingen.

Det nytter-prisen for god samhandling

Ullevål universitetssykehus og Oslo kommune har etablert et forpliktende samarbeid for å styrke samhandlingen mellom sykehjem i bydelene og sykehuset. Resultatet er bedre beredskap og behandling av sykehjemsbeboerne når akutte sykdomstilfeller oppstår. For dette prosjektet fikk de Det nytter-prisen 2005.

– Det er nasjonal enighet om å prøve ut løsninger for bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. En av de store utfordringene er å lage modeller for pasientgrupper som er i vekst og hvor økt effektivisering vil føre til økt kvalitet for pasientene. Akutt syke sykehjemsbeboere er en slik pasientgruppe, sier divisjonsdirektør Sigrud J. Askum ved Ullevål universitetssykehus. Prosjektet "Samarbeid og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus" viser at **det nytter**.

Bakgrunn

Når sykehjemsbeboere blir akutt syke, spesielt på kvelds/nattetid og i helgene, er det ofte få sykepleiere på vakt, med ansvar for mer enn 100 beboere. I 2002 var det Oslo kommunale legevakt som ble kontaktet ved akutt sykdom. – Resultatet ble ofte innleggelse i sykehus på kveld og natt, forklarer Sigrud Askum. – Ullevål erfarte en økende tendens til at sykehjemsbeboere ble innlagt ved Medisinsk divisjon. En kartleggingsundersøkelse i perioden fra juni til november 2002 viste at 174 sykehjemsbeboere ble innlagt. Over halvparten av disse ble innlagt på kveld og natt og 42% ble innlagt på mandager. 73% av innleggelsene kom via den kommunale legevakten, opplyser hun.

Samarbeid som gir kvalitet

– Dette handler om gamle mennesker og mange blir av naturlige årsaker akutt syke i livets slutfase. Allfor mange døde etter bare timer på sykehuset. Vi så behovet for at disse pasientene kom til sykehuset tidligere, eller at de fikk den nødvendige behandlingen på sykehjemmet, sier Askum. – Vi satte derfor i gang et prosjekt med mål om å gi sykehjemsbeboere med akutte behov riktig behandling til riktig tid og på riktig sted. Det var også et mål å utvikle en bedre modell for gjensidig kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Får hjelp "på direkten"

Vidar Kårikstad har ledet prosjektet, som iverksatte en rekke tiltak. – Vi har blant annet hatt felles seminarer, drevet opplæring av ansatte på sykehjemmene og utviklet standardprosedyrer. Vi har også funnet en god løsning for å unngå "omveien" om legevakten, ved å samarbeide direkte ved hjelp av telefon og ambulant virksomhet. Sykepleierne på sykehjemmene kan ringe Obs-posten ved Medisinsk divisjon på Ullevål når som helst på døgnet for å få veiledning. Vi har også opprettet en utrykningsvakt med ambulerende sykepleier, som rykker ut til sykehjemmene ved akutt behov. Dessuten har denne sykepleieren et besøk på hvert av de ti sykehjemmene i uken. Her drøfter man rutiner og problemstillinger vedrørende samarbeidet, forteller prosjektlederen.

Bedre behandlingstilbud gir økt trygghet

Resultatene viser at samarbeidet virker. – Vi så at innleggelsespraksisen endret seg i prosjektperioden, ved at færre ble lagt inn på kveld og i etterkant av helg. Færre ble innlagt via legevakten, og de ansatte ved sykehjemmene gir uttrykk for at de føler en bedring i kommunikasjonen rundt pasientene, samt økt trygghet i forhold til observasjon og behandling av akutt syke eldre. – Beboere ved sykehjemmene får et tilpasset og bedre tilbud ved akutte sykdomstilstander. Planlegging av god og tilpasset behandling gjennom forpliktende samarbeid gir også mulighet for å avklare behandlingsnivå hos sykehjemsbeboerne før de akutte sykdomssituasjonene oppstår, sier Vidar Kårikstad. – Pasientene er ofte redde for å flyttes på, og de er veldig fornøyd med å kunne bli i sykehjemmet, der de er kjent og føler seg trygge. Ved en kompetanseøkning i sykehjemmene i forhold til medisinsk behandling, eksempelvis intravenøs antibiotika og væskebehandling, slipper de belastningen med overflytting til sykehuset.

Prosjekt med bredde

Prosjektet viser at for å lykkes, må alle aktører i behandlingkjeden for de eldre sykehjemsbeboerne være med. Prosjektet har hatt bred deltakelse fra ulike aktører både i og utenfor sykehus og sykehjem.

Blant annet har Oslo kommune og fagbyrådsavdelingen vært en svært aktiv samarbeidspartner i prosjektet, noe som også understreker at den politiske forankringen er viktig.

– Alle involverte sykehjem, bydeler og sykehusavdelinger ønsker at samarbeidsprosjektet skal videreutvikles til en fast etablert samarbeidsmodell mellom sykehjem/bydel og sykehus, sier kommunaldirektør Bjørg Månnum Andersson ved Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester i Oslo kommune.

Divisjonsdirektør Sigrud J. Askum legger til at planene for 2005 er at samarbeidsmodellen skal videreutvikles med tanke på kommunal og nasjonal spredning, som et kompetansesenter for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Det arbeides nå med å få samarbeidsprosjektet i driftsform ved en partnerskapsavtale mellom Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus. Høgskole, universitet og fagorganisasjoner vil også bli invitert med i partnerskapet.

1. pris Det nytter 2005

"Samarbeid om kompetanseoverføring mellom ti sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus"

Bakgrunn:

Akutt syke sykehjemsbeboere er en voksende pasientgruppe. En prosjektgruppe med leger og sykepleiere fra sykehjemmene og Ullevål universitetssykehus startet i 2003 systematisk samarbeid om denne pasientgruppen.

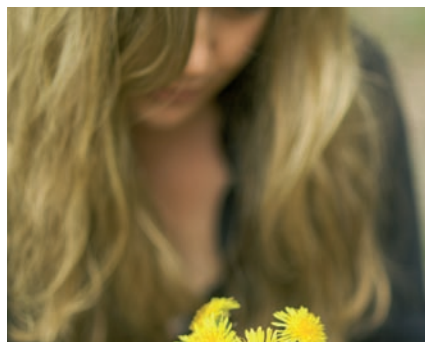
Mål:

Effektive og gode behandlingsforløp med nødvendige tiltak til rett tid og på rett sted.

Prosjektgruppen består av 25 personer – sykepleiere, leger og administratorer på Ullevål universitetssykehus, samt en lege og en sykepleier ved hvert sykehjem.

Styrking av psykisk helsevern

Psykisk helsevern har vært et satsingsområde i Helse Øst og ansatte i helseforetakene behandler flere pasienter enn noen gang.



Helse Øst har satsset på økt bruk av såkalte ambulante team. Det er faggrupper som møter pasientene der de er, gjennom for eksempel å reise på hjemmebesøk i stedet for at pasientene må være på institusjon. For eksempel er rehabiliteringsenheten ved Lovisenberg distriktpsikiatriske senter omgjort fra en døgnbasert enhet til å arbeide ambulant og poliklinisk. Omleggingen har ført til at langt flere personer nå får et tilbud ved enheten. Helse Øst legger også til rette for økt antall distriktpsikiatriske sentre.

Tilgjengeligheten har blitt bedre, blant annet gjennom at ventetiden er halvert siden før reformen. Det til tross for at antallet nyhenviste pasienter øker. Ved utgangen av desember 2004 ventet en pasient i gjennomsnitt i 63 dager på behandling, mot 142 dager før helsereformen i 2002. Helse Øst ønsker likevel at tilbudet til psykisk syke skal bli enda bedre og prioriterer psykisk helsevern høyt i sine framtidige planer.

Psykisk helsevern har, som andre fagområder i helsesektoren, gjennomgått endringer. Sykdomsbildet til pasientene har blitt mer sammensatt, ved at pasienter med psykiske lidelser ofte har somatiske lidelser i tillegg. Dette krever nye behandlingsmåter og samhandling mellom fagområder som tidligere har arbeidet hver for seg. Rusreformen styrker også behovet for å se somatikk og psykiatri i sammenheng – både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. I tillegg har alderssammensetningen i pasientgruppen endret seg. Stadig flere barn og unge oppsøker hjelp for psykiske lidelser. Dette krever mer oppsøkende arbeid og tiltak som i større grad forebygger utvikling av sykdommen.

I 2004 startet Helse Øst arbeidet med en ny strategiplan for psykisk helsevern i regionen. En sammensatt gruppe med representanter fra brukere, helseforetak, kommunehelsetjenesten, Universitetet i Oslo og brukerorganisasjoner deltok. Strategiplanen er et omfattende dokument, som blant annet har som mål å peke på tiltak for å øke tilgjengeligheten, bedre diagnostisering, øke fokuset på pasientopplæring, brukermedvirkning og mestringssentra, samt redusere tvang og identifisere nye indikatorer som kan måle kvaliteten på tjenestene som tilbys. I løpet av 2005 skal tiltakene utvikles til handlingsplaner som settes ut i livet i helseforetakene og kommer pasienter og pårørende til gode gjennom et bedre helsetilbud.

Opptappingsplanen for psykisk helsevern startet i 1998 og skal gå til 2008. Planen definerer nasjonale mål for psykisk helsevern.

Sommeren 2004 ble det laget en halvveisrapport som viser at Helse Øst er godt i gang med arbeidet og at flere av målene allerede er nådd:

- Antall årsverk innen psykisk helsevern for voksne på nasjonalt nivå skal i perioden fra 1998 til 2008 øke med 2300 årsverk, det vil si en økning på 17 prosent i planperioden. For Helse Øst er målsettingen i praksis allerede innfridd.
- Målsettingen om at leger, psykologer og høyskoleutdannet personell skal utgjøre 72 prosent av nye årsverk for planperioden, er innfridd i Helse Øst.
- Målsettingen om økning i den polikliniske kapasiteten med 50 prosent i planperioden er innfridd. Målsettingen om en bemanningsøkning per plass i distriktpsikiatriske sentre (DPS) er ikke eksplisitt gitt i Opptappingsplanen. Helse Øst ligger på linje med landet for øvrig i forhold til bemanning, bemanningsøkning og kompetanseheving.
- Målsettingen om en produktivitetsøkning på 50 prosent ved de polikliniske enhetene er ikke innfridd i Helse Øst. Dette gis øket oppmerksomhet.

Nytt psykiatritilbud gir helhet for pasienten

Å lære seg å leve et liv utenfor institusjonene, er ett av målene i det psykiske helsevernet. I fjor ble det åpnet et nytt bo- og behandlingstilbud i Oslo som et svar på dette.



Det nye ved Trondheimsveien 80, er muligheten til å kunne bo i en ordinær kommunal leilighet og samtidig ha helsepersonell innen rekkevidde. Lovisenberg Diakonale Sykehus, ved Tøyen distriktpsikiatriske senter (DPS), har ansvaret for poliklinikk og dagavdeling i de første etasjene, mens Oslo kommune har etablert 21 omsorgsboliger i de øverste etasjene.

– Trondheimsveien 80 huser et unikt samarbeid, med samlokalisering av tjenester både fra kommune og sykehus. De som trenger oppfølging både av psykiatrien og av kommunen kan få et bedre tilbud gjennom denne modellen, sier psykiater Jan Svele, daglig leder for Trondheimsveien 80.

Behandling og kaffe

De øverste tre etasjene i bygningen er bygget om til omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. I de nederste etasjene kan man få behandling og oppfølging dersom behovet skulle melde seg. Har man kun lyst til å treffe folk og slå av en prat over en kopp kaffe, er det bare å stikke innom dagavdelingen i 3. etasje.

– Trondheimsveien 80 er flott eksempel på hvordan samarbeid kan organiseres, sa Oslos byråd for velferd og sosiale tjenester, Margaret Eckbo, i sin åpningstale. – Bolig er et viktig fundament i livet, og her er det bygget gode boliger med livsløpsstandard, som beboerne kan bo i så lenge de ønsker det. Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo kommune har i dette nye konseptet blitt enige om å samle flere viktige tjenester for målgruppen i ett og samme hus.

Stor seier

– Det er ikke et mål å legge ned psykiatriske langtidsinstitusjoner, understreker Svele. – Dette er en svært differensiert pasientgruppe. På den ene siden har man pasienter som ikke klarer seg alene og har behov for å tilbringe mye av livet i institusjon. På den andre siden har man pasienter som kan klare seg alene når forholdene legges til rette for det. Pasientene i Trondheimsveien 80 kan leve et liv som alle andre Oslo-borgere. Det er for mange en større seier enn det folk flest kan forestille seg. Jeg tror dette er en modell vi vil se mer av i fremtiden, sier Svele.

– Viktig å velge riktig

- Vi må ha en klar retning når det gjelder utviklingen av det framtidige psykiske helsevernet i regionen. Utdanningene står i kø både når det gjelder innhold og struktur. Disse må man gripe tak i på en systematisk måte, slik at vi kan sikre et behandlingstilbud som svarer til framtidens behov innenfor psykisk helsevern.

Oppfordringen kommer fra assisterende divisjonsdirektør Jørgen Brabrand ved Sykehuset Innlandet. Han gir her noen refleksjoner omkring de utfordringene psykiatrien står overfor i framtiden. Brabrand er utdannet lege, han er spesialist i psykiatri og har jobbet innenfor fagfeltet i 15 år.

Når man snakker om strategiske valg innenfor psykisk helsevern, er noe av det aller viktigste å definere det framtidige behovet for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, mener Brabrand. Men det er svært vanskelig av flere grunner.

– Vi ser at det er en underdekning i forhold til behovet i befolkningen samtidig som vi vet at svært mange med psykiske lidelser ikke oppsøker helsetjenesten.

Samtidig er tendensen ganske klar, mener han: – Jo flere tilbud man åpner og jo mer åpne vi blir rundt psykiske helseproblemer, jo flere pasienter strømmer til. Dette gjør det ikke enkelt å si bestemt hvordan man skal innrette seg for å møte behovene.

Akutt og poliklinisk

Et åpenbart dilemma er forholdet mellom akuttpsykiatri og poliklinisk behandling. Etter trikkedrapet i Oslo i 2004 har det blitt fokusert skarpt på at akuttpsykiatrien mangler ressurser. Men spørsmålet om hva man skal satse på i framtida, er langt fra enkelt å svare på.

– Det er opplagt riktig at det er viktig å styrke akuttpsykiatrien, men det er samtidig viktig å være klar over at om lag 85 prosent av pasientene behandles i poliklinikk, mens 15 prosent får behandling i døgninstitusjoner. Det bør man ha med i regnestykket når man mener at løsningen først og fremst ligger i å styrke akuttbehandlingen uten at andre deler av behandlingstilbudet bygges ut, sier Brabrand.

Et annet moment i debatten som heller ikke taler for enkle løsninger, er tesen om at dersom man bygger ut flere poliklinikker og ambulante ordninger, vil behovet for døgnplasser gå ned. Det er det ikke nødvendigvis noen automatikk i, mener Brabrand.

– Tvert i mot, når tilstrømmingen av pasienter til psykisk helsevern øker, vil trykket også øke inn mot akutfeltet. På dette området merkes det særlig sterkt, fordi kapasiteten innen akuttpsykiatrien er sprengt allerede, og fordi man her har en lovpålagt plikt til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. For å svare på dette kan man for eksempel tenke seg å innrette distriktspsykiatriske sentra (DPS) til også å kunne ta i mot og behandle pasienter innen deler av det akuttpsykiatriske feltet. En fare vil da kunne være at dette går på bekostning av andre kategorier pasienter som søker hjelp ved DPSene, framholder Brabrand.

DPSenes rolle

Det pågår en bred diskusjon innenfor fagmiljøene om hvilken rolle DPSene skal ha, særlig om hvordan forholdet mellom DPS og akutt- og beredskapsfunksjoner ved sykehusene skal være.

– Et spørsmål framover blir om enkelte av de distriktspsykiatriske sentrene skal overta noen av de funksjonene akuttavdelingene ved sykehusene har i dag, for eksempel



Jørgen Brabrand assisterende divisjonsdirektør ved Sykehuset Innlandet.

å innføre en form for vaktberedskap hele døgnet. Denne rollefordelingen er ikke avklart, sier Brabrand og mener det kan være nyttig å ordne hovedutfordringene i forhold til to akser – struktur og innhold. – På den strukturelle siden bør Helse Øst ha en klar retning for hvordan de ønsker å utvikle det psykiske helsevernet i regionen. Det må klargjøres mer detaljert hva som skal være forholdet mellom tilgrensende virksomheter, som for eksempel mellom DPS og kommune, mellom DPS og sykehus og mellom sentralsykehus og regionsykehus.

– Det er også viktig å klarlegge hvilke funksjoner som bør sentraliseres og hvilke som bør bygges ut desentralisert, sier Brabrand og mener at man må definere normer og mål for bemanning ved ulike typer virksomheter, arealbehov og hensiktsmessig dekningsgrad av denne type helsetjenester i regionen. – Man må også arbeide aktivt for å utjevne urimelige skjevheter innen regionen, for eksempel når det gjelder lege-hjemler i Helse Øst.

Faglige nettverk og bruker-medvirkning

På innholdssiden må Helse Øst RHF bli en aktiv medspiller og en faglig pådriver for foretakene, mener han. Det må utarbeides og videreutvikles retningslinjer for utredning, diagnostikk, behandling, utskrivning, oppfølging og evaluering.

– Det regionale foretaket bør være en støtte for kvalitetsarbeidet i de enkelte helseforetakene og ta mål av seg til å være et bindeledd mellom forskning og utviklingsarbeid og den daglige virksomheten i foretakene. Det må knyttes sterke bånd til universitets- og høgskolemiljøene. På denne måten kan man utvikle regionale faglige nettverk med deltakelse både fra universitetsmiljøene og kliniske avdelinger i de ulike foretakene, sier Brabrand og legger til; – Vi må også videreutvikle og styrke den reelle bruker- og pårørendemedvirkningen, og det må utarbeides belønningssystemer eller incentiver som oppmuntrer foretakene til å prøve ut nye strategier og tiltak.

Psykisk helsevern er inne i store og krevende endringsprosesser, samtidig som feltet har stor oppmerksomhet rettet mot seg fra politisk hold, eiere, medier, brukere og opinionen generelt.

– Vi opplever en rivende faglig utvikling til beste for våre pasienter og brukere og ønsker å ta i bruk ny kunnskap slik at vi til enhver tid kan tilby behandling som holder et høyt faglig nivå. Vi må derfor ikke være redde for å tenke nytt på mange felter, samtidig som det er viktig at vi holder fast ved det beste av det vi har, konkluderer Brabrand.

Kunnskap til livskvalitet

Mye tyder på at tallet på ungdom med psykiske problemer kan reduseres ved hjelp av ulike typer forbyggende arbeid. Det er utgangspunktet for VIP-prosjektet som i dag tilbys elever ved videregående skoler i sju fylker.

”Veiledning og informasjon om psykiske problemer og lidelser” (VIP) ble startet opp på initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i Asker i 1999. Det er et skolebasert informasjonsprosjekt, hvor målet er å redusere psykiske problemer og sykdommer.

