



# 2005



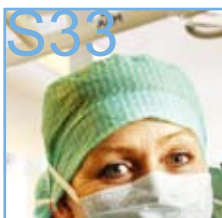
# Innhold



- 4 Godt fornøyd!
- 5 Samhandling, åpenhet og respekt
- 6 Dette er Helse Øst
- 8 Reformen videreføres og nye styrer er på plass i Helse Øst
- 9 Styret i Helse Øst RHF
- 9 Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert ledelse

## PASIENTBEHANDLING

- 11 Prioriterer de som trenger det mest
- 12 Sunnaas på epikrisetoppen
- 13 Viktig med informasjon til pasienten
- 14 Ett nummer, én dør
- 14 Individuell plan = brukers plan
- 15 Et løft for psykisk helsevern
- 16 Kvalitetstiltak etter trikkedrapet
- 16 Bedre tilbud til psykisk syke i Nord-Gudbrandsdalen
- 17 Pasienter har også barn
- 18 I krig og fred...
- 19 Jakten på legionella i Østfold
- 19 Motorsykel for raskere førstehjelp
- 20 Bedre kunnskap om dobbeltdiagnose
- 21 Bedre utnyttelse av plasser til rusbehandling
- 22 Sentral enhet Rehabilitering
- 22 Åpnet moderne dialysepost
- 23 Hvor er brillene mine?
- 24 Et styrkende samarbeid
- 24 Lærings- og mestringssentre
- 25 Bedre brukere – bedre avgjørelser



## ORGANISASJON OG LEDELSE

- 27 Verdibasert endringsledelse
- 28 Helse Øst består ikke av bygninger, men mennesker
- 29 God lederkultur
- 30 Brikkene faller på plass
- 31 IKT for bedre pasientbehandling

## KOMPETANSE

- 33 Målbevisst satsing på forskning
- 34 Helse Øst satser på forskning
- 34 Ambulansearbeidere med spesialutdanning
- 35 På jakt etter sjeldne sammenhenger

## KVALITET

- 37 Pasientsikkerhet og tillit
- 37 Strategiske utfordringer – kvalitet
- 38 Vi må lære av våre feil!
- 39 Nye veier for å sikre god kvalitet

## RESSURSER

- 41 Fortsatt drift i balanse
- 42 Mentale forberedelser til flytting
- 43 Bedre bruk av pengene
- 44 Begivenheter 2005



S45

## 45 ÅRSBERETNING OG REGNSKAP 2005

- 46 Årsberetning
- 53 Resultatregnskap
- 54 Balanse
- 56 Kontantstrømoppstilling
- 57 Regnskapsprinsipper
- 59 Noter
- 70 Revisjonsberetning

# Nøkkeltall

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

## Aktivitet somatikk

Som en del av systemet med innsatsstyrt finansiering utløser alle behandlingsprosedyrer et visst antall DRG-poeng. Dette er dermed et uttrykk for aktivitetsnivået. Aktivitetsnivået i 2005 var på omlag samme nivå som i 2004, i tråd med helsepolitiske føringer.

### DRG-poeng:

2001	260 134	
2002	281 731	
2003	300 082	
2004	305 768	
<b>2005</b>	<b>318 396</b>	

### Antall polikliniske konsultasjoner:

2001	936 689	
2002	994 128	
2003	1 136 630	
2004	1 151 092	
<b>2005</b>	<b>1 173 392</b>	

## Aktivitet psykisk helsevern

Det har vært en prosentvis større aktivitetssøking innen psykisk helsevern enn innen somatikk i tråd med helsepolitiske føringer. De aller fleste pasienter skal tilbys poliklinisk behandling. Fra og med 1.1.2005 er telefonkonsultasjoner inkludert i det totale antall polikliniske konsultasjoner.

### Antall polikliniske konsultasjoner:

2001	279 436	
2002	315 882	
2003	341 011	
2004	357 402	
<b>2005</b>	<b>437 413</b>	

## Aktivitet rusomsorg

Fra 1.1.2005 er telefonkonsultasjoner refusjonsberettiget og inkludert i det totale antall polikliniske konsultasjoner.

### Antall polikliniske konsultasjoner:

2003	26 120	
2004	54 429	
<b>2005</b>	<b>80 934</b>	

## Antall dager i gjennomsnittlig ventetid

### Somatikk:

2001	148	
2002	124	
2003	87	
2004	84	
<b>2005</b>	<b>73</b>	

### Psykisk helsevern:

2001	142	
2002	106	
2003	90	
2004	63	
<b>2005</b>	<b>72</b>	

## Økonomi

### Driftsinntekter:

2002	19 065
2003	20 869
2004	23 251
2005	25 228

### Driftskostnader:

2002	19 576
2003	21 649
2004	23 734
2005	25 713

### Driftsresultat:

2002	-511
2003	-780
2004	-489
2005	-485

### Korrigert årsresultat:

2002	163
2003	-158
2004	58
2005	42

Alle tall er i NOK 1000

Se note om regnskapsprinsipper i formell del av rapporten, side 55.

## Godt fornøyd!

– Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten er bedre enn noen gang.

Som avtroppende leder for Helse Øst i 2005 er det godt å kunne slå fast nettopp det.

Spesielt er jeg tilfreds med at vi er mer tilgjengelige for de pasientene som trenger det mest, sier Tor Berge.

Oppdraget fra helsemyndighetene er å sørge for en god spesialisthelsetjeneste. Helse Øst sine 31 000 medarbeidere fortjener en stor takk for god innsats og stort



pågangsmot, fordi vi også i 2005 har sørget for dette. Stort engasjement i en tid med ved-varende krav til omstilling og effektivisering er ingen selvfølge. Jeg tror grunnen til dette er at vi ser resultater av det arbeidet som gjøres. Helse Øst arbeider aktivt for å videreutvikle medarbeiderne som vår viktigste ressurs.

I 2005 har vi særlig prioritert psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering, reduksjon av ventetid, overbelegg og korridorpasienter. God virksomhetsstyring har ført til økt aktivitet både innen psykisk helsevern og somatikk. God økonomisk styring har gitt flere ressurser til forskning.

Tatt i betraktning de krevende økonomiske rammene, har foretaksgruppen en tilfredsstillende økonomi. Helse Øst har også i 2005 styrt slik at driften er i balanse.

Til tross for positive resultater i 2005, har vi fremdeles mål å arbeide mot. For mange korridorpasienter er et etisk problem som vi må løse.

Arbeidet med kortere epikrisetid er prioritert i 2005. Det har vært en tydelig forbedring på dette området hos flere helseforetak. Men som foretaksgruppe er vi ikke i mål, og må arbeide mer med dette.

Helse Øst har avtaler med en rekke private leverandører av spesialisthelsetjenester. Derfor har vi i 2005 videreført et strategisk arbeid for å se på hvordan denne ressursen utnyttes. Vi har sett på om potensialet for virksomheten er godt nok utnyttet, og om oppgavefordelingen i forhold til den øvrige spesialisthelsetjenesten er optimal. Grunnlaget for å konkurrere om disse avtalene er kvalitet, kompetanse og pris. I 2005 hadde vi som følge av det stort fokus på spesialisering og kvalitetsheving i forhold til opptreningsinstitusjonene.

Våre kjerneverdier er kvalitet, trygghet og respekt. Det er viktig med ryddighet i forhold til egne og private virksomheter. Helse Øst RHF har i 2005 skilt eierfunksjonen fra bestillerfunksjonen på regionalt nivå. Det bidrar til å styrke legitimiteten til Helse Øst.

Verdiene våre er viktige for å oppnå best mulig kvalitet i pasientbehandlingen. Respekt i møtet med pasienten mener jeg er en selvfølge. Statistikken over klagesaker viser at det dessverre ikke alltid er slik. Dette koster det lite å gjøre noe med!

Jeg er likevel svært tilfreds med at Helse Øst har kommet langt med systematisk satsing på kvalitetsforbedring. Kvalitetsstrategien som er utviklet for foretaksgruppen gir oss systemer for god pasientbehandling og således bedre pasientsikkerhet. Systemene vil gi et godt grunnlag for samarbeid i foretakene og utvikling av beste praksis til pasientens beste.

Internkontroll er en integrert del av kvalitetssystemet i foretakene. Dette bidrar til å sikre god virksomhetsstyring innen alle lovområder. Alle foretakene og private sykehus med driftsavtale følger samme standard for det helhetlige kvalitetssystemet. Systemet er ledelsens verktøy i arbeidet med å sørge for beste praksis og håndtering av avvik. Alt dette handler om kvalitetsheving og pasientsikkerhet. Med andre ord «pasienten først» i Helse Øst. Les mer om det i denne rapporten. God lesning!

Tor Berge  
Adm. dir. 2005

# Samhandling, åpenhet og respekt

Helse Øst er et veldrevet helseforetak. De resultatene vi har oppnådd løftes fram av helsemyndighetene som eksempler på at sykehusreformen har fungert.

Vi akter å fortsette Tor Berges gode virksomhetsstyring av Helse Øst.

Som leder innen helsesektoren er jeg oppe til eksamen hver eneste dag. Veivalgene vi tar engasjerer og provoserer. Jeg er tilfreds med at Helse Øst er inne i en aktiv prosess for å få oversikt over de utfordringer og muligheter som fremtiden bringer. Slik blir vi godt skodd til å påvirke utviklingen av helsetjenestetilbudet i riktig retning.

Det aller viktigste for meg er kvalitetsforbedring og sikkerhet i helsevesenet. Derfor er den aller viktigste jobben jeg kan gjøre, å legge til rette for innhold, strukturer, kulturer og holdninger som sikrer dette. Egne lederutviklingsprogrammer skal gi oss lyttende, besluttsomme og engasjerende ledere.

Den aller viktigste ressursen i Helse Øst er de 31 000 ansatte. Arbeidshverdagen deres skal være så god som mulig. Jeg vet at mange er trøtte av omstillinger. Likevel, omstillinger må til for å skape et bedre pasienttilbud. Samtidig kan mye gjøres for å bedre arbeidsdagen. Dette gjelder blant annet oppfølging av forbedringspunktene i Arbeidstilsynets «God Vakt»- kampanje, arbeidet med etikk, kompetanseutvikling og utvikling av et hensiktsmessig avtale- og lønnsystem. Helse Øst har startet arbeidet med en egen strategi for å utvikle de menneskelige ressursene.

Det kommer stadig nye behandlingsmetoder som skaper større forventninger til helsetjenesten. God økonomistyring gir handlefrihet til å satse på den riktige pasientbehandlingen, til fagutvikling og til forskning.

Samhandling internt er viktig, og jeg har forventninger til samarbeidet innen de medisinske støttefunksjonene. Nettverkssamarbeidet innen laboratorie- og røntgenfagene i foretaksgruppen kan gi både faglige og økonomiske gevinster. Dette frigjør midler til fagutvikling, forskning og utstyrsinves-

tering. Pasienten vil oppleve bedre kvalitet fordi samarbeid legger til rette for videreutvikling av beste praksis.

Samhandling med primærhelsetjenesten er viktig for å bedre pasienttilbudet. Dette gjelder ikke minst utfordringen med mange korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter. Noe håper vi å kunne løse gjennom styrket samarbeid med kommunene, blant annet ved veiledning for å unngå unødvendige sykehusinnleggelses.

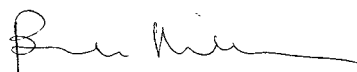
Brukerne av spesialisthelsetjenesten er en ressurs for å gjøre tjenestetilbudet bedre. Gjennom brukerråd, dialogmøter og høringer blir brukerne aktivt involvert i konkrete endringsplaner og utviklingsprosesser. Dette er av stor betydning, og vil bli stadig viktigere i fremtiden.

Evnen til å lære av feilene vi gjør, påvirker behandlingstilbudet. Det er avgjørende å bygge kulturer der det er lov til å si fra om feil og mangler. Bare slik kan vi skape forbedringer. Åpenhet kan gi oss negativ medieomtale, men det må vi akseptere. I lengden vinner vi pasientenes og befolkningens tillit på å være åpne, ærlige og respektfulle!

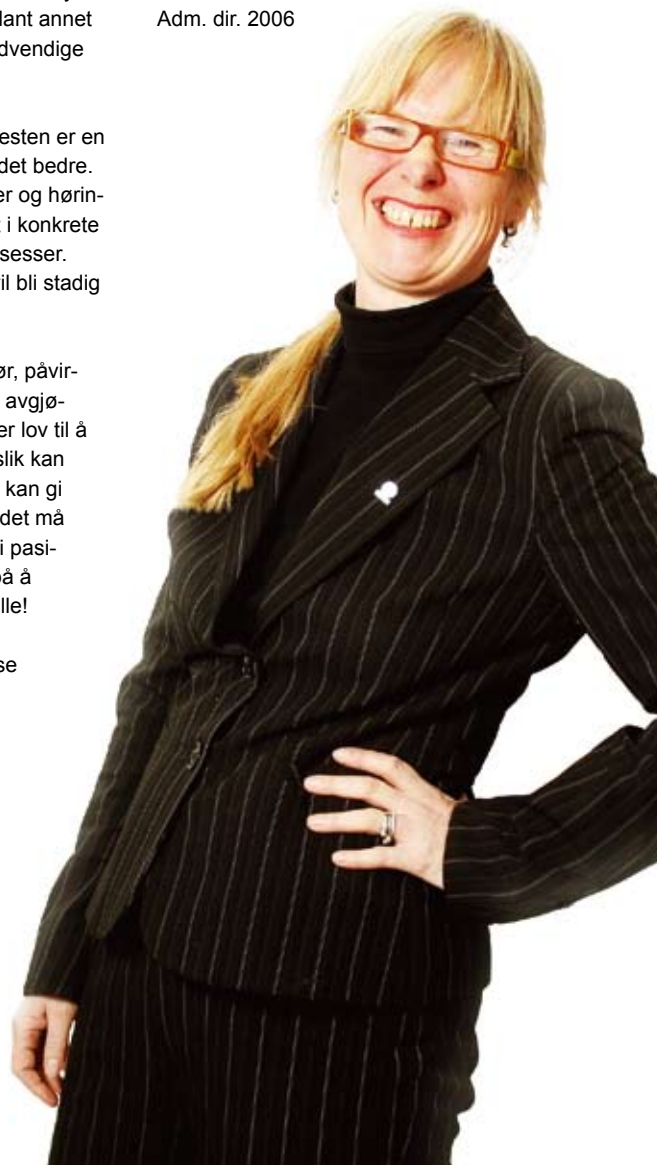
I denne årsrapporten kan du lese om noen av de oppgaver foretaksgruppen har arbeidet med i 2005, og utfordringer i tiden framover. Alle helseforetakene våre har interessante prosjekter og gode resulta-

ter å vise til. Vi kan ikke omtale alt, men jeg håper likevel denne rapporten vil gi deg et visst inntrykk av bredden og dybden i foretaksgruppen.

God lesning!



Bente Mikkelsen  
Adm. dir. 2006



# Dette er Helse Øst

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

Helse Øst er landets største helseregion med 1,7 millioner innbyggere, det vil si drøyt 35 prosent av landets befolkning, og et samlet drift- og investeringsbudsjett på 25 milliarder kroner. Helse Øst-gruppen hadde i 2005 om lag 31 000 medarbeidere og er utfra dette Norges tredje 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 RHF holder til på Hamar og har om lag 60 medarbeidere.

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

*“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 Østs visjon*

## Nasjonale verdier:

### kvalitet • trygghet • respekt

I Helse Øst betyr dette å:

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

## 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

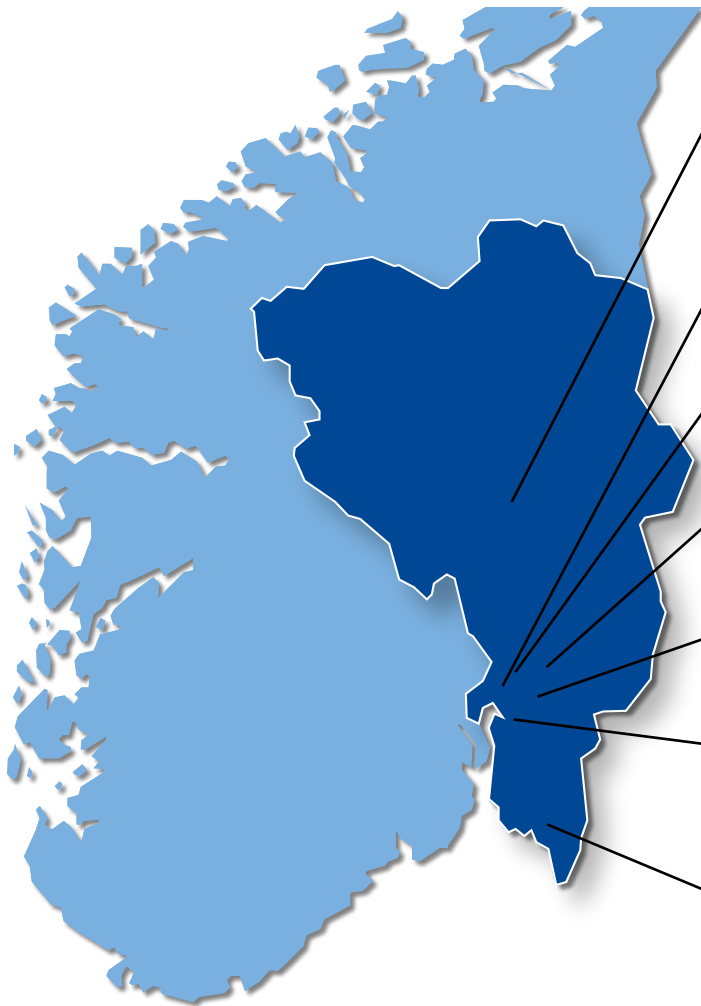
## Oppgaver

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 de fem perspektivene. I hvert kapittel forteller vi om hvilke resultater som er oppnådd i 2005 og om utfordringer og vedtatte mål for arbeidet framover.



### Datterselskaper:

#### Sykehuset Innlandet HF

Styreleder ..... Peder Olsen  
 Adm. direktør ..... Torbjørn Almlid  
 Årsverk ..... ca 6 500  
 Omsetning ..... 4,5 milliarder kroner

#### Sykehuset Asker og Bærum HF

Styreleder ..... Steinar Marthinsen  
 Adm. direktør ..... Erik Omland  
 Årsverk ..... ca 1 900  
 Omsetning ..... 1,4 milliarder kroner

#### Aker universitetssykehus HF

Styreleder ..... Tor Berge  
 Adm. direktør ..... Hulda Gunnlaugsdottir  
 Årsverk ..... ca 2 950  
 Omsetning ..... 2,3 milliarder kroner

#### Akershus universitetssykehus HF

Styreleder ..... Peder Olsen  
 Adm. direktør ..... Erik Normann  
 Årsverk ..... ca 3 900  
 Omsetning ..... 2,8 milliarder kroner

#### Ullevål universitetssykehus HF

Styreleder ..... Tor Berge  
 Adm. direktør ..... Tove Strand  
 Årsverk ..... ca 8 500  
 Omsetning ..... 5,6 milliarder kroner

#### Sunnaas sykehus HF

Styreleder ..... Peder Olsen  
 Adm. direktør ..... Einar Magnus Strand  
 Årsverk ..... 642  
 Omsetning ..... 324 millioner kroner

#### Sykehuset Østfold HF

Styreleder ..... Steinar Marthinsen  
 Adm. direktør ..... Ulf Ljungblad  
 Årsverk ..... ca 3 950  
 Omsetning ..... 2,8 milliarder kroner

#### Sykehusapotekene ANS

Styreleder ..... Karl Glad  
 Adm. direktør ..... Per Lund  
 Årsverk ..... 246  
 Omsetning ..... 777 millioner kroner

### Private ikke-kommersielle sykehus

#### som Helse Øst har avtale med:

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

Sykehus tjenester leveres også av privateide sykehus og privatpraktiserende spesialister etter avtale med Helse Øst RHF.

## Reformen videreføres og nye styrer er på plass i Helse Øst

Sykehusreformen og de regionale helseforetakene er inne i sitt femte år. Reformen og dens organisasjonsmodell har gjennomgått en grundig evaluering høsten 2005. Evalueringen sier at foretaksmodellen gir grunnlag for klart ansvar, tydelige roller og effektive beslutningsprosesser slik det var forutsatt.



Styreleder i Helse Øst RHF, Siri Hatten

Vi gleder oss over at rapporten slår fast at reformens organisasjonsform er vel-egnet som fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i framtiden. Evalueringen er gjennomført i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og utarbeidet av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann. I tråd med evalueringens anbefalinger om behov for økt lokal- og regionalpolitisk forankring og innflytelse, er det nå et flertall av personer med folkevalgt bakgrunn blant de eieroppnevnte styremedlemmene i både det regionale styret og i helseforetakene i Helse Øst. Dette bringer ny kompetanse og et bredere spekter av synspunkter inn i styrenes arbeid. Alle styremedlemmer i et helseforetak har det samme helhetlige ansvar for den virksomheten de sitter i styret for uansett om de er utvalgt og oppnevnt på den ene eller andre måten. Det er styret som kollegium som fatter beslutninger, og ingen skal møte med bundet mandat fra andre grupper eller fora. Dette gjør modellen utfordrende fordi det stiller store krav til de personer som sitter både i politiske verv og som styremedlemmer med henhold til å skille disse rollene.

Det var regjeringen Bondevik med helsestatsrådene Dagfinn Høybråten og deretter Ansgar Gabrielsen som fikk ansvaret for videreføring av reformen allerede høsten 2001.

Både daværende statsminister og hans parti var imot reformen, men jeg vil understreke at begge de ansvarlige statsrådene har gjort sitt beste for at den skulle kunne videreføres på en god måte.

Men det var også mange tøffe tak underveis, og flere politiske partier har gjennom til dels kraftfulle utspill gått ut mot modellen med regionale helseforetak.

Det har krevd stor innsats fra de ansvarlige og tro på at modellen var riktig for å klare å styre foretakene framover i denne perioden.

Det var derfor på alle måter viktig da statsråd Sylvia Brustad i etterkant av evalueringen slo fast at helseforetaksmodellen skal bestå og videreføres med enkelte justeringer. Dette skaper forutsigbarhet og gir oss den nødvendige trygghet og autoritet til å styre videre etter de samme hovedlinjer. Evalueringen peker i tillegg på samspillet mellom primærhelsetjenesten og sykehusesene som et nødvendig utviklingsområde, og det er vi helt enige i.

Nå er nye styrer på plass for alle helseforetakene i Helse Øst. Jeg har tro på at vi gjennom dette har lagt et godt grunnlag for en fortsatt god utvikling av spesialisthelsetjenesten i vår region til det beste for hele befolkningen.

*Vi har oppnådd gode resultater i løpet av kort tid, men det gjenstår ennå mange utfordringer og muligheter, særlig knyttet til kvalitet og innhold i tjenestene.*



## Styret i Helse Øst RHF



### Disse gikk ut av styret i 2005:

Astrid Nøklebye Heiberg  
Anne-Berit Søfteland  
Harald Norvik  
Tor Øystein Vaaland  
Anne-Brit Kolstø  
Øystein Hedstrøm

Jan Wibe, Monica Carmen Gåsvatn, Kirsten Brubakk, Egil Hverven, Siri Beate Hatlen, Tor-Erik Sand, Knut Even Lindsjørn, Bjørn Krogsrud, Tom Veierød.  
Audun Holsbrekken, Anne Carine Tanum og Manuela Ramin-Osmundsen var ikke tilstede da bildet ble tatt.

### Målbilde for 2025:

## Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert ledelse

Helse Øst har 31 000 ansatte som kan være stolte av oppnådde resultater. Samtidig er mye ugjort og Helse Øst vil planlegge en enda bedre helsetjeneste for framtiden. Styret for Helse Øst RHF ønsker derfor en langsiktig og overordnet utviklingsstrategi for helseforetaksgruppen med 2025 som målhorisont.

Den viktigste forpliktelsen Helse Øst kan gi for framtidig utvikling er samarbeid. Forutsetninger for dette er tillit, rom for langsiktig styring og handling.

Den ledelsesmessige hovedutfordringen mot 2025 er å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å målrette, utvikle og forbedre den samlede produksjon av helse-tjenester. Dette arbeidet må hvile på et verdigrunnlag og strekke seg etter de visjoner

og mål som Helse Øst RHF har vedtatt. Målbildet for 2025 er en forutsetning for utvikling av begrepet Verdibasert endringsledelse og uttrykkes gjennom sju forpliktende budskap:

- Lederskap gjennom god virksomhetsstyring
- Infrastruktur og organisering skal støtte god pasientbehandling
- Helhet i helsetjenestetilbudet

- Pasienten behandles i tråd med Beste praksis
- Pasientens perspektiv er med i alle beslutninger
- Kvalitetsforbedring gjennom kunnskap, åpenhet og refleksjon
- Løsninger gjennom respekt, dialog og medansvar

Dette er offensive strategier for omfattende endringer i helsetjenesten. Det legges opp til en bred høring av strategidokumentet med sikte på endelig styrebehandling høsten 2006.

I tillegg er det i løpet av 1. halvår 2006 gjennomført et opplegg i samarbeid med helseforetak, brukerråd og de tillitsvalgte, for å etablere nytt strategidokument for perioden 2007–2010. Målbildet for 2025 vil danne grunnlag og være førende for alle strategiske dokumenter i foretaksgruppen.

# PASIENTBEHANDLING



Barnepleier Mona Tverå

# Prioriterer de som trenger det mest

Pasientene i Helse Øst har fått større valgfrihet og et bedre tilbud i løpet av de vel fire årene som er gått siden helsereformen.

Aktivitetsnivået samlet sett i regionen er økt i 2005 i forhold til 2004 innenfor alle sektorer og ventetiden er redusert. Dette betyr økt tilgjengelighet for pasientene til spesialisthelsetjenesten i Helse Øst. De siste årene har pasienten fått en langt sterkere posisjon enn tidligere. Pasienten har lov-

festede rettigheter og muligheter for medbestemmelse basert på informasjon. Økt kunnskap og bevissthet hos pasienten gir økte forventninger som det kan være utfordrende å møte. Loven om pasientrettigheter sier at pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres. Det

betyr at de som trenger helsehjelp mest, skal få helsehjelp først. Det er foretatt store variasjoner i tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp og fristfastsetting både innenfor og mellom fagmiljøene. Helse Øst engasjerte seg tidlig i arbeidet med rett prioritering. Sammen med Sosial- og helse-

*”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 for 2006
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 pasientbehandling  Videreutvikle de pasientadministrative systemene  Videreutvikle bruken av rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene på bakgrunn av rådene i rapporten ”utredning av rehabiliteringstilbudet” (URT)
Oppnå god intern pasientflyt i sykehuset	Pasientene skal: - ikke ha unødvendig ventetid - diagnosen stilles raskt - få god informasjon i alle ledd	God kvalitet og ressursutnyttelse i somatiske og psykiatriske akuttmottak, inkl avrusnings- og utredningsavd for rusmiddelmissbrukere  Alle pasienter behandles innenfor faglig forsvarlige tidsfrister  Styrke samhandlingen mellom sentrale sykehusenheter og distriktpsykiatriske senter (DPS) og avdelinger/institusjoner for rusbehandling
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  Bukerrådet deltar i utviklingsprosesser, budsjettarbeid og planprosesser

direktoratet ble det satt i gang et prosjekt for å bidra til å utvikle forståelse for hvordan kriterier skal tolkes og praktiseres, og gi anbefalinger for hvilke tidsfrister som skal gjelde. Resultater fra dette arbeidet, vil danne utgangspunkt for videre prioriteringsarbeid.

Alle helseforetak i Helse Øst prioriterer de pasientene som trenger det mest. Ventetiden er redusert for alle pasientgrupper, og størst nedgang er det for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

Psykisk helsevern er prioritert, og her viser resultatene en markant nedgang i ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Helse Øst har utarbeidet en egen strategi og definert tiltak som skal bidra til å styrke tilbudet innenfor psykisk helsevern ytterligere.

Det er fortsatt for mange korridorpatienter i Helse Øst. På tross av en rekke konkrete tiltak, er det fortsatt for mange pasienter som blir liggende i korridorene. Dette er uakseptabelt og innsatsen på dette området må styrkes.

Rusomsorgen ble styrket i form av økte midler og økt behandlingstilbud i 2005.



Ansatte i sykehusene må prioritere og gjøre viktige valg hver eneste dag.

Videre ble det tatt grep for å styre pasientstrømmen bedre, med positivt resultat. En viktig koordinerende rolle innen rusomsorgen ivaretas av Aker universitetssykehus HF.

Akers rolle innenfor rusbehandling og andre saker knyttet til pasientbehandling, kan du lese mer om på de neste sidene.

## Sunnaas og Aker på epikrisetoppen

**Sunnaas sykehus og Aker universitetssykehus har nådd målet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt innen sju dager.**

Etter en imponerende innsats tilfredsstillende både Sunnaas og Aker kravet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt innen sju dager. Det finnes ingen snarveier til kort epikrisetid. Det handler rett og slett om å prioritere dette arbeidet og å være serviceinnstilt overfor både pasienten og de som skal overta den videre oppfølgingen, mener sjeflege Nils Hjeltnes ved Sunnaas sykehus.

– Vi vet at kort epikrisetid verdsettes svært høyt av fastlegen og kommunehelsetjenesten. Dessuten stiller det krav til at vi har ryddighet og effektivitet i forhold til rapportering og samordning av tverrfaglige vurderinger. Så bak dette resultatet ligger solid innsats både fra tverrfaglig team, leger og sekretærer, sier Hjeltnes.

### Hva er epikrise?

Epikrise er et dokumentet som inneholder informasjon om tilstanden til pasienten og den behandlingen som er gitt. Epikrisen beskriver også eventuell videre oppfølging etter sykehusoppholdet.

Gjennomsnittlig epikrisetid er på 61 prosent innen sju dager for somatikk. Målet er 80 prosent innen sju dager. For psykiatri er gjennomsnittet 67 prosent innen sju dager, mens målet er 100 prosent innen sju dager.

# Viktig med informasjon til pasienten

**Gode epikriser sikrer best mulig oppfølging fra fastlegen etter sykehusopphold. I utskrivningssamtalen bidrar pasienten til epikrisen og blir slik en aktiv deltaker i egen behandling.**

Det nasjonale kravet er at fastlegen skal få epikrisen innen sju dager etter utskrivning. Ved tre sykehusavdelinger i Helse Øst er det gjennomført et prosjekt hvor pasientene fikk kopi av epikrisen ved utreise eller i posten hjem en av de påfølgende dagene.

– Å gi pasienten kopi av epikrisen er å ta pasientens informasjonsbehov på alvor. Kort epikrisetid gjør det mulig for fastlegen å følge opp behandlingen umiddelbart dersom det trengs, sier avdelingssjef Tormod Fladby ved Akershus universitetssykehus (Ahus).

Nesten alle pasienter som fikk tilbudet, ville ha kopi av epikrisen. 90 prosent av pasientene som deltok, svarte at det i noen eller stor grad var nyttig å motta epikrisen, forteller assisterende avdelingssjef Anita Bjørnstad.

Prosjektet bidro til at alle avdelinger økte andelen av epikriser som ble ferdige utskrivningsdagen eller dagen etter. Ved nevro-

logisk avdeling på Ahus var 99 prosent av epikrisene utsendt innen én uke i prosjektperioden, og totalt 92 prosent av pasientene fikk utskrivningssamtale.

– Gjennomgang av epikrisen i utskrivningssamtalen gir pasienten mulighet til å medvirke til at epikrisen blir så korrekt som mulig og involverer pasienten i egen behandling. Undersøkelsen har vist at det er fullt mulig å legge de organisatoriske forholdene til rette for en ny epikrisepraksis uten at dette krever økte ressurser, sier Bjørnstad.

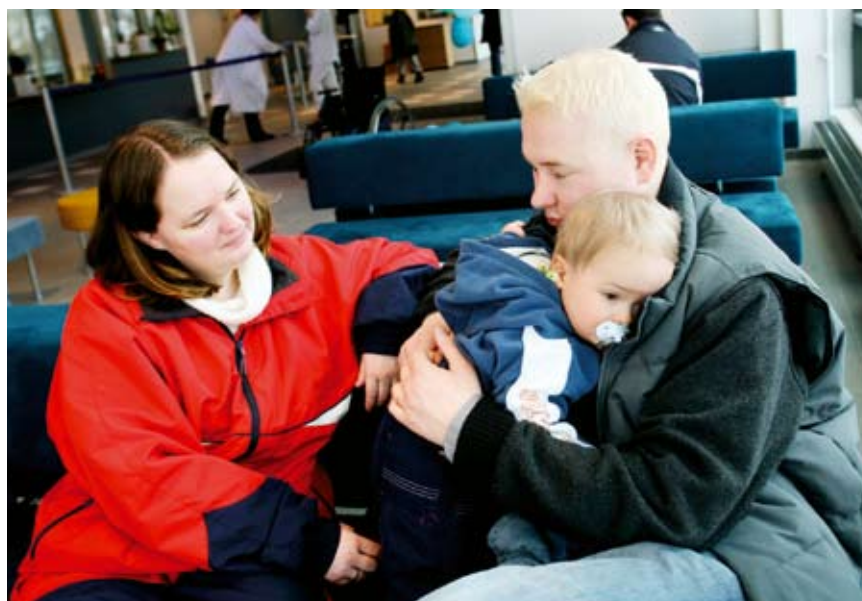
## Fornøyd pasient

– Jeg følte det som veldig betryggende å få med epikrisen da jeg reiste hjem fra sykehuset. Selv om du er med på utskrivningssamtale, er det jo ikke alltid like lett å huske alt som blir sagt. Det er derfor mye bedre å få det svart på hvitt, sier Gunhild Green Johansen, som var pasient ved Nevrologisk avdeling på Ahus mens epikriseprosjektet pågikk.

## Dialogkonferanse som utgangspunkt

Brukerrådet og Helse Øst arrangerte i mars 2005 en dialogkonferanse under temaet «Brukererfaring for å bedre kvaliteten». Ett av forslagene som kom ut av konferansen var at helsepersonell i forbindelse med utskrivningssamtaler alltid skal spørre pasienten om han/hun vil ha med seg kopi av epikrisen som er laget for henvisende lege.

Innspillet var kimen til prosjektet «Epikrise til pasienten» i Helse Øst. Deltakere var Sykehuset Asker og Bærum HF og Akershus universitetssykehus HF (Ahus), med til sammen tre avdelinger.



Pasienter i mottaket ved Sykehuset Asker og Bærum.

## Ett nummer, én dør

**Smerter i magen kan være alvorlig. Kanskje må du ta blindtarmen? Eller er det bare snakk om en forstoppelse etter for mye grillmat? Ved Sykehuset Asker og Bærum blir slike spørsmål nå tatt hånd om på ett og samme sted.**

Etter 16 års forarbeid har man omsider brutt den tradisjonelle todelingen med kommunal legevakt på en side og spesialisthelsetjeneste på den andre. I felles akuttmottak kommer pasienter med akutt behov for legehjelp inn samme dør. Målet med felles akuttmottak er at folk skal ha ett telefonnummer og ett sted å henvende seg ved akutt sykdom eller skade som ikke kan tas hånd om av fastlegen. Man skal selv slippe å ta stilling til om man skal henvende seg til legevakten eller sykehuset.

– Den medisinske tilstanden vil avgjøre om man blir behandlet av kommunens leger på legevakten eller av sykehusets spesialister. Noen ganger er det snakk om gips eller

antibiotika, andre ganger trengs det overvåking og innleggelse. Dette er et samarbeid som skal gi best mulig kvalitet på behandlingen, sier divisjonsdirektør Marit Eskeland.

### Spennende nyskaping

Samlokalisering av legevakt og akuttmottak skal også gi gjensidig faglig utvikling for helsepersonellet, optimal koordinering av tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene. I det nye mottaket arbeider fastleger tilknyttet kommunen og spesialister ansatt ved sykehuset nærmere hverandre, men uten at de formelle ansvarsforholdene viskes ut.

– Vi forventer også bedre kvalitet på tjenestene. Etter noe tids drift vil vi foreta en evaluering som skal gi svar på om den nye ordningen er bedre for pasientene, kommunene og sykehuset enn det var med den gamle atskilte ordningen, sier avdelingssjef Jon Norseth.

– Det er veldig spennende å skape en ny enhet i skjæringspunktet mellom allmennpraksis og spesialisthelsetjeneste. På grunn av en fabelaktig kompetanse og den kjempe jobben de ansatte allerede har vist under omleggingen, tror jeg dette blir et pilotprosjekt som man kommer til å kopiere andre steder, sier Norseth.

## Individuell plan = brukers plan

**En individuell plan skal bidra til at pasienter som har behov for koordinerte tjenester over tid, får nødvendig oppfølging.**

– Individuell plan skaper trygghet for pasienten og kan også styrke de svakeste pasientgruppene, de som ikke nødvendigvis står først i køen og roper ut sine behov, sier Bente Thorsen. Hun er fastlege, men jobber to dager i uken som praksis-koordinator ved Aker universitetssykehus. En individuell plan skal bidra til at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester får et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud.

### Opplæring på Aker

– Individuell plan er en overordnet plan i forhold til andre behandlingsplaner, og det er pasientens plan. Det er derfor viktig at pasienten er med på arbeidet med å

utforme planen og er enig i innholdet, sier spesialrådgiver Solveig Fretland ved Aker. Foreløpig er flest planer laget i Klinikk for psykisk helse og de distriktpsykiatriske sentrene ved Aker, i samarbeid med primærhelsetjenesten.

– Vi har nå særlig fokus på å implementere bruk av individuell plan i den somatiske virksomheten. Vi holder kurs og møter både internt på Aker og for samarbeidende kommuner og bydeler.

### God samhandling viktig

For å hjelpe brukere og pårørende i gang, har brukerorganisasjonene i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret på Aker startet utviklingen av et interaktivt elektro-

nisk læringsprogram: «Individuell plan = Brukers plan». Læringsprogrammet skal gi en enkel, praktisk rettet innføring i arbeidet med individuell plan for helsepersonell. Målet er å få programmet ferdig i løpet av 2006.

– Vi håper at læringsprogrammet skal styrke kompetansen og gi felles kunnskap i nettverket som samarbeider med pasienten om individuell plan. Skal implementeringen av slike planer bli vellykket, er vi avhengige av god samhandling mellom pasienten, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene, sosialtjenesten og andre parter, understreker Fretland og Thorsen.

## Et løft for psykisk helsevern

Lenger åpningstid og økt bruk av ambulant virksomhet er blant tiltakene som skal gjennomføres innen psykisk helsevern i løpet av 2006.

Helse Øst setter seg ambisiøse mål med den vedtatte tiltaksplanen for psykisk helsevern. Tiltaksplanen bygger på den nasjonale opptrappingsplanen for psykisk helse og Helse Øst sin strategiske plan for psykisk helsevern som ble vedtatt i 2005. Nå viser arbeidet resultater i form av konkrete tiltak som skal gjennomføres i 2006. Tiltaksplanen er utarbeidet i tett dialog med helseforetakene og de private sykehusene.

Hovedmålene i den strategiske planen er å øke andelen ressurser brukt på barn og unge, og å desentralisere ressurser og oppgaver fra sentralsykehusnivået til distriktpsikiatriske sentre (DPS). I 2006 skal minst 30 prosent av de økte opptrappingsmidlene på 110 millioner kroner brukes på barn og ungdom.

### Utvidet åpningstid

Å gi flere mennesker med psykiske lidelser hjelp er et overordnet mål. Et tiltak som skal bidra til dette, er at innen hvert foretak skal enten et DPS eller en poliklinikk ha utvidet åpningstid. Dette skal innføres i løpet av 2006.

For å bedre akuttilbudet legges det opp til økt bruk av ambulante team som behandler pasientene mens de bor hjemme. Helseforetakene får i oppgave å lage planer for hvordan et slikt tilbud kan organiseres. Dette gjelder både barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

DPS skal også få flere oppgaver. Slik vil man få et mer desentralisert tilbud innen psykisk helsevern som er lettere tilgjengelig for pasientene.



Sykepleier Kristine Andresen ved Sykehuset Innlandet i samtale.

## Kvalitetstiltak etter trikkedrapet

**Trikkedrapet 3. august 2004 og flere uheldige hendelser ved Avdeling for akuttpsykiatri, kastet Ullevål-psykiatrien inn i en omdømmekrise høsten 2004. Det resulterte i et omfattende kvalitetsforbedringsprosjekt.**

Som en følge av at det ble avdekket en større systemsvikt, bestilte ledelsen på Ullevål en eksternt gjennomgang av Avdeling for akuttpsykiatri og av Psykiatrisk divisjon for øvrig.

– Avdelingsledelsen startet umiddelbart en omfattende omorganisering og et bredt kvalitetsforbedringsprosjekt, forteller divisjonsdirektør Øystein Mæland.

### Forsvarlig utskrivning

Rapporten fra den eksterne gjennomgangen (Muusmann-rapporten), som ble framlagt 16.mars 2005, inneholdt en rekke anbefalinger som både angår divisjonen

som helhet og enkeltavdelinger, og samtlige av anbefalingene bygger på grunnverdiene i Opptrappingsplanen.

Rapporten slo fast at:

Psykiatrisk divisjon ved Ullevål har gode forutsetninger, både faglig og økonomisk, for å kunne levere psykiatriske helsetjenester på et høyt internasjonalt nivå.

– Rapporten følges nå opp i et omfattende prosjekt i regi av Psykiatrisk divisjon. Sykehusets styre har blitt løpende orientert, og har gitt sin tilslutning til divisjonsledelsens og sykehusledelsens håndtering av saken, sier Mæland.

Arbeidet med kvalitetsforbedring på akuttpsykiatrisk avdeling ble organisert innenfor rammen av et prosjekt for ISO-sertifisering, der avdelingen er pilot på sykehuset.

– Det er satt i gang særskilte tiltak for å bedre kvaliteten på journalene og sikre prosedyrer rundt selvmordsvurderinger. Ikke minst har vi klart å rekruttere inn nye, gode fagfolk, understreker Mæland.