Prosjektet ønsker først og fremst å øke kunnskapen om psykisk helse og gi unge bedre kjennskap til hvor man kan søke hjelp, både lokalt og nasjonalt.

Bedre forberedt

Innen psykiatrien trodde man i lang tid at depresjon var en lidelse bare voksne kunne utvikle. Forskning på 1990-tallet avkreftet imidlertid disse mytene, og det har etter hvert blitt klart at depresjoner og bipolare lidelser som starter i ungdomstiden, kan være mer alvorlig og til og med vanskeligere å behandle enn liknende lidelser blant voksne. Senere har man også sett at gruppen som har både psykiske lidelser og rusproblemer, såkalt dobbeltdiagnose, er et økende problem, hvor det er avgjørende å komme tidlig til.

– Bakgrunnen for VIP-prosjektet var at brukerne etterlyste mer kunnskap og informasjon, forteller rådgiver for forskning og utvikling (FoU), Bror Just Andersen ved Sykehuset Asker og Bærum, som har vært koordinator for prosjektet i Asker og Bærum siden 2002.

– Brukerne mente at dersom de hadde fått kunnskap om psykiske problemer og sykdommer tidligere og informasjon om hvor de kunne søke hjelp hvis de ble syke, ville de ha taklet problemene på en bedre måte og søkt hjelp tidligere, sier Andersen.

Felles innsats

Prosjektets materiale består av et utfyllende elevhefte med blant annet informasjon om psykiske problemer og sykdommer, statistikk og hjelpeinstanser. Heftet har en profil som fokuserer på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak og er utarbeidet av fagpersoner innen spesialisthelsetjenesten sammen med brukere.

Skolens ansatte får prosjektbeskrivelse og lærerveiledningshefte som gir dem alternative muligheter til å gjennomføre et tre timers undervisningsprogram sammen med klassen. Selve gjennomføringen av prosjektet er bygget på en tverrfaglig og tverretattlig plattform som involverer koordinator for psykisk helse i kommunen, skolens ledelse og lærere, helsesøster og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

– Det eksisterer andre forebyggende tiltak innen psykisk helse som tilbys overfor skoler på nasjonalt basis. VIP synes likevel å skille seg vesentlig fra de fleste andre typer skolebasert forebyggende virksomhet ved graden av involvering, spesielt fra lokale hjelpeinstanser, både innen primær- og spesialisthelsetjenesten, sier Andersen.

Prosjektet har nå gått over en periode på fem år. Prosjektets ledelse og koordinatører sitter derfor på en betydelig mengde kompetanse og erfaringer i forhold til planlegging, gjennomføring og evaluering av forebyggende tiltak for psykisk helse i videregående skole. Prosjektets leder er Anne Gro Tvedt ved Sykehuset Asker og Bærum.

I Helse Øst finnes følgende regionale kompetansesentre/ressursentre:

- Dobbeldiagnose rus/psykiatri ved Sykehuset Innlandet
- Vold og traumatisk stress ved Aker universitetssykehus.
- Spiseforstyrrelser ved Ullevål universitetssykehus
- Lindrende behandling ved Ullevål universitetssykehus

Satser på behandling av rusmiddelavhengige

Helse Øst RHF har tatt en rekke viktige initiativ for å følge opp Rusreformen, som ble vedtatt av Stortinget i november 2003 og gjennomført fra 1. januar 2004.



– Vi la i 2004 stor vekt på å ivareta de praktiske sidene ved overføringen av behandlingstilbudene. Dette innebar både å overta arbeidsgiveransvaret for de ansatte, å avklare den organisatoriske forankringen av behandlingstilbudene og å tre inn som avtalepartner for til sammen 26 avtaler med private tjenestetilbydere, sier viseadministrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen.

Rusreformen ble begrunnet ut i fra et behov for å bedre tilgjengeligheten og høyne kvaliteten på behandlingstilbudene og for å sikre rusmiddelavhengige tilgang til øvrig spesialisthelsetjeneste. Helse Øst RHF la disse målsettingene til grunn ved utarbeidelsen av ”Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige i Helse Øst”, som ble behandlet av styret i mai 2004.

– De viktigste forslagene i planen var å øke tilbudet om utredning og behandling av barn og ungdom, og tilbudet til pasienter med dobbeldiagnose rus/psykiatri. Videre ble det foreslått å styrke kapasiteten på poliklinisk og ambulant behandling ved de distriktspsy-

kiatriske sentrene. Planen legger også vekt på behovet for å øke kompetansen blant øvrig spesialisthelsetjeneste og styrke innflytelse fra og samarbeid med de pårørende, sier Mikkelsen.

Helse Øst RHF inngikk i 2004 nye avtaler med de private avtalepartnerne innen rusfeltet gjennom en anbudskonkurranse. Helse Øst RHF la inn om lag 25 millioner kroner i økte ressurser og oppnådde gjennom anskaffelsen en økning både i omfanget og kvaliteten på tilbudene. Rusreformen innebærer at rusmiddelavhengige er sikret pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter.

– Vi vil i 2005 legge stor vekt på å bedre utredningstilbudet og videreutvikle systemene for å avklare hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Det vil også bli lagt vekt på å bedre ventelisteføring innen rusfeltet, noe som vil gjøre det enklere for pasientene å benytte seg av retten til fritt valg av behandlingssted, sier Mikkelsen.

Pasientrettigheter etter rusreformen

En rusmiddelavhengig har etter reformen følgende rettigheter:

- Rett til behandling fra spesialisthelsetjenesten. Henvising kan skje fra fastlege eller sosialtjeneste.
- Rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager etter at henvising er mottatt.
- Rett til å få en fornyet vurdering fra spesialisthelsetjenesten dersom vedkommende ønsker det.
- Rett til å velge hvor de skal motta behandling for sin rusmiddelavhengighet.
- Alkohol- og stoffavhengige som har behov for langvarig og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.
- Rusmiddelavhengige har rett til å få dekket nødvendige reiseutgifter ved reise til behandling etter samme regler som de som gjelder for andre pasientgrupper.
- Rett til medvirkning og informasjon.
- Regler om samtykke etter pasientrettighetsloven gjelder også for pasienter som skal ha behandling for rusmiddelavhengighet.
- Rett til innsyn i journalen etter samme regler som for andre pasientgrupper.
- Rett til å klage til Helsetilsynet i fylket dersom de mener de ikke får ivaretatt sine rettigheter etter pasientrettighetsloven.
- Pasientombudsordningen omfatter også rusbehandling.

Ingen er like

Alle kvinner har ulike behov i forbindelse med graviditet og fødsel. Derfor får kvinner som føder ved Sykehuset Asker og Bærum individuell oppfølging fra de blir gravide til de er hjemme etter fødselen.



Fødeavdelingen ved Sykehuset Asker og Bærum innførte differensiert og individuell fødselsomsorg 1. mai 2004. Parallelt har de kommunale helsetjenestene i Asker, Bærum, Vestre Aker og Ullern startet differensiert svangerskapsomsorg.

Ulike behov

Fra første møte etter at kvinnen har blitt gravid, vurderer fastlege eller jordmor om det er sannsynlig at hun vil få et normalt, ukomplisert svangerskap og fødsel, eller om det er en forhøyet risiko for komplikasjoner.

– Det viktigste vi oppnår med dette er at helsepersonellet gjør en helhetlig vurdering av den enkelte kvinnes behov og ønsker. Tidligere ble alle behandlet etter et standardprogram fra de ble gravide til fødselen var gjennomført. Nå får de et individuelt tilbud, sier jordmor og prosjektleder Ellen Nesje, som arbeider som jordmorkoordinator i Bærum kommune og på fødeavdelingen ved Sykehuset Asker og Bærum.

Omsorg og teknologi

Når det er forventet en normal fødsel, vil kvinnen få tett oppfølging av jordmor med tilbud om alternativ smertelindring i form av bad, varme, massasje, akupunktur og lystgass. Når det er økt sjanse for komplikasjoner, tar en i bruk teknologisk utstyr for å overvåke mor og barn.

– Internasjonal forskning har vist at unødvendig bruk av teknologi under normale fødsler fører til unødvendige inngrep og komplikasjoner, sier seksjonsoverlege Karen Sofie Koss ved fødeavdelingen. – Derfor er vi glade for at vi nå har muligheten til å gi de fødende et tilpasset og individuelt tilbud.

Nye tilbud for fedmebehandling

Helse Øst har sammen med de andre regionale helseforetakene deltatt i arbeidet med å utvikle retningslinjer for tilbud til pasienter med sykkelig overvekt.

Regionalt er det i 2004 gjennomført fagseminar for å belyse fagområdet og synliggjøre kompetanse og fagmiljø i regionen, både når det gjelder kirurgisk og konservativ behandling av fedme. Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt er sentralisert til Aker universitetssykehus, hvor det skal foretas omkring 60 operasjoner per år.

Også Lærings- og mestringssenteret ved Aker utvikler tilbud til pasienter med sykkelig overvekt, og poliklinisk tilbud gis blant annet ved Sykehuset Innlandet, Kongsvinger.

I tillegg er det i 2004 arbeidet for å få i gang tilbud ved enkelte private institusjoner som har avtale med Helse Øst RHF. Disse tilbudene er tilgjengelige fra 1. januar 2005. Det arbeides for å kvalitetssikre og samordne tilbudene ytterligere.

Midt i en brukermedvirkningsreform

– Parallelt med sykehusreformen har det skjedd en annen reform, som jeg vil kalle brukermedvirkningsreformen. Brukerne – pasientene – har kommet mer i sentrum. Det er bra, for det er pasientene det handler om.

Det sier lederen for Brukerrådet i Helse Øst, Tom Paulsen. Han har solid bakgrunn for sine meninger. Paulsen har hatt både hjerneslag og hjerteinfarkt og har tilbrakt en god del tid på "innsiden" av helsevesenet siden 1992. Slike erfaringer er gode å ha når han skal tale pasientenes sak.

– De ansatte har i lang tid hatt gjennomslag for sitt krav om deltakelse i organer hvor det tas beslutninger som får konsekvenser for deres hverdag. Gjennom Brukerrådet har pasientene fått et tilsvarende organ. Vi skal sørge for at pasientenes stemmer blir hørt.

De kronisk syke

Grovt sett kan man skille mellom korttids-pasienter og langtidspasienter. Korttids-pasienten er den som brykker et bein og foretar en operasjon, og ikke kommer tilbake før om kanskje 15 år. Langtidspasienten er den kronisk syke, som er til behandling og oppfølging år etter år.

Her ligger det en grunn til bekymring for fremtiden, mener Paulsen. Han sikter til den nye finansieringsmodellen, hvor sykehusene nå får 60 prosent refusjon for behandlinger og prosedyrer, mot tidligere 40 prosent.

– Det kan i verste fall føre til at sykehusene prioriterer mange små operasjoner for å bli mer effektive, noe som vil kunne svekke oppfølgingen av de kroniske syke pasientene. Dette vil vi følge nøye.

Det har vært god utvikling i dialogen mellom Brukerrådet og ledelsen i Helse Øst, mener Paulsen. – Til å begynne med tror jeg noen oppfattet rådet som noe som var trødd ned over hodet på dem fra departementet. I dag ser alle i Helse Øst på rådet som et viktig ledd i kjeden. Vi blir både hørt og tatt hensyn til, sier Paulsen.

Kvalitet i høysetet

Helse Øst må bli tydeligere på hva som ligger i kvalitet, mener Paulsen. Et eksempel er fritt sykehusvalg og ventetid.

– Det er viktig at det finnes informasjon om sykehusenes kompetanse og hvor lang ventetid det er ved de enkelte sykehusene, slik at valget kan få betydning for pasienten, sier han og legger til at en annen viktig utfordring er å få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, spesielt innenfor rehabiliteringsområdet.



Tom Paulsen, leder for Brukerrådet i Helse Øst RHF.

– Ofte kommer man "halvfabrikkert" ut av sykehusene. Da er det viktig å ha et rehabiliteringsapparat som fungerer. I Brukerrådet vil vi holde fokus på en helhetlig behandlingskjede, avslutter Paulsen.

Våren 2004 ble det gjort en evaluering av Brukerrådets arbeidsform, organisering og sammensetning. Evalueringen var overveiende positiv og konkluderte med at rådet hadde fungert etter intensjonen.

Over 7 millioner til brukerorganisasjoner

Helse Øst deler hvert år ut midler til ulike brukerorganisasjoner i regionen.

I 2004 ble det delt ut i overkant av 6 millioner kroner, det ble også lyst ut om lag 7 millioner kroner for tildeling i 2005. Totalt mottok Helse Øst nær 180 søknader fra organisasjoner som ønsket å få tildelt midler for 2005.

Tilskuddene skal bidra til å gi brukerorganisasjonene økonomiske rammebetingelser som sikrer kontinuitet, fortsatt virksomhet og

mulighet for kompetent brukermedvirkning. Midlene er først og fremst gitt til løpende drift og prosjekter innen likemannsarbeid og opplæring. Lærings- og mestringkurs, samt liknende samarbeid mellom brukerorganisasjoner og helsepersonell, er også prioritert.

Tildelingene er gjort i samråd med Brukerrådet i Helse Øst RHF.

Den viktige individuelle oppfølgingen

Pasienter med hjerneslag, hodeskader, MS eller andre nevrologiske tilstander har ofte behov for en tverrfaglig og tverretattlig oppfølging etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. For pasienter ved Sunnaas sykehus er dette ofte tilfellet. Et av verktøyene i oppfølgingen er individuell plan.

– Når en pasient har et opphold hos oss, foretar vi en grundig vurdering av pasientens videre behov for oppfølging, forteller ergoterapeut i ambulant rehabiliteringsteam (ART) Hildegunn Berge ved Sunnaas sykehus, avdeling Askim.

– Vi får oppdrag fra det tverrfaglige behandlingsteamet på sengeposten i tilfeller hvor pasientens behov er sammensatt og hvor man blant annet ser behov for utarbeidelse av individuell plan. Det tas kontakt med pasientens hjemkommune og det avtales samarbeidsmøter. ART er da bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og kan initiere og veilede i utarbeidelse av planarbeidet som skal foregå ute i kommunene.

– Fagpersoner fra ulike etater i kommunen blir trukket inn etter behov. Disse har ansvar for den videre oppfølgingen, sier Berge.

Samhandling på tvers

Bruk av individuell plan skal for det første bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. En per-

sonlig koordinator skal ha hovedansvar for oppfølgingen. For det andre skal planen være et virkemiddel for å kartlegge brukerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder og ut fra dette vurdere og koordinere hensiktsmessige tiltak. For det tredje skal planen bidra til å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, bruker og eventuelt pårørende, samt mellom tjenesteytere og etater innen ett forvaltningsnivå eller på tvers av nivåene.

– Dette skal gi pasienten større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning, sier Hildegunn Berge.

Brukerens rett og hjelpeapparatets plikt til utarbeidelse av individuell plan er nedfelt i lovverket. Plikt og ansvar for utarbeidelse av planen ligger i dag både hos kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetakene.

Positive erfaringer

– Den tilbakemeldingen vi får fra pasienter og samarbeidspartnere i kommunen, er positiv. Gjennom den individuelle planen kommer pasientens mål, ressurser og

begrensninger i fokus for det videre arbeidet. Ansvar og framdriften av aktuelle tiltak blir synliggjort, og planen kan fungere både som en påminnelse for tjenesteyterne og være en agenda for møtene rundt pasienten, forteller Berge.

– Vi erfarer at flere aktuelle etater og aktører kommer på banen gjennom planprosessen, og at planen er et godt verktøy for samhandling på tvers rundt den enkelte pasient. Men det er selvsagt også utfordringer. Blant annet kan det noen ganger være vanskelig å finne personlige koordinatører som tar ansvar for å føre planprosessen videre etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan være en propp som forsinker arbeidet rundt den enkelte pasient, men gjennom vår arbeidsform i ART har vi for eksempel mulighet til å gi råd og veiledning over tid, dersom kommunene har behov for dette. Alt i alt fungerer derfor denne arbeidsformen til det beste både for oss som behandlere og for pasientene, avslutter Hildegunn Berge.

Nye pasientrettigheter

Fra 1. september 2004 ble pasientenes rettigheter styrket gjennom endringer i pasientrettighetsloven. Målet med endringen er å gi de som trenger helsehjelp mest – helsehjelp først.

Viktige momenter i rettighetene:

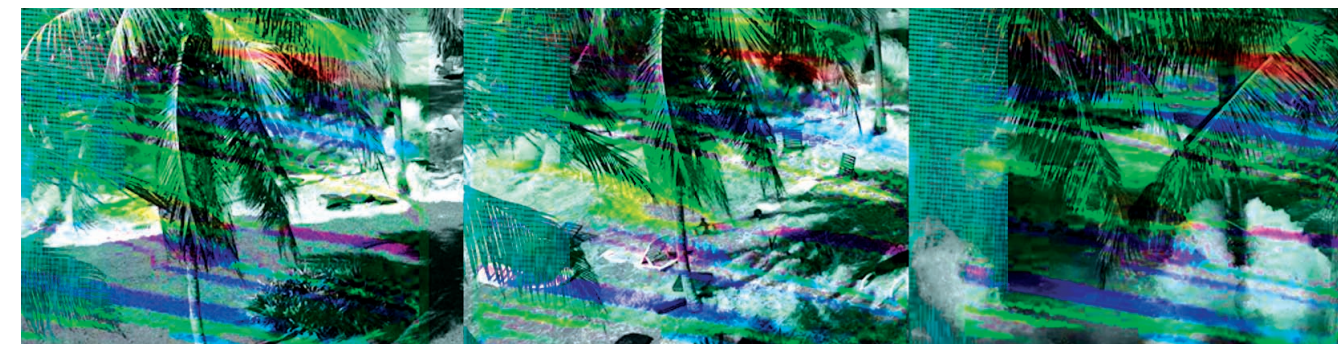
- Alle med rett til nødvendig helsehjelp skal få hjelp og det skal settes en individuell frist for når behandlingen senest skal være påbegynt
- Rettighetspasienter har krav på behandling i Norge eller utlandet
- Alle med rett til nødvendig helsehjelp skal få hjelp

- Retten til fritt sykehusvalg omfatter offentlige sykehus og private institusjoner som har avtale med et regionalt foretak. Retten gjelder også barne- og ungdomspsykiatrien.
- Rett til informasjon og økt klageadgang

Les mer om rettighetene på www.helse-ost.no

Flom i Asia – Helse Øst i full beredskap

Da flodbølgekatastrofen i Asia var et faktum i romjulen 2004, fikk Helse Øst i oppdrag å etablere det apparatet som skulle ta hånd om pasienter og deres pårørende. På kort tid ble det etablert et imponerende samarbeid på tvers av hele regionen – og landet.



Hektiske dager

🕒 Dato 27.12.04

Ullevål universitetssykehus får i oppdrag å sette sammen et team med helsepersonell med akuttmedisinsk og psykososial bakgrunn, som skulle ta seg av charterturister fra Thailand. Om kvelden blir oppdraget utvidet til å gjelde flere team og flere mennesker. Oppdraget kommer fra Sosial- og helsedirektoratet via Helse Øst.