– Vi har etablert nye prosedyrer for forsvarlighet ved utskrivning, og på divisjonsnivå er det etablert en sentral koordineringsenhet som skal sikre god samhandling rundt den interne pasientflyten i divisjonen, sier Mæland.

*„Det er svært gledelig at Ullevål har tatt tak i de påpekte utfordringene gjennom å foreta en omfattende gjennomgang av hele akuttkjeden. Gjennomgangen har lagt grunnlaget for omorganisering av akuttfunksjonene gjennom etablering av et felles akuttmottak som skal bidra til hurtig avklaring av behandlingsbehov og gode pasientløp.*

Bente Mikkelsen  
Administrerende direktør

## Bedre tilbud til psykisk syke i Nord-Gudbrandsdalen

**Etableringen av ny psykiatrisk poliklinikk på Otta får store og positive følger for behandlingen av psykisk syke nord i Gudbrandsdalen.**

– Nå har vi fått et behandlingstilbud som er nærmere befolkningen vår. Det sier overlege Nils Homb ved den nye psykiatriske poliklinikken på Otta, som er en del av Sykehuset Innlandet HF. Han har vært med på utviklingen innenfor det psykiatriske hjelpeapparatet siden midten av nittitallet.

– Pasienter med psykiske lidelser har hatt et gradvis økende tilbud på Otta de siste ti årene. Inntil 2005 hadde barn og unge

under 18 år i norddalen sin psykiatriske poliklinikk så langt unna som på Lillehammer. Bodde man for eksempel på Lesja, var det en halv dags reise til nærmeste behandlingssted, forteller han.

– Dette var svært uheldig, for vi vet at det er viktig å gi et tilbud til psykisk syke i nærheten av der de bor. Med opprustningen på Otta, kan vi i dag gi et langt bedre og mer tilgjengelig tilbud, sier Homb.

### Viktig opptrapping

– Etableringen på Otta er et resultat av opptrappingsplanen innenfor psykisk helse og har gitt et faglig løft i norddalen. Gjennom samlokaliseringen av voksen-, barne- og ungdomspsykiatrien ser vi for oss mange gode synergimuligheter som vil gi en bedre pasientbehandling, mener daglig leder Paul Hage.



## Pasienter har også barn

Når mamma eller pappa blir psykisk syk, er hjelpeapparatet vanligvis rettet inn mot pasienten mens pasientens barn ofte blir glemt. Sykehuset Asker og Bærum har utviklet nye tilbud som sikrer at barna til psykisk syke får hjelp i slike situasjoner.

Det er naturlig at den psykisk syke kommer i sentrum for behandlingsapparatet. Den syke kan være langt nede og ute av stand til å fungere normalt, i verste fall være suicidal. Men hva skjer med barna i slike tilfeller? Barn kan ha vanskelig for å forstå hva som har skjedd med mor eller far når en av dem lukker seg inne i sin egen verden eller endrer atferd på annen måte. Skyldfølelse er ikke en uvanlig reaksjon.

Tiltakene ved Sykehuset Asker og Bærum gjelder barn i alle aldersgrupper. I akuttavdelingen i Divisjon psykisk helse blir barnas situasjon kartlagt innen tre dager etter at mor eller far er innlagt på sykehuset, forteller faglig rådgiver Elin Kufås.

– Dette er ofte en kritisk tid for hele familien og det er viktig at også barna blir sett og hørt. Vi tilbyr også barna å ha samtaler med behandlingspersonell. Ofte synes foreldrene det er vanskelig å snakke med barna sine om sin psykiske sykdom. Pasienter med barn under 18 år får derfor tilbud om hjelp til å snakke med barna når de er innlagt på sykehus, sier Kufås.

### Du er ikke den eneste

Elin Kufås og psykiatrisk sykepleier/familie-terapeut Kari Lund, stod i spissen for prosjektet *Pasienter har også barn*.

– Her så vi på hvordan de psykiatriske sengepostene best mulig kunne gå fram for å sikre barnas behov og ønsker i en akutt-situasjon. Våre anbefalinger og forslag til metodikk er nå innført som en del av de faste rutineene for barnefokustert arbeid ved postene, forteller Kufås.

Prosjektet er senere videreutviklet i et annet prosjekt, *Du er ikke den eneste*, sammen med Asker og Bærum kommune. Dette er et gruppetilbud til barn og unge med psykisk syke foreldre og som bor i disse kommunene. I 2005 ble dette og andre forebyggende tiltak etablert som



Faglig rådgiver Elin Kufås ved Sykehuset Asker og Bærum.

et samarbeid mellom sykehuset og de to kommunene.

– I gruppene tar vi opp tema som er særlig viktige når en i familien sliter psykisk. Gruppelederne innleder og det blir ofte fine samtaler barna imellom. De som har lyst, får snakke om foreldrenes sykdom og hvordan de selv føler det. Det er det selvfølgelig ingen krav om, og en viktig regel er at man «kan stå over», presiserer Kufås.

– Det viktigste for barna er å vite at mamma eller pappa får best mulig behandling. Psykisk sykdom kan fortsatt være både stigmatiserende og tabubelagt. Det er viktig for barn av psykisk syke å vite at de ikke er alene, at det er flere som er i samme båt. Å dele opplevelser og følelser med andre barn kan være en lindring i slike vanskelige situasjoner, mener Kufås.

## I krig og fred...

I 2004 smalt det i Madrid, i 2005 eksploderte det på T-banen i London. Øvelse Oslo 2006 skal prøve samfunnets evne og kapasitet til å håndtere konsekvensene av et tilsvarende terroranslag i Oslo.

Helseforetakene er viktige samfunnsorganisasjoner som må gi gode tjenester i både fred og krise. Derfor må vi ha planer for reaksjon og samhandling i alle situasjoner.

Det er utarbeidet en overordnet plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Øst. Denne planen gir også rammer for helseforetakenes beredskapsplaner og hvordan samhandling og koordinering med andre aktører skal være. Det er i tillegg laget en plan for smittevern, og en regional pandemiplan vil være klar sommeren 2006.

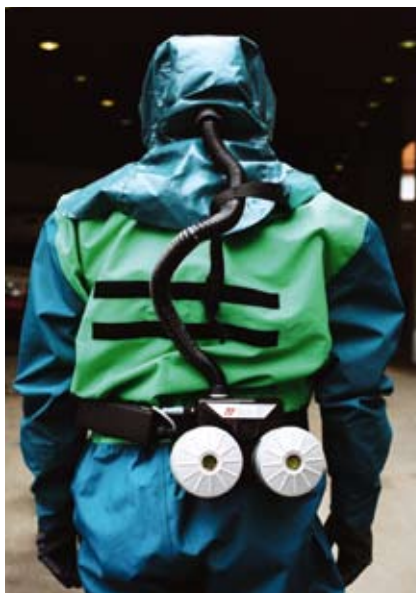
I sykehuset er hver dag en beredskaps-situasjon som alle medarbeidere er godt trent i å takle. Det er når noe ekstraordinært skjer at vi virkelig settes på prøve. Det er derfor avgjørende at vi øver på disse situasjonene. Øving må skje på alle nivåer, fra helsearbeiderne som rykker ut og møter de som rammes, til den øverste ledelse som styrer og forvalter de samlede ressursene. Uten at vi øver, er planene våre nærmest verdiløse.

### Når terroralarmen går i Oslo

– Gjennom den planlagte Øvelse Oslo 2006 får vi testet vår evne til å håndtere en stor krise som vil involvere alle helseforetakene i Oslo-regionen, sier spesialrådgiver Halvor Gude. Gude er leder av Regionalt utvalg for akuttmedisinsk beredskap.

Øvelsen kommer til å omfatte en rekke etater og aktører, fra Justis- og politidepartementet til Oslo Sporveier. Et viktig mål for Helse Øst er å få testet om helsevesenet virkelig er i stand til å takle slike store katastrofer.

– Ved full alarm heter det at vi skal kalle inn alt personell som finnes. Men å legge beslag på alt personell over tid, vil raskt gå ut over den ordinære driften. Hvordan vi



Vernedrakt for saneringsenhet.

skal organisere oss for å kunne opprettholde en forsvarlig ordinær kapasitet og samtidig ha fullt trykk på å håndtere katastrofen, er en av problemstillingene vi ønsker å finne bedre svar på gjennom øvelsen, sier Gude.

### Ullevål godt beredt

Det er inngått en avtale mellom Helse Øst og Helse Sør om hovedstadsberedskapen. Avtalen sier at Ullevål universitetssykehus (UUS) har en samordningsfunksjon i forhold til spesialisthelsetjenestens ressurser i og omkring Oslo ved større hendelser eller utenfor Oslo-området. Ullevål er akuttmedisinsk kommandosentral (R-AMK) og vil ha kommandoposten innenfor spesialisthelsetjenesten ved en slik stor katastrofe som det legges opp til i Øvelse Oslo 2006.

– Skulle det imidlertid skje at AMK-sentralen på UUS bryter sammen, er AMK i Drammen

reserve og vil kunne overta funksjonen, forteller viseadministrerende direktør Inggard Lereim ved Ullevål.

– Utarbeidelsen av katastrofeplanen for Lillehammer-OL i 1994 og erfaringer fra å lede katastrofearbeidet rundt tsunami-katastrofen er nyttig ballast for oss i den omfattende beredskapsplanleggingen vi holder på med nå, sier Lereim.

Under Øvelse Oslo 2006 vil naturlig nok medietrykket bli stort. Det er derfor engasjert 400 journalister som vil bruke alle metoder for å få ut informasjon om situasjonen.

– Vi vil derfor legge stor vekt på å lage en effektiv kommunikasjonsplan for å kunne håndtere informasjonsflyten på en måte som gavner både pasienter, pårørende, publikum og de involverte aktørene, sier Lereim.

### ABC-skader

Ullevål har også fått landsfunksjon og er kompetansesenter for behandling av pasienter med biologiske, kjemiske og radioaktive skader (ABC-skader).

– Kompetansesenteret har oversikt over medisinsk kompetanse (regionalt og nasjonalt) for behandling av stråleskadde, og det er etablert et kontaktnett av spesialister på området dersom ulykken skulle inntreffe, forteller Lereim.

Kompetansesenteret har et nært samarbeid med Giftinformasjonssentralen. Sykehuset kan selv motta et begrenset antall pasienter i denne kategorien, og har forbindelser med sykehus og kompetansemiljøer internasjonalt som også kan ta imot pasienter ved behov.

## Jakten på legionella i Østfold

» *Sykehuset Østfold har lørdag kveld 11 registrerte pasienter med legionellasmitte. De smittede er fra Fredrikstad og Sarpsborg og det jobbes nå med å finne smitekilden i disse kommunene...*

Meldingen kom på ettermiddagen lørdag 21. mai 2005.

Det store antallet nye pasienter med «uklare» infeksjonstegn, får Sykehuset Østfold til å slå alarm. Et solid fagmiljø skjønnte raskt at det var snakk om legionella-infeksjon.

– De neste dagene kom flere pasienter inn med de samme symptomene, og katastrofen var et faktum, forteller leder av beredskapsrådet ved Sykehuset Østfold, Per Engstrand.

Sykehuset har et veltrimmet beredskapsråd som raskt kom sammen og ble operativt. Det er en forutsetning for å håndtere slike situasjoner på en god måte, mener han.

Sykehusets oppgave var primært å ta seg av pasientene, mens identifisering av smitekilden var lagt til kommunehelsetjenesten og Folkehelseinstituttet.

– Det første vi vurderte var vår egen kapa-

sitet og vi foretok nødvendige koordineringer for å ha nok sengeplasser og personell til rådighet, sier Engstrand. Det var også nødvendig å ta direkte kontakt med enkelte medisinleverandører for å sikre nok medisiner.

### Mye medier

I en situasjon med et stigende antall smittede, dødsfall og ikke-lokalisert smitekilde, sto naturlig nok mediene i kø for å få siste nytt.

– Vi lagde raskt en offensiv strategi for å organisere kommunikasjonen med mediene, slik at det ikke kom ut feilaktig og for-

virrende informasjon. Vi la daglig ut statusrapporter på nettet og holdt jevnlige presskonferanser. På den måten var det vi som tok regien og styrte informasjonen som gikk ut.

### Et godt samarbeid

8. juni var jakten på smittkilden avsluttet. DNA-prøver fra pasienter ved Sykehuset Østfold og et skrubberanlegg hos Borregaard viste seg å være identiske. En viktig grunn til at man klarte å håndtere katastrofen så profesjonelt, var et særlig godt samarbeid mellom sykehuset, kommunehelsetjenesten og Folkehelseinstituttet, mener Engstrand.

## Motorsykel for raskere førstehjelp

Når ulykken er ute, kan sekundene telle. I Oslo er trafikken ofte så tett at ambulansene mister dyrebar tid under utrykningen.

Derfor vil Ullevål universitetssykehus, som har ansvar for ambulanssevirkomheten i Oslo, forsøke bruk av motorsykel som en

del av ambulansetjenesten for å gi rask førstehjelp. Tilsvarende forsøk har vært utprøvd med hell i storbyer i utlandet.

Ved Ullevål håper man at forsøksprosjektet med motorsykelambulans kan starte sommeren 2006.

## Bedre kunnskap om dobbeltdiagnose

En pasient med en diagnose som omfatter både rus og psykiatri, faller ofte mellom to stoler. Det er bakgrunnen for at Helse Øst i 2005 etablerte Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose, rus og psykiatri, som skal samle og utvikle kompetanse innen fagfeltet.

Hjelpeapparatet er tradisjonelt ikke utviklet for å håndtere dobbeltdiagnose, og behovet for ny kunnskap og nye samhandlingsarenaer er stort.

– Pasienter med dobbeltdiagnose krever helt spesiell og ofte langsiktig oppfølging. Men mange pasienter opplever at de blir kasteballer mellom rusbehandling og psykiatrisk behandling, forteller prosjektleder Helge Haugerud ved kompetansesenteret. Kompetansesenteret ligger på Sanderud og er en del av Sykehuset Innlandet HF.

### Økende rusproblem

Det omfattende rusproblemet i samfunnet og antallet dødsfall knyttet til rusmisbruk, stiller helsevesenet overfor store utfordringer. Nye tall viser at blant psykosepasienter har 30-50 prosent også et rusproblem.

Det nye kompetansesenteret tilbyr ikke behandling av pasienter, men er et senter hvor et av målene er å bidra til bedre samhandling i hjelpeapparatet.

– Vi skal være en ressurs for fagmiljøene i deres oppbygging av kompetanse innenfor diagnostikk, behandling og rehabilitering. Samtidig ønsker vi å øke oppmerksomheten og bevisstheten omkring dobbeltdiagnose, sier Haugerud.

### Prosjektstøtte

Som et ledd i kompetansebyggingen, støttet senteret i 2005 nitten faglige prosjekter. Kompetansesenterets prosjektkonsulent, Gunn Hauge Holthe, er stolt over den aktive forsknings- og utviklingsvirksomheten senteret nå driver.



– Kompetansesenteret ønsker å stimulere tverrfaglig samarbeid og prioriterer prosjekter som inkluderer kommunene. På den måten ønsker vi blant annet å bidra til bedre samhandling i tjenesteapparatet, poengterer Holthe.

Mer informasjon:  
[www.dobeltdiagnose.no](http://www.dobeltdiagnose.no)

### Koordinerende rolle

Helse Øst RHF har ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rus og avhengighet i Hedmark, Oppland, Østfold, Akershus og Oslo. Ansvaret for dette er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten. Ansvaret for å koordinere offentlige og private plasser i Helse Øst er lagt til Aker universitetssykehus, Avdeling Rus og Avhengighet. Rusbehandlingen kan deles i fire kategorier:

- Poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling
- Avrusing
- Inntil seks måneders heldøgns behandling
- Heldøgns behandling i mer enn seks måneder

### Forskningsprosjekt dobbeltdiagnose

Norges forskningsråd har bevilget 4,3 millioner kroner til et forskningsprosjekt om behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose. Prosjektet er et samarbeid mellom SINTEF Helse, seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, Øst-Norsk Kompetansesenter Rus & Avhengighet og Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri. Undersøkelser, blant annet fra USA, viser klart at det er langt større effekt å hente når begge hoveddiagnosene behandles samtidig i et integrert opplegg.

Forskningsprosjektet starter i 2006, og skal gå i tre år.

# Bedre utnyttelse av plasser til rusbehandling

Stadig flere pasienter med rusproblemer henvises i dag til behandling enn tidligere. Det er viktig å utnytte behandlingsplassene best mulig. Aker universitetssykehus har fått ansvar for at «rett pasient kommer til rett behandlingssted» i Helse Øst.

Aker overtok det koordinerende ansvaret for de private langtidsinstitusjonene for hele Helse Øst 1.9.2005. Målet med den samlede koordineringen er å utnytte de plassene som finnes bedre. I alt rår man over 280 offentlige og 420 private behandlingsplasser i Helse Øst.

## Behov for plasser

Det er mange utfordringer knyttet til rusbehandling, og en av de store er plassmangel, mener spesialrådgiver Karoline Rollag ved Aker.

– Vi merker en økning i gruppen langtidspasienter, de som trenger heldøgns behandling i mer enn seks måneder. Disse pasientene blir ofte opptil halvannet år i systemet. Det gjør at mange av de behandlingsplassene vi har til rådighet, blir opptatt lenge av gangen. Det skaper lengre ventelister enn vi ønsker.

En løsning på dette kunne være flere plasser, eller at noen av langtidspasientene kunne gå over på kortere behandling dersom det passer med helsetilstanden. Det ville til sammen korte ned ventetiden og gjøre det lettere å la pasientene komme til innen fristen. Det er også behov for et bedre tilbud til unge rusmisbrukere. Her står utfordringene i kø, mener Rollag.

– Vi trenger også bedre verktøy, for eksempel en ajourført database, som gir en effektiv oversikt over hvor mange pasienter som til enhver tid finnes ved de enkelte institusjonene og lengden på ventetider, sier Rollag.



På vei opp.

Helse Øst RHF prioriterte i 2005 videreføring og styrking av behandlingstilbud for å imøtekomme økning i henvisninger gjennom å:

- Overføre 55 millioner fra andre tjenestoområder til rusbehandling
- Styrke DPS med totalt 18,5 millioner for å etablere nye ruspoliklinikker eller styrke eksisterende psykiatriske ungdomsteam

## Sentral enhet Rehabilitering

Helse Øst har opprettet en egen enhet som henviser til og koordinerer opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Dette skjedde etter at ansvaret for bestilling og finansiering av opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner ble overført til de regionale helseforetakene.

Bakgrunnen for å opprette enheten er et ønske om å utvikle et bedre tilbud til befolkningen, og legge til rette for en tettere samhandling mellom sykehus, kommunehelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjonene.

Endringen gjelder først og fremst henvisninger fra fastleger eller legespesialist utenfor helseforetak, til institusjoner i Helse Øst. Pasienter som har behov for rehabiliteringsopphold etter behandling i sykehus i Helse Øst, henvises direkte til institusjon som har avtale om egnet tilbud.

Det betyr at pasienter som ikke er innlagt på sykehus og vil søke om opphold ved

en privat rehabiliteringsinstitusjon må henvende seg til sin fastlege. Institusjonene har forskjellig tilbud, slik at valg av institusjon kan variere ut fra diagnose eller problemstilling. Hvis pasienten ønsker å søke en spesiell institusjon kan dette angis i søknadsskjemaet.

Mer informasjon: [www.rehabinfo.no](http://www.rehabinfo.no)

*”Prosjekt ”Sentral enhet Rehabilitering” har til hensikt å bedre tilbudet til pasienter med rehabiliteringsbehov gjennom en mer ensartet prioritering av henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner, samt å styrke det faglige innholdet gjennom en oppgave og funksjonsfordeling. På sikt er målet etablering av klare behandlingsskjeder basert på råd fra brukere og fagfolk, og i denne prosessen vil prosjektet bidra med viktig informasjon i forhold til behov og kapasitet.*

Thomas Glott, overlege og prosjektleder for SeR

## Moderne dialysepost åpnet

Moderne datateknikk og telemedisinsk utstyr er tatt i bruk, og det nye tilbudet vil være til stor glede for alle pasienter nord i Østfold.

– Den nye posten ligger i Askim. Det gjør at mange pasienter får kortere reisevei, livskvaliteten øker samtidig som behandlingstidene reduseres, sa administrerende direktør Ulf Ljungblad i Sykehuset Østfold, under innvielse av den nye posten.

I Østfold har dialysebehandling kun vært utført i Fredrikstad, og det har resultert i

en reisetid på opp til en og en halv time for enkelte pasienter. Den nye posten i Askim tar i bruk moderne teknologi som gjør at pasienter får et fullverdig og sikkert tilbud nærmere bostedet.

Ukentlig vil åtte pasienter få dialyse i Askim. Hvis kapasiteten er sprengt i Fredrikstad, vil også pasienter fra sør-fylket kunne få tilbud om behandling i Askim.

Lokalt dialysetilbud finnes også på Fagernes og Otta, som satellitter til Sykehuset Innlandet.

# Hvor er brillene mine?

## Det blir flere Alzheimers- og demenspasienter. Hvordan kan vi legge forholdene til rette for å gi disse pasientene et verdig liv?



Professor Knut Engedal, Ullevål universitetssykehus.

Demens i familien, tvang i eldreomsorgen, psykiatrisk sykkelighet i sykehjem, unge med demens, mestrings, angst, smerter... Det er stor bredde i temaene det ble forsket på ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i 2005.

– Dette er et stort og komplisert felt. Hele 65 000 nordmenn har diagnosen aldersdemens, og behovene for behandling og andre tiltak er stort. Spesialisthelsetjenesten kan ikke ta hånd om alle. Det er derfor et overordnet mål å formidle kunnskap til kommunehelsetjenesten og de pårørende slik at de kan bli bedre i stand til å ta del i omsorgsarbeidet. Det sier faglig koordinator, professor Knut Engedal. Senteret har fire kjerneområder. Det ene er forsknings- og utviklingsprosjekter for å bedre omsorgs- og behandlingstilbudet til personer med aldersdemens og deres pårørende. Det andre er rådgivning og veiledning til kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utprøving av nye modeller for behandling. Det tredje er utvikling av læremateriell, og det fjerde er å tilby undervisning om demens.

### Ulike behov

Personer med demens befinner seg på ulike stadier av sykdommen. Sykehjemsbeboere på den ene siden av skalaen og personer som bor hjemme på den andre. Disse krever ulik oppfølging og tilrettelegging for å få så høy livskvalitet som mulig.

– Veldig mange av beboerne i sykehjem har demens, mange er deprimerede og mange av dem går på en rekke medikamenter. Men hvilke medisiner som er bra å kombinere med demens og hvilke som kan gjøre tilstanden verre, er et felt vi fortsatt vet for lite om, sier Engedal.

– Mennesker som er i stand til å bo hjemme, har også behov for spesielle tilbud. Vi har for eksempel vært med på å utvikle tekniske hjelpemidler som kan fortelle pasienten hvor han har forlagt brillene eller nøklene, eller kalendere som er særlig tilpasset personer med demens.

### Nye grep

Spesialisthelsetjenesten kan i sin nåværende form ikke løse alle de problemene som er knyttet til demens. Engedal tror man må tenke en del nye tanker og følge opp med handling. – Ved Ullevål universitetssykehus har vi opprettet en egen poliklinikk for utredning av demens med tverrfaglig kompetanse, leger, sykepleiere og ergoterapeuter. Erfaringene med denne poliklinikken er gode, og dette er noe vi burde satse mer på i Norge.

– Ambulante team kan være en god og fleksibel løsning for å gi et best mulig pasienttilbud. I tillegg bør primærhelsetjenesten, først og fremst fastlegene, bli bedre rustet til å håndtere pasienter med demens. Det er mye å lære av ting som har skjedd i utlandet, mener Engedal. I Sverige har man for eksempel etablert et eget Trafikkmedisinsk senter, hvor slagpasienter og personer med demens blir testet for sine kjøreferdigheter. – Å miste førerkortet, kan oppleves som et stort personlig nederlag. Det er ikke alltid lett for en fastlege å vurdere om en person er i stand til å opptre i trafikken på en forsvarlig måte. Samtidig er det jo veldig viktig at noen er i stand til å vurdere dette, da feilvurderinger kan få store konsekvenser.

Det forskes og skrives mye ved senteret, og de ansatte ved senteret kan vise til lange publikasjonslister.

– Uansett hvor mye kunnskap vi framskaffer her i senteret gjennom forsknings- og utviklingsprosjekter, får den ikke liv før den blir formidlet. Det gjelder enten den retter seg mot spesialister eller allmennheten, avslutter Engedal.

### Eldreomsorgens ABC

Et av senterets satsingsområder er å utvikle læremateriell, og prosjektet Eldreomsorgens ABC er et av de mest synlige prosjektene innenfor dette området. Lærematerialet er beregnet på ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Eldreomsorgens ABC består av permer som har fått navn inspirert av husbygging: *Grunnmur* gir innføring i basiskunnskaper om kroppen, hygiene, ernæring og psykisk helse. *Reisverk* gir innføring i arbeidsmetoder og bruk av arbeidsredskap. Fordypningspermene har fått navnet *Løft*. Den første omhandler geriatriske sykdommer. Det neste omhandler demens og behandling av personer med demens. Det tredje løftet omhandler alderspsykiatriske sykdommer.

Det er planlagt å utvide Eldreomsorgens ABC med en studieperm om aldring hos personer med utviklingshemning og en perm om aldring hos mennesker med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemning. Eldreomsorgens ABC kan bestilles hos [post@nordemens.no](mailto:post@nordemens.no)



Arne Ellingsberg i Brukerrådet ved Aker universitetssykehus.

Arne Ellingsberg er en samfunnsengasjert mann. Med sine 78 år har han bred livserfaring, praksis fra forlagsarbeid og lang fartstid som politiker. Det gir ham god bakgrunn for å sitte i Brukerrådet ved Aker universitetssykehus (AUS).

Han har også erfaring som pasient. For fem år siden fant de en aggressiv prostatakreft hos Ellingsberg. 12 år tidligere døde hans kone av kreft. Men Ellingsberg bet tennene sammen. Første året ble det en runde på hele fem ulike sykehus og neste år 37 runder med strålebehandling på Radiumhospitalet.

– Så jeg har grunnlag for å mene noe om helsevesenet.

### Informasjon viktig

I dag er sykdommen slått tilbake, og Ellingsberg står på for å bidra til best mulig

## Et styrkende samarbeid

En viktig grunn til å engasjere meg i helsespørsmål, er at jeg var mot helsereformen i 2002. Men man lærer så lenge man lever, og i dag ser jeg også positive sider ved utviklingen.

utvikling av helsetilbudet innenfor Follo-regionen som ligger under AUS, hvor han sitter i Brukerrådet som representant for Eldrerådene i Follo.

Noe Ellingsberg oppfattet som litt negativt i sin første tid i Brukerrådet, var at innkallingen og møtepapirene kom sent, slik at det var vanskelig å forberede seg til møtene. Det har også til tider vært dårlig kommunikasjon mellom AUS og Follo. Men dette har heldigvis også bedret seg.

– God informasjon er viktig. Den stafettpinen sender jeg videre til alle helseforetakene i regionen og til administrasjonen for Helse Øst på Hamar.

### Alene, men sterk

Han er inntil videre alene som representant fra Follo, som utgjør 60 prosent av opp-taksområdet til AUS. Ellingsberg har vært en varm forkjemper for et nytt stort sykehus i Follo. Da det ikke ble noe av dette, var det viktig å ruste opp det eksisterende Ski sykehus mest mulig.

– Jeg har vært med i en gruppe sammensatt av leger fra Aker/Sinsen og Aker/Ski og representanter for de seks Follokommunene

og meg som brukerepresentant. Her har vi drøftet utvikling av Ski sykehus. Det har blant annet ført til at det nå arbeides med samarbeid om et Fellesmedisinsk AkuttMottak (FAM), og at en Palliativ enhet blir åpnet i sommer, forteller han

Funksjonsfordeling har også opptatt Ellingsberg, og han har tatt opp spørsmålet i Brukerrådet.

– Jeg har fått tilslutning i Brukerrådet om å foreslå endring i funksjonsfordelingen mellom Aker universitetssykehus (Ahus) og AUS når det gjelder behandling av barn, slik at Follo's barn kan bli mottatt og behandlet på Ski i stedet for at de må til Ahus.

Læringskurven for Ellingsberg har vært bratt. Det er mye nytt og vanskelig å sette seg inn i. Opplæring av brukerrepresentanter er derfor viktig.

– Jeg er svært takknemlig for å få være med i Brukerrådet. Jeg lærer mye og trefter mange interessante og dyktige personer med ulike ståsteder. Og sist, men ikke minst, jeg har bestemt følelsen av å være til nytte med mine erfaringer gjennom et langt liv, avslutter Ellingsberg.

## Lærings- og mestringssentre

For personer med kronisk eller langvarig sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne er læring og mestring like viktig som å få medisiner og behandling.

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 bygges på samhandling mellom fagkunnskap og brukerkompetanse.



# Bedre brukere – bedre avgjørelser

## Obligatorisk brukeropplæring skal gjøre brukermidvirkerne tryggere i rollen.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) Region Øst og Samarbeidsforumet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) Øst er i ferd med å etablere et nytt kursopplegg for brukermidvirkere. Begge organisasjonene har mange representanter i brukerrådene i Helse Øst.

– Er man interessert i å delta i brukerråd, enten det er regionalt eller ved de enkelte foretakene, er det viktig å være bevisst på brukerrollen. Det er alltid en fare for at man kun ser verden ut i fra sin egen sykdomshistorie, eller den organisasjonen man representerer, mener Tom Paulsen, leder for brukerrådet i Helse Øst RHF.

– Det er derfor viktig at brukermidvirkere kan se ting i et større perspektiv. Det er også viktig å være trygg på sin egen rolle og ikke la seg overkjøre av for eksempel faglig ekspertise.

– Som brukermidvirker er rollen din å være «påvirker» – det vil si at du skal påvirke dem som tar beslutninger til å ta de beslutningene du mener er de beste. For å kunne påvirke på best mulig måte, bør du være kjent med hva «brukermidvirking» innebærer, sier Paulsen.

– Med en opplæringspakke som står klar for nye brukermidvirkere håper vi også at rekrutteringen vil øke, sier Anne-Bente Lund, regionsekretær i FFO region øst.

– En vanlig fallgrube er at man kun beveger seg på individnivå. Opplæringsprogrammet er rettet mot brukermidvirking på systemnivå. Det vil si at brukeren ikke handler på vegne av seg selv for å bedre sitt eget tjenestetilbud, men medvirker til å ivareta interessene for en større gruppe mennesker, sier Lund.

– Brukermidvirking skal ikke være et mål i seg selv. Vi skal arbeide for «et samfunn for alle». I vår sammenheng betyr det først og fremst best mulig helsetjenester og pasientbehandling, avslutter Paulsen.

*» Brukermidvirking er et av de beste virkemidlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt i Helse Øst. Derfor er brukermidvirking inkludert i våre prosjekter. Det er positivt at brukerne setter i gang brukeropplæring.*

Bente Mikkelsen, adm. dir. i Helse Øst RHF

### Brukerrådet Helse Øst RHF

Leder Tom Paulsen.....	FFO Akershus og LHL
Helga Skåden .....	FFO Oslo og Mental Helse
Mai Irene Ødegård Sjøstad.....	FFO Hedmark og Norges Diabetesforbund
Per-Reidar Staråas.....	FFO Østfold og Ryggforeningen
Knut Midthaug .....	FFO Oppland og Norsk Revmatikerforbund
John G Martinsen .....	Eldrerådet i Akershus fylkeskommune og Akershus pensjonistparti
Kirsten Marie Bøe.....	Oppland fylkes eldreråd
Ragnhild Myklebust .....	SAFO
Sandra Seland.....	FFO Akershus
Sverre Bergenholdt.....	Norges Handikapforbund

Helse Øst startet høsten 2005 et prosjekt med bred deltagelse fra helseforetak og private sykehus/institusjoner og brukere. Hensikten er blant annet å komme fram til et regionalt handlingsprogram som gjør at tiltakene ved LMS inngår som en del av behandlingkjeden, at tjenestene er av riktig kvalitet og i tilstrekkelig omfang.

### 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 Sykehuset Asker og Bærum
- LMS Sykehuset Østfold
- LMS Ullevål universitetssykehus (Barnesenteret og Læresenteret)

- LMS Sunnaas sykehus
- LMS Diakonhjemmet Sykehus
- LMS Sykehuset Innlandet
- LMS Revmatismesykehuset

### Under planlegging i Helse Øst

- LMS Røysumtunet
- LMS Glitreteknikken
- LMS Martina Hansens Hospital

# ORGANISASJON OG LEDELSE



# Verdibasert endringsledelse

**For å ta vare på og videreutvikle de ansatte, er det avgjørende med et arbeidsmiljø som skaper trygge og motiverte medarbeidere.**

Klare forventninger om økonomisk balanse og høy aktivitet i pasientbehandlingen og ufravelige krav til god kvalitet, gjør ivaretagelse av medarbeiderressursen til en av de mest kritiske suksessfaktorene. Nye oppgaver, økte og endrede behov samt nye pasientrettigheter stiller krav til den enkeltes fleksibilitet og endringsevne, men også til at vi har en organisasjon som fungerer godt. I Helse Øst er det derfor lagt vekt på bevisstgjøring av lederrollen og at det i alle viktige avgjørelser skal være tilrettelagt for aktiv medvirkning fra alle ansatte.

Helseforetakene har vist at de tar organisasjons- og ledelsesutfordringene på alvor. I 2005 ble det satt i gang flere lederutviklingstiltak. På regionalt nivå arbeides det videre med et eget ledelsesutviklingsprogram.

Den ledelsesmessige hovedutfordringen både på kortere og lengre sikt er å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å målrette, utvikle og forbedre helsetje-

nestene. Dette arbeidet må hvile på et verdigrunnlag og strekke seg etter visjonen og målene til Helse Øst. Dette innebærer at krav og innhold i forhold til endringsledelse må defineres på alle nivåer.

Som en del av arbeidet med Helse Øst 2025 har vi startet opp arbeidet med en strategi for HR-området som beskriver og målsetter den samlede innsats når det gjelder personal-, organisasjons-, ledelses- og kompetanseutvikling. Dette gir et godt grunnlag for det videre arbeid med HR-strategien i 2006.

Åpenhet og aktiv kommunikasjon er sentralt for å skape gode beslutninger. Medvirkning fra tilsatte, brukere og interesserte etterstrebes i alle prosesser Helse Øst er inne i for å skape en bedre spesialisthelsetjeneste. God implementering avhenger av forståelse for bakgrunnen for de prosesser som igangsettes og ryddighet rundt de beslutninger som fattes.

I Helse Øst er brukerinvolvering satt i system. Det finnes egne brukerråd og det holdes dialogkonferanser og høringer knyttet til enkeltsaker. Det er ingen tvil om at brukernes medbestemmelse er større i dag enn for bare noen år siden. Dette er et resultat av blant annet trygg og god ledelse.

Åpenhet betyr også søkelys på riktig oppførelse i alle ledd i organisasjonen. Helse Øst og de andre regionale helseforetakene har i 2005 inngått en samarbeidsavtale med legemiddelindustriforeningen. Avtalen innebærer at det enkelte helseforetak skal ha oversikt over, og kunne dokumentere, godkjente aktiviteter i forbindelse med kurs, kongresser, faglige møter og lignende. Dette er et av flere ledelsesgrep for at pasienten og samfunnet skal kunne ha tillit til helsepersonellens uavhengighet, integritet og medisinske vurderinger.

*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 for 2006
Fullmakts- og rolleutvikling 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 etikk, åpenhet, respekt og trygghet
Etablere en kultur som motiverer til å drive Helse Øst mot definerte mål, skape omstilling og nyskaping	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Godt arbeidsmiljø</li> <li>- Gi ledere og medarbeidere innflytelse over egen arbeidsplass</li> <li>- Legge til rette for omstilling</li> </ul>	<p>Etablere et felles ledelses- og informasjonssystem basert på målstyring, som gir grunnlag for sammenligning og læring</p> <p>Videreutvikle en intern informasjonsflyt som sikrer medvirkning og åpenhet</p>

## Helse Øst består ikke av bygninger, men mennesker

En god åpenhetskultur i hele organisasjonen, medvirkning fra ansatte og brukere, verdien av de menneskelige ressursene – det er noen av temaene de regiontillitsvalgte har vært opptatt av i 2005.

– Helse Øst er ikke de bygningene foretakene holder til i. Helse Øst er de menneskene som jobber der, sier regiontillitsvalgt i Helse Øst RHF, Kirsten Brubakk.

Når alle ikke kan gjøre alt, tvinger det seg fram en funksjons- og oppgavefordeling som skal gi et beste mulig tilbud til pasientene. Det blir et mål å samle behandlingen innen fagområder der det i dag er for små enheter til å opprettholde tilfredsstillende kvalitet.

Her har Helse Øst kommet et godt stykke på vei, mener de regiontillitsvalgte.

– Men det er helt nødvendig med reell medvirkning fra de ansatte for at slike funksjons- og oppgavefordelingsprosjekter skal lykkes, poengterer Brubakk.

### Åpenhet i fokus

Åpenhet, har vært en fanesak for Helse Øst de siste årene. I mange sammenhenger har de tillitsvalgte i Helse Øst understreket at det skal være trygt å varsle om avvik, og at varsling må ses som en del av kvalitetssikringen.

– En avviksmelding bør ses på som et «verdipapir», sier Brubakk. Hun mener at det er svært positivt at ledelsen i Helse Øst de senere årene har erkjent at det mangler åpenhet i helseforetakene og at det er viktig at det skapes en åpenhetskultur.

– Men ved mange foretak mangler det systemer som kan følge opp en avviksmelding og sørge for at den får konsekvenser for virksomheten. Det er lite motiverende for de ansatte. En av de viktigste utfordringene er å utvikle systemer som gjør at det å melde avvik, faktisk fører til noe, sier Brubakk.



Regiontillitsvalgt i Helse Øst RHF, Kirsten Brubakk

To andre temaer som det stadig jobbes med er korridorpasienter og ventetider innen psykiatri. Her mener de regiontillitsvalgte at det fortsatt står en del igjen før man kan si at man er fornøyd.

– Men noe har skjedd. Ventelistene er på de fleste områdene blitt kortere. Det skal de 31 000 ansatte i Helse Øst ha den største æren for. Men vi er fortsatt bekymret for de mange korridorpasientene og lange ventetider innenfor psykiatri.

### Viktig brukermedvirkning

Ledelsen på Hamar skal ha ros for å ha utviklet samarbeidsarenaer som sikrer tidlig involvering fra brukere og ansatte, mener Brubakk. Det er også positivt at Helse Øst

har styrt virksomheten slik at det er økonomisk handlefrihet til å prioritere satsinger som skal gi et enda bedre pasienttilbud. Men de regiontillitsvalgte er samtidig opptatt av å synliggjøre til hvilken pris og hvem som betaler prisen for et regnskap med sort bunnlinje.

– Vi har ikke svaret på dette, men vi vet at de ansatte betaler sin del av det økonomiske overskuddet, for eksempel i form av en tyngre og en mer stressende arbeidsdag.

### De ansatte som viktigste ressurs

Den største utfordringen er å gjøre de ansatte betydningsfulle. I et økonomisk fokus blir de ansatte ofte sett på som en utgiftspost, men slik vi ser det er de ansatte den største ressursen i Helse Øst. Det er de ansattes yrkesetikk og lojaliteten til pasientene som bærer sykehusene.

– Krav om effektivitet og økonomisk balanse er ofte uforenlig med en inkluderende og helsefremmende arbeidsplass. Vi ønsker arbeidsplasser som tar vare på de ansattes helse og en arbeidsgiver som ser de ressursene de ansatte er for både pasientene og helseforetakene.

– Klarer man ikke å utvikle en god, trygg og spennende arbeidsplass, som de ansatte kan være stolte av, vil man på sikt ikke klare å rekruttere mennesker til disse viktige jobbene, sier Kirsten Brubakk.

## God lederkultur

### Helse Øst vil utvikle både den enkelte leder og grupper av ledere. Målet er en god lederkultur basert på grunnverdiene i Helse Øst.

Verdibasert endringsledelse blir en sentral faktor i arbeidet med å møte framtidens utfordringer. I strategiprojektet «Helse Øst 2025» ble utfordringene konkretisert i et eget temaområde, «Ledelse». Den ledelsesmessige hovedutfordringen er å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å målrette, utvikle og forbedre den samlede produksjon av helsetjenester.

Lederutviklingsarbeidet i Helse Øst bidrar til å utvikle resultatorienterte ledere som identifiserer nødvendige endringsprosesser og tar tak i dem ut fra Helse Øst sine grunnverdier.

– Dette krever at våre ledere identifiserer seg med de overordnede og langsiktige målene til Helse Øst og ser hvilke endringer som er nødvendig i egen væremåte som ledere for å bidra til å nå disse målene. Det sier avdelingsdirektør Einar Li i Helse Øst RHF.

Gjennom samarbeidet med arbeidsgiverorganisasjonen NAVO og prosjektet «Rulende steiner samler ikke mose», blir rammebetingelser og arenaen for utøvelse av ledelse konkretisert.

Lederutviklingsarbeidet foregår både nasjonalt, regionalt og på foretaksnivå. Helse Øst deltar i styringsgruppen for det nasjonale topplederprogrammet og er involvert i gjennomføringen av dette. På regionalt nivå ble fem regionale lederutviklingsseminar gjennomført.

– Resultatene fra Åpenhetsprosjektet i Helse Øst er en del av grunnlaget for seminarene, hvor også brukerperspektivet blir gjennomdrøftet sammen med brukerrådets leder. Seminarene får meget positiv evaluering av deltakerne. Blant annet oppleves det som nyttig å trene på konkrete lederutfordringer i egen arbeidssituasjon, forteller Li.

– I tråd med satsingen på psykisk helsevern har vi videreført tilbudet til ledere og ledergrupper innenfor psykisk helsevern. Dette innebærer et eget program for ledergrupper innen denne sektoren i tillegg til deltakelse i de generelle programmene, sier Li.