🕒 Dato 28.12.04

Ullevåls første team på åtte personer reiser til Phuket. Teamets oppgave er å oppsøke norske pasienter i thailandske sykehus, rapportere og foreberede transport hjem. Parallelt blir det etablert en regional Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) ved Ullevål, som blir et bindeledd til de øvrige helseforetakene i landet og sentrale aktører i Sverige.

🕒 Dato 29.12.04

Om morgenen reiser Ullevåls andre team. Det etableres pårørendetelefon og pårørendesenter ved Ullevål Hotell. Et psykososialt støtteam er på plass når de første

pasientene ankommer om ettermiddagen. Oppdraget utvides – Ullevål blir bedt om å stille med ambulanser og 100 leger og sykepleiere på Gardermoen samme natt for å ta i mot det første charterflyet fra Thailand. Samtlige helseforetak i Helse Øst/Hovedstadsområdet bidro, på anmodning fra Ullevål, med personell og ambulanser.

🕒 Dato 30.12.04

Det første charterflyet ankommer tidlig om morgenen. Ved Ullevål ble "Asiaposten" åpnet kl. 06.00. Samme dag holdes beredskapsmøte ved Ullevål universitetssykehus. Her inngås følgende avtale:

- Akershus universitetssykehus overtar ansvaret for å organisere helsepersonell i mottaksteam på Gardermoen
- Rikshospitalet tar ansvaret for intensivpasienter
- Ullevål universitetssykehus hospitaliserer alle transittpasienter

🕒 Dato 31.12.04

Forsvarets første ambulansfly lander om morgenen. Ullevål universitetssykehus organiserer et stort medisinsk mottaksteam,

inkludert 26 ambulanser fra flere helseforetak. 35 pasienter blir fordelt direkte til sykehus, hvorav fire til Sverige.

I dagene fram til 5. januar lander det ytterligere fire militære ambulansfly og en rekke sivile fly, med til sammen godt over 3000 personer.

– Da katastrofealarmen gikk etter flodbølgen i Sørøst-Asia i romjulen, viste ansatte i Helse Øst et imponerende engasjement og sterk vilje til å hjelpe. Det slår administrerende direktør i Helse Øst RHF, Tor Berge, uttrykkelig fast. Berge er svært tilfreds med arbeidet som ble gjort i forbindelse med flomkatastrofen.

– Alle våre sykehus har vist god innsats- og samarbeidsvilje, sier Berge. – Her så vi virkelig at vi kan ta i et krafttak sammen på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, og på tvers av de regionale grensene. Denne felles innsatsen har vært utrolig viktig for å sikre skadde og pårørende hjelp i en vanskelig situasjon, sier Berge.

ORGANISASJON OG LEDELSE

- Elisabeth Kaasa
- Dir. Kirurgisk divisjon
- Sykehuset Asker og Bærum
- Jobber med utvikling av ledelse og lederroller

FAKTA:

- Elisabeth Kaasa er en av lederene i Helse Øst som får tilbud om lederutviklingskurs
- I 2004 startet Helse Øst opp et eget lederutviklingsprogram
- Ett kull gjennomførte programmet i 2004, og i 2005 skal antallet kull seksdobles
- Over 100 ledere vil ha gjennomført kurset ved utgangen av 2005



Den viktige kulturbyggingen

Helse Øst skal utvikle ledere som er i stand til å ta et helhetlig lederansvar. Dette er viktig for at alle helseforetakene i regionen skal nå sine mål. Lederutvikling, kulturbygging og åpenhet er viktige stikkord i denne sammenhengen.

Helseforetakene i Helse Øst har tatt ledelsesutfordringene innenfor helse-sektoren på alvor og satt i gang flere lederutviklingstiltak. I tillegg til ledelsesutviklingen i de enkelte foretakene, er det etablert et eget ledelsesutviklingsprogram på regionalt nivå. Første kull gjennomførte dette høsten 2004. I 2005 tas det sikte på at ytterligere seks kull skal delta i programmet, et arbeid Helse Øst er godt i gang med. Helse Øst RHF tilbyr også et eget lederutviklingsprogram tilpasset ledere innenfor psykisk helsevern.

Informasjon og åpenhet er viktig for Helse Øst. Ledere i foretaksgruppen skal ha en direkte og tydelig kommunikasjonsform som bidrar til å skape en trygg og åpen dialog

med medarbeidere og kolleger. De ansatte skal ikke være redde for å ta opp ulike arbeidsforhold med sin leder, enten de er positive eller negative.

Dialogen med brukerne og de ansatte er blitt videreutviklet i Helse Øst det siste året. Medvirkning fra brukere og ansatte er avgjørende for en riktig utvikling av organisasjonen og tilbudet til pasientene.

Helse Øst har i 2004 videreført sine mål om god økonomisk styring. Til tross for krevende økonomiske rammebetingelser, har foretaksgruppen samlet sett en tilfredsstillende økonomi ved overgangen 2004/2005. Høyt tempo og store krav til omstilling og effektivisering har imidlertid lett for å sette et ensidig fokus på økonomi og kvalitets-

tall. Det er derfor en utfordring å utvikle en organisasjon som sørger for å ta vare på de menneskelige ressursene på best mulig måte.

Det har de siste årene vært gjennomført flere prosjekter som har medført endringer i faglig organisering av enkelte behandlingstilbud i Helse Øst. Helse Øst RHF har i 2004 evaluert en del av disse prosjektene, og resultatet er i overveiende grad positivt.

Helse Øst har også satt søkelyset på å sikre god og riktig opptreden i forbindelse med innkjøp, samt å avklare de ansattes mulighet til å inneha bierverv utenfor sykehusene.

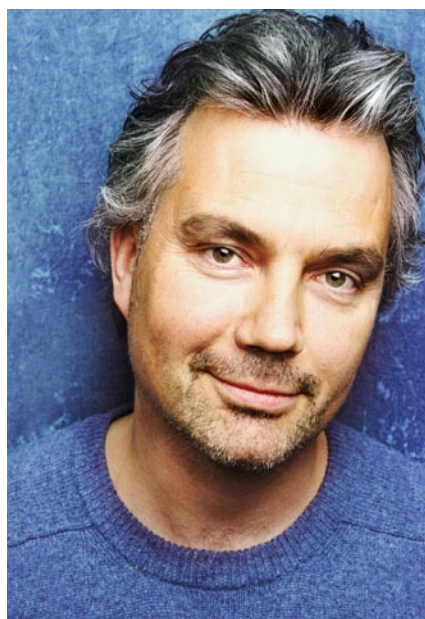
Les mer om organisasjon og ledelse i Helse Øst på de neste sidene.

"Helse Øst skal være en attraktiv arbeidsgiver og gi ledere og medarbeidere muligheter til å ta ansvar og til å levere resultater"

Strategiske utfordringer i perioden 2003-2006	Mål for perioden	Delmål 2005
Fullmakts- og rolleerklæring mellom RHF/HF	Robuste og effektive helseforetak	Etablere felles forståelse av fullmakter og roller
Ta helhetlig lederansvar	Rekruttere og utvikle gode ledere på alle nivåer	Felles lederkultur basert på åpenhet, respekt og trygghet
Etablere en kultur som motiverer til å drive Helse Øst mot definerte mål, skape omstilling og nyskaping	Godt arbeidsmiljø, gi ledere og medarbeidere innflytelse over egen arbeidsplass og legge til rette for omstilling	Etablere et felles system for balansert målstyring som gir grunnlag for sammenlikning og læring innenfor helsefag, kvalitet og økonomi Utvikle en intern informasjonsflyt som sikrer medvirkning og åpenhet

Godt skussmål som lærende organisasjon

Sykehusreformen har bidratt til å styrke kravet om å kunne dokumentere god ressursbruk, kvalitet og økt pasienttilfredshet. Helse Øst har evaluert en del av sine utviklingsprosjekter – og resultatet er i overveiende grad positivt.



Øystein Fossen, forsker AFI.

– Strategien som Helse Øst valgte å benytte for å gjennomføre funksjons- og oppgavefordeling i perioden 2002-2003, var velvalgt og kan med fordel videreføres og forsterkes. Det sier forsker Øystein Fossen ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Han har evaluert prosjektene for funksjons- og oppgavefordeling i Helse Øst, som ble påbegynt i kjølvannet av den nye sykehusreformen i 2002.

– Prosjektene positive resultater kan blant annet måles i økt pasienttilfredshet, opplyser Fossen.

– På et overordnet nivå har Helse Øst levert gode resultater i henhold til suksesskriteriene. Funksjons- og oppgavefordelingen legger til rette for fortsatt gode resultater. Helse Øst har i stor grad klart å utnytte det handlingsrommet de fikk gjennom reformen, sier Fossen.

Brukerrådet fornøyd

Et viktig barometer for hvor vellykket utviklingen så langt har vært, er at Brukerrådet er svært godt fornøyd, mener Fossen. Rådet sier blant annet at dette har vært en viktig reform, fordi den har bidratt til å sette pasienten i sentrum, og det har blitt viktig å vurdere om tiltakene kommer pasientene til gode. Rådet opplever at brukerne nå har betydelig større innflytelse over de beslutningene som fattes enn da fylkeskommunen hadde ansvaret for sykehus tjenestene.

Mange involverte

Fossen mener at mye av suksessen i prosjektene ligger i at ledelsen i Helse Øst klarte å involvere et betydelig antall fagpersoner fra alle helseforetaksmiljøene, og at det ble lagt en strategi som ivaretok behovet for budsjett disiplin og faglig utfordring.

– Det ble satt strenge krav til økonomistyring og effektiv ressursutnyttelse, samtidig som prosjektet involverte – og engasjerte – et stort antall fagpersoner. Dette ga prosjektet legitimitet, og det er viktig i en organisasjon som har så sterke faggrupper, sier forskeren.

Evaluering er nødvendig

Helse Øst har en uttalt målsetting om å være en lærende organisasjon. I et slikt perspektiv er det viktig å kunne lære av de tiltakene som settes i verk.

– Ekstern evaluering er viktig for å korrigere kursen i pågående prosjekter og over tid bygge organisasjonens egen kompetanse til å drive løpende selvevaluering, sier Fossen.

– Mitt inntrykk er at Helse Øst har gode og effektive rutiner når det gjelder forvaltning, kontroll og styring, men at det fortsatt ligger en utfordring i å utvikle enda bedre kompetanse på endringsledelse, avslutter Fossen.

Etiske retningslinjer på plass

Helse Øst er avhengig av legitimitet og godt omdømme. I 2004 ble det utarbeidet etiske retningslinjer som skal sikre god og riktig opptreden i forbindelse med innkjøp, og som skal avklare de ansattes mulighet til å inneha bierverv utenfor sykehusene. For å skape felles forståelse og bruk av disse retningslinjene har det vært kjørt en bred prosess som har involvert ulike nivåer i organisasjonen.

Bakgrunnen for å innføre de etiske retningslinjene er kort fortalt å sikre at de ansatte har sin lojalitet til organisasjonen og i siste instans til pasienten.

– Målet med de etiske retningslinjene for innkjøp er å fortelle alle ansatte hvordan man generelt skal opptre for å sikre at alle følger lover og forskrifter på området, samt bidra til å realisere verdiene i Helse Øst. Retningslinjene er dermed et rammeverk som hver enkelt medarbeider må forholde seg til, sier visedirektøren i Helse Øst RHF, Steinar Marthinsen.

Formålet med de etiske retningslinjene for innkjøp er firefoldt. For det første skal de sikre reell og lik konkurranse om oppdrag, for det andre skal de skape tillit til offentlige beslutninger, for det tredje skal de sikre det offentlige renommé, og endelig skal de sikre et felles etisk rammeverk for alle involverte i innkjøpsprosessen.

Lojalitet innad

Målet med de etiske retningslinjene for bierverv er ikke blindt å forby de ansatte å engasjere seg økonomisk eller faglig ved siden av sitt arbeid innenfor Helse Øst. Helse Øst RHF ønsker å redusere bruken av bierverv og forutsetter en restriktiv holdning i foretaksgruppen. Det er alltid en fare for at å inneha bierverv kan gå ut over faglig forsvarlighet, lojalitet og habilitet. Det er derfor viktig med bevissthet omkring temaet.

– Dersom et bierverv kan hemme en ansatt i å utføre sine plikter eller på annen måte hindre organisasjonen i nå sine mål, må vedkommende takke nei til det eller si det fra seg, sier Marthinsen.

Han legger til at det er viktig at allmennheten har tillit til helseforetakenes virksomhet. Det er av avgjørende betydning at ansattes disposisjoner – i forhold til både pasientbehandling og økonomiske spørsmål aldri skal være påvirket av den enkelte ansattes personlige interesser utenfor helseforetaket.

– Ansvarlige på alle nivåer i organisasjonen vil nå følge opp og påse at retningslinjene overholdes, sier Marthinsen.

KOMPETANSE

- Ellen-Ann Antal
- Lege
- Stipendiat ved Ullevål universitetssykehus.
- Forsker siden 2000 ved Nevropatologisk seksjon

FAKTA:

- Helse Øst fordelte i samarbeid med Universitetet i Oslo 95 millioner kroner til forskning i 2004
- Til de ca. 130 millionene som ble fordelt for 2005 kom det inn 135 kilo med søknader



Forskning til pasientenes beste

Kvaliteten i behandlingstilbudet ved sykehusene er avhengig av høy kunnskap og god kompetanse. Forskning er nødvendig for å skape kunnskap og kompetanse og er derfor et prioritert område i Helse Øst. I 2004 ble det fordelt 95 millioner kroner til forskning, og det ble utarbeidet en egen forskningsstrategi for 2005-2007.

Kraftig økning av forskningsmidlene, fokus på områder med kunnskapsmangel, strategisk satsing på kjernekompetansmiljøer og forskningsgrupper – det er noen av tiltakene som skal sørge for økt aktivitet og kvalitet på forskningen i Helse Øst.

Det overordnede målet med forskningen i Helse Øst er å skape den kunnskapen og kompetansen som bidrar til et styrket tilbud til pasientene. Derfor er det satt fokus på områder hvor det er åpenbare behov for ny kunnskap, for eksempel rus og psykisk helse. Innbakt i strategien ligger en tiltaksplan med delmål, virkemidler og indikatorer for å måle effekten av tiltakene.

Et viktig satsingsområde er å styrke forskningssamarbeidet mellom helseforetakene i regionen, mellom helseforetak og universitet og høgskoler og mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Strategien foreslår også tiltak for å styrke toppforskningstilbudene i Helse Øst ved å etablere inntil åtte Helse Øst forskningsgrupper med årlig tilskudd på 2,5 millioner kroner. Miljøene vil få et ansvar for å være spydspisser og drive fram forskning av høy kvalitet.

I 2004 ble 95 millioner kroner fordelt på i alt 122 prosjekter. Hovedtyngden av prosjektene ligger innenfor fagområdene somatikk, psykisk helsevern og helsetjenesteforskning.

Helse Øst vil ruste opp sin kompetanseoppbygging betydelig i og har bevilget bortimot 130 millioner kroner til forskning i 2005. Det vil også bli lagt ytterligere vekt på å styrke det strategiske samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og universitetene.

Les mer om kompetanseutviklingen i Helse Øst på de neste sidene.

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

Strategiske utfordringer i perioden 2003-2006	Mål for perioden	Delmål 2005
Opprettholde kvaliteten på utdanning av helsepersonell i helseforetakene	Utnytte samlet kompetanse for å være den beste utdanningsinstitusjonen for helsepersonell	Innholdet i utdanningene er i tråd med mål og behov i Helse Øst Helse Øst skal ivareta sitt utdanningsansvar for legespesialister
Tilrettelegge for kompetanseoverføring	Identifisere kritiske prosedyrer, sikre systematisk kunnskapsoverføring og sette mål på beste praksis	Bruke vedtatte pilotprosjekter for kompetanseoverføring Implementere nasjonale, faglige standarder
Prioritere forskning og fagutvikling	Drive forskning og fagutvikling som er målrettet i forhold til pasientbehandling	Alle foretak skal ha revidert/ferdigstilt sin forskningsstrategi

Ny kunnskap om psykoser

Ved flere sykehus i Helse Øst er man i gang med studier av genetiske disposisjoner for psykotiske lidelser, som sammen med hjerneavbildning kan gi helt nye metoder for diagnose og behandling.

Visjon for forskning i Helse Øst:
Forskning i Helse Øst skal skape kunnskap og kompetanse som bidrar til et styrket tilbud til pasientene gjennom å bedre diagnostikk, behandling og pleie, rehabilitering, forebygging og organisering av spesialisthelsetjenesten i regionen.

Det finnes i dag 6 Helse Øst forskningsgrupper som skal bidra til å styrke toppforskning i regionen. Det er også gitt støtte til 7 fagspesifikke kjernekompetansmiljøer som skal bidra til økt forskningssamarbeid mellom miljøer innen samme fagfelt i Helse Øst. Disse gruppene har fått tilsagn om støtte i 3 år, med mulighet for forlengelse.

I psykiatrien kan man ikke stille diagnose ved blodprøve eller røntgenbilder. Man kan heller ikke drive eksperimentell forskning med dyr. Å studere depresjon hos mus er en umulig oppgave.

Nå ønsker en gruppe forskere i regi av Helse Øst å utvikle en helhetlig tilnærming til schizofreni og manisk-depressive lidelser. Tidligere har man hovedsakelig kunnet støtte seg til subjektive symptomer, som for eksempel tristhet, sansebedrag, vrangforestillinger og så videre, for å stille diagnose. Målet er å etablere mer eksakte metoder.

– Vi ønsker å ta vare på det beste fra den tradisjonelle kliniske tilnærmingen. Men i tillegg vil vi gå mer biologisk til verks og undersøke hvordan genetiske disposisjoner kan føre til psykotiske lidelser. I tillegg vil vi utvikle metoder for måling av endringer i hjernens aktivitet og struktur, sier overlege Ole Andreassen ved Psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus.

Bredt samarbeid

Denne helhetlige tilnærmingen representerer noe helt nytt, forteller han, og forskerne har blant annet startet et samarbeid med det anerkjente National Institute of Mental Health i USA. Ole Andreassen leder en av Helse Østs toppforskningsgrupper, og prosjektet er et samarbeid mellom alle sykehus med psykiatriske avdelinger i Osloregionen.

En styrke ved prosjektet er at det samler og koordinerer landets fremste ekspertise innenfor området. Forskning innenfor for eksempel schizofreni har ofte vært fragmentert, mener Andreassen.

– Tidligere satt ofte forskere på hver sin tue og lagde prosjekter som liknet på hverandres. I prosjektet vårt legger vi vekt på utveksling av erfaring og kunnskap, sier han.

To faser

Prosjektet har to faser. I første omgang skal man samle inn et stort pasientmateriale fra 800 personer med schizofreni og manisk-depressiv lidelse. I tillegg skal det etableres en frisk kontrollgruppe. Pasientene skal diagnostiseres og beskrives ved hjelp av tradisjonelle metoder.