Helse Øst bidrar med å hjelpe de enkelte foretak i utvikling og gjennomføring av egne lederutviklingstiltak, basert på det samme pedagogiske og verdimeslige grunnlaget som de regionale tilbudene hviler på.

Høsten 2005 ble det igangsatt et forprosjekt om HR-strategi for å sikre at den humane kapitalen i foretaksgruppen ivaretas og utvikles optimalt. Ledelse og tillitsvalgte ved hvert helseforetak har gitt sine innspill til den første rapporten. Prosjektet vil bli videreført i 2006.

### Sykehusapotekene ANS

Sykehusapotekene ANS er eid av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF og ble etablert 1. januar 2002. Sykehusapotekene ANS er sykehusenes og pasientenes kompetansesenter for legemidler og bidrar til økt pasientsikkerhet. Selskapet eier og driver 19 sykehusapotek. Sykehusapotekene samordner alt fra personell og økonomi til pasientflyt. I 2006 markerer sykehusapotekene 150-årsjubileum.



## Brikkene faller på plass

**Avdelingsjordmor Marry Anne Hellan ved Sykehuset Asker og Bærum er strålende fornøyd med den elektroniske arbeidsplanen GAT. Nå har hun god oversikt over hvilke ansatte som tar hvilke vakter og hvordan avdelingen ligger an i forhold til budsjettet.**

Hellan har 56 jordmødre som hun skal fordele i turnuser på barselposten, polikliniken og føden. Av og til må noen jobbe overtid, de trenger å bytte vakt eller å forskyve vekten sin. Med GAT kan Hellan lett gi jordmødrene sine tilbakemelding på forespørselene om endring i vaktoppsett.

– Det er et stort puslespill å få vaktene til å gå opp, sier Hellan, og er glad for hjelpen hun får ved å bruke GAT.

### Ikke overvåkning

Hellan mener ikke hun får en «storebror ser deg»-kontroll med GAT.

– Jeg har ikke fått noen tilbakemeldinger om at noen føler seg overvåket. Og det er jo heller ikke meningen. Dette gir bedre oversikt både for meg og dem. Med den nye modulen «Ønsketurnus» kan de selv gå inn og ønske seg turnus, og det er fint, sier hun.

### Ønsketurnus

For i tillegg til å sjekke hvor mye ferie man har til gode eller å registrere ønske om ekstravakter, kan jordmødrene, sammen med alle andre som nå har tatt i bruk GAT, registrere ønsketurnus. Sykehuset har også utviklet en ny modul i samarbeid med inkluderende arbeidsliv-prosjektet. Den nye modulen er nå integrert i GAT og her kan man registrere fravær og automatisk få beskjed om alle rutiner som skal gjennomføres.

– Sykehuset Asker og Bærum er faktisk det sykehuset i Helse Øst som har tatt i bruk flest av modulene til GAT. I alle fall med tanke på antall ansatte, forteller Henning Moen.

Moen har vært prosjektleder for implementeringen av GAT, og sammen med Arne Eyvind Bratsberg Aas har han lært blant andre Marry Anne hvordan systemet fungerer, med workshop hver onsdag.

### Opplæring

– Hjelpen fra Henning og Arne har vært uvurderlig. De har så mye kunnskap og jeg har aldri opplevd maken til service, skryter Marry Anne. Hun har brukt mye tid på å lære seg GAT, men er klar på at det har vært verdt hver time.

Daglig er det mellom 500-600 pålogginger på GAT-systemet. – Det tallet er halvparten av det tallet ansatte som til en hver tid er på jobb, sier Henning Moen.

### Dette er GAT-turnus:

GAT-turnus er et datasystem som har oversikten over alle stillingsforhold. Informasjon om planlagt arbeidstid, både og det som måtte komme til av merarbeid og overtid blir registrert. Det samme gjelder fravær slik at en total oversikt over tilgjengelige personalressurser kan skaffes på et hvilket som helst tidspunkt.

Programmet brukes også i planleggingsfasen, lederne lager selv turnusplaner/tjenesteplaner. Programmet tar hensyn

til den enkelte avdelings behov, men også i forhold til lover og avtaleverk, slik at alle regler blir fulgt.

Registreringene som gjøres i GAT danner grunnlaget for timelistene til hver enkelt ansatt. Dette kan igjen overføres elektronisk til foretakets lønningssystem.

EFO-modulen (Ekstra Forskjøvet Overtid) gjør at man kan legge inn avdelingens personalkostnader og ut i fra det simulere hvor-

vidt man kan forvente å gå i økonomisk balanse eller ikke basert på historikk. De midler man har til innleie av ekstra personell blir fordelt over hele året, så man kan ha en løpende oversikt over hvor mye av EFO-budsjettet som blir forbrukt fra uke til uke. Slik får man en proaktiv kostnadsstyring i stedet for en reaktiv, som har vært vanlig tidligere.

## IKT for bedre pasientbehandling

Da staten overtok ansvaret for sykehusene, var det stor variasjon i bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). I dag er arbeidet med å implementere felles løsninger i Helse Øst kommet langt. Målet er å sørge for enda bedre pasientbehandling.

IKT-strategien for Helse Øst (2005-2007) bygger på en bred prosess hvor ulike representanter fra foretakene har vært aktive. Strategien har som overordnet føring at sykehusene i Helse Øst skal gå mot det digitale sykehus.

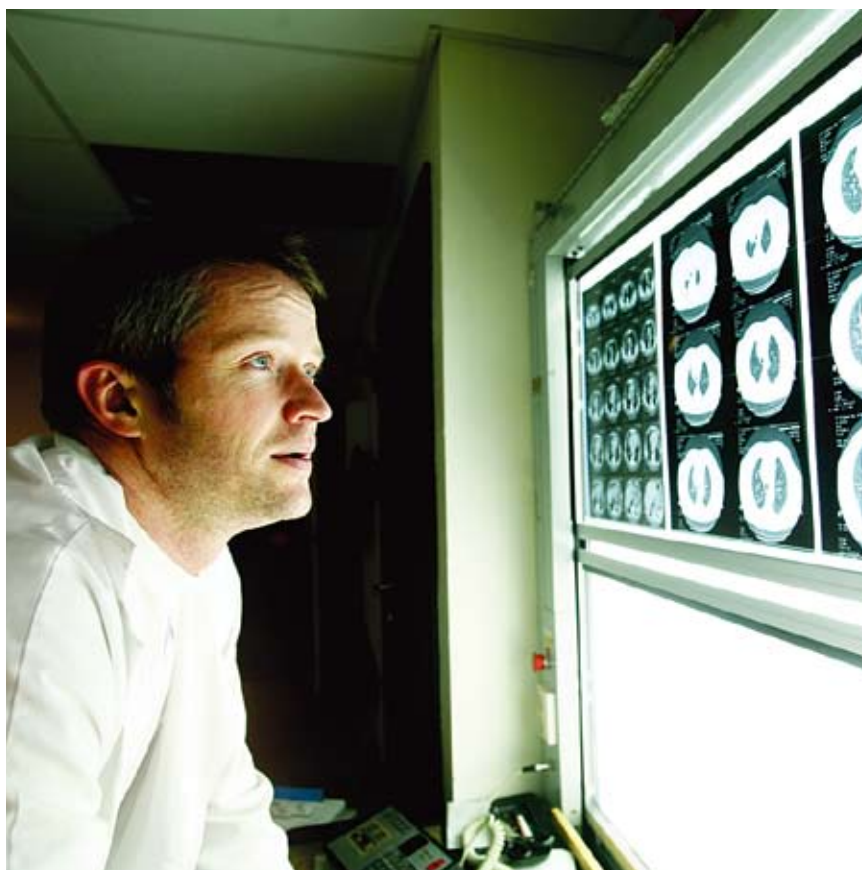
IKT-tjenestene skal ha tilstrekkelig tilgjengelighet og kvalitet til at sykehusenes primærprosesser kan utføres på et digitalt informasjonsgrunnlag. Dette er et premiss for strategien, sier viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen i Helse Øst RHF.

– IKT skal være et virkemiddel for å nå målene i overordnet virksomhetsstrategi. Det er kjernevirksomhetens behov som bestemmer valg av IKT-løsninger og -tjenester. Tiltak gjennom IKT-strategien skal støtte arbeidsprosessene i sykehusene og samhandling mellom avdelinger, sykehus, primærhelsetjeneste, pasienter og pårørende. All nødvendig pasientinformasjon skal registreres der den oppstår og være tilgjengelig i rett tid for andre aktører og systemer i primærprosesser og støttefunksjoner, sier Marthinsen.

### Felles løsninger og forutsigbarhet

Helsetjenesten er i stadig endring. Pasienters behov og forventninger endres, nye medisinske metoder tas i bruk samtidig som økonomiske rammer blir trolig mer forutsigbare.

– Det betyr at IKT-strategien har lagt vekt på at tiltak som settes i gang i perioden, skal være med på å samle og utnytte ressursene på best mulig måte, samtidig som strategien skal være robust i forhold til framtidige endringer i struktur og funksjonsfordeling, sier Marthinsen. Vesentlig for å lykkes med målene er at man i større grad fokuserer på felles løsninger



Espen Ruud, assistentlege på Røntgenavdelingen, Akershus universitetssykehus.

ger som sikrer informasjonsutveksling mellom alle aktørene, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. IKT-strategien skal bidra til at pasientene sikres trygge og gode helsetjenester, raskt og effektivt på en kvalitativt god måte.

– Strategien legger derfor opp til at vi skal «skynde oss langsomt» og bygge på erfaringer fra ulike pilotprosjekter i Helse Øst. Nye Ahus skal åpne i 2008 som et «fullelektronisk» sykehus, og vil ha en spesiell rolle

i denne utviklingen både når det gjelder nye tekniske løsninger og organisatoriske konsekvenser, sier Marthinsen.

– Det vil kreve store investeringer og være forbundet med vesentlig risiko å gjennomføre hele prosessen på kort sikt. Strategien legger derfor opp til en modell med koordinert samarbeid på områder hvor det er viktig med standardisering for å kunne realisere felles funksjoner.

# KOMPETANSE



Operasjonssykepleier  
Else Berit Feet



# Målbevisst satsing på forskning

**Kompetanseutvikling er avgjørende for kvaliteten i pasientbehandlingen. Derfor satser Helse Øst både økonomisk og strategisk på forskning.**

Første gang Helse Øst delte ut midler til forskningsprosjekter var i 2004. Det ble da delt ut 105 millioner. I 2005 ble 128 millioner fordelt til forskningsformål, og i 2006 er dette beløpet økt til hele 180 millioner. Det aktivitetsbaserte, øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår og utgjorde 78 millioner for 2005.

Den økonomiske satsingen skjer samtidig med en strategisk satsing. Forskningsstrategien for 2005–2007 er et godt fundament for å prioritere innsatsen. Spesielt har det vært behov for å styrke områder med åpenbare behov for ny kunnskap, for eksempel rus, psykisk helse, geriatri og rehabilitering.

I 2005 fikk 71 nye forskningsprosjekter støtte fra Helse Øst. Tildelingene støtter opp under flere av satsingsområdene til Helse Øst, herunder geriatri og kroniske

lidelser. Men nedslagsfeltet er samtidig bredt og prosjektene omfatter alt fra helse-tjenesteforskning til molekylærmedisin. Det er viktig med god oppfølging i forhold til hva ressursene brukes til og hvilke resultater som kan dokumenteres. Helse Øst vil styrke arbeidet med oppfølging av forskningsaktiviteten.

Det legges stor vekt på samarbeid om forskning og utdanning i regionen og mellom regionene. Tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet ble fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo etter innstilling fra Forskningsutvalget i Helse Øst. Samarbeidsorganet for høyskolene og helseforetakene, som Helse Øst opprettet allerede i 2002, er et viktig forum som gir råd i forhold til det regionale behovet for undervisning, opplæring og veiledning.

I tillegg til satsingen på forskning og utdanning, ønsker Helse Øst kompetanseutvikling i form av nettverk for kunnskapsformidling. Dette er ikke minst viktig for å skape god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenestetilbud, for eksempel i forhold til pasienter med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri.

Samhandling mellom fagkunnskap og brukerkompetanse er også et område vi er særlig opptatt av. I Helse Øst er det derfor opprettet brukerråd ved alle helseforetakene, et eget regionalt brukerråd samt en rekke lærings- og mestringssentre. Sentrene tilbyr informasjon og opplæring og er også et sted hvor fagfolk kan bli bedre til å lære fra seg.

*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 for 2006
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 RHF  Helse Øst skal ivareta sitt utdanningsansvar for legespesialister
Tilrettelegge for kompetanseoverføring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifisere kritiske prosedyrer,</li> <li>• Sikre systematisk kunnskapsoverføring</li> <li>• Sette mål på beste praksis</li> </ul>	Gjennomføre pilotprosjekt for samarbeide med førstelinjen  Pilotprosjekt psykisk helsevern  Pilotprosjekt habilitering/rehabilitering
Prioritere forskning og fagutvikling	Drive forskning og fagutvikling som er målrettet i forhold til pasientbehandling	Alle foretak skal gjennomføre tiltakene i regional forskningsstrategi og ha revidert/ferdigstilt sin forskningsstrategi

## Helse Øst satser på forskning

«Forskningsutvalget i Helse Øst bidratt til å fremme forskning i regionen.» Dette fastslår gruppen som har evaluert forskningsutvalget i Helse Øst i 2005.

Helse Øst RHF nedsatte i 2003 et regionalt forskningsutvalg. Utvalget har utformet den overordnede forskningsstrategien for Helse Øst og også ledet arbeidet med å fordele forskningsmidlene i regionen.

– Forskning er en sentral del av Helse Øst sin virksomhet. Jeg er glad for de konstruktive innspillene vi har fått gjennom evalueringen. Vi tar med oss dette inn i mandatet til det nye forskningsutvalget som skal opprettes våren 2006, sier medisinsk og helse-

faglig direktør i Helse Øst, Kristin Lossius. – God fagutvikling og utnyttelse av ny og forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å bedre kvaliteten på de helsetjenestene vi tilbyr våre pasienter, konstaterer Lossius.

Det er fordelt 180 millioner kroner til forskning i Helse Øst i 2006. I tillegg er det ørmerket 1 prosent av tilskuddet til universitetssykehusene og 0,6 prosent av tilskuddet til andre sykehus til forskning.

*”Forskning gir kunnskap og kompetanse til beste for pasientene”*

Visjonen for Helse Østs forskningsstrategi

### Nytt kompetansesenter

Helse Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning ble opprettet ved Akershus universitetssykehus 1. januar 2005. Dette er et kompetansesenter for alle som driver med helsetjenesteforskning i Helse Øst.

Senteret skal i hovedsak forske innenfor:

- **Brukerperspektivet** (behandlingsresultater, brukertilfredshet, brukerinnflytelse)
- **Yterperspektivet** (optimal kompetanseanvendelse, jobbtilfredshet, beslutningsanalyser)
- **Kostnadsperspektivet** (verdivurderinger, kostnadseffektivitet/organisering)

## Ambulansearbeidere med spesialutdanning



Spesialutdannet ambulansepersonell gir rask og god hjelp.

Rask behandling redder liv. Ved Sykehuset Østfold har 15 ambulansearbeidere, med delegert ansvar for avansert medisinsk behandling, fått spesialutdanning i førstehjelp.

I oktober startet en ny videreutdanning av ambulansepersonell hvor 15 erfarne ambulansearbeidere tok fatt på et toårig deltidsstudium ved Høgskolen i Østfold. Der fordypet de seg i akuttmedisinske felt med hovedvekt på det arbeidet som gjøres før pasienten når et sykehus.

Videreutdanningen kalles PARAMEDIC. Betegnelsen benyttes på en ambulansearbeider med spesialutdannelse i førstehjelp.

Etter endt utdanning er ambulansearbeideren spesialtrønet til avansert, livreddende førstehjelp utenfor sykehus.

Gjennom videreutdanningen er Sykehuset Østfold opptatt av å øke kompetansen innenfor et område hvor personalet møter pasienter med et uavklart, alvorlig sykdomsbilde.

Sykehuset finansierer videreutdanningen, både i form av etablerings- og gjennomføringskostnader, og gir økonomisk støtte til studentene.

# På jakt etter sjeldne sammenhenger

Inne på hvert sitt lille kontor på TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser på Sunnaas sykehus HF sitter doktorgradsstipendiatene Svend Rand-Hendriksen og Lena Lande Wekre med PCene fulle av data.

Nå gjelder det å finne sammenhenger og strukturer i det omfattende forskningsmaterialet.

– Jeg har vært så heldig å få lov til å grave meg ned i et spennende emne, forteller Rand-Hendriksen. Temaet er Marfans syndrom, og nå arbeider han iherdig med å forstå mer om denne sykdommen, finne nye sammenhenger og øke kunnskapen om kriteriene for å få diagnosen.

Vegg i vegg sitter Lena Lande Wekre fordypet i sin studie; en helhetlig beskrivelse av den voksne populasjonen med osteogenesis imperfecta (OI) i Norge. Begges mål er, gjennom en full gjennomgang av alle organsystemer som regelmessig er påvirket av sykdommene, å samle kunnskap til nytte for både fagpersoner og de som har diagnosen.

## Grundige beskrivelser

Lande Wekre ser på ulike medisinske forandringer, samt hvordan voksne med OI har det i dagliglivet, arbeidslivet og fritiden.

De to siste årene har hun hatt samtaler med og undersøkt 97 voksne med OI.

– Det vil ha stor betydning å få gjennomført en systematisk populasjonsbeskrivelse av voksne med OI, da dette ikke er gjort tidligere, opplyser Lande Wekre. – Kunnskap basert på en såpass omfattende kartlegging vil være et viktig grunnlag for de råd vi gir til personer med OI i forhold til forebygging av komplikasjoner, behandling, genetisk veiledning og prognose. En systematisk gjennomgang vil også kunne si oss noe om tilstandens naturlige forløp, påpeker hun.

## Omfattende datainnsamling

Rand-Hendriksen har arbeidet med sin doktoravhandling siden 2002, hvor han i sam-

arbeid med andre fagpersoner har gjort grundige undersøkelser av 105 nordmenn over 18 år som er registrert med, eller med mistanke om, diagnosen Marfans syndrom.

Alle har fått vurdert ytre tegn på Marfans syndrom, samt gjennomgått MR- og CT-undersøkelser. I tillegg har samtlige blitt vurdert hos øyelege og hjertelege og fylt ut spørreskjema for selvrappert livskvalitet. Genet for fibrillin 1 er undersøkt for å finne ut om det er en mutasjon i genet.

## Til nytte for deltakerne

TRS legger stor vekt på god oppfølging av brukerne. Samtlige deltakere i studiene får tilbud om en samtale med forklaring på de funn som er gjort hos vedkommende. De får råd om videre oppfølging og eventuell behandling. – Vi ønsker selvsagt å bruke funnene våre til det beste for den enkelte. Flere av prosjektdeltakerne i Marfans-studien er blitt operert og fått satt inn en kunstig del av aorta som følge av funnene vi gjorde, opplyser Rand-Hendriksen.

– Ettersom vi gjør en full gjennomgang av alle organsystemer som regelmessig er påvirket, vil den enkelte kunne ta de hensyn som er hensiktsmessige ut fra hvilke forandringer vedkommende har, samt motta mer målrettede råd og veiledning i forhold til sin diagnose, supplerer Lande Wekre. Begge stipendiatene er enige om at noe av det mest spennende med denne typen studier, som dreier seg om en sjelden tilstand, er nettopp det at man ser sammenhenger og nytteverdi av arbeidet underveis.

### TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser

TRS er et nasjonalt kompetansesenter for sju sjeldne diagnosegrupper. Senteret samler, utvikler og sprer kunnskap om diagnosene. Alle kan ta kontakt med TRS uten henvisning fra lege eller andre, og tjenester fra TRS er gratis. For mer informasjon se: [www.sunnaas.no/trs](http://www.sunnaas.no/trs)

### Marfans syndrom

Marfans syndrom er en arvelig bindevevssykdom. Den kjennetegnes ved lange rørrknokler, forandringer i hjerte- og karsystemet, løse linser i øynene samt ledd- og muskelproblemer.

### Osteogenesis imperfecta

OI er en gruppe arvelige bindevevssykdommer. Kjennetegnes ved ben-skjørhet, tannbensavvik, hørseltap, blå bindehinner i øynene, overbevegelige ledd og redusert høydevekst.

# KVALITET



Hjelpepleier Anne Berit Holte

# Pasientsikkerhet og tillit

**Helse Øst arbeider målrettet med kvalitetsforbedring. Etter hvert som kvalitetssystemene kommer på plass, kan vi konsentrere oss om innholdet.**

Kvalitetsstrategien for hele foretaksgruppen har god pasientbehandling og bedre pasientsikkerhet som mål. Systemene er bare starten. Det gir en struktur for lettere samarbeid i helseforetakene og god kvalitet på behandlingsresultatet til pasientens beste.

Pasienten skal kunne være trygg på at behandlingstilbudet er så godt som det skal være. Dersom det skjer feil eller komplikasjoner, skal det være åpenhet rundt hendelsen og pasienten skal gis riktig informasjon. Pasienten skal møtes på en åpen og respektfull måte, og det bør være lav terskel for be om unnskyldning der det er naturlig.

Vel så viktig er det at vi henter ut lærdom av våre feil og de uønskede hendelsene som skjer. Åpenhet danner et godt grunnlag for forbedring. Helse Øst er opptatt av at helseforetakene skal preges av en kultur som gjør at de ansatte føler det trygt å si fra om feil og mangler.

Kvalitet er mer enn kvalitet i selve pasientbehandlingen. Kvalitet på service er ofte det som gir pasienten det avgjørende inntrykket av møtet med spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene i Helse Øst scorer høyere på indikatorene som sier noe om kvalitet i pasientbehandlingen, enn på de som sier noe

om kvalitet på service. Videre er 80 prosent av klagen på helsetjenester knyttet til oppførselen til ansatte. Dette indikerer at vi i det videre kvalitetsarbeidet har mye å hente på å være bevisste i møtet med pasienten og opptre respektfullt. Slike forbedringer koster ikke penger.

*Les mer om viktigheten av god meldekultur og andre sider ved 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 for 2006
Utvikle et helhetlig kvalitetssystem	God kvalitet kan dokumenteres etter et felles system	Ordningen med pasientansvarlig lege implementeres  I løpet av 2006 skal alle HF ha videreutviklet sitt kvalitetssystem  Implementere kunnskapsbasert praksis  I løpet av 2006 skal hele foretaksgruppen implementere felles systemer og rutiner som dokumenterer at krav til informasjonssikkerhet er tilfredsstillt

## Vi må lære av våre feil!

– Det gjøres feil i alle norske sykehus. Dette går utover pasientene. Feilene må åpent fram slik at de ansatte og sykehusene hele tiden kan lære og bli bedre. Helse Øst arbeider hardt med å etablere en kultur i sykehusene der det oppleves som trygt og riktig å varsle om feil.

Ordene kommer bestemt fra administrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen, og hun legger til:

– Det er ikke enkelt å få en god meldekultur, det krever tillit og en ganske stor kulturendring. Det krever at vi bruker meldingene til forbedring og ikke til å lage moderne gapestokker.

Befolkningens tillit til sykehusene bygger på at de får den hjelp og behandling de trenger. For de mest vanlige inngrepene vil sykehusoppholdet som regel svare til forventningene. Det handler om inngrep der pasienten kan få god informasjon om eventuelle komplikasjoner og lengden på sykehusoppholdet.

Det er store forskjeller i hvor flinke sykehusene er til å melde om uønskede hendelser, mener Mikkelsen. Dette kan skyldes usikkerhet om hva som skal meldes, eller at det ikke er system som sikrer at alle melder når de skal melde. Variasjonen i antall tilsynssaker kan igjen ha sammenheng med ulikt antall meldinger til Helsetilsynet. Det samme gjelder forskjellene i utbetaling fra Norsk Pasientskadeerstatning.

### Alle har meldeplikt

Alt helsepersonell har plikt etter Lov om spesialisthelsetjenesten til å melde alvorlige pasientskader og nestenuhell skriftlig til Helsetilsynet i fylket. Målet er at sykehusene skal lære av sine feil og pasientenes sikkerhet styrkes. Alle meldinger skal behandles i sykehusets kvalitetsutvalg og det skal iverksettes forbedringer der hendelsen oppsto. Fylkeslegene vil vurdere meldingene og eventuelt opprette tilsynsak.

Det er imidlertid ulik oppfatning blant hel-



Det skal føles trygt å varsle om feil. Fra venstre: Haakon Melsom, Jama Ali, Rune Tonning, Lene Hedlund ved Ullevål universitetssykehus. Illustrasjonsfoto.

sepersonell om hva som er meldepliktig, mener Mikkelsen og peker på enkelte uklarheter:

Hvilke komplikasjoner er påregnelig slik at de ikke skal meldes?

Når er påregnelige komplikasjoner så alvorlige at de likevel skal meldes?

Hvilke andre hendelser er så alvorlige at de skal meldes?

Hvilke alvorlige nestenuhell skal meldes?

– Ulik tolkning skaper ulik praktisering av meldeplikten. Noen sykehus melder for eksempel alle re-operasjoner til Helsetilsy-

net, mens andre sykehus ikke melder slike hendelser i det hele tatt. Hendelsesregistreringene til Helsetilsynet vil derfor ikke gi et sammenlignbart bilde av sykehusene før alle registrerer de samme hendelsene på samme måte. De sykehusene som tolker meldeplikten bredt og melder flest hendelser vil tilsynelatende ha flere alvorlige hendelser enn de som tolker meldeplikten snevrere. Det er liten tvil om at de som melder mye og gjennomgår hendelsene lokalt har størst mulighet for å lære og bli bedre, sier Mikkelsen.

## Veien videre

Uansett ulik praktisering av meldeplikten, kan vi slå fast at det skjer for mange uønskede hendelser i sykehusene i Norge i dag. Selv om vi etter hvert vet en del om hvor det svikter, vet vi ikke nok om hvordan hendelsesdata kan brukes slik at man kan unngå unødvendige, alvorlige pasientskader i fremtiden.

Samtidig må det gjøres andre tiltak for å bedre forståelsen av uønskede hendelser både i befolkningen og blant helsepersonell. Helse Øst RHF vil arbeide for følgende:

- Sykehusene skal bli bedre til å registrere alle typer uønskede hendelser.
- Melderutinene til Helsetilsynet skal bli bedre.
- Pasienter skal få bedre informasjon om sin rett til å klage.

Helsepersonell skal bli bedre til å lære av sine feil og forebygge uønskede hendelser. Pasientene som rammes av uønskede hendelser, skal ivaretas gjennom åpenhet og riktig informasjon, der det er naturlig skal det bes om unnskyldning og det skal sørges for at hendelsen, så langt det er mulig, ikke gjentar seg.

- De sykehusene som går foran med en åpen og god meldekultur, må tåle et økende antall klager og mediaoppslag i overgangen til et åpnere og tryggere helsevesen. Målet er å ha en kultur i alle sykehusene der feil meldes og der ansatte lærer av de feilene som er gjort slik at behandlingen blir så god og trygg som mulig, avslutter Mikkelsen.

# Nye veier for å sikre god kvalitet

For å sikre god kvalitet og likeverdig behandling i hele regionen, har Helse Øst som det første regionale helseforetak i Norge gjennomført medisinske fagrevisjoner. Revisjonene i 2005 rettet seg mot en vurdering av standarden på behandling av brystkreft, slag og selvmords-truede pasienter.

– Det er viktig både for pasienter, fagpersonell og ledere å kunne være sikre på at tjenestene Helse Øst tilbyr er i tråd med anerkjente kvalitetskrav og oppdatert kunnskap. Derfor har vi foretatt fagrevisjoner. Målsettingen har vært å lære av hverandre og utnytte felles kunnskap til beste for pasientene. Det sier avdelingsdirektør kvalitet i Helse Øst RHF, Elisabeth Arntzen.

Revisjonene ble gjennomført ved at fagrevisorer og eksterne fageksperterte identifiserte gjeldende krav og reviderte foretakenes praksis i forhold til dette.

## Ny erfaring

Anvendelsen av fagrevisjoner har gitt Helse Øst og norsk helsetjeneste en ny erfaring i arbeidet med å vurdere og utvikle behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten.

– Fagrevisjonen har lagt grunnlag for økt åpenhet og bruk av felles medisinskfaglige standarder i pasientbehandlingen. Målet har i hovedsak vært å lære av hverandre, ved at revisorene har gitt råd og veiledning under revisjonene og at det som var bra

hos én virksomhet kunne overføres til de som ikke var like gode, sier Arntzen. Resultatet av fagrevisjonen skal brukes i forbedringsarbeidet for å oppnå god praksis.

## Godt skal bli bedre

Resultatene viser at pasientene stort sett tilbys en tilfredsstillende behandling. Men revisjonene viser at det er behov for forbedringer som for eksempel å øke antallet brystbevarende operasjoner, tilby alle akutte slagpasienter behandling i slagenhet og å forbedre selvmordsvurderingene.

De enkelte foretakene har fulgt opp revisjonsrapportene ved å lukke avvik og iverksette nødvendige tiltak. Resultatet fra revisjonene danner grunnlaget for forbedringer og for oppfølging av nye revisjoner i framtiden. Fire revisjoner planlegges gjennomført i Helse Øst i løpet av 2006. Kanskje kan dette være begynnelsen på et nasjonalt samarbeid om beste praksis innen viktige fagområder.

„Målet for en god lege er ikke å unngå å gjøre feil, da vil du ikke få gjort noe. Det viktige er hvordan du består de feil du begår

Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk UiO

RESSURSER





## Fortsatt drift i balanse

For fjerde år på rad har Helse Øst driften i balanse. Dette er et resultat av den betydelige innsatsen som medarbeiderne i helseforetakene har lagt ned.

De ansatte er den viktigste ressursen i Helse Øst. Det er grunn til å berømme våre medarbeidere for stor innsatsvilje i en tid med mange endringer. Alle helseforetak har forpliktet seg til å være IA bedrifter, noe som er svært positivt. Utfordringen er hva dette skal bety i praksis. Gjennom Arbeidstilsynets «God Vakt»-kampanje kom det fram at forholdet mellom oppgaver og bemanning er mest problematisk for sykehusansatte.

Som en oppfølging av dette, og som et ledd i arbeidet med personalutviklingen, ønsker Helse Øst RHF å styrke ivaretagelsen av personellansvaret. I dette arbeidet vil samspillet med tillitsvalgtapparatet være viktig. Helse Øst arbeider også aktivt for å redusere sykefraværet. Det er i 2005 anskaffet verktøy for å kunne gjennomføre en felles arbeidsmiljøundersøkelse for alle ansatte i Helse Øst i 2006 og årene framover.

I tillegg til egne ressurser, har Helse Øst avtaler med private leverandører av helse-tjenester. For å sikre ryddighet, er det utviklet en strategi for bruk av private leverandører og avtalespesialister. Målet er at de private skal være et supplement til egne tjenestetilbud, en utfordrer i forhold til egen kvalitet og tilgjengelighet og et alternativt tilbud for pasienter. Det private tilbudet dekker fagområder som rehabilitering, rus, laboratorietjenester og røntgen, kirurgi og psykisk helsevern. Samlet utgjør dette ca. 8 prosent av helsetjenestene i Helse Øst. Helse Øst inngår avtaler basert på kriteriene kvalitet, tilgjengelighet, leveringssikkerhet og pris.

En vesentlig utfordring for Helse Øst er den store bygningsmassen med dyrt og krevene vedlikehold på grunn av stort vedlikeholdsetterleap. Mange av dagens syke-

husbygg er pengesluk som «stjeler» penger fra pasientbehandlingen. I tillegg har mange av dem en standard som det ikke egner seg å behandle syke mennesker i.

Helse Øst etablerte derfor i 2005 et eget prosjekt for å kartlegge hvor og hvordan nødvendig kapitalrasjonalisering kan gjennomføres. Dette er viktig for å sikre tidsriktige og effektive bygninger til å drive vår virksomhet i framtiden.

I Helse Øst pågår det nå tre byggeprosjekter. Nye Ahus er planlagt tatt i bruk i oktober 2008. Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål universitetssykehus nærmer seg ferdigstillelse, og vil ha full drift fra 1. januar 2007. Ny Nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum vil også bli ferdigstilt og tatt i bruk i samme periode.

*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 for 2006
Etablere et rettferdig internt finansieringssystem i Helse Øst	Et finansieringssystem som er åpent, oppleves rettferdig og belønner god kvalitet, effektiv drift og omstilling	Implementere nytt inntekstsystem for DRG-basert virksomhet i budsjettet for 2006
Utvikle og implementere et system for god ressursutnyttelse og økonomistyring	Å få et styringssystem som gjør oss i stand til å ivareta våre overordnede mål innenfor tilgjengelige ressursrammer	Tettere oppfølging gjennom enklere og raskere datafangst  Framskaffe oversikt over arealer fordelt på forskjellige kategorier, og sette opp mål for mulig omfordeling og produktivitetsøkning
Utvikle arbeidsmiljø som gir fornøyde og kompetente medarbeidere	Forutsigbar og langsiktig satsing på utvikling av ledere og medarbeidere – både for grupper og individuelt	Etablere system for regelmessig oppfølging av arbeidsmiljøet

## Mentale forberedelser til flytting

Å flytte fra gammelt til nytt sykehus handler ikke bare om tonnevis av flyttelass og nye bygninger. Det handler også om å utvikle nye arbeidsformer og en ny organisasjonskultur.

– Derfor startet vi allerede i 2005 en rekke prosjekter som skal se på ulike sider ved organiseringen av det nye Akershus universitetssykehus, sier administrerende direktør Erik Normann.

– Vi har samlet inspirasjon og ideer fra en rekke steder. Ved det nye St. Olavs Hospital i Trondheim pekte ledelsen på noe viktig som det ofte er lett å glemme. Det nye sykehuset vil for de ansatte bli en helt ny verden. I dag går vi på «autopilot». Vi vet hvor vi skal gå mellom avdelingene, hvilke trapper og dører som fører hit og dit. Mens du går kan du tenke jobb og forberede deg eller oppsummere underveis.

– I det nye sykehuset vil det vil være en periode hvor vi nærmest må bruke kart og kompass for å finne fram, og det vil lett kunne påvirke arbeidsrytmen. Det er viktig å være forberedt på dette.

Tiden før flytting gir en unik mulighet til å gå gjennom virksomheten fra kjeller til loft. Driver vi på best mulig måte for pasienten?

### Stor interesse blant ansatte

– Da vi søkte etter ansatte til flyttingprosjektene i fjor, meldte det seg 140 personer.



HKH Kronprins Haakon under grunnsteinsmarkeringen i september.

Noen ville være prosjektledere, andre prosjektmedlemmer. I slike sammenhenger oppdager vi at de ansatte i organisasjonen har en langt bredere kompetanse og erfaring enn vi var klar over. Det er spennende og nyttig å erfare, og viktig å ta vare på. Noe helt nytt vil være poliklinikk med utvidet åpningstid. Det vanlige er å ha åpent i kontortiden, mens det nye sykehuset også vil ha åpent om ettermiddagen og kvelden. Det er brukervennlig, man slipper å ta fri fra skolen eller jobben for å få behandling, og det er lettere for pårørende å være med. – Men for de ansatte betyr det en ny

arbeidshverdag med nye vaktordninger. Hvordan kan vi best få denne kabalen til å gå opp, er spørsmål vi jobber med, sier Normann. Han mener det er viktig å bruke tid på slike spørsmål nå i forkant av overgangen fra gammelt til nytt sykehus. – Slik kan vi unngå å videreføre gammel tenkning, som ikke vil passe særlig godt i den nye organisasjonen, avslutter Normann.

## Ny hverdag for pasienter og ansatte

340 000 personer fra Romerike og bydelene i Oslo nord får nytt sykehus i 2008.

Det nye sykehuset blir ikke et tradisjonelt institusjonsbygg. Utformingen er styrt av en sterk vilje til å sette pasienten i sentrum. Åpenhet, god arkitektur og kunstnerisk utsmykning bidrar til trygghet og stimulerende atmosfære. Åpningstiden blir utvidet for å imøtekomme pasientenes behov og

for å utnytte dyrt utstyr og bygninger bedre. Samling av funksjonene skaper bedre kontakt mellom behandler og pasient, og sengerom skaper trygghet og nærhet mellom pasient og pleiere. Korte avstander mellom sengeposter og behandlingsområder, god organisering og moderne teknologi gir per-

sonalet mer tid til pasientene. I tråd med moderne prinsipper trekkes pasientene aktivt med i egen behandling. Kunst, arkitektur og en egen pasientterminal for fjernsyn, film, spill og internett bidrar til en stimulerende atmosfære.

## Bedre bruk av pengene

**Helse Øst kjøper inn varer og tjenester for omkring fire milliarder kroner årlig. Hovedmålet er å støtte sykehusenes kjernevirksomhet gjennom effektive innkjøps-systemer for å få best mulig pasientbehandling for hver krone.**

Det er startet opp og gjennomført en rekke anskaffelsesprosjekter på nasjonalt-, regionalt- og foretaksnivå de siste årene. De handler kort fortalt om å gå gjennom hele porteføljen av avtaler med alt fra reisebyråer og cateringfirmaer til leverandører av medisinsk utstyr og kontorrekvisita. Fokus på forsyningsstruktur og bruk av eHandel har vært viktige satsingsområder.

Høsten 2005 ble det satt i gang en kartlegging av innkjøp knyttet til områdene forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling, og medisinteknisk utstyr. Det ble i 2005 også løpende levert rådgivende og tilretteleggende oppgaver for optimale anskaffelsesprosesser og forsyning til driftsorganisasjonen.

– Vi har etablert prosesser og systemer for å sikre kvalitet og effektivisere det desen-

traliserte innkjøpsarbeidet som gjennomføres i sykehusenes kjernevirksomhet. Det bør imidlertid utvikles mer kunnskap om hvordan anskaffelser og forsyningsvirksomhet blir gjennomført i kjernevirksomheten eller nært knyttet til denne. Kartlegginger fra høsten 2005 identifiserer en rekke utfordringer, spesielt knyttet til investeringskjøp, sier viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen i Helse Øst RHF.

Han peker på tre delmål som alle har stor betydning for innkjøp og forsyning.

– Vi har hatt et skarpt fokus på kostnadsreduksjon, og oppnådde i 2005 akkumulert en besparelse på 6,8 prosent. Et annet delmål er prosessgevinster som er knyttet til effektiv oppgavefordeling internt i det enkelte helseforetak og samlet i foretaksgruppen.

Potensialet ved å samordne forsyningsstrukturen for foretaksgruppen er gjennom et pilotprosjekt estimert til ca 75 millioner i reduserte årlige driftskostnader.

– Et tredje delmål er kvalitet. Fokus på god virksomhetsstyring ved innkjøp og forsyning er fulgt opp gjennom opplæring av personell i helseforetakene. Det er laget en brosjyre som er sendt til helseforetakene med veiledning for ansatte som blir involvert i innkjøpsarbeid. Det er også etablert og forankret rutiner og prosedyrer for gjennomføring av prosjekt og dokumentering av resultater. Vi gjennomførte i 2005 en kursserie for å heve det generelle kompetansenivået på innkjøp og forsyning i foretaksgruppen, sier Marthinsen.

Fornuftige innkjøp, også i det daglige, gir mer penger til pasientbehandling.



# Begivenheter i 2005

## 1. tertial:

- Mer enn halvparten av alle epikriser blir sendt fra foretakene innen sju dager. Aller best er Aker universitetssykehus som sender ut mer 80 prosent av epikrisene innen fristen.
- Helse Øst og Brukerrådet arrangerte dialogkonferanse med deltakere fra ulike brukerorganisasjoner.
- Helse Øst fordelte sju millioner kroner til brukerorganisasjoner i regionen.
- Sykehuset Innlandet åpnet sitt Lærings- og mestringssenter. Slike sentre finnes dermed ved alle helseforetakene i Helse Øst.
- Helse Øst og Standard Norge arrangerte konferansen "Kvalitet i helse- og omsorgsektoren – erfaringer med bruk av EN ISO 9001 i helsetjenesten" Omlag 290 deltok.
- Hulda Gunlaugsdottir ny administrerende direktør for Aker universitetssykehus HF.
- Erik Kreyberg Normann ny administrerende direktør for Akershus universitetssykehus HF.
- Helse Øst gjennomførte fagrevisjoner innen slag, brystkreft og psykiatri. 16 avdelinger i Helse Øst deltok.

## 2. tertial:

- Lovisenberg Diakonale Sykehus har fått tildelt en million kroner fra Helse Øst for å starte opp et pilotprosjekt for behandling av personer av somalisk bakgrunn med alvorlig sinnslidelse.
- Norsk institutt for by- og regionsforskning gjennomførte en evaluering av statlig eierskap og foretaksorganisering. Bedre tilgjengelighet til sykehustjenesten er et av funnene.
- Helse Øst RHF undertegnet rammeavtale på IT-utstyr og konsulenttjenester med en verdi på over 500 millioner kroner.
- Helse Øst kartla hvor stor andel av de ansatte i helseforetakene som har bierverv i eksterne virksomheter. Helse Øst etablerte retningslinjer for adgangen til bierverv høsten 2005.
- Befolkningen er mer tilfredse med sykehusene nå enn før helsereformen. Østlendinger er gjennomgående mer fornøyde enn folk andre steder i landet, viser undersøkelse som ble gjennomført av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Kronprinsesse Mette-Marit åpnet Lærings- og mestringssenteret ved Barnesenteret på Ullevål universitetssykehus.
- Helse Øst inngikk avtale om nytt felles elektronisk svangerskaps- og fødejournalssystem.
- Nye medlemmer i styret for Helse Øst RHF og i helseforetakenes styrer i juni.
- Tove Strand ny administrerende direktør for Ullevål universitetssykehus HF.