I fase to vil man undersøke om det er mulig å finne genetiske disposisjoner for sykdommene hos pasientene og om det er mulig å avlese sykdomstegn ved hjelp av hjerneavbildning.

Forskningsdataene skal samles i en kvalitetssikret informasjonsbank ved Ullevål universitetssykehus, hvor forskerne kan hente ut data som er samlet inn ved alle sykehusene som samarbeider i prosjektet. Det gir trygghet for pasientene som deltar og letter forskernes arbeid med å analysere dataene.

– Når vi på denne måten kan sammenholde genetisk informasjon, analyser av hjerneavbildninger og kliniske symptomer, blir kunnskapen vår om psykotiske lidelser større, og vi kan gi pasientene et enda bedre tilbud, konkluderer Andreassen.

Mange gevinster ved elektronisk bildeoverføring

De gamle røntgenbildene er en saga blott i Østfold. Nå formidles bildene digitalt innenfor Sykehuset Østfold eller på kryss og tvers i fylket, bare ved hjelp av noen tastetrykk. Det har ført til en kraftig økning i antall undersøkelser.



–En lege i Moss kan enkelt hente opp et røntgenbilde tatt i Halden og sende det videre til Fredrikstad, hvis det er ønskelig, forteller overlege Eivind Reitan ved Sykehuset Østfold. Digitalisering av røntgenavdelingene i Sykehuset Østfold innebærer at røntgenbildene og røntgenrelaterte pasientdata vil være tilgjengelige samtidig på alle sykehus, innenfor helseforetaket, uansett ved hvilket sykehus selve undersøkelsen fant sted.
– Dette gir en betydelig effektiviseringsgevinst, uten at det går ut over pasientens integritet. Antall utførte undersøkelser har økt fra 177 000 i 2002 til 190 000 i 2004, sier Reitan. I disse tallene er mammografiundersøkelser ikke regnet med, da disse inntil videre tas konvensjonelt.

Den "gamle" ordningen, hvor et stort antall bilder fraktes mellom forskjellige avdelinger

og arkiver, er dermed blitt historie.
– Det samme gjelder også de store beløpene sykehusene bruker på film og kjemikalier i forbindelse med radiologiske undersøkelser, sier Reitan.

RIS-PACS-prosjektet (Radiologisk informasjonssystem – Picture Archiving and Communication System), ble startet i mai 2001 med det formål å gjøre all radiologisk virksomhet ved Sykehuset Østfold film- og papirløs. Systemet ble suksessivt satt i drift ved sykehusets fem klinikker fra januar 2002 til mars 2003 og avsluttet 1. november 2004.

– Systemet, slik det nå fremstår, har i høy grad innfridd de gevinstene som var bebudet ved prosjektets oppstart, forteller Reitan.
– Det har gitt økt tilgjengelighet til bilder og beskrivelser, bedret informasjonsflyten og gitt mindre ventetid i utrednings- og behand-

lingsprosessene, sier han og peker på at personellet utnyttes bedre og at 11 stillingshjemler er frigjort. Arbeidsmiljøet er bedret gjennom eliminering av film-/kjemiprodukter.

– Systemet innebærer også en kraftig kvalitetsforbedring av radiologiske prosesser. Alt i alt bør Sykehuset Østfold si seg godt fornøyd med sluttresultatet, men det finnes fortsatt et potensial for ytterligere gevinstuttak.

– En viktig utfordring blir å tilrettelegge for å sende bilder over helsenettet til for eksempel Ullevål universitetssykehus eller Rikshospitalet, slik at man får en raskere og bedre utveksling av radiologiske undersøkelser, sier Reitan.

KVALITET

FAKTA:

- Michael Kristensen er en av over 3000 leger i Helse Øst
- Hver eneste time møter over 500 pasienter sin behandler i et av våre sykehus
- Helsesektoren er regulert av hele 40 ulike lover som sier noe om hva man skal gjøre og ikke gjøre for å gi pasientene riktig og kvalitetsmessig god behandling

- Michael Kristensen
- Lege
- Ortopedisk senter
- Ullevål universitets-sykehus



Orden i eget hus

Helse Øst videreførte i 2004 kvalitetsstrategien for hele foretaksgruppen og startet forberedelsene til revisjon av faglige prosedyrer og administrative rutiner "fra kjeller til loft". Målet er å blinke ut forbedringspotensialer og sette inn tiltak der det er behov.

Helsesektoren er en av de sektorene i Norge som er strengest lovregulert. Omkring 40 lover forteller hva man skal gjøre og ikke gjøre. Feil og rutinesvikt kan få fatale følger, og det er derfor nødvendig å stille strenge kvalitetskrav på alle nivåer i behandlingkjeden. Det er viktig med presise sjekklister som kan fortelle hvilke lover og forskrifter som skal følges på de enkelte områdene.

Helse Øst skal sikre pasientene et godt tilbud og etterleve myndighetenes lovkrav. Hva kan vi bli bedre på, hvorfor skal vi bli bedre på det, hvordan kan vi forbedre oss – var tre viktige spørsmål i kvalitetsarbeidet i 2004. Det skal være "orden i eget hus".

Kort fortalt skal kvalitetsstrategien bidra til:

- at pasienter og ansatte føler trygghet for at behandlingen er av høy standard og at myndighetskrav er oppfylt
- kontinuerlig forbedring av helsetjenesten
- at det etableres tydelige rutiner og systemer for dokumentasjon og resultatoppfølging og for å håndtere avvik

Det arbeides med kvalitet på alle nivåer i Helse Øst. Først og fremst er det et ledelsesansvar, men skoloring og forståelse for hva kvalitet er og hvordan man kan oppnå god kvalitet, må knyttes nært opp mot de daglige gjøremålene og samhandlingsarenaene.

Som et verktøy i kvalitetsarbeidet brukte Helse Øst i 2004 den velkjente internasjonale standarden for kvalitetsstyring, ISO 9001. ISO 9001 og internkontroll har mange av de samme kravene til styring og ledelse. Et annet tiltak i oppfølgingen av lovkrav i Helse Øst i 2004 var oppstart av arbeidet med sjekklister på lovkravene.

Målet for 2005 er at alle helseforetakene i Helse Øst skal innrette sitt kvalitetsarbeid i forhold til kravene i ISO 9001.

Les mer om kvalitetsarbeidet i Helse Øst på de neste sidene.

"Helse Øst skal kjennetegnes av kvalitet i alt vi gjør"

Strategiske utfordringer i perioden 2003-2006	Mål for perioden	Delmål 2005
Utvikle et helhetlig kvalitetssystem	God kvalitet kan dokumenteres etter et felles system	<p>I løpet av 2005 skal alle HF ha videreutviklet sitt kvalitetssystem iht kravene etter ISO 9001, med målsetting om godkjenning av hele eller deler av virksomheten innen 1. juli 2006</p> <p>I løpet av 2005 skal RHF og HF implementere felles systemer og rutiner som dokumenterer at krav til informasjonssikkerhet er tilfredsstillt</p>

Kvalitet for pasienten

– Dersom fritt sykehusvalg skal være noe som hever kvaliteten på helsetjenestene, er det nødvendig at pasienten virkelig settes i stand til å velge. Det sier Ingeborg Traaholt, leder for Norsk Pasientforening. Fra sitt ståsted følger hun nøye med på hva som skjer i kjølvannet av den store sykehusreformen.

– For at man ha et reelt valg, må det finnes god og enkel informasjon om kompetansen ved de ulike sykehusene og hvor lang ventetid man må regne med. I dag har man begynt å utarbeide kvalitetsindikatorer som kan brukes i denne sammenhengen, og jeg håper det blir en god prosess, hvor man tar seg tid til å gjøre jobben skikkelig.

– Men retten til fritt sykehusvalg krever også en ny rolle for allmennlegen, påpeker Traaholt. Allmennlegen må hele tiden være rådgiver og "agent" for sine pasienter og kunne svare på spørsmål om ulike tjenesters kvalitet og tilgjengelighet. Og minst like viktig er det at allmennlegen er i god dialog med spesialisthelsetjenesten.

Positive muligheter

Norsk Pasientforening har hele tiden vært positiv til sykehusreformen og mener at den inneholder muligheter som kan styrke pasientens stilling. Men en viktig forutsetning er at det foretas en fornuftig funksjonsdeling. Alle kan ikke gjøre alt.

– I helsevesenet er det lang tradisjon for at man ikke skal blande seg i hva andre gjør. Dette har ført til dårlig koordinering av ressurser og kompetanse. For at reformen skal bli vellykket, må Helse Øst ta funksjonsdelingsdebatten alvorlig. Man har allerede begynt og det er bra. Sett utenfra var det på høy tid at man begynte å rydde opp og fordele funksjoner og ansvar mellom for eksempel Rikshospitalet og Ullevål.



Ingeborg Traaholt, leder i Norsk Pasientforening.

Et annet moment i reformen som følges med skarpt blikk, er kravene om effektivisering og budsjettstyring.

– Det er ikke noe galt i å spare penger eller effektivisere. Men det er viktig at det ikke går på bekostning av pasientbehandling og kvalitet, mener Traaholt. – Det vil bli en viktig oppgave for foretakene framover å synliggjøre bruken av penger. For når noe går galt, er det lett å si at det skyldes ressursmangel. Den kjøper vi ikke uten videre i Norsk Pasientforening, dersom man ikke kan dokumentere det.

Kvalitetssystemer alene ingen garanti

Det går en standardiseringsbølge gjennom helsesektoren for tiden. Tilfeldighetene skal vike plass for standardiserte og etterprøvbare rutiner og prosedyrer.

– Om de nye reglene heter "ISO" eller noe annet, er uinteressant for pasienten. Det pasienten trenger er å bli tatt på alvor gjennom hele behandlingsskjeden, fra fastlege til behandling og eventuelt rekonvalesens. Kvalitet for en pasient handler om å bli tatt godt i mot, det handler om å bli "sett" av personalet. Det handler om god dialog, sier Traaholt.

– Det er selvsagt greit med regler. Men til syvende og sist handler kvalitet i møtet mellom pasient og helsevesen om holdninger og menneskelige egenskaper. Reglene må derfor følges av en holdningsendring.

Gjennomsiktighet

Etter Norsk Pasientforenings oppfatning er det viktig at sykehusene gis et så fritt spillerom som mulig når det gjelder samarbeid mellom institusjoner, kjøp av private tjenester, kjøp av tjenester fra utlandet og, motsatt, salg av tjenester til utlandet.

– Men når sykehusene nå er fristilt som foretak, med en ledelse som skal ha det fulle ansvar for å løse sine problemer, er det viktig at man tydeliggjør hvilke handlinger som er "tillatt" innenfor det nye systemet.

– Det er viktig at reformen ikke blir en sovepute. Sykehuseieren må hele tiden overvåke virkningen av de tiltakene som gjennomføres og foreta justeringer dersom konsekvensene ikke blir som man hadde ønsket, avslutter Traaholt.

Kvalitetsindikatorer hjelper oss å bli bedre

En kvalitetsindikator er et indirekte mål og en pekepinn som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Det er utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer både innen somatikk og psykisk helsevern. Formålet er å fremskaffe informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen enkelte områder av spesialisthelsetjenesten, og Helse Øst RHF bruker disse indikatorene aktivt i sitt kvalitetsarbeid og som styringsinformasjon.

I Helse Øst arbeides det kontinuerlig med å finne gode forbedringstiltak på ulike områder. I løpet av fjoråret ble det innført flere nye kvalitetsindikatorer, slik at det nå til sammen er 23 nasjonale kvalitetsindikatorer som alle helseforetakene rapporterer på. Av disse 23 har Helse Øst satt spesielt på ventetider, epikrisetid og korridorpasienter.

En av indikatorene er tiden det tar før sykehuset sender ut en epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) til neste ledd i behandlingsskjeden. Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon

mellom sykehus og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse.

Ved inngangen til 2004 ble under halvparten av epikrisene sendt innen fristen på 7 dager. Helse Øst satte derfor i gang flere tiltak for å forbedre situasjonen. Blant annet har alle helseforetakene utarbeidet og styrebehandlet egne handlingsplaner for å nå det fastlagte målet. Det ble også arrangert seminar om epikriser i regi av Helse Øst RHF i november 2004 og mai 2005. Alle helsefore-

takene og sykehusene i regionen har deltatt i arbeidet med å finne fram til felles tiltak for at epikrisene skal bli faglig forbedret og sendes ut tidligere fra sykehuset. Foreløpige tall for første tertial 2005 viser at tiltakene har hatt meget god effekt.

Arbeidet med å bedre kvaliteten fortsetter i 2005, og Helse Øst skal dette året særlig rette oppmerksomheten mot å redusere antallet korridorpasienter og å øke andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Lærings- og mestringssentre i Helse Øst

Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. For personer med kronisk eller langvarig sykdom og/eller nedsatt funksjons- evne er læring og mestring like viktig som å få medisiner og behandling. De kunnskapene de har behov for, formidles best i et likeverdig samarbeid mellom fagfolk og erfarne brukere. Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en viktig møteplass for brukere, deres familie og fagpersonell. Sentrene tilbyr informasjon og opplæring i form av kurs og grupper, de er også et sted hvor fagfolk kan bli bedre til å lære fra seg. All virksomhet bygger på samhandling mellom fagkunnskap og brukerkompetanse.

Lærings- og mestringssentre i Helse Øst:

- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Aker universitetssykehus
- LMS Lovisenberg Diakonale Sykehus
- LMS Akershus universitetssykehus
- LMS Blakstad, Sykehuset Asker og Bærum
- LMS Sykehuset Østfold
- LMS Ullevål universitetssykehus
- LMS Barnesenteret, Ullevål universitetssykehus
- LMS Sunnaas sykehus
- LMS Diakonhjemmet Sykehus
- LMS Sykehuset Innlandet

Under planlegging i Helse Øst:

- LMS Bærum, Sykehuset Asker og Bærum
- LMS Revmatismesykehuset
- LMS Glitrelinikken

RESSURSER

- Sverre Lindstad
- Elektriker
- Sykehuset Innlandet Hamar

FAKTA:

- Sverre Lindstad er elektriker og legger til rette for økt bruk av IKT og bedre utnyttelse av ressursene i Helse Øst
- Driftsansatte i Helse Øst har hvert år ansvar for å vedlikeholde 1,2 millioner kvadratmeter bygningsmasse. Det vil si et område like stort som 150 fotballbaner



Høy aktivitet og drift i balanse

Helse Øst hadde i 2004 om lag 31 000 medarbeidere og et samlet drifts- og investeringsbudsjett på ca. 22,8 milliarder kroner. Regnskapet for fjoråret viser at driften var i balanse. Det ble blant annet tilrettelagt for besparelser ved innkjøp i størrelsesorden 130 millioner kroner bare i 2004. I tillegg har Helse Øst, som første virksomhet i helsesektoren, startet arbeidet med å innføre eHandel, noe som vil gi ytterligere besparelser i 2005.

En del av Helse Østs samlede ressurser vil i de nærmeste årene gå til tre byggeprosjekter: nytt sentralsykehus i Akershus (Nye Ahus), ny fløy ved Sykehuset Asker og Bærum og nytt kreft- og isolatsenter ved Ullevål universitetssykehus.

1. mars 2004 ble det første spadesticket tatt for bygging av Nye Ahus. Det nye sykehuset er planlagt ferdigstilt i oktober 2008. Sykehuset skal betjene et befolkningsgrunnlag på omlag 340 000 mennesker. Deler av den gamle bygningsmassen skal bli en del av det nye sykehuset. Totalt blir det nye bygget på 135 000 kvadratmeter, hvorav 114 000 kvadratmeter er nybygg.

Prosjekt Ny nordfløy er et forholdsvis stort byggeprosjekt ved Sykehuset Asker og Bærum. Nybygget reises nord for eksisterende akuttmottak.

Ved Ullevål universitetssykehus bygges et nytt kreft- og isolatsenter. Ullevål har regionansvar innenfor feltet, og nybygget vil representere et betydelig tilskudd til regionens helsetilbud.

Mange av de eksisterende sykehusbyggene er gamle og dårlig vedlikeholdte og krever høye driftskostnader som "stjeler" penger fra pasientbehandling, i tillegg til at de har en standard som det er krevende å behandle syke mennesker i. Helse Øst etablerer nå et

eget prosjekt for å kartlegge hvor og hvordan nødvendig kapitalrasjonalisering kan gjennomføres for å sikre tidsriktige og effektive bygninger til å drive medisinsk virksomhet i i framtiden.

Det ble i 2004 også foretatt en videreutvikling av Helse Østs IKT-strategi. Målet er blant annet å etablere felles elektroniske løsninger for utveksling av pasientinformasjon og gjennom dette bidra til en effektiv, god og sammenhengende behandlingsskjede for pasientene.

Les mer om Helse Østs ressursbruk på de neste sidene.

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

Strategiske utfordringer i perioden 2003-2006	Mål for perioden	Delmål 2005
Etablere et rettferdig internt finansierings-system i Helse Øst	Et finansieringssystem som er åpent, oppleves som rettferdig, som belønner god kvalitet, effektiv drift og omstilling	Innføre ny modell for inntektsfordeling
Utvikle og implementere et system for god ressursutnyttelse og økonomistyring	Et styringssystem som gjør oss i stand til å ivareta våre overordnede mål innenfor tilgjengelige ressursrammer	Etablere et felles system Etablere et styrings- og registreringssystem for effektiv utnyttelse av den totale bygningsmassen
Utvikle arbeidsmiljø som gir fornøyde og kompetente medarbeidere	Fortsigbar og langsiktig satsing på utvikling av ledere og medarbeidere – både for grupper og individuelt	Redusere sykefraværet med ett prosentpoeng gjennom konkrete arbeidsmiljøtiltak

- Økt åpenhet styrker kvaliteten

Har Helse Øst en kultur for åpenhet, eller har de ansatte munncurv? Tør medarbeiderne varsle om avvik og rutinesvikt, eller er de redde for represalier? Holder de munn av lojalitet til kollegene i stedet for pasientene? Debatten gikk høyt i mediene i fjor og startet en bevisstgjøring på alle nivåer.



Lasse Sølvberg

Tove Mathisen

Den konkrete bakgrunnen for at temaet kom opp, var den tragiske hendelsen som er blitt omtalt som trikkedrapet i Oslo. I debatten som fulgte ble det blant annet hevdet at man i Helse Øst ikke har en bedriftskultur som fremmer åpenhet omkring feil og rutinesvikt. Dette grep den administrative ledelsen, sammen med de regiontillitsvalgte, tak i og startet en prosess for å gå gjennom hele problemstillingen fra grunnen av.

Lasse Sølvberg og Tove Mathisen er to av totalt fem regiontillitsvalgte i Helse Øst. – En bedriftskultur som hindrer åpenhet, er helt uakseptabel, sier Sølvberg, som er regiontillitsvalgt for LO. Han får støtte fra Tove Mathisen, regiontillitsvalgt for Akademikerne. – Vi bør være opptatt av å verne varslere og la de kritiske røstene komme til uttrykk. Åpenhet er viktig når vi ønsker å sette pasienten i sentrum og utvikle bedre helsetjenester. Poenget med å varsle er ikke å krangle med ledelsen, men å bedre kvaliteten på tjenestene til pasientene, mener Mathisen.

– Vi står midt i prosessen og vil i løpet av 2005 utarbeide forslag til tiltak og retningslinjer som har som siktemål å sikre både åpenhet og trygghet for de ansatte. Vi vil se på hva som fremmer åpenhet og hva som hemmer åpenhet, legger Sølvberg til.

Positivt

Begge mener det skjedde mye i 2004 som det er grunn til å være fornøyd med.

– Etter innspill fra oss regiontillitsvalgte i forbindelse med "Strategisk fokus – tiltak 2005", ble det vedtatt en arbeidsmiljøundersøkelse som skal gjennomføres i 2005 i hele foretaksgruppen, påpeker Sølvberg. – Det er også positivt at vi fikk til en fornyet avtale om samarbeid mellom de regiontillitsvalgte og administrasjonen. Dette innebærer at ordningen nå er et fast samarbeid og ikke en prøveordning.

Begge mener at samarbeidet regionalt er i ferd med å finne en god form. For eksempel er skillet mellom drøftingsmøter og arbeidsmøter en riktig vei å gå.

En annen sak som begge synes er viktig er at de regiontillitsvalgte tidligere fikk komme med innspill til Helse Østs Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2004.

– I motsetning til 2003, da regiontillitsvalgte samlet anså det nødvendig å sende egne kommentarer til departementet. Dette ble gjort fordi vi ikke kjente oss helt igjen i virkelighetsbeskrivelsen den gang, sier Sølvberg.

Utfordringer

I forbindelse med åpenhetsdebatten har de regiontillitsvalgte påpekt at man er nødt til å sette inn tiltak mot kommunikasjonsproblemer som har framkommet. – Vi har blant annet registrert frykt for sanksjoner mot dem som varsler og setter fokus på avvik og negative prosesser, sier Sølvberg.

– En annen viktig utfordring er at mange opplever det stadige presset på økonomi og innstramminger som viktigere enn et faglig godt fundert helsetilbud, understreker begge til slutt.

Elektroniske pasientjournaler styrker effektiviteten og kvaliteten

Papirbaserte journaler er sinker på sine vandringer rundt i systemet. Ved Akershus universitetssykehus (Ahus) har man gode erfaringer med innføring av elektronisk pasientjournal, både når det gjelder god utnyttelse av ressurser og kvalitet for pasienten.

Elektroniske pasientjournaler erstatter papirjournaler ved at man går over til en elektronisk oppbevaring av all informasjon som dokumenteres om pasienten under sykehusoppholdet. Det dreier seg om svært omfattende datasystemer med mange ulike brukere, hvor det stilles høye krav til lagringskapasitet, tilgangskontroll og sikkerhet.

– En forsvarlig bruk av en elektronisk pasientjournal vil både føre til bedre utnyttelse av ressursene og styrke sikkerheten for pasienten, mener Anne Berger Sørli, direktør for medisinsk service ved Ahus.

– Det vil bidra til å frigjøre tid for helsepersonell, som kan brukes til pasientrettet arbeid. Helsepersonell har rask og enkel tilgang til pasientinformasjon, som er strukturert og tilgjengelig med det samme den er skrevet.

Bedret pasientflyt

Elektroniske pasientjournaler gir bedre pasientflyt. Pasientene skal oppleve helhet i møtet med sykehusets avdelinger og poli-

klinikker. Informasjon om pasienten vil alltid være tilgjengelig, opplysninger oppgis én gang og følger pasienten gjennom sykehuset.

– Det bidrar til å sikre kontinuitet i behandlingen, og beslutninger om videre behandling fattes på et sikrere og bredere informasjonsgrunnlag, sier Sørli.

En annen effektiviseringsgevinst er at informasjon om pasientens sykehusopphold sendes elektronisk til pasientens fastlege. Det gjør at legen har informasjonen raskere og at den er tilgjengelig når pasienten skal følges opp.

Mer åpenhet

Med elektroniske journaler har man også full oversikt over hvem som har innsyn i journalen. Bare de som behandler pasienten skal ha tilgang til journalen. Hver gang noen har vært inne, blir sted, navn og tidspunkt registrert. Dersom en pasient stilte spørsmål om hvem som hadde lest journalen, var det tidli-

gere ikke mulig å gi pasienten et svar.

– Nå kan man på en enkel og effektiv måte se hvem som har vært inne i journalen og hva som er gjort av endringer, sier Sørli.

Ahus har vektlagt sikkerhet i innføringen av den elektroniske pasientjournalen, og det er gjennomført en stor prosess for å sikre at de enkelte brukerne har den rette tilgangen til systemet. Prinsippet er at opplysninger om pasienten kun skal være tilgjengelig for rett person til rett tid.

Utfordringer

En utfordring for å kunne dra nytte av fordelene en elektronisk journal gir, er at det gis grundig opplæring i å bruke systemet, og at man utnytter mulighetene som den nye teknologien gir.

– Ved Ahus jobber vi nå bevisst med å endre tradisjonelle, papirbaserte arbeidsmåter, nettopp for å kunne utnytte fordelene som en elektronisk journal gir, sier Sørli.

Har spart 130 millioner i 2004

Ved å samordne innkjøpsavtaler for utvalgte produkter sparte sykehusene i Helse Øst anslagsvis 130 millioner kroner i 2004.

Helseforetakene gjør årlige innkjøp for om lag 6 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 2004 ble det blant annet prioritert å lage fellesavtaler for sykepleievikarer, implantater, kontormatriell og IT-utstyr.

Helse Øst har som første virksomhet innen helsesektoren, startet arbeidet med å innføre eHandel.

Statusrapporteringen ved årsskiftet viser at Helse Øst er godt på vei i forhold til målsettingen om kostnadsreduksjon og bedret kvalitet for innkjøp og forsyning. Målet er at man ved utgangen av 2005 har lagt til rette for besparelser for totalt 400 millioner kroner.

Første spadestik for Nye Ahus

Arbeidet for å realisere Nye Ahus har pågått siden midten av 90-tallet. I 2004 ble spaden satt i jorda.



Dagens Akershus universitetssykehus har de siste årene vært preget av store driftsproblemer. I tillegg viser beregninger at man kan vente en sterk befolkningsvekst i området. Dette førte til at Akershus fylkeskommune på begynnelsen av 1990-tallet startet et omfattende planarbeid for videre utvikling av sykehuset.

Nye Ahus vil som tidligere dekke alle lokal- og sentralsykehusfunksjoner og i tillegg få en meget sterk akuttmottaksenhet. Målsettingen er at det nye universitetssykehuset skal bli det mest moderne, pasientvennlige og effektive sykehuset i Norge når det står ferdig til bruk i 2008.

Stort beredskapsansvar

Omkring 70 prosent av de somatiske pasientene ved Ahus legges inn for øyeblikkelig hjelp. Ahus har et omfattende beredskapsansvar som følge av at sykehusets opptaksområde omfatter både landets hovedflyplass, tunnelen for høyhastighetstog, den kjemiske og nukleære industrien rundt Lillestrøm og transportårene rundt hovedstaden, både for vei og bane.

I Oslo og Akershus forventes befolkningen å øke med omkring 155 000 fram til 2020. Veksten er størst i Akershus, hvor det også er forventet at antall eldre over 80 år vil øke langt mer enn landsgjennomsnittet. På landsbasis er den eldre delen av befolkningen ventet å øke med ca. seks prosent innen 2020, mot ca. 42 prosent i Akershus.

Nye Ahus skal gi det nødvendige bidraget for å møte det økte behovet.

Prøvehus

Byggeprosjektet rommer et omfattende opplegg for brukermedvirkning. I faser før bygging finner sted, gjennomgås alle bygg og rom med henblikk på utstyr og funksjonalitet i et omfattende samarbeid med om lag 70 brukergrupper fra Ahus.

For at denne brukerprosessen skal bli så god og tydelig som mulig er det bygget et prøvehus med 22 rom i full størrelse. Her finnes blant annet operasjonsstue, laboratorium, sengetun med ensengs- og tosenngsrom, barnerom og føderom. Hensikten med prøvehuset er å kvalitetssikre funksjonalitet og løsninger, forbedre løsninger som viser seg å ikke fungere, avdekke feil i prosjekteringen og forberede for drift.

Prøvehuset er et levende hus hvor løsninger blir justert og kvalitetssikret ettersom de blir testet i samarbeid med ansatte og pasienter. Også leverandørindustrien bruker prøvehuset for å se løsninger i praksis og eventuelt ha mulighet til å prøve ut nye løsninger.

Nye Ahus

Prosjektering og bygging følger den oppsatte framdriftsplanen. Innen 31. desember 2005 vil man passere 25 prosent på framdriftsplanen. Da vil konturene av byggene kunne sees, og råbygget for Behandlingsbygget på 55 000 m² allerede være bygget.

- Bruttoareal: 136 000 m²
- Pasientgrunnlag: 340 000 (Romerike 248 000 og Oslo Nord 92 000)
- Antall senger: 570 senger i nytt bygg – flest enkeltrom
- Innhold: 21 operasjonsstuer, 86 dag-behandlingsplasser, 106 poliklinikkrom, 23 billeddiagnostiske rom, eget laboratorium, barnesenter, pasienthotell og akutt-mottak
- Kostnadsramme: 7,64 milliarder kroner (prisnivå 2004)
- Eier: Helse Øst RHF

De største pågående byggeprosjektene i Helse Øst:

Nye Ahus:

- Byggstart: mars 2004
- Ferdigstilles: oktober 2008
- Kreft- og isolatsenter ved Ullevål universitetssykehus:**
- Byggstart: september 2003
- Ferdigstilles: januar 2007
- Ny nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum:**
- Byggstart: november 2004
- Ferdigstilles: juli 2006

Begivenheter 2004

1. tertial

- Dialogkonferanse med brukerorganisasjoner. Tema: Brukermedvirkningens rolle og forventninger
- Byggingen av Nye Ahus starter
- Sykehuskartet endres med bakgrunn i bydelsreformen i Oslo og mål om å bedre behandlingstilbudet og utnytte kapasiteten, samt øke tilgjengeligheten
- Nye opptaksområder for sykehusene innføres

- 7 millioner kroner fordeles til brukerorganisasjoner

- Staten, ved de regionale helseforetakene, overtar ansvaret for rusomsorgen i regionen

- Etablerer etiske retningslinjer for innkjøp for å sikre at helseforetakene følger Lov om offentlige anskaffelser

2. tertial

- Fire sykehus i hovedstadsområdet overtar ansvaret for alle fødsler. Fødeavdelingen ved Aker universitetssykehus legges ned og ABC-enheten flyttet til Ullevål
- Ny regional avdeling for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser opprettes ved Ullevål universitetssykehus
- Tilbud om kirurgisk behandling av sykkelig overvekt opprettes ved Aker universitetssykehus
- Arbeidet med regional strategi for psykisk helsevern starter
- Lærings- og mestringssenter åpnes på Sunnaas. I februar 2005 ble det åpnet et nytt senter ved Sykehuset Innlandet, Sanderud. Alle foretak i regionen har nå lærings- og mestringssenter

- Positiv evaluering av Brukerrådet i Helse Øst, utført av Sintef. Konklusjon: Brukerrådet har bidratt til en vesentlig bedring av vilkårene for brukerdialg og medvirkning i Helse Øst

- Positiv statusrapport i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helsevern

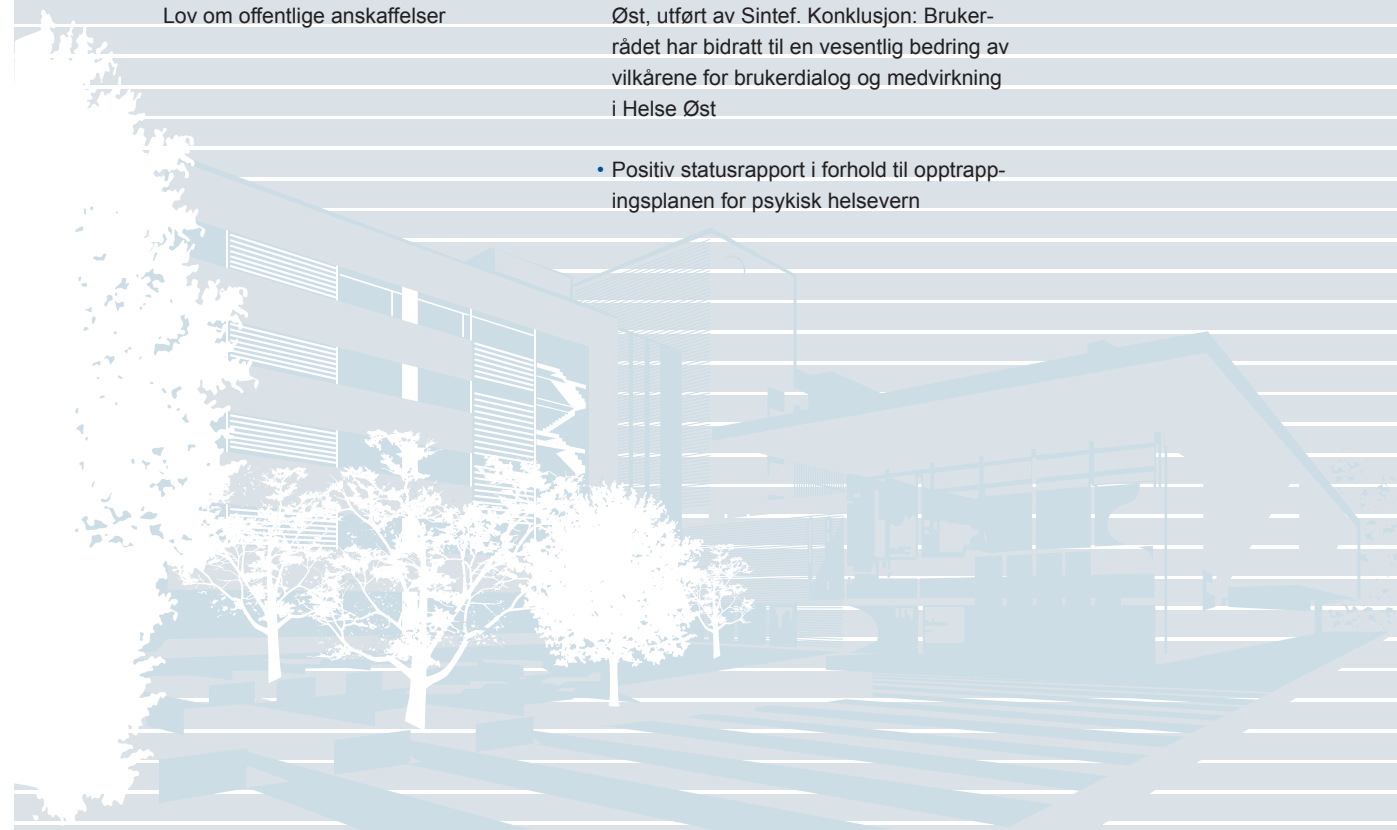
3. tertial

- 95 millioner kroner fordeles til ulike forskningsprosjekter i regionen
- Avtaler med rusinstitusjoner inngås etter omfattende anbudsrunder
- Helhetlig strategi for bedre og mer hensiktsmessig bruk av IKT vedtas. Målet er å legge til rette for at IKT i større grad kan brukes som hjelpemiddel for å nå Helse Østs mål og blant annet bedre informasjonen til pasienter og pårørende

- Den første gruppen av ledere deltar i Helse Østs første lederutviklingsprogram

- Handlingsplan for behandling av rusmiddelavhengige vedtas

- Ny inntektsmodell for somatikk vedtas



Årsberetning

INNLEDNING

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

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

VIRKSOMHETEN I 2004

Styret har i "Årlig melding fra Helse Øst RHF 2004" lagt til grunn at "sørge-for"ansvaret er oppfylt.

Organisering

Hovedkontoret til Helse Øst ligger på Hamar. Helse Øst besto i 2004 av:

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

Sammen med Helse Sør er Helse Øst deleier i Sykehusapotekene ANS. Eierandelen er 50% til hvert av de regionale helseforetakene. Videre har Helse Øst RHF sammen med de øvrige regionale helseforetakene eierandel i følgende selskaper:

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	20%
Luftambulansetjenesten ANS	20%
Norsk Helsenett	20%

For å løse de lovpålagte oppgaver har Helse Øst ut fra sitt "sørge for" ansvar inngått drifts avtaler med følgende fire private ideelle sykehus:

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

Det er i tillegg inngått avtaler om leveranse av helsetjenester med andre private aktører. Helse Øst har avtalebasert samarbeid med privatpraktiserende spesialister tilsvarende 815 hjemler. Helse Øst har også kjøpt helsetjenester hos private kommersielle leverandører i all hovedsak innen fagområdene ortopedi, plastikkirurgi, øre-nese-hals, øye, laboratorie og røntgen. Dessuten ble avtaler videreført innenfor habilitering/rehabilitering, rus og psykiatri i tråd med de føringer som ble gitt i styringsdokumentet for 2004.

Helse Øst RHF overtok fra 01.01.2004 ansvaret for tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelavhengige fra fylkeskommunene, noe som innebar en overføring av til sammen 765 behandlingsplasser samt en betydelig poliklinisk kapasitet.

Fra 1. april 2004 ble det etablert nye opp-taksområder for helseforetakene i Helse Øst. Gjennom dette ønsket Helse Øst å oppnå en klar sammenheng mellom hvor folk bor og hvor det skal gis et helhetlig og godt behandlingstilbud. Tiltaket er også et virkemiddel for organisatorisk samordning og effektivisering slik at helseressursene og eksisterende og planlagte sykehusbygninger utnyttes på best mulig måte. Endringene hadde størst innvirkning på sykehustilholdet for befolkningen i Follo og i deler av Oslo.

Det ble i denne forbindelse foretatt virksomhetsoverdragelser av enkelte DPS og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker mellom helseforetakene.

I 2004 ble også driften ved fødeavdelingen ved Aker universitetssykehus HF overdratt til Ullevål universitetssykehus HF, og fødselene fordelt innen hovedstadsområdet.

I samarbeid med Helse Sør har Helse Øst i 2004 gjennomført flyttingen av avdelingene for øyefag fra Rikshospitalet HF til Ullevål universitetssykehus HF og øre-nese-hals-fagene fra Ullevål universitetssykehus HF til Rikshospitalet HF.

Prioriterte mål for Helse Øst i 2004

Siden etableringen i 2002 har Helse Øst vært i kontinuerlig prosess og utvikling for å sørge for befolkningens behov for helse-tjenester, i lys av helsereformens intensjoner, politiske styringsbudskap og gitte rammebetingelser.

Helse Øst har i 2004 prioritert god virksomhetsstyring og organisering, arbeid med prioritering, psykisk helsevern og rus, gjennomføring av satsing på forskning, brukermedvirkning og utvikling av gode samarbeidsrelasjoner innen utdanning og forskning mot kommunehelsetjenesten og overfor øvrige samarbeidspartnere.

Det ble satt mål for ventetid, korridor-pasienter, omfang av pasientbehandlingen, forskningsresultater og nasjonale kvalitetsindikatorer.