## 3. tertial:

- Kronprins Haakon deltok i grunnsteinsmarkeringen ved Nye Ahus.
- Styret for Helse Øst vedtar kvalitetsstrategien for perioden 2005–2008.
- Sunnaas sykehus deltar i et samarbeidsprogram som skal bidra til bedre tilbud for Kinas 60 millioner funksjonshemmede.
- Sunnaas sykehus HF åpnet i Drøbak en ny enhet for rehabilitering av hjerne-skader. Enheten vil bli Norges eneste rendyrkede spesialiserte rehabiliteringstilbud til mennesker med kognitiv funksjonssvikt.
- Helse Øst gjennomfører et pilotprosjekt der pasienter får epikrisen med seg hjem ved utskriving.
- Styret i Helse Øst RHF har vedtatt at en regional samordning av medisinske støt-tefunksjoner skal ivaretas gjennom en nettverksmodell med fast etablert faglig ledelse lagt til et helseforetak.
- Bente Mikkelsen ble i styremøtet i Helse Øst i november ansatt som ny administrerende direktør i det regionale helseforetaket.
- Tor Berge takker av som administrerende direktør i Helse Øst RHF. Berge blir ny styreleder ved Aker universitetssykehus og Ullevål universitetssykehus.

# ÅRSBERETNING OG REGNSKAP

Helse Øst RHF			(Beløp i 1.000 NOK)	Foretaksgruppen	
2004	2005	NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2005	2004
15 255 493	14 201 984	1	Basisramme	14 201 984	15 255 493
5 827 186	8 707 196	1	Aktivitetsbasert inntekt	9 179 767	6 283 086
831 642	920 360	1	Annen driftsinntekt	1 845 914	1 713 359
<b>21 914 321</b>	<b>23 829 540</b>		<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>25 227 665</b>	<b>23 251 938</b>
21 795 675	23 649 892		Kjøp av helse tjenester	5 958 758	5 146 389
0	0		Varekostnad	2 214 583	2 074 170
49 952	51 332	3	Lønn og annen personalkostnad	13 707 653	12 857 818
4 291	5 854	5	Ordinære avskrivninger	1 557 693	1 489 559
0	0	5	Nedskrivning	4 503	13 343
95 639	109 773	7	Annen driftskostnad	2 269 200	2 152 626
<b>21 945 557</b>	<b>23 816 851</b>		<b>Sum driftskostnader</b>	<b>25 712 390</b>	<b>23 733 905</b>
<b>-31 236</b>	<b>12 689</b>		<b>Driftsresultat</b>	<b>-484 725</b>	<b>-481 968</b>
<b>FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>					
49 447	61 123	7	Finansinntekter	61 202	60 971
-409 865	-562 204		Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
0	-6 536	7	Finanskostnader	-5 197	-1 324
<b>-360 418</b>	<b>-507 617</b>		<b>Netto finansresultat</b>	<b>56 005</b>	<b>59 646</b>
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>Resultat før skattekostnad</b>	<b>-428 721</b>	<b>-422 321</b>
0	0	14	Skattekostnad	-1 684	-562
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-430 405</b>	<b>-422 883</b>
				<b>591</b>	<b>316</b>
<b>MINORITETERS ANDDEL AV ÅRSRESULTATET</b>					
<b>OVERFØRINGER</b>					
-112	-108		Overført fra strukturfond	-129 487	-134 490
-391 542	-494 820		Overført til/fra annen egenkapital	-300 918	-288 393
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>Sum overføringer</b>	<b>-430 405</b>	<b>-422 883</b>

## 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.

Denne visjonen 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 2005

Styret har i «Årlig melding fra Helse Øst RHF 2005» gitt en utførlig redegjørelse for driften i 2005 hvor det er lagt til grunn at «sørge for» ansvaret er oppfylt. (Ref. [www.helse-ost.no](http://www.helse-ost.no)).

### Organisering

Hovedkontoret til Helse Øst ligger på Hamar. Helse Øst besto i 2005 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 RHF er Helse Øst RHF 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 Innkjøpservice AS	20%
Luftambulansetjenesten ANS	20%
Norsk Helsenett	20%

For å løse «sørge for» ansvaret har Helse Øst RHF inngått driftsavtaler 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 spesialisthelsetjenester med private aktører. Helse Øst RHF har avtaler med 810 privatpraktiserende spesialister og har inngått avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester innen rusområdet, psykisk helsevern, kirurgi, lab/røntgen, habilitering og rehabilitering.

### Strategiarbeid

Helse Øst har i 2005 startet arbeidet med en langsiktig utviklingsstrategi – Helse Øst 2025. Arbeidet er overordnet og skal være premiss for de strategiske prosessene i helseforetakene.

Det er for øvrig i perioden 2002-2005 utviklet strategiske dokumenter innen en rekke delområder; IKT, innkjøp, forskning, kvalitet, forholdet til avtalespesialister, private aktører, bierverv, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering mv.

### Prioriterte mål for Helse Øst i 2005

I tråd med bestillerdokumentet 2005 og protokoll fra foretaksmøter, har Helse Øst i 2005 prioritert psykisk helsevern, behandling av rusmisbrukere, habilitering og rehabilitering, reduksjon av ventetid, reduksjon av overbelegg og korridorpasienter, god virksomhetsstyring og organisering, samt god økonomisk styring. Helse Øst kan vise til reduserte ventetider og økt omfang av behandlingen både innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske tjenester.

Helse Øst har videreført sine mål og prinsipper om god økonomisk styring. Tatt i betraktning de krevende økonomiske rammebetingelser en er underlagt, har foretaks-

gruppen samlet sett en tilfredsstillende økonomisk status ved årsskiftet 2005/2006. De enkelte helseforetak står overfor ulike utfordringer for å imøtekomme kravet om økonomisk balanse i 2006.

Ut fra helseforetakenes stramme økonomiske rammer, har det ikke vært mulig å redusere vedlikeholdsetterslepet på bygninger og utstyr, som var om lag 3,5 mrd. kroner ved reformens start i 2002.

Helse Øst har i 2005 oppfylt eiers krav til at den prosentvise veksten innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere og psykisk helsevern skal være høyere enn innen somatiske tjenester.

(Alle tall i 1000 kr.)

#### Driftskostnader fordelt på tjenesteområdene

	Økning 2004-2005	Økning i %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	108 943	13,6
Psykisk helsevern	609 951	14,4
Somatiske tjenester	723 100	4,8
Annet	412 685	12,2
<b>Sum</b>	<b>1 854 678</b>	<b>7,8</b>

Annet: Finansieringsansvar av pasienttransport ble endret fra 50 til 75%

Selv om Helse Øst RHF er tilfreds med de gode resultater i 2005, er det fortsatt områder hvor resultatene ligger etter fastsatte mål og forutsetninger. Dette gjelder spesielt antall korridorpasienter, som til tross for konkrete tiltak fortsatt ligger for høyt. Ventetiden for barn og unge til psykiatrisk behandling er redusert med 11% i 2005, men anses fortsatt for lang.

### Virksomhetsstyring

Det ble i 2005 gjennomført en ekstern evaluering av styrene og styringsmodellen i Helse Øst. På bakgrunn av evalueringen ble det vedtatt å videreføre ordningen med interne styreledere i helseforetakene

i Helse Øst. For å sikre god virksomhetsstyring har Helse Øst RHF, i tråd med kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet, i 2005 etablert internrevisjon som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Øst RHF og administrerende direktør se etter at internkontrollen i det regionale helseforetaket og foretaksgruppen fungerer som forutsatt.

## Pasientbehandling i foretaksgruppen Helse Øst

### Somatiske tjenester

Behandlingsaktiviteten i Helse Øst, inkl. de fire private ideelle sykehusene, målt i antall DRG-poeng, økte med 12.690 (+4,2%) fra 2004. Antall RTV-finansierte polikliniske konsultasjoner var 1.173.392, en økning på 22.300 konsultasjoner (+1,9%) i forhold til 2004. Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter som venter på behandling er redusert fra 84 til 73 dager (-13,1%). For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er gjennomsnittlig ventetid ti dager kortere.

### Psykisk helsevern

#### *Psykisk helsevern for voksne*

Antall polikliniske konsultasjoner var 298.594, en økning på 29.817 konsultasjoner, hvorav 28.177 konsultasjoner skyldes registrering av telefonkonsultasjoner som før 2005 ikke var refusjonsberettiget og derfor heller ikke ble registrert. Reell økning var 1.640 konsultasjoner (+0,6%) fra 2004. Det er utskrevet 1.484 flere pasienter innen psykisk helsevern for voksne i løpet av 2005 enn året før (+10,8%). Psykisk helsevern for voksne hadde i 2005 totalt 617.052 liggedøgn, en økning på 1.510 (+0,2%) i forhold til 2004.

Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter som venter på behandling er 72 dager. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er gjennomsnittlig ventetid seks dager kortere.

#### *Psykisk helsevern for barn og ungdom*

Antall polikliniske konsultasjoner var 138.819, en økning på 41.729 konsultasjoner, hvorav 34.981 konsultasjoner skyldes registrering av telefonkonsultasjoner som før 2005 ikke var refusjonsberettiget og derfor heller ikke ble registrert. Reell økning var 6.748 konsultasjoner (+7,0%) fra 2004. Det er utskrevet 14 flere pasienter innen psykisk helsevern for barn og ungdom i løpet av 2005 enn året før (+2,6%). Psykisk helsevern for barn og ungdom hadde i 2005 totalt 46.019 liggedøgn, en økning på 1.931 (+4,4%) i forhold til 2004.

Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter som venter på behandling er redusert fra 80 til 73 dager (-8,8%).

### Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere

Antall polikliniske konsultasjoner var 80.934, en økning på 5.749 konsultasjoner, hvorav 5.882 konsultasjoner skyldes registrering av telefonkonsultasjoner som før 2005 ikke var refusjonsberettiget og derfor heller ikke ble registrert. Reell reduksjon var 133 konsultasjoner (-0,2%) fra 2004. Det er utskrevet 978 færre pasienter innen rusomsorgen i løpet av 2005 enn året før (-12,9%). Rusomsorgen hadde i 2005 totalt 260.365 liggedøgn, en økning på 17.947 (+7,4%) fra 2004.

Det har vist seg å ta lenger tid enn forutsatt å etablere nye ruspoliklinikker og få besatt nyopprettede stillinger. Aker universitetssykehus HF koordinerer bruken av døgnplasser i regionen for å få til en god ressursutnyttelse.

### Store byggeprosjekter

De tidligere vedtatte byggeprosjektene i Helse Øst følger oppsatte planer. Dette gjelder Nye Ahus, hvor første byggetrinn skal stå ferdig ultimo 2008, Kreft- og isolatsenteret på Ullevål universitetssykehus HF, som er planlagt ferdigstilt i løpet av 2006 samt Ny Nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum HF, som vil bli ferdigstilt i løpet av 2006.

## Samarbeidsorgan

Brukerrådet i Helse Øst RHF har ti medlemmer. Det er i 2005 blitt avholdt sju møter, hvorav ett møte var felles med styret i Helse Øst RHF. I tillegg er det blitt avholdt ett fellesmøte med brukerrådene i helseforetakene, samt en dialogkonferanse med representanter fra brukerne og deres organisasjoner.

Ordningen med regiontillitsvalgte ble iverksatt 01.02.2003. Det ble opprettet fire årsverk for regiontillitsvalgte innen foretaksgruppen, hvorav tre er heltidsstillinger og to er 50%-stillinger. Det er i 2005 avholdt ti møter i det regionale samarbeidsutvalget og tre formelle drøftingsmøter med de regiontillitsvalgte. På bakgrunn av en evaluering gjort av Fafo i 2004, forhandlet partene fram en revidert samarbeidsordning iverksatt fra 01.01.2005.

Samarbeidsorganet for høgskolene og helseforetakene har holdt tre møter inklusive den første fagkonferanse i regi av Samarbeidsorganet som ble avholdt 10.10.2005. Tema var: "Utfordringer i framtidens helse-tjenester". Med bakgrunn i et felles ønske om å strukturere og effektivisere samarbeidet mellom høgskoler og helseforetak knyttet til praksisstudier, har samarbeidsorganet tatt initiativ til to prosjektarbeid i 2005. Dette for å gå dypere inn i problemstillingene og skape et grunnlag for videre strategisk planarbeid. Forslagene vil bli underlagt høring med sikte på implementering i løpet av 2. halvår 2006.

Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF har hatt fem møter i 2005 samt et fagseminar. I tillegg har det vært avholdt to bilaterale møter mellom Universitetet i Oslo og Helse Øst RHF.

Helse Øst RHF har faste møter med fylkeslegene i regionen. Det har i 2005 vært avholdt to møter.

## Årsregnskapet

### Resultatutvikling og balanse

Høsten 2001 ble det fastsatt takstverdier på de anleggsmidlene som ble overført til Helse Øst. Regnskapet for 2002 ble avlagt med foreløpige inngangsverdier for anleggsmidler fastsatt av eier. Disse verdiene var lavere enn de takstene som ble fastsatt høsten 2001. Regnskapet for 2003 ble avlagt i henhold til de fastsatte takstverdier fra 2001. Regnskapene for 2004 og 2005 er også 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, 2004 og 2005 har Helse- og omsorgsdepartementet 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 korrigert til kortere tid enn departementet hadde forutsatt i 2002.

## Foretaksgruppen Helse Øst

I forhold til eiers styringsmål for virksomheten fremkommer et positivt resultat på 42,1 mill. kroner mot et tilsvarende budsjett i balanse.

Foretaksgruppen har et negativt driftsresultat på 484,7 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 409,5 mill. kroner.

Årsresultatet etter regnskapsloven er for foretaksgruppen Helse Øst et underskudd på 430,4 mill. kroner.

Per 31.12.2005 viser regnskapet et akkumulert "resultat" for perioden 2002-2005 på 105,0 mill. kroner i forhold til eiers styringsmål.

Alle inntekter fra eier går via Helse Øst RHF til helseforetakene og inntektsføres i Helse Øst RHF. De totale inntekter for foretaksgruppen er høyere enn tilsvarende inntekter for Helse Øst RHF, da egenandeler fra poliklinisk virksomhet samt inntekter fra annen virksomhet inntektsføres direkte i helseforetakenes regnskaper. Verdiene på eiendeler og gjeld 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.

Økningen i aktivitetsbaserte inntekter med tilsvarende reduksjon i rammebaserte inntekter skyldes i hovedsak endret DRG-sats fra 40% i 2004 til 60% i 2005. Hovedårsaken til økningen i kjøp av helsetjenester skyldes økning i aktivitet i andre regioner (2,6%) og hos private (3,3%). I tillegg er finansieringen lagt om innen pasienttransport og laboratorie- og røntgentjenester.

### Kontantstrømanalyse/ likviditet

Foretaksgruppen hadde en positiv kontantstrøm på 224,0 mill. kroner. Helse Øst har blitt pålagt å selge personalboliger i Oslo, og har gjennom dette blitt tilført en ekstraordinær likviditet på ca 630 mill. kroner. Denne ekstraordinære likviditeten vil bli brukt i finansieringen av de vedtatte investeringene i 2006.

Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2005 var 2.072,4 mill. kroner, hvorav 498,1 mill. kroner var bundne skattetrekkmidler.

### Arbeidsmiljø og personale

Per 31.12.2005 var antall ansatte i hele foretaksgruppen 30.888 mot 30.782 per 31.12.2004. Sykefraværet for foretaksgruppen var i 2005 8,3% mot 8,4% i 2004.



Tabellen viser utviklingen i hovedtallene fra 2004 til 2005:

Alle tall i mill. kroner	Helse Øst RHF			Foretaksgruppen		
	2004	2005	Endring i %	2004	2005	Endring i %
<b>Driftsinntekter</b>	<b>21 914</b>	<b>23 829</b>	<b>8,7</b>	<b>23 251</b>	<b>25 228</b>	<b>8,5</b>
Basisramme	15 255	14 202	-6,9	15 255	14 202	-6,9
Aktivitetsbaserte inntekter	5 827	8 707	49,4	6 283	9 180	46,1
Annen driftsinntekt	832	920	10,6	1 713	1 846	7,8
<b>Driftskostnader</b>	<b>21 946</b>	<b>23 817</b>	<b>8,5</b>	<b>23 734</b>	<b>25 713</b>	<b>8,3</b>
Kjøp av helsetjenester	21 796	23 650	8,5	5 146	5 959	15,8
Varekostnad	0	0	0,0	2 074	2 215	6,8
Lønn og andre personalkostnader	50	51	2,0	12 858	13 708	6,6
Avskrivninger og nedskrivninger	4	6	50,0	1 503	1 562	3,9
Annen driftskostnad	96	110	14,6	2 153	2 269	5,4
<b>Totalkapital</b>	<b>19 025</b>	<b>20 744</b>	<b>9,0</b>	<b>22 863</b>	<b>23 837</b>	<b>4,3</b>
<b>Bokført egenkapital</b>	<b>15 904</b>	<b>15 343</b>	<b>-3,5</b>	<b>15 914</b>	<b>15 419</b>	<b>-3,1</b>

## Likestilling

Styrene i foretaksgruppen besto av 75 representanter, 51 av disse var eieroppnevnt og 24 valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Det var kvinnelige styreledere i tre av foretakene (37,5%). Av de eieroppnevnte styrerepresentantene var det 23 kvinner (45,1%) og 28 menn (54,9%). Av de 24 arbeidstakervalgte styrerepresentantene var det 11 kvinner (45,8%) og 13 menn (54,2%).

Fra april 2006 er det valgt nye eieroppnevnte styrerepresentanter i helseforetakene.

De økonomiske forutsetningene som benyttes ved beregning av pensjonskostnader er endret fra 2006 med bakgrunn i et vedvarende lavt rentenivå. Dette vil først få effekt for pensjonskostnadene for 2006, og gjelder samtlige regionale helseforetak.

Disse endrede forutsetninger medfører at foretaksgruppen får en økt pensjonsforpliktelse på ca 3 mrd. kroner. Eier har i sitt styringsmål for 2006 unntatt effekten av denne endringen, slik at den ikke vil påvirke resultatkravet for Helse Øst.

## Pensjonsmidler/forpliktelser og pensjonskostnader

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

## Helse Øst RHF

Driftsresultatet for Helse Øst RHF for 2005 viser et overskudd på 12,7 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 1,3 mill. kroner.

Årsresultatet for Helse Øst RHF viser et underskudd på 494,9 mill. kroner. Det negative resultatet skyldes nedskrivning av verdiene i helseforetakene. Ser man bort fra denne nedskrivningen, hadde Helse Øst RHF et positivt årsresultat på 67,3 mill. kroner.

Investeringer i helseforetakene er i det regionale helseforetaket bokført etter kostmetoden. Helseforetakene har i årene etter reformen realisert 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.

### Kontantstrømanalyse/likviditet

Likviditetsbeholdningen til Helse Øst RHF per 31.12.2005 var 1,4 mrd. kroner i form av kontanter og bankinnskudd. Kontantstrømmen i 2005 var totalt sett positiv med 694,5 mill. kroner.

### Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede, og dette er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet 2005. Helse Øst RHF har tilfredsstillende likviditet og har i 2005 et årsresultat på -2,1% av totale driftsinntekter.

### Arbeidsmiljø og personale

Ved årsskiftet var det 86 ansatte i Helse Øst RHF. Av de 61 ansatte ved administrasjonen på Hamar var sju ansatt i engasjementsstillinger av kortere og lengre varighet. 25 ansatte er knyttet opp til byggeprosjektet Nye Ahus, av disse er 22 ansatt i engasjementsstillinger. I løpet av 2005 har én fast ansatt gått over på AFP og tre fast ansatte har sluttet ved administrasjonen på Hamar, fem nye er ansatt.

Sykefraværet i Helse Øst RHF utgjorde 2,2% i 2005 mot 2,1% i 2004.

Helse Øst RHF arbeider aktivt for å redusere sykefraværet. Det er i 2005 anskaffet verktøy for å kunne gjennomføre en felles arbeidsmiljøundersøkelse for alle ansatte i Helse Øst i 2006 og årene framover. Det har i Helse Øst RHF ikke vært noen ulykker eller arbeidsuhell som har medført store materielle skader eller personskader i 2005. Foretaket har et godt arbeidsmiljø.

Helse Øst RHF og alle helseforetakene er IA-bedrifter.

### Likestilling

Styret for Helse Øst RHF har i løpet av 2005 blitt utvidet fra ni til ti representanter, sju av disse var eieroppnevnt og tre var valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Styrets leder var kvinne. Av de eieroppnevnte styrerepresentantene har det vært tre kvinner og fire menn. Av de tre arbeidstakervalgte styrerepresentantene har det vært én kvinne og to menn.

Styret er fra januar 2006 endret fra 10 til 12 representanter.

Av de 86 ansatte i Helse Øst RHF er 35 kvinner (40%).

### Ledelse

Ledergruppen i Helse Øst RHF består av ni medlemmer, hvorav tre er kvinner. Administrerende direktør i 2005 var mann. I tillegg til administrerende direktør er det ni personer i administrasjonen som har personalledelse, fire av disse er kvinner.

### Lønn

Innen ledergruppen i Helse Øst RHF ligger lønnsnivået for menn ca 15% over nivået for kvinner. For de øvrige ansatte i Helse Øst RHF med fast årslønn er nivået for menn ca 11% 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. Samlet energiforbruk var 296 Gwh for foretaksgruppen.