Helse Øst har videreført sine mål og prinsipper om god økonomisk styring og har en tilfredsstillende økonomisk status ved årsskiftet 2004/2005.

Utdypende detaljer er gitt i årlig melding 2004.

Pasientbehandling i foretaksgruppen Helse Øst (inkl. fire private ideelle sykehus)

Somatikk

Somatikk hadde i alt 5,9 mrd. kroner i aktivitetsbaserte inntekter i 2004. Behandlingsaktiviteten i Helse Øst, inkl. de fire private ideelle sykehusene målt i antall DRG-poeng økte med 5.686 (+1,9 %) fra 2003. Antall RTV-finansierte polikliniske konsultasjoner var 1.051.092, en økning på 14.462 konsultasjoner (+1,3%) i forhold til 2003. Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til behandling er redusert fra 87 til 83 dager (-4,6%).

Psykisk helsevern

Voksenpsykiatri

Antall polikliniske konsultasjoner var 268.777, en økning på 20.547 konsultasjoner (+8,3%) fra 2003. Det er utskrevet 1.328 flere pasienter innen psykisk helse-

vern for voksne i løpet av 2004 enn året før (+10,7%). Psykisk helsevern for voksne hadde i 2004 totalt 615.542 liggedøgn, en økning på 4.894 (+0,8%) i forhold til 2003. Aktivitet i psykiatriske sykehjem er trappet ned i samsvar med opptrappingsplanen for psykisk helse. Ved omstillinger har den enkelte pasient fått et alternativt tilbud. Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til behandling er redusert fra 90 til 54 dager (-40,0%).

Barne- og ungdomspsykiatri

Antall polikliniske konsultasjoner var 97.090, en økning på 4.309 konsultasjoner (+4,6%) fra 2003. Det er utskrevet tre færre pasienter innen psykisk helsevern for barn og ungdom i løpet av 2004 enn året før (-0,5%). Psykisk helsevern for barn og ungdom hadde i 2004 totalt 44.088 liggedøgn, en reduksjon på 644 (-1,4%) i forhold til 2003. Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til behandling er redusert fra 91 til 80 dager (-12,1%).

Rusomsorgen

Rusomsorgen hadde i 2004 totalt 89.923 liggedøgn. Antall polikliniske konsultasjoner var 54.429. Det er i løpet av 2004 skrevet ut 5.728 pasienter. Da rusreformen trådte i kraft fra 01.01.2004, forefinnes ikke sammenlignbare tall for 2003.

Innenfor rusomsorgen er det en utstrakt bruk av private institusjoner. I 2004 utgjorde denne aktiviteten 156.731 liggedøgn og 26.462 polikliniske konsultasjoner. Det er i løpet av 2004 skrevet ut 1.882 pasienter.

Kvalitetsforbedring gjennom funksjons- og oppgavefordeling

Det er gjennomført en lang rekke omstillingstiltak innen foretaksgruppen i løpet av 2004 for å bedre kvaliteten og effektiviteten. Dette er tiltak i form av:

- Funksjons- og oppgavefordeling
- Endringer som følge av endret behov og etterspørsel, herunder
 - Tilpasning av virksomheten i forhold til utviklingen i ventetid
 - Omstilling som følge av omprioritering ved at det tilføres ressurser på områder hvor kapasiteten er for liten fra områder

hvor kapasiteten er romsligere (jf. Styringsdokumentet for 2004)

- Endringer som følge av ny teknologi og nye behandlingsmetoder
- Omlegging fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinisk virksomhet og/eller ambulant virksomhet
- Omstilling for å tilpasse virksomheten til gitte økonomiske rammer
- Detaljert tertialvis rapportering

Resultatet måles ut fra måloppnåelsen.

Helse Øst RHF har i 2004 foretatt en ekstern evaluering av gjennomførte funksjons- og oppgavefordelinger i Helse Øst. Evalueringen viser at satsingen både innenfor helsefag og økonomi har gitt gode resultater som følge av en sterk forankring i foretaksgruppen.

Gjennom kvalitetsstrategien til Helse Øst (2002-2006) er alle foretakene i gang med prosesser for ISO-sertifisering for hele eller deler av virksomheten. Det er gjennomført opplæringstiltak i risikovurdering, avviksbehandling og internrevisjoner og stilt krav om internrevisjoner. Arbeidet med å utvikle beste praksis i foretaksgruppen gjøres i nettverk og tverrgående prosesser samt gjennom pilotprosjekter.

Store byggeprosjekter

De tidligere vedtatte byggeprosjektene i Helse Øst følger oppsatte planer. Dette gjelder Nye Ahus, Kreft- og isolatsenteret på Ullevål universitetssykehus HF samt ny nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum HF.

Samarbeidsorgan

Brukerrådet for Helse Øst har ti medlemmer. Det er i 2004 blitt avholdt ni møter, hvorav ett møte var felles med styret for Helse Øst RHF. I tillegg er det blitt avholdt en dialogkonferanse med representanter fra brukerne og deres organisasjoner.

1. februar 2003 ble det opprettet fire årsverk for regiontillitsvalgte innen foretaksgruppen, hvorav tre er heltidsstillinger og to er 50%stillinger. Det er i 2004 avholdt 15 møter med de regiontillitsvalgte.

Samarbeidsorganet mellom Helse Øst og høgskolene har hatt tre møter i 2004. Helse Øst har i 2004 planlagt to prosjekter, hvorav det ene skal kartlegge behovet for praksisplasser innenfor helse- og sosialfag i helseforetakene. Det andre prosjektet skal utrede kvalitet og oppgavefordeling mellom foretakene og høgskolen, samt kostnader knyttet til praksisstudier. Prosjektene vil starte opp primo 2005. Det er gjennomført en utredning i 2004 vedrørende videreutdanningen for sykepleiere (ABIO).

Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo, Helse Sør og Helse Øst har hatt syv fellesmøter i 2004. I tillegg har det vært avholdt to bilaterale møter mellom Universitetet i Oslo og Helse Øst. Det er etablert en felles strategi for forskning mellom Universitetet i Oslo, Helse Sør og Helse Øst.

For begge organer har det blitt vedtatt endelige rammeavtaler fra 2004 og samarbeidsorganene har arbeidet i forhold til instruksjonen for universiteter og høgskoler. Helse Øst ser positivt på resultatene av dette samarbeidet.

ÅRSREGNSKAPET

Styret i Helse Øst RHF har hatt som målsetting å oppnå et regnskap som møter de styringsmål som er gitt fra eier. Styret er svært tilfreds med at dette målet også er nådd i 2004.

Resultatutvikling og balanse

Regnskapet for 2002 ble avlagt med foreløpige inngangsverdier for anleggsmidler fastsatt av daværende Helsedepartementet. Disse verdiene var lavere enn takster fastsatt høsten 2001. I regnskapet for 2003 ble anleggsmidlene i åpningsbalansen vurdert til takstverdi (gjenanskaffelseskost). Regnskapet for 2004 er avlagt i tråd med dette.

Det forventes ikke at helseforetakene fremover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn per 01.01.2002. Departementet besluttet i forbindelse med regnskapsavleggelsen for 2003 at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på den

del av anleggsmidlene som ikke kan forventes gjenanskaffet i fremtiden.

For 2003 og 2004 har departementet fastsatt et styringsmål for de regionale helseforetakene som innebærer at det skal tas hensyn til årlig overføring fra strukturfondet samt at avskrivningstid på anleggsmidler er kortere enn departementet hadde forutsatt.

Helse Øst RHF

Driftsresultatet for Helse Øst RHF for 2004 viser et underskudd på 31,2 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 8,4 mill. kroner.

Årsresultatet for Helse Øst RHF viser et underskudd på 391,7 mill. kroner. Det negative resultatet skyldes i all hovedsak nedskrivning av verdiene i helseforetakene. Investeringer i helseforetakene er i det regionale foretaket bokført etter kostmetoden. Helseforetakene har i 2002, 2003 og 2004 et underskudd etter avskrivninger. Det er usikkert om helseforetakene på et senere tidspunkt vil kunne gå med overskudd som bygger opp egenkapitalen tilsvarende. På grunn av dette er investeringen til Helse Øst RHF i helseforetakene skrevet ned tilsvarende underskuddene i disse årene.

Foretaksgruppen Helse Øst

Foretaksgruppen har et negativt driftsresultat på 489,3 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 599,3 mill. kroner.

Årsresultatet for foretaksgruppen Helse Øst er et underskudd på 422,9 mill. kroner. I forhold til eiers styringsmål for virksomheten skal det tas hensyn til overføring fra strukturfond på 134,5 mill. kroner, samt effekt av endrede levetider på anleggsmidler som utgjør 346,0 mill. kroner. Justert for ovennevnte forhold fremkommer et "overskudd" på 57,6 mill. kroner mot et tilsvarende budsjettert "underskudd" på 76,1 mill. kroner. Den metode som Helse- og omsorgsdepartementet benytter som styringsmål viser per 31.12.2004 et akkumulert positivt tall på 63,0 mill. kroner.

Inntektsstrømmen i Helse Øst føres etter bruttometoden. Dette betyr at alle inntekter fra eier går via Helse Øst RHF til helseforetakene. Hovedårsaken til at de totale inntekter for foretaksgruppen er høyere enn tilsvarende inntekter for Helse Øst RHF, skyldes bl.a. at egenandeler fra poliklinisk virksomhet samt inntekter fra annen virksomhet inntektsføres direkte i helseforetakenes regnskaper. Verdiene i balansen til helseforetakene er forskjellig fra balansen til Helse Øst RHF, fordi helseforetakenes kjøp og salg av varer og tjenester gir kortsiktige fordringer og gjeld som vises i foretakenes balanser, men ikke i balansen til Helse Øst RHF.

Årsaken til økningen i rammefinansierte inntekter med tilsvarende reduksjon i aktivitetsbaserte inntekter er i hovedsak endret DRG-sats fra 60% i 2003 til 40% i 2004.

Hovedårsaken til økningen i kjøp av helse-tjenester i Helse Øst RHF er at fra 2004 overtok Helse Øst RHF ansvaret for utbetaling av polikliniske refusjoner til det enkelte helseforetak fra Rikstrygdeverket. Som følge av rusreformen fra 2004 er avtaler med private rusinstitusjoner overtatt av Helse Øst RHF.

Pensjonsmidler/forpliktelser og pensjonskostnader

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader og det er utarbeidet aktuarberegning iht. Norsk Regnskapsstandard.

Kontantstrømanalyse/Likviditet

Likviditetsbeholdningen til Helse Øst RHF per 31.12.2004 var 743,2 mill. kroner i form av kontanter og bankinnskudd. Kontantstrømmen i 2004 var totalt sett positiv med 222,1 mill. kroner. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var en negativ kontantstrøm på 267,8 mill. kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2004 var 1.830,7 mill. kroner, hvorav 438,0 mill. kroner er bundne skattetrekksmidler.

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 2004. Helse Øst RHF

har tilfredsstillende likviditet. Helse Øst RHF kan iht. helseforetaksloven ikke gå konkurs.

Arbeidsmiljø og personale

Ved årsskiftet var det 80 ansatte i Helse Øst RHF. Av de 52 ansatte ved administrasjonen på Hamar var tre ansatt i engasjementsstillinger. 28 ansatte er knyttet opp til byggeprosjektet Nye Ahus. I løpet av 2004 har to fast ansatte sluttet og åtte nye er ansatt. Som følge av overtagelse av rusomsorgen er én ansatt overført til Helse Øst RHF. I forbindelse med virksomhetsoverdragelse av Østnorsk Helsenett er fire personer overført til Norsk Helsenett.

Antall ansatte var i gjennomsnitt for hele foretaksgruppen i 2004 30.782 mot 30.813 i 2003. Sykefraværet i Helse Øst RHF utgjorde 2,1%. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var i 2004 8,4%. For 2003 var sykefraværet henholdsvis 2,4% for Helse Øst RHF og 8,7% for foretaksgruppen. Helse Øst arbeider aktivt med å fortsette denne positive utviklingen.

Det har i Helse Øst RHF ikke vært noen ulykker eller arbeidsuhell som har medført store materielle skader eller personskader i 2004. Foretaket har et godt arbeidsmiljø.

Helse Øst RHF og alle helseforetakene ble i 2004 IA-bedrifter.

Likestilling

Helse Øst RHF

Styret for Helse Øst RHF har ni representanter, seks av disse er eieroppnevnt og tre er valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Styrets leder er kvinne. Av de eieroppnevnte styrerepresentantene er det lik fordeling mellom kjønnene. Av de tre arbeidstakervalgte styrerepresentantene er det én kvinne og to menn. Av de 80 ansatte i Helse Øst RHF er 34 kvinner (42,5%).

Foretaksgruppen

Styrene samlet sett i foretaksgruppen består av 73 representanter, 49 av disse er eieroppnevnt og 24 valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Tre av styrelederne er kvinner (37,5%). Av de eieroppnevnte styrepre-

sentantene er det 22 kvinner (44,9%) og 27 menn (55,1%). Av de 24 arbeidstakervalgte styrerepresentantene er det 11 kvinner (45,8%) og 13 menn (54,2%).

Ledelse

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

Lønn

Innen ledergruppen i Helse Øst RHF ligger lønnsnivået for menn ca 7% over nivået for kvinner. For de øvrige ansatte med fast årslønn i Helse Øst RHF er nivået for menn ca 17% høyere enn for kvinner. Lønnsforskjellene skyldes i hovedsak ulikt stillingsinnhold.

Aktivitet og tiltak

Administrasjonen ved Helse Øst RHF søkes begrenset til en liten stab med stor grad av spisskompetanse på hvert sitt område. En slik policy krever en stor grad av individuelle løsninger. I avtaleverket og i interne prosedyrer er det vektlagt kjønnsnøytrale løsninger. Administrasjonen har ikke utarbeidet særskilt skriftlig dokumentasjon innen likestillingsområdet.

Ytre miljø

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

Framtidsutsikter

For å sikre at Helse Øst utvikler et tjenestetilbud og tilrettelegger en infrastruktur som er i samsvar med det framtidige behovet for sykehustjenester, vil Helse Øst utvikle en langsiktig strategisk plan "Helse Øst 2025".

Prioritering

Helse Øst vil videreutvikle en helhetlig prioritering i hele foretaksgruppen, jf. endringene i pasientrettighetsloven. Tilbudet innen psykisk helsevern skal økes i 2005 og i tillegg bli supplert med en økning i tiltakene utover opptrappingsplanen. Tilbudet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbru-

kere skal økes i samme takt som økningen innenfor psykisk helsevern. Øvrige prioriterte fagområder er rehabilitering og kreft. Helse Øst vil i tillegg prioritere optimalisering av lærings- og mestringssentra (LMS) og implementere reell brukermedvirkning.

Organisering

Helse Øst vil fortsatt ha fokus på funksjons- og oppgavefordeling og effektiviseringsarbeid innen det enkelte helseforetak. Samarbeidet om funksjons- og oppgavefordeling mellom Helse Sør og Helse Øst videreføres. Målsettingen er å gi økt tilgjengelighet og et mer likeverdig spesialist-tjenestetilbud til befolkningen i Helse Øst. Det arbeides videre med den nye regionale modellen for inntektsfordeling også innen psykisk helsevern med gradvis innføring fra 2006. Helse Øst vil i 2005 videreføre prinsippet om likeverdig behandling av private tilbydere og helseforetakene i tråd med eiers forutsetninger.

Aktivitet og økonomi

Den økonomiske rammen for 2005 er stram, men Helse Øst styrer mot driftsmessig balanse, hensyntatt justeringer knyttet til overføring fra strukturfond og endrede levetider på anlegg. De viktigste forutsetningene for å nå dette målet vil være ytterligere effektivisering av driften iht. allerede etablerte planer og tiltak. Helse Øst legger til rette for å videreutvikle prinsippene for god virksomhetsstyring.

Aktiviteten i 2005 skal være på om lag samme nivå som i 2004, og i tråd med bestillerdokumentet fra eier. Konsekvenser av de nødvendige økonomiske tilpasningene som gjennomføres vil bli fulgt opp. Det vil bli iverksatt tiltak dersom dette gir utilsiktede negative konsekvenser i forhold til ønsket aktivitet, pasientgrupper og fagmiljøer. De ansattes organisasjoner skal på et tidlig tidspunkt trekkes aktivt med i endringsprosessene.

Tabellen viser utviklingen i hovedtallene fra 2003 til 2004:

	Helse Øst RHF			Foretaksgruppen		
	2003	2004	Endring i %	2003	2004	Endring i %
Driftsinntekter:	18 628	21 914	17,6 %	20 869	23 005	10,2 %
- Rammefinansiering	11 844	16 083	35,8 %	11 823	16 110	36,3 %
- Aktivitetsbaserte inntekter	6 784	5 827	-14,1 %	8 388	6 283	-25,1 %
- Øvrige inntekter		4		658	612	-8,5 %
Driftskostnader:	18 588	21 946	18,1 %	21 649	23 494	8,5 %
- Kjøp av helse-tjenester	18 433	21 796	18,2 %	3 788	5 146	35,9 %
- Lønn og andre personalkostnader	40	50	25,0 %	12 241	12 766	4,3 %
- Avskrivninger	2	4	100,0 %	1 516	1 486	-2,0 %
- Øvrige kostnader	113	96	-15,0 %	4 104	4 096	-0,2 %
Totalkapital	21 078	19 025	-9,7 %	21 824	22 751	4,2 %
Bokført egenkapital	16 062	15 904	-1,0 %	16 074	15 914	-1,0 %

Resultatregnskap 01.01. - 31.12.

Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Øst RHF ble et underskudd på 391,7 mill. kroner.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Disponering av strukturfond	kr	-112.000
Til udekket tap	kr	-391.542.000
Sum disponert	kr	-391.654.000

Kapitalinnskuddet per 01.01.02 er fordelt mellom strukturfond og annen innskutt egenkapital som er bundet.

Foretakets udekkede tap per 31.12.04 utgjør dermed -1.424 mill. kroner.

Bærum, den 15.06. 2005

Siri B. Hatlen
Styreleder

Harald Norvik
Nestleder

Anne-Berit Søfteland
Styremedlem

Tom Veierød
Styremedlem

Astrid Nøklebye Heiberg
Styremedlem

Audun Holsbrekken
Styremedlem

Egil Hverven
Styremedlem

Tor-Erik Sand
Styremedlem

Kirsten Brubakk
Styremedlem

Tor Berge
Adm. dir.

Foretaksgruppen		Note	Helse Øst RHF	
2003	2004		2003	2004
DRIFTSINNTEKTER				
20 244 570	22 393 526	1	18 627 520	21 910 023
224 865	188 189			
399 689	423 031	1		4 298
20 869 124	23 004 746		18 627 520	21 914 321
DRIFTSKOSTNADER				
3 787 737	5 146 389		18 433 491	21 795 675
1 645 277	1 793 281	2		
12 240 510	12 765 897	3	40 366	49 952
1 516 403	1 486 457	4,5	1 604	4 291
	13 343	5		
2 443 815	2 268 874	7	112 578	95 139
15 434	19 765			500
21 649 176	23 494 006		18 588 039	21 945 557
-780 052	-489 260		39 481	-31 236
DRIFTSRESULTAT				
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER				
		6		32 543
		6	-1 180 099	-442 408
10 804	7 756	16	10 804	7 756
	1 197	14		
120 000	58 636	7	54 454	41 691
-8 932	-650	7	-622	
121 872	66 939		-1 115 463	-360 418
-418	-562	15		
-658 598	-422 883		-1 075 982	-391 654
	316			
				Minoritetens andel av årsresultatet
				Opplysninger om disponeringer:
-149 461	-134 490		-118	-112
-509 137	-288 393		-1 075 864	-391 542
-658 598	-422 883		-1 075 982	-391 654


G Eiendeler


Foretaksgruppen		Alle tall i NOK 1000		
31.12.2003	31.12.2004	Note	31.12.2003	31.12.2004
ANLEGGSMIDLER				
Immaterielle eiendeler				
14 449	23 600	4	8 177	6 232
121 579	191 487	4	3 098	8 255
	419	15		
136 028	215 506		11 275	14 487
Varige driftsmidler				
15 459 435	15 018 730	5		34 452
1 447 052	1 597 353	5	7 620	7 407
1 244 563	2 134 451	5	775 833	1 278 747
18 151 050	18 750 534		783 453	1 320 606
Finansielle anleggsmidler				
		6	15 567 485	15 658 814
		9	3 886 624	839 221
33 538	47 701	16	33 538	47 701
109 101	169 175	14	444	11 513
583 263	933 561	8		1 396
71 432	92 963	9	71 370	91 772
797 334	1 243 400		19 559 461	16 650 417
19 084 412	20 209 440		20 354 189	17 985 510
OMLØPSMIDLER				
90 260	94 703	2		
Fordringer				
212 944	211 276		137 549	81 245
			52 751	768
337 449	404 398	7	12 171	214 185
550 393	615 674		202 471	296 198
2 098 469	1 830 696	10	521 151	743 239
2 739 122	2 541 073		723 622	1 039 437
21 823 534	22 750 513		21 077 811	19 024 947


H Egenkapital og gjeld


Foretaksgruppen		Alle tall i NOK 1000		
31.12.2003	31.12.2004	Note	31.12.2003	31.12.2004
EGENKAPITAL				
Innskutt egenkapital				
100	100			
1 529 184	1 394 694	11,12	100	100
15 243 928	15 477 152	11	17 072 331	17 305 057
16 773 212	16 871 946		17 073 390	17 306 004
Opptjent egenkapital				
13 875	21 632	16	13 875	21 632
1 492	5 645	11		
(714 474)	(984 987)	11	(1 024 780)	(1 424 079)
(699 107)	(957 710)		(1 010 905)	(1 402 447)
16 074 105	15 914 236		16 062 485	15 903 557
GJELD				
Avsetning for forpliktelser				
524		15		
1 121 671	782 411	8	5 605	5 869
136 226	356 460	13	4 250	211 697
1 258 421	1 138 871		9 855	217 566
Annens langsiktig gjeld				
		9	3 651 078	873 702
6 281	11 453	9		
502 634	1 185 434	9	494 900	1 177 426
508 915	1 196 887		4 145 978	2 051 128
Kortsiktig gjeld				
675	903			
1 106 140	1 339 433		492 553	392 257
683 365	799 116		250 293	327 242
2 191 912	2 361 067	7	3 374	8 102
3 982 093	4 500 519		113 273	125 095
5 749 429	6 836 277		859 493	852 696
21 823 534	22 750 513		5 015 326	3 121 390
21 823 534	22 750 513		21 077 811	19 024 947


Bærum, den 15.06.2005



Siri B. Hatlen
Styreleder


Harald Norvik
Nestleder



Anne-Berit Søfteland
Styremedlem


Tom Veierød
Styremedlem



Astrid Nøklebye Heiberg
Styremedlem


Audun Holsbrekken
Styremedlem


Egil Hverven
Styremedlem


Tor-Erik Sand
Styremedlem


Kirsten Brubakk
Styremedlem


Tor Berge
Adm. dir.

Kontantstrømoppstilling

Foretaksgruppen		Alle tall i NOK 1000	
2003	2004	Helse Øst RHF	
2003	2004	2003	2004
KONTANTSTRØMOPPSTILLING			
Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter			
-658 598	-422 883	Arsresultat	-1 075 982
1 516 403	1 486 457	Avskrivninger	1 604
	13 343	Nedskrivninger	1 180 099
-629 213	-689 558	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger	-1 003
380 861	230 518	Endring i varer, kundefordringer og leverandørgjeld	-196 424
339 564	418 480	Endring i andre tidsavgrensingsposter	5 074
949 018	1 036 356	Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	-86 632
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter			
-1 243 733	-1 939 979	Investeringer i varige driftsmidler	-252 049
14 364	9 072	Salg av varige driftsmidler (salgssum)	484
-16 625	-61 194	Endring i andre investeringer	-16 417
-1 245 994	-1 992 101	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-267 982
Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter			
330 472	687 972	Opptak av gjeld (kortsiktig og langsiktig)	416 721
330 472	687 972	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	416 721
33 496	-267 773	Netto endring i likvider i året	62 107
2 064 973	2 098 469	Kontanter og bankinnskudd per 01.01.	459 044
2 098 469	1 830 696	Kontanter og bankinnskudd per 31.12.	521 151

Eiendeler og gjeld er overført som et tingsinnskudd med TNOK 260 014 i foretaksgruppen, og TNOK 232 726 i Helse Øst RHF.

Innskuddet, som i hovedsak er knyttet til overtagelsen av rusomsorgen, har ikke hatt noen kontanteffekt.

Endringer i eiendels- og gjeldsposter som er innskutt er derfor ikke vist i kontantstrømoppstillingen.

Noter

REGNSKAPSPRINSIPPER

Generelt om regnskapet

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

Helse Øst RHF ble stiftet med basis i helseforetaksloven 17.08.01. Staten ved Helse Øst RHF overtok 01.01.02 ansvaret for spesialisthelsetjenesten i helseregion øst som omfatter fylkene Akershus, Hedmark, Oppland, Oslo og Østfold. Samtidig ble alle formuesposisjoner knyttet til denne virksomheten overført til Helse Øst RHF som igjen overførte formuesposisjonene til sine helseide helseforetak. Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd til virkelig verdi.

Fra 2004 har foretakene i Helse Øst overtatt virksomhet innen rusomsorg fra fylkeskommunen i forbindelse med rusreformen.

Virksomhetsoverføringene knyttet til spesialisthelsetjenesten 01.01.2002 og rusomsorgen 01.01.2004 har skjedd som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn.

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

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

Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 01.01.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Videre besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at en andel av innskutt egenkapital skulle tilføres et strukturfond. Dette som følge av at det ikke kan forventes at helseforetakene fremover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn per 01.01.2002. Fondet benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i fremtiden.

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

Helse- og omsorgsdepartementet sitt styringsmål til helseforetakene er basert på at anleggsmidlene avskrives med lengre levetider enn det som er lagt til grunn i årsregnskapet. I rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet legges derfor et korrigert resultat til grunn. Dette resultatet fremkommer på følgende måte:

Alle tall i NOK 1000	
Foretaksgruppen 2004	
Årsresultat	-422 883
Overføring fra strukturfond	134 490
Korrigerende for endrede levetider	346 005
Korrigert årsresultat	57 612

Foretaksgruppen 2002-2004	
Årsresultat	-1 419 911
Overføring fra strukturfond	434 863
Korrigerende for endrede levetider	1 048 005
Korrigert årsresultat	62 957

Konsolideringsprinsipper

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

Datterforetak/tilknyttede selskap

Datterforetakene vurderes til bokført egenkapital i foretaksregnskapet.

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

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

Prinsipper for inntektsføring

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

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

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering),

polikliniske inntekter (refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenandeler), gjestepasientinntekter og inntekter fra selvbetalende pasienter. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk pasientregister (NPR).

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

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

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

Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

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

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

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

Valuta

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

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Direkte vedlikehold av driftsmidler kostnadsføres løpende under driftskostnader, mens påkostninger eller forbedringer tillegges driftsmidlets kostpris og avskrives i takt med driftsmidlet. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år, samt en kostpris på over kr. 50.000,-.

Forskning og utvikling

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

Pensjoner

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

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i

balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse (av pensjonsmidlene dersom disse er størst).

Egenkapitalinnskudd

Verdiøkningen i egenkapitalinnskuddet i Kommunal Landspensjonskasse på grunn av regelendringer er i sin helhet ført mot annen egenkapital.

Kontantstrømpoppstilling

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

Eiendomsoverdragelser i forbindelse med reformen

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

Skatt

Helseforetakene er unntatt fra skatteplikt. Skatteposter i regnskapet gjelder Oppland Vaskeri AS, Helsekomponenter AS og Hedmark Vaskeri AS.

Noter

NOTE 1 inntekter

Totale ordinære driftsinntekter	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Fast grunnfinansiering				
Basisramme	11 251 645	15 459 493	11 138 766	15 459 493
Øremerkede tilskudd psykiatri	434 277	428 944	427 669	428 944
Andre øremerkede tilskudd	158 392	194 400	256 847	222 003
Aktivitetsbaserte tilskudd				
ISF-pasienter i egen region	6 523 560	4 281 871	6 516 595	4 289 371
ISF-pasienter i andre regioner	225 815	267 257	227 569	267 257
RTV-refusjoner på poliklinisk aktivitet		1 248 814	1 137 321	1 248 814
Egenandeler poliklinisk aktivitet			193 945	198 945
Andre aktivitetsbaserte inntekter	33 831	29 244	345 858	278 699
Sum	18 627 520	21 910 023	20 244 570	22 393 526

Aktivitetsbaserte inntekter per virksomhetsområde	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Somatikk	6 783 206	5 827 186	8 043 426	5 948 219
Psykiatri			344 861	296 641
Rusomsorg				38 226
Sum	6 783 206	5 827 186	8 388 287	6 283 086

Aktivitetsbaserte inntekter geografisk fordelt	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Pasienter hjemmehørende i østlandsområdet	6 783 206	5 827 186	8 160 874	6 066 561
Pasienter hjemmehørende i resten av landet			202 058	196 186
Pasienter hjemmehørende i utlandet			25 355	20 339
Sum	6 783 206	5 827 186	8 388 287	6 283 086

Aktivitetstall for behandling i egne foretak	Foretaksgruppen	
	2003	2004

Aktivitetstall somatikk

DRG-poeng inneliggende pasienter	235 727	238 301
DRG-poeng dagbehandling	35 944	37 410
Antall polikliniske konsultasjoner	1 052 663	1 064 426

Aktivitetstall psykiatri

Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	12 039	11 791
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	592 547	573 780
Oppholdsdager dagbehandling	63 206	52 017
Antall polikliniske konsultasjoner	325 547	323 434

Aktivitetstall rusomsorg

Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	5 728
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	89 923
Oppholdsdager dagbehandling	3 752
Antall polikliniske konsultasjoner	48 723

I tillegg til DRG-Poeng produsent i egne helseforetak, har Helse Øst inntekter på behandling av pasienter fra helseregion Øst i andre regioner og hos private sykehus. DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2004 satt til 40% av full DRG-pris, det vil si kr 11 781,60 per DRG poeng. I 2003 var satsen 60% noe som tilsvarer kr. 17 958,60. Inntektene fra polikliniske konsultasjoner baserer seg på takster for offentlige poliklinikker.

Fra 01.01.2004 har helseregionene overtatt ansvaret for behandling av rusmisbrukere. Tidligere var dette et kommunalt/fylkeskommunalt ansvar.

Andre inntekter	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Inntekter barnehage/daghjem			106 342	115 835
Leieinntekter			65 149	110 926
Gaver og donasjoner			8 973	9 273
Pasientrelaterte inntekter			43 930	32 905
Inntekter fra forskningsaktiviteter			45 052	43 311
Tilskudd fra private organisasjoner			38 174	32 019
Offentlige tilskudd			20 843	24 543
Gevinst ved salg av anleggsmidler		1 955	827	4 042
Øvrige inntekter		2 343	70 399	50 177
Sum		4 298	399 689	423 031

NOTE 2 Matrialbeholdninger

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Sentrallager			37 691	34 831
Sterillager			17 094	17 961
Væskesentral			2 365	1 733
Blodlager			29 383	26 888
Øvrige beholdninger			3 727	13 290
Sum			90 260	94 703

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

Lønnskostnader	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Lønninger	31 075	34 288	9 370 369	9 861 456
Arbeidsgiveravgift	4 096	5 271	1 397 577	1 466 479
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	3 225	4 709	1 127 394	1 176 331
Andre ytelser	1 970	5 684	345 170	261 631
Sum	40 366	49 952	12 240 510	12 765 897

I gjennomsnitt har det i løpet av regnskapsperioden vært 80 ansatte i Helse Øst RHF og 30.782 ansatte i foretaksgruppen.

Ytelser til ledende personer i Helse Øst RHF	Adm. dir.	Styret
Lønn	1 259 064	
Styreonorar		869 250
Pensjonsutgifter	212 473	
Annen godtgjørelse	4 805	5 970

Administrerende direktør har avtale om tileggspensjon på kr. 29 044 per år i 10 år utover offentlig tjenestepensjon.

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

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

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

Revisor

Revisjonshonoraret til foretaksgruppens revisor for Helse Øst RHF for 2004 er kr 2 340 066 inkl. mva, mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr 267 046 inkl. mva. For foretaksgruppen er tilsvarende tall kr 10 945 850 inkl. mva for revisjon og kr 486 200 inkl. mva for rådgivning. Rådgivning for Helse Øst RHF knytter seg hovedsakelig til konsultasjoner på avgiftsområdet.

Ordinært revisjonshonorar gjennom avtalen som er inngått mellom foretaksgruppen Helse Øst og Ernst & Young beløper seg til 2 232 000 inkl. mva. Øvrig ordinært revisjonshonorar er gjennom avtaler som selskapene Oppland Vaskeri AS, Hedmark Vaskeri AS og Helsekomponenter AS har inngått.

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:				
Ordinært revisjonshonorar		124		2 331
Utvidede revisjonshandlinger		2 216		8 148
Andre attestasjonstjenester				467
Sum revisjonshonorar		2 340		10 946

Skatte- og mva-rådgivning	267	449
Andre tjenester utenfor revisjon		37
Sum andre tjenester	267	486

Alle beløp er inkl. mva.

Honorarer for utvidede revisjonshandlinger er i hovedsak knyttet til arbeide i forbindelse med fastsetting av åpningsbalanseverdier på anleggsmidler, gjennomgang av innkjøps- og anbudsprosesser, gjennomgang av perioderegnskap og bistand i forbindelse med årsavslutning. Andre attestasjonstjenester er i hovedsak bekreftelser av prosjektregnskap og lignende.

NOTE 4 Immaterielle eiendeler

Helse Øst RHF	Anlegg under EDB-		Sum
	utførelse	programvare	
Anskaffelseskost 01.01.04	8 177	4 364	12 541
Tilgang	5 365	7 694	13 059
Avgang	-7 310		-7 310
Anskaffelseskost 31.12.04	6 232	12 058	18 290
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04		-3 803	-3 803
Balanseført verdi per 31.12.04	6 232	8 255	14 487

Årets avskrivninger

2 538

2 538

Alle tall i NOK 1000			
Foretaksgruppen	Anlegg under utførelse	EDB-programvare	Sum
Anskaffelseskost 01.01.04	26 384	241 782	268 166
Tilgang	17 395	111 731	129 126
Avgang	-20 179		-20 179
Anskaffelseskost 31.12.04	23 600	353 513	377 113
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04		-162 026	-162 026
Balansført verdi per 31.12.04	23 600	191 487	215 087
Årets avskrivninger		54 948	54 948

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

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

NOTE 5 Varige driftsmidler

Alle tall i NOK 1000				
Helse Øst RHF	Anlegg under utførelse	Tomter/bygninger og annen eiendom	Annet utstyr, inventar, transportmidler etc	Sum varige driftsmidler
Varige driftsmidler				
Anskaffelseskost 01.01.04	775 833		8 688	784 521
Tilgang driftsmidler	592 415	34 500	1 515	628 430
Avgang driftsmidler	-89 501			-89 501
Anskaffelseskost 31.12.04	1 278 747	34 500	10 203	1 323 450
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04		-48	-2 796	-2 844
Balansført verdi per 31.12.04	1 278 747	34 452	7 407	1 320 606
Årets avskrivninger		48	1 705	1 753

Årets tilgang på anlegg under utførelse fordeler seg som følger:

Alle tall i NOK 1000		
	2003	2004
Materialer og underentreprenører	173 528	510 609
Lønn, sosiale kostnader	21 938	20 106
Andre driftskostnader	36 612	43 628
Sum driftskostnader	232 078	574 343
Byggelånsrenter	10 000	18 072
Totalt	242 078	592 415

Alle tall i NOK 1000					
Foretaksgruppen	Anlegg under utførelse	Tomter/bygninger annen og eiendom	Medisinsk-teknisk utstyr	Annet utstyr, inventar, transportmidler etc	Sum varige driftsmidler
Varige driftsmidler					
Anskaffelseskost per 01.01.04	1 236 387	17 764 146	1 530 502	854 341	21 385 376
Tilgang	1 171 595	680 088	281 149	215 954	2 348 786
Avgang	-269 988	-6 551	-13 159	-9 737	-299 435
Anskaffelseskost 31.12.04	2 137 994	18 437 683	1 798 492	1 060 558	23 434 727
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04		-3 411 553	-753 130	-506 167	-4 670 850
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.04	-3 543	-7 400	-2 400		-13 343
Balansført verdi per 31.12.04	2 134 451	15 018 730	1 042 962	554 391	18 750 534
Årets avskrivninger		1 102 854	190 127	138 528	1 431 509
Årets nedskrivninger	3 543	7 400	2 400		13 343

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

* Bygninger	60 år
* Faste installasjoner tilknyttet bygg	10-35 år
* Medisinsk-teknisk utstyr	4-15 år
* Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc	3-15 år
* Personalboliger avskrives ikke	
* Tomter avskrives ikke	

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

Alle tall i NOK 1000				
Foretak	Stiftelsestidspunkt	Forretningskontor	Eierandel	Stemmeandel
Aker universitetssykehus HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Akershus universitetssykehus HF	05.12.01	Nordbyhagen	100 %	100 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	05.12.01	Bærum	100 %	100 %
Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Sykehuset Innlandet HF	05.12.01	Lillehammer	100 %	100 %
Sunnaas sykehus HF	05.12.01	Nesoddtangen	100 %	100 %
Sykehuset Østfold HF	05.12.01	Fredrikstad	100 %	100 %
Ullevål universitetssykehus HF	05.12.01	Oslo	100 %	100 %
Sykehusapotekene ANS	13.12.01	Oslo	50 %	50 %

Datterselskap som er eid av andre foretak i foretaksgruppen

Foretak	Eier	Forretningskontor	Eierandel	Stemmeandel
Oppland Vaskeri AS	Sykehuset Innlandet HF	Lillehammer	80 %	80 %
Hedmark Vaskeri AS	Sykehuset Innlandet HF	Stange	78 %	78 %
Helsekomponenter AS	Ullevål universitetssykehus HF	Oslo	69 %	69 %

Selskapenes egenkapital og resultater er omtalt i årsregnskapet til foretakene som eier selskapene.

Investeringen i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital i datterforetakene.

Q

Foretak	Innskutt verdi	Alle tall i NOK 1000			
		Bokført egenkapital 31.12.2004	Bokført verdi 31.12.2004	Akk. regnskapsmessig nedskrivning	Årets regnskapsmessige nedskrivning
Aker universitetssykehus HF	1 628 585	1 502 014	1 502 014	126 571	14 207
Akershus universitetssykehus HF	1 641 766	1 580 551	1 580 551	61 215	25 452
Sykehuset Asker og Bærum HF	1 401 406	1 324 275	1 324 276	77 131	12 181
Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF	278 168	278 381	278 168		
Sykehuset Innlandet HF	4 794 059	4 292 126	4 292 126	501 933	166 480
Sunnaas sykehus HF	353 128	338 224	338 224	14 904	14 904
Sykehuset Østfold HF	2 308 479	2 062 011	2 062 011	246 468	72 648
Ullevål universitetssykehus HF	4 875 728	4 281 443	4 281 444	594 285	136 536
SUM	17 281 319	15 659 025	15 658 814	1 622 507	442 408

Gevinst ved avviking av foretak	Alle tall i NOK 1000		
	Mottatt likvidasjonsutbytte	Bokført verdi	Gevinst ved avviking
Blakstad sykehus HF	451 657	440 256	11 401
Kongsvinger sjukehus HF	387 373	383 045	4 328
Sentralsjukehuset i Hedmark HF	1 143 102	1 130 484	12 618
Tynset sjukehus HF	177 379	173 183	4 196
SUM	2 159 511	2 126 968	32 543

Helseforetakene Blakstad sykehus HF, Kongsvinger sjukehus HF, Psykisk Helsevern Østfold HF, Sanderud sykehus HF, Sentralsjukehuset i Hedmark HF, Ski sykehus HF og Tynset sjukehus HF er avvirket i løpet av 2004. Verdiene i disse foretakene er overført til andre foretak i foretaksgruppen.

NOTE 7 Poster som er slått sammen i regnskapet

Andre driftskostnader	Alle tall i NOK 1000			
	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Forbruk av innkjøpte varer			163 798	161 967
Transport av pasienter			58 527	123 587
Kostnader lokaler	3 427	3 241	179 068	195 426
Strøm og energikostnader		55	214 962	206 986
Leie av utstyr	2 321	865	92 509	116 300
Kjøp av støtte- og rådgivningstjenester	68 259	47 790	554 570	513 335
Kjøp av vaskeritjenester			7 182	15 921
Vedlikeholdskostnader	2 176	2 315	482 142	520 410
Kontor og kommunikasjonskostnader	3 434	3 542	166 585	191 932
Lisens- og patentkostnader			35 084	30 628
Reisekostnader	3 198	3 119	62 240	68 932
Øvrige driftskostnader	29 763	34 212	427 148	123 450
Sum andre driftskostnader	112 578	95 139	2 443 815	2 268 874

R

Finansinntekter	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Renteinntekter fra foretak i samme gruppe	5 133	10 365		
Renteinntekter	49 321	27 686	118 841	55 240
Andre finansinntekter (agio)		3 640	1 159	3 396
Sum finansinntekter	54 454	41 691	120 000	58 636

Finanskostnader	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Rentekostnader	622		3 987	468
Andre finanskostnader (agio)			4 945	182
Sum finanskostnader	622		8 932	650

Andre fordringer	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Opptjente pasientinntekter			18 318	16 670
Forskudd til leverandører	4 106	567	48 193	49 947
Fordringer på tilknyttede selskaper				1 253
Fordring på RTV (polikliniske konsultasjoner)		171 489		171 489
Øvrige kortsiktige fordringer	8 065	42 129	270 938	165 039
Sum andre fordringer	12 171	214 185	337 449	404 398

Annen kortsiktig gjeld	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Påløpte feriepenge	3 024	3 443	1 038 028	1 097 781
Påløpte lønnskostnader			456 274	411 516
Kortsiktig gjeld til tilknyttede selskaper				3 452
Forskuddsbetalinger			105 816	259 612
Annen kortsiktig gjeld	110 249	121 652	591 794	588 706
Sum annen kortsiktig gjeld	113 273	125 095	2 191 912	2 361 067

Det er uenighet om tolkingen av dom i arbeidsretten 26.02.04, og det er derfor en pågående tvistesak mellom NAVO og Norsk Sykepleierforbund som kan få betydning for helseforetakene. Helseforetakene har foretatt avsetning ut fra ledelsens vurdering av sannsynlig etterbetaling.

NOTE 8 Pensjoner

Helse Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 85 personer hvor 82 er yrkesaktive, 2 er oppsatte og 1 er pensjonist. I foretaksgruppen omfatter ordningen 56.813 personer, hvorav 29.204 er yrkesaktive, 13.421 oppsatte og 14.188 pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakenes pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "Multiemployer plan". AFP før 65 år er dekket på "Pay-as-you-go" basis, og dekkes direkte for egen regning.

S

Spesifikasjon av pensjonskostnad	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Nåverdi av årets pensjonsopptjening	2 497	3 610	889 859	956 283
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	1 247	1 680	1 096 806	1 109 640
Avkastning på pensjonsmidler	-991	-1 314	-1 045 155	-1 076 392
Administrasjonskostnader	57	151	36 440	46 328
Resultatført estimatavvik			11 091	3 087
Arbeidsgiveravgift	415	582	138 353	137 385
Netto pensjonskostnad	3 225	4 709	1 127 394	1 176 331

Spesifikasjon av pensjonsforpliktelse	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Beregnete pensjonsforpliktelser per 31.12.04	20 432	44 863	17 699 224	19 341 057
Pensjonsmidler (til markedsverdi) per 31.12.04	16 970	38 744	16 422 621	18 701 542
Ikke resultatført virkning av estimatavvik	1 446	-2 168	-802 723	-772 706
Arbeidsgiveravgift	697	522	64 528	-17 959
Netto pensjonsforpliktelse	5 605	4 473	538 408	-151 150
Herav ordninger med netto pensjonsmidler		1 396	583 263	933 561
Herav ordninger med netto pensjonsforpliktelser	5 605	5 869	1 121 671	782 411

	2003	2004
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	6,5 %	6,0 %
Forventet lønnsregulering/pensjonsøkning/G-regulering	4,0 %	3,5 %
Forventet avkastning på fondsmidler	7,0 %	6,3 %
Forventet årlig avgang	0-20%	0-20%

Demografiske forutsetninger

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

Rusomsorgen ble 01.01.2004 overført fra fylkeskommunene til helseforetakene. Det er ikke formelt avklart hvem som skal ha ansvaret for sikringen av regulering m.v. av pensjonsrettighetene for personer med oppsatte rettigheter og løpende pensjoner fra før 01.01.2004.

I påvente av denne avklaringen har man ikke kunnet inkludere netto pensjonsforpliktelser/pensjonskostnader for disse i helseforetakenes regnskaper.

NOTE 9 Fordringer og gjeld

Fordringer med forfall senere enn ett år	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	3 886 624	839 221		
Langsiktige fordringer	71 370	91 772	71 432	92 963
Sum	3 957 994	930 993	71 432	92 963

T

Langsiktig gjeld med forfall senere enn 5 år	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	3 651 078	873 702		
Gjeld til kredittinstitusjoner			6 281	
Annen langsiktig gjeld	494 900	1 177 425	497 234	1 182 745
Sum	4 145 978	2 051 127	503 515	1 182 745

Låneopptaket på 1 177,4 mill. kroner i Helse Øst RHF i 2004 (tilsvarende 494,9 mill. kroner i 2003) er tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet som formell långiver.

NOTE 10 Bankinnskudd

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Bundne skattetrekksmidler	1 233	2 166	433 862	437 987
Konsenkontoordning	519 918	741 073	1 577 644	1 282 944
Andre likvide midler			86 963	109 765
Sum bankinnskudd og kontanter	521 151	743 239	2 098 469	1 830 696

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

Helse Øst RHF har en driftskreditramme på 350 mill. kroner tilknyttet konsernkontoavtalen.

Helse Øst RHF kan totalt trekke 712 mill. kroner bevilget av Helse- og omsorgsdepartementet. Trekkrammene er ikke benyttet.

NOTE 11 Egenkapital

Helse Øst RHF	Foretaks-		Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Udekket tap	Sum
	kapital	strukturfond				
Egenkapital per 31.12.03	100	959	17 072 331	13 875	-1 024 780	16 062 485
Tingsinnskudd knyttet til Luftambulansen ANS			6 407			6 407
Tingsinnskudd knyttet til Sykehusapotekene ANS			3 295			3 295
Annen egenkapitaljustering			-2 416			-2 416
Tingsinnskudd ved rusreformen			225 440			225 440
Overføring fra strukturfond		-112			112	
Årets resultat				7 757	-399 411	-391 654
Egenkapital per 31.12.04	100	847	17 305 057	21 632	-1 424 079	15 903 557

Foretaksgruppen - innskutt egenkapital	Foretakskapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Sum innskutt egenkapital
Egenkapital per 31.12.03	100	1 529 184	15 243 928	16 773 212
Tingsinnskudd ved rusreformen			225 440	225 440
Andre tingsinnskudd			7 784	7 784
Overføring fra strukturfond		-134 490		-134 490
Egenkapital per 31.12.04	100	1 394 694	15 477 152	16 871 946

Foretaksgruppen - opptjent egenkapital	Alle tall i NOK 1000			Sum opptjent egenkapital
	Fond for vurderingsforskjeller	Minoritetsinteresser	Udekket tap	
Egenkapital per 31.12.03	13 875	1 492	-714 474	-699 107
Endring verdi egenkapital innskudd KLP			23 437	23 437
Andre tingsinnskudd		3 001		3 001
Overføring fra strukturfond			134 490	134 490
Andre egenkapitaljusteringer		836	2 517	3 353
Årets resultat	7 757	316	-430 957	-422 884
Egenkapital per 31.12.04	21 632	5 645	-984 987	-957 710

NOTE 12 Eierinformasjon

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

NOTE 13 Andre avsetninger for forpliktelser

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Andre avsetninger for forpliktelser	4 250	211 697	136 226	356 460

Andre avsetninger for forpliktelser i Helse Øst RHF er knyttet til forsikringer, og avsetning av tilskudd til å dekke avskrivninger på større byggeprosjekter. Innen foretaksgruppen er avsetningene knyttet til byggeprosjekter og forskningsmidler i tillegg til Hormonlaboratoriets fond.

NOTE 14 Investeringer i aksjer/andeler

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2003	2004	2003	2004
Egenkapitalinnskudd i KLP	344	418	102 283	156 117
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	100	100	100	100
Volusense AS			120	120
Luftambulansetjenesten ANS		3 495		3 495
Norsk Helsenett		7 500		7 500
Andre			6 598	1 843
Sum	444	11 513	109 101	169 175

Selskaper hvor Helse Øst har vesentlig innflytelse

Foretaksgruppen	Ervervet	Forretningskontor	Eierandel/stemmeandel	Egenkapital i selskapet	Alle tall i NOK 1000	
					Resultat 2004	Helse Øst sin andel
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	09.05.2003	Vadsø	20 %	1 199	701	140
Helsekomponenter AS	10.08.2002	Oslo	69 %	7 713	36	25
Oppland Vaskeri AS	01.01.2002	Lillehammer	80 %	5 863	698	558
Hedmark Vaskeri AS	01.01.2004	Stange	78 %	9 461	750	585
Luftambulansetjenesten ANS	16.01.2004	Bodø	20 %	25 384	7 910	1 582
Norsk Helsenett	01.10.2004	Trondheim	20 %	34 863	-2 623	-525

NOTE 15 Skatter

Foretaksgruppen	Alle tall i NOK 1000	
	2003	2004
Betalbar skatt i årets skattekostnad fremkommer slik:		
Ordinært resultat før skattekostnad (gjelder skattepliktige datterselskaper)	1 481	2 009
Permanente forskjeller	13	
Endring midlertidige forskjeller	-918	-1 217
Grunnlag betalbar skatt	2 412	3 226
Betalbar skatt	675	903

Foretaksgruppen	Alle tall i NOK 1000	
	2003	2004
Årets skattekostnad fremkommer slik		
Betalbar skatt	675	903
Endring utsatt skatt	-257	-341
Årets skattekostnad	418	562

Utsatt skattefordel

Foretaksgruppen	Alle tall i NOK 1000		
	31.12.2003	Endring	31.12.2004
Spesifikasjon av grunnlag for utsatt skatt			
Grunnlag midlertidige forskjeller	-1 871	3 368	1 497
Skattesats	28 %	28 %	28 %
Utsatt skattefordel	-524	943	419

Iht foreløpig regnskapsstandard for behandling av skatt er midlertidige negative og positive forskjeller som reverseres eller kan reverseres i samme periode utlignet og nettoført. Tilgangen av Hedmark Vaskeri AS i løpet av 2004 medfører at endringen i utsatt skattefordel ikke samsvarer med årets resultatførte endring i utsatt skatt.

Note 16 Felleskontrollert virksomhet

Alle tall i NOK 1000	
Helse Øst RHF eier 50% av Sykehusapotekene ANS. Dette gir også Helse Øst RHF en stemmeandel på 50%. Deltakelse i denne felleskontrollerte virksomheten er en del av Helse Øst sin virksomhet. Egenkapitalmetoden reflekterer Helse Øst RHF sin andel og finansielle stilling i Sykehusapotekene ANS. Etter egenkapitalmetoden regnskapsfører Helse Øst RHF sin andel av resultatet som inntekt av felleskontrollert selskap. Tilsvarende er verdiøkningen ført i balansen som økt verdi på investeringen.	

Forretningskontoret til Sykehusapotekene ANS ligger i Oslo.

Innskutt kapital er 52,141 mill. kroner. Helse Øst RHF sin andel utgjør 26,070 mill. kroner.

	Sykehusapotekene ANS	Andel Helse Øst RHF
Innskutt kapital per 01.01.02	39 327	19 664
Innskutt kapital i 2004	12 813	6 407
Resultat 2002	6 142	3 071
Resultat 2003	21 608	10 804
Resultat 2004	15 512	7 757
Sum egenkapital	95 402	47 701

NOTE 17 Avtaler

Foretaksgruppen har iht vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo, Høgskolen i Østfold og Høgskolen i Gjøvik rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning. Lokalene omfatter i all hovedsak undervisningslokaler og bruksretten omfatter totalt ca 22 350 kvadratmeter. Foretaksgruppen kan ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor Universitetet/Høgskolen har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller den departementet gir slik myndighet.

I forbindelse med etableringen av helseforetakene i 2001 ble det i Stortingets behandling av Helse reformen forutsatt at sykehusenes personalboliger skulle inngå i fylkeskommunenes overdragelse av eiendommer til staten ved helseforetakene. Oslo kommune inngikk imidlertid avtale med en tredjepart om salg av personalboligene, men har senere inngått et forlik med Staten som innebærer at Staten trer inn i Oslo kommunes rettigheter til sykehusboligene. Sykehusboligene er ikke overført til den aktuelle tredjepart og det er fortsatt ikke endelig avklart om salget vil bli endelig gjennomført.

Revisors beretning

■ Statsautoriserte revisorer

Ernst & Young AS
Oslo Atrium
Postboks 20
NO-0051 Oslo

■ Foretaksregisteret:

NO 976 389 387 MVA
Tel. +47 24 00 24 00
Fax +47 24 00 24 01
www.ey.no

Medlemmer av Den norske Revisorforening

Til foretaksmøtet i
Helse Øst RHF

Revisjonsberetning for 2004

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Øst RHF for regnskapsåret 2004, som viser et underskudd på kr 391 654 000 for morforetaket og et underskudd på kr 422 883 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av selskapets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Vi har utført revisjonen i samsvar med revisorloven og god revisjonsskikk i Norge. God revisjonsskikk krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk omfatter revisjon også en gjennomgåelse av selskapets formuesforvaltning og regnskaps- og interne kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et uttrykk for foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2004 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapsskikk i Norge
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Oslo, 15. juni 2005
ERNST & YOUNG AS


Elin Karfjell
statsautorisert revisor

■ Besøksadresse:
Oslo Atrium
Christian Frederiks plass 6
0154 Oslo

■ Arendal, Bergen, Bø, Drammen, Fosnavåg, Fredrikstad, Holmestrand, Horten, Honefoss, Kongsberg, Kragerø, Kristiansand, Larvik, Levanger, Lillehammer, Moss, Måløy, Notodden, Oslo, Otta, Porsgrunn/Skien, Sandefjord, Sortland, Stavanger, Steinkjer, Tromsø, Trondheim, Tønsberg, Vikersund, Ålesund

Adresser

Helse Øst RHF

Postboks 404
2303 Hamar
Telefon: 62 58 55 00
Telefaks: 62 58 55 01
postmottak@helse-ost.no

Aker universitetssykehus HF

Trondheimsveien 235
0514 Oslo
Telefon: 22 89 40 00
Telefaks: 22 89 41 57
post@aker-universitetssykehus.no

Akershus universitetssykehus HF

1478 Lørenskog
Telefon: 67 92 88 00
Telefaks: 67 90 21 40
postmottak@ahus.no

Sunnaas sykehus HF

Bjørnemyrveien 11
1450 Nesoddtangen
Telefon: 66 96 90 00
Telefaks: 66 91 25 76
firmapost@sunnaas.no

Sykehuset Asker og Bærum HF

Postboks 83
1309 Rud
Telefon: 67 80 94 00
Telefaks: 67 56 97 60
hovedpost@sabhf.no

Sykehuset Innlandet HF

Postboks 4123
2307 Hamar
Telefon: 62 54 43 40
Telefaks: 62 54 43 41
postmottak@sykehuset-innlandet.no

Sykehuset Østfold HF

Postboks 16
1603 Fredrikstad
Telefon: 69 86 00 00
Telefaks: 69 39 30 19
postmottak@so-hf.no

Ullevål universitetssykehus HF

0407 Oslo
Telefon: 22 11 80 80
Telefaks: 22 11 99 50
postmottak@uus.no

PRIVATE IKKE-KOMMERSIELLE SYKEHUS

Diakonhjemmet sykehus AS

Postboks 23 Vindern
0319 Oslo
Telefon: 22 45 15 00
Telefaks: 22 45 16 06
administrasjon@diakonsyk.no

Revmatismesykehuset AS

Margr. Grundtvigsvei 6
2609 Lillehammer
Telefon: 61 27 95 00
Telefaks: 61 27 95 50
post@revmatismesykehuset.no

Lovisenberg Diakonale sykehus AS

Lovisenberggata 17
0440 Oslo
Telefon: 23 22 50 00
Telefaks: 23 22 51 35
post@lds.no

Martina Hansens hospital AS

Postboks 23
1306 Bærum postterminal
Telefon: 67 80 94 00
Telefaks: 67 52 18 70
postmottak@mmh.no