### Framtidsutsikter

Fremtidens utfordringer i spesialisthelsetjenesten er knyttet til kvalitet, kapasitet og økonomisk bæreevne. Styret for Helse Øst RHF har vedtatt å utarbeide et mål bilde og en overordnet utviklingsstrategi for helseforetaksgruppen frem mot 2025. Dette arbeidet videreføres i 2006 og hviler på vedtatt visjon og verdigrunnlag. Resultatet av strategiarbeidet vil bli gjenstand for en bred høring i 2006.

Gjennom forskjellige utredninger er det etablert et omfattende kunnskapsgrunnlag som tar for seg en rekke sentrale tema: *Brukerperspektiv, Desentralisering og sentralisering, Utvalgte fagområder, Ledelse, Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi, Økonomi, Arealeffektivisering og Forebyggende virksomhet.*

Grunnlaget vil også bli supplert med en utredning om fremtidig struktur og arealbehov.

Basert på det langsiktige strategiarbeidet vil Helse Øst utarbeide nytt strategisk fokus og utvikling av delmål for perioden 2007 – 2010 og handlingsplan for 2007.

Videre vil Helse Øst, i en tid med høyt tempo og tydelige krav til omstilling og effektivisering, legge særlig vekt på å ivareta humankapitalen i foretaksgruppen på en best mulig måte. Det ble i 2005 gjennomført et forprosjekt knyttet til utvikling av en egen strategi for HR-området. Arbeidet vil i 2006 bli videreført i en egen HR-strategi for foretaksgruppen.

Helse Øst legger opp til at miljøledelse skal være en integrert del av det helhetlige kvalitetssystemet i helseforetakene.

### Prioritering

Helse Øst prioriterer å styrke og videreutvikle tilbudet innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og habilitering og rehabilitering og øvrige nasjonale prioriteringer. Særsilt ledelsesmessig fokus rettes mot kvalitativ og kvantitativ kontinuerlig forbedring av tilbudet gjennom en helhetlig kvalitetsstrategi og spesielt tiltak for å redusere ventetid for barn og unge til psykiatrisk behandling, forbedret epikrisetid, reduksjon i antall korridorpasienter og pasientrettigheter, så som rett til nødvendig hjelp og individuell plan.

### Organisering

Styringsmodellen i Helse Øst har vist seg velegnet, og en ser det som viktig å videreføre denne modellen.

Det juridiske rammeverket sikres oppfylt gjennom et helhetlig kvalitetssystem og bruk av ISO 9001-standarder. Styret i Helse Øst RHF vil påse at internkontrollen i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte.

Strategi for bruk av private leverandører følges opp og rulleres i 2006. Dette gir forutsigbare rammebetingelser, blant annet ved bruk av to og treårs rammeavtaler med årlige ytelsesavtaler. På bakgrunn av analyser av egen kapasitet, vil de private leverandørene være både et supplement, et alternativ og utfordrer til egne helseforetak.

Det vil bli arbeidet kontinuerlig med oppfølging av arbeidsgiveransvaret gjennom NAVO, utvikling av HR-strategien og oppfølging av arbeidstilsynets «God vakt» prosjekt. Helse Øst RHF vil særlig påse at helseforetakene har rutiner som sikrer forutsigbarhet og likebehandling omkring håndteringen av de ansattes bierverv. En vil også påse at foretakene har rutiner som sikrer oppfølgingen av samarbeidsavtalen med Legemiddelindustriforeningen. Helse Øst RHF vil videre ta initiativ til å etablere tilsvarende samarbeidsavtaler med de sentrale utstyrsleverandørforeningene.

Helse Øst RHF vil også i fremtiden arbeide målrettet for en åpenhetskultur og legge til rette for god kommunikasjon internt og eksternt. Samarbeidet med de tillitsvalgte og brukernes organisasjoner vil bli videreutviklet.

### Aktivitet og økonomi

Helse Øst har videreført sine mål og prinsipper om god økonomisk styring. Tatt i betraktning de krevende økonomiske rammebetingelser en er underlagt, har foretaksgruppen samlet sett en tilfredsstillende økonomisk status ved årsskiftet 2005/2006. De enkelte helseforetak står overfor ulike utfordringer for å imøtekomme kravet om balanse i 2006.

Helse Øst står overfor store utfordringer med å betjene kapitalkostnadene ved de store byggeprosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008. De økte kapitalkostnadene må med dagens finansieringssystem finansieres gjennom tilsvarende effektivisering av driften. Dette vil bli en stor og krevende prosess, da det allerede har pågått en betydelig effektivisering over flere år i Helse Øst.

Det er en utfordrende oppgave å innfri «sørge for» ansvaret i Helse Øst. Det er et omfattende spekter av mål og krav som skal forenes innenfor de gitte økonomiske rammer og skiftende rammebetingelser, og det er mange risikofaktorer som må tas hensyn til i arbeidet. For å oppfylle «sørge for» ansvaret innen de gitte rammebetingelsene, herunder oppfylle de krav som stilles til aktivitetsnivå i bestillerdokumentet fra eier, ser en stor gevinst av å videreføre det aktive kvalitetsarbeidet som drives i Helse Øst. Et hovedmål er å bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring basert på kunnskap, slik at pasientene får beste praksis innen ressursrammene og at pasientsikkerheten øker ved at feil og uønskede hendelser reduseres.

En vil samtidig peke på de utfordrende forhold som er knyttet til utviklingen i et mer langsiktig perspektiv, hvor løsningene må finnes i et samspill mellom god oppgaveløsning på regionalt nivå i dialog med brukere og samarbeidspartnere og riktige rammebetingelser fra eier.

## Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Øst RHF ble et underskudd på 494,9 mill. kroner. Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Disponering av strukturfond kr	-108.000
Fra annen egenkapital kr	-494.820.000
Sum disponert kr	-494.928.000

Kapitalinnskuddet per 01.01.2002 er fordelt mellom strukturfond og annen innskutt egenkapital som er bundet.

Foretakets udekkede tap per 31.12.2005 utgjør 1.341,0 mill. kroner.

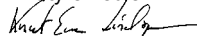
Nesoddtangen, den 12.05.2006



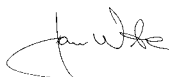
Siri B. Hatlen  
Styreleder



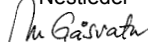
Kirsten Brubakk  
Styremedlem



Knut Even Lindsjorn  
Styremedlem




Jan Wibe  
Nestleder



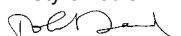
Monica Carmen Gåsvatn  
Styremedlem



Manuela Ramin-Osmundsen  
Styremedlem



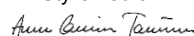
Audun Holsbrekken  
Styremedlem



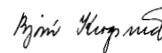
Tor-Erik Sand  
Styremedlem



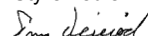
Egil Hverven  
Styremedlem



Anne Carine Tanum  
Styremedlem



Bjørn Krogsrud  
Styremedlem



Tom Veierød  
Styremedlem



Bente Mikkelsen  
Adm. dir.

# Resultatregnskap

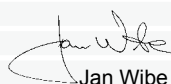
Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2004	2005	NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2005	2004
15 255 493	14 201 984	1	Basisramme	14 201 984	15 255 493
5 827 186	8 707 196	1	Aktivitetsbasert inntekt	9 179 767	6 283 086
831 642	920 360	1	Annen driftsinntekt	1 845 914	1 713 359
<b>21 914 321</b>	<b>23 829 540</b>		<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>25 227 665</b>	<b>23 251 938</b>
21 795 675	23 649 892		Kjøp av helsetjenester	5 958 758	5 146 389
0	0		Varekostnad	2 214 583	2 074 170
49 952	51 332	3	Lønn og annen personalkostnad	13 707 653	12 857 818
4 291	5 854	5	Ordinære avskrivninger	1 557 693	1 489 559
0	0	5	Nedskrivning	4 503	13 343
95 639	109 773	7	Annen driftskostnad	2 269 200	2 152 626
<b>21 945 557</b>	<b>23 816 851</b>		<b>Sum driftskostnader</b>	<b>25 712 390</b>	<b>23 733 905</b>
<b>-31 236</b>	<b>12 689</b>		<b>Driftsresultat</b>	<b>-484 725</b>	<b>-481 968</b>
<b>FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>					
49 447	61 123	7	Finansinntekter	61 202	60 971
-409 865	-562 204		Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
0	-6 536	7	Finanskostnader	-5 197	-1 324
<b>-360 418</b>	<b>-507 617</b>		<b>Netto finansresultat</b>	<b>56 005</b>	<b>59 646</b>
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>Resultat før skattekostnad</b>	<b>-428 721</b>	<b>-422 321</b>
0	0	14	Skattekostnad	-1 684	-562
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-430 405</b>	<b>-422 883</b>
<b>Minoritetens andel av årsresultatet</b>				<b>591</b>	<b>316</b>
<b>OVERFØRINGER</b>					
-112	-108		Overført fra strukturfond	-129 487	-134 490
-391 542	-494 820		Overført til/fra annen egenkapital	-300 918	-288 393
<b>-391 654</b>	<b>-494 928</b>		<b>Sum overføringer</b>	<b>-430 405</b>	<b>-422 883</b>

# Balanse per 31. desember

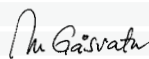
Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2004	2005	NOTE	EIENDELER	2005	2004
<b>Anleggsmidler</b>					
<b>Immaterielle driftsmidler</b>					
14 487	21 109	4	Immaterielle eiendeler	301 587	215 161
0	0	14	Utsatt skattefordel	354	419
14 487	21 109		<b>Sum immaterielle eiendeler</b>	301 941	215 580
<b>Varige driftsmidler</b>					
34 452	33 925	5	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	13 767 430	15 018 730
7 407	5 935	5	Medisinsk teknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	1 761 530	1 611 532
1 278 747	2 459 957	5	Anlegg under utførelse	3 636 898	2 136 852
1 320 606	2 499 817		<b>Sum varige driftsmidler</b>	19 165 858	18 767 114
<b>Finansielle anleggsmidler</b>					
15 658 814	14 753 303	6	Investering i datterselskap/foretak	0	0
990 207	1 671 143	9	Andre finansielle anleggsmidler	305 192	262 136
1 396	1 175	8	Pensjonsmidler	1 099 116	933 561
16 650 417	16 425 621		<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	1 404 308	1 195 697
<b>17 985 510</b>	<b>18 946 547</b>		<b>Sum anleggsmidler</b>	<b>20 872 108</b>	<b>20 178 391</b>
<b>Omløpsmidler</b>					
0	0	2	<b>Varer</b>	138 173	135 732
<b>Fordringer</b>					
296 198	359 512	7	Fordringer	753 955	700 601
296 198	359 512		<b>Sum fordringer</b>	753 955	700 601
743 239	1 437 723	10	<b>Bankinnskudd, kontanter o.l.</b>	2 072 448	1 848 453
<b>1 039 437</b>	<b>1 797 235</b>		<b>Sum omløpsmidler</b>	<b>2 964 576</b>	<b>2 684 786</b>
<b>19 024 947</b>	<b>20 743 782</b>		<b>SUM EIENDELER</b>	<b>23 836 683</b>	<b>22 863 177</b>

## Balanse per 31. desember

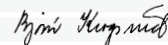
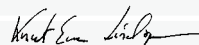

Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2004	2005	NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2005	2004
		11	Egenkapital		
			Innskutt egenkapital		
100	100		Foretakskapital	100	100
847	739		Strukturfond	1 265 207	1 394 694
17 305 057	16 654 977		Annen innskutt egenkapital	15 391 016	15 477 152
17 306 004	16 655 816		<b>Sum innskutt egenkapital</b>	16 656 323	16 871 946
			<b>Opptjent egenkapital</b>		
21 632	28 679		Fond for vurderingsforskjeller	0	0
0	0		Minoritetsinteresser	6 236	5 645
-1 424 079	-1 341 005		Annen egenkapital	-1 243 865	-963 357
-1 402 447	-1 312 326		<b>Sum opptjent egenkapital</b>	-1 237 629	-957 712
<b>15 903 557</b>	<b>15 343 490</b>		<b>Sum egenkapital</b>	<b>15 418 694</b>	<b>15 914 234</b>
			<b>Gjeld</b>		
			<b>Avsetning for forpliktelser</b>		
5 869	6 860	8	Pensjonsforpliktelser	663 321	793 849
211 697	552 000	13	Andre avsetninger for forpliktelser	971 124	562 889
217 566	558 860		<b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>	1 634 445	1 356 738
			<b>Annen langsiktig gjeld</b>		
1 177 426	2 232 045	9	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	2 232 045	1 185 434
873 702	1 680 970	9	Øvrig langsiktig gjeld	18 979	11 453
2 051 128	3 913 015		<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>	2 251 024	1 196 887
			<b>Kortsiktig gjeld</b>		
0	0	14	Betalbar skatt	1 619	903
8 102	14 557		Skyldige offentlige avgifter	850 180	806 814
844 594	913 860	7	Annen kortsiktig gjeld	3 680 722	3 587 601
852 696	928 417		<b>Sum kortsiktig gjeld</b>	4 532 521	4 395 318
<b>3 121 390</b>	<b>5 400 292</b>		<b>Sum gjeld</b>	<b>8 417 990</b>	<b>6 948 943</b>
<b>19 024 947</b>	<b>20 743 782</b>		<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD</b>	<b>23 836 683</b>	<b>22 863 177</b>

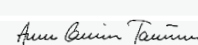
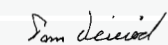
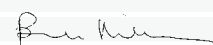

Siri B. Hatlen  
Styreleder

Jan Wibe  
Nestleder

Nesoddtangen, den 12.05.2006


Kirsten Brubakk  
Styremedlem

Monica Carmen Gåsvatn  
Styremedlem

Audun Holsbrekken  
Styremedlem

Egil Hverven  
Styremedlem

Bjørn Krogsrud  
Styremedlem

Knut Even Lindsjorn  
Styremedlem

Manuela Ramin-Osmundsen  
Styremedlem

Tor-Erik Sand  
Styremedlem

Anne Carine Tanum  
Styremedlem

Tom Veierød  
Styremedlem

Bente Mikkelsen  
Adm. dir.

# Kontantstrømoppstilling 01.01.–31.12.

Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)	Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:</b>				
-391 654	-494 928	Årsresultat	-430 405	-422 883
4 291	5 854	Ordinære avskrivninger	1 557 693	1 486 457
409 865	562 204	Nedskrivninger varige driftsmidler	4 503	13 343
		Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	-296 083	-689 558
-1 132	1 212	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	2 949	0
0	2 240	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	408 235	220 234
207 447	340 303	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	46 152	446 520
-655 990	10 163			
<b>-427 173</b>	<b>427 048</b>	<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>1 293 044</b>	<b>1 054 113</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:</b>				
1 955	16 572	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	651 529	9 072
-544 655	-1 208 257	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-2 731 659	-1 939 979
545 813	414 647	Inn-/utbetalinger ved utlån	0	0
-36 378	-10 145	Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-43 056	-75 862
<b>-33 265</b>	<b>-787 183</b>	<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-2 123 186</b>	<b>-2 006 769</b>
<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:</b>				
695 530	1 077 233	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	1 076 751	700 976
-13 004	-22 614	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-22 614	-13 004
<b>682 526</b>	<b>1 054 619</b>	<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>1 054 137</b>	<b>687 972</b>
222 088	694 484	Netto endring i likviditetsbeholdning	223 995	-264 684
521 151	743 239	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	1 848 453	2 113 137
<b>743 239</b>	<b>1 437 723</b>	<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende per 31.12.</b>	<b>2 072 448</b>	<b>1 848 453</b>



# Regnskapsprinsipper

## Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998 og god regnskaps-skikk.

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 heleide 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 1.1.2002 og rusomsorgen 1.1.2004 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. For andre anleggsmidler ble også 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 kontaktstrømmer (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 1.1.2002 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 1.1.2002. Fondet benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i fremtiden. Strukturfondet var per 01.01.02 kr 1 829 557 og per 31.12.05 kr 1 265 207.

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 korrigeret resultat til grunn. Dette resultatet fremkommer ved at effekten av strukturfond og kortere levetider reduserer underskuddet i foretaksgruppen.

## 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 bruttometoden i Helse Øst RHF.

## Datterforetak/tilknyttede selskap

Datterforetakene vurderes til bokført egenkapital i foretaksregnskapet. Tilknyttede selskap vurderes etter kostme-

toden 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 i selskapsregnskapet og etter bruttometoden i foretaksgruppen. 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 tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

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

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra Rikstrykgeverket og egenandeler), gjestepasientinntekter og inntekter fra selvbetalende pasienter. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR).

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

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

I tillegg gis som driftstilskudd øremerkede midler til opptrappingsplan innen psykiatri, samt øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene

gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til.

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

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

### Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

### Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter 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. 100.000,-.

### 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 som overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse (av pensjonsmidlene dersom disse er størst).

### Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen 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, nemndbehandling og avklaring med tidligere eiere. Formell overskjøting mangler fortsatt for noen eiendommer. Det aller meste er avklart, men det foreligger noe usikkerhet rundt eierskap til bygg og tomter oppført i balansen.

### Skatt

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

# Noter

## Note 1 Inntekter

(Alle tall i NOK 1000)

Driftsinntekter	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Basisramme</b>				
Basisramme	14 201 984	15 255 493	14 201 984	15 255 493
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>				
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	6 128 264	3 745 573	6 128 264	3 753 073
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	892 000	536 298	916 950	536 298
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	364 440	267 257	386 452	267 257
Poliklinikk, laboratorier og radiologi	1 321 143	1 248 814	1 567 811	1 447 759
Andre aktivitetsbaserte inntekter	1 349	29 244	180 282	278 699
<b>Annen driftsinntekt</b>				
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	388 751	428 944	388 751	428 944
Øremerkede tilskudd til andre formål	526 040	398 400	583 231	426 003
Inntektsførte investeringstilskudd	0	0	2 299	0
Driftsinntekter apotekene	0	0	274 933	227 370
Andre driftsinntekter	5 569	4 298	596 709	631 042
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 829 540</b>	<b>21 914 321</b>	<b>25 227 665</b>	<b>23 251 938</b>

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere. I 2005 var en større andel av inntektene finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering enn i 2004, og tilsvarende en mindre andel finansiert med basisramme. Basisramme for 2004 er omklassifisert i forhold til regnskapet for 2004 å være sammenhengbart med tilsvarende spesifisering for 2005, dette medfører en lavere basisramme og høyere øremerkede tilskudd til andre formål.

1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Øst RHF sitt «sørge for»-ansvar

2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Øst RHF sitt «sørge for»-ansvar

3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)

Driftsinntekter geografisk fordelt	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Pasienter hjemmehørende i østlandsområdet	23 465 100	21 647 064	24 841 213	22 984 681
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	364 440	267 257	358 771	246 918
Pasienter hjemmehørende i utlandet	0	0	27 681	20 339
<b>Sum</b>	<b>23 829 540</b>	<b>21 914 321</b>	<b>25 227 665</b>	<b>23 251 938</b>

Aktivitetstall	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Aktivitetstall somatikk</b>				
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	95 857	90 220	371 995	357 731
Antall DRG poeng iht. eieransvaret			286 285	275 711
Antall polikliniske konsultasjoner			1 078 169	1 064 426
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</b>				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			559	545
Antall polikliniske konsultasjoner			122 191	92 113
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</b>				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			12 101	11 246
Antall polikliniske konsultasjoner			251 691	231 321
<b>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere</b>				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			5 407	5 728
Antall polikliniske konsultasjoner			52 570	48 723

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2005 satt til 60 % av full DRG-pris, det vil si kr 18.428,40 per DRG poeng.

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

## Note 2 Materialbeholdninger

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaksgruppen	
	2005	2004
Sentrallager	32 120	34 831
Sterillager	18 869	17 961
Væskesentral	4 774	1 733
Blodlager	19 419	26 888
Øvrige beholdninger	62 991	54 319
<b>Sum</b>	<b>138 173</b>	<b>135 732</b>

### Note 3 Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser, lån til ansatte mm.

(Alle tall i NOK 1000)

Lønnskostnader	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Lønninger	37 011	34 288	10 563 976	9 928 252
Arbeidsgiveravgift	5 817	5 271	1 589 382	1 477 733
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	4 560	4 709	1 268 501	1 186 165
Andre ytelser	3 944	5 684	285 794	265 668
<b>Sum</b>	<b>51 332</b>	<b>49 952</b>	<b>13 707 653</b>	<b>12 857 818</b>

I gjennomsnitt har det i løpet av regnskapsperioden vært 85 ansatte i Helse Øst RHF og 30 835 ansatte i foretaksgruppen. Antall årsverk benyttet i Helse Øst RHF er beregnet til 85, og til 28 911 for foretaksgruppen.

(Alle tall i NOK)

Ytelser til ledende personer	Adm. dir.	Styret
Lønn	1 361 140	0
Styrehonorar	0	926 260
Herav honorar til styrets leder	0	176 000
Pensjonsutgifter	194 081	0
Annen godtgjørelse	3 086	7 520

Administrerende direktør har avtale om tilleggspensjon på kr 58 088 per år i 10 år utover offentlig tjenestepensjon.

Nytillsatt administrerende direktør fra 01.01.2006 har en årslønn på kr 1 450 000.

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 2005 utgjør kr 909 406 inkl. mva, mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr 344 419 inkl. mva. For foretaksgruppen er tilsvarende tall kr 4 275 304 inkl. mva for revisjon og kr 1 003 909 inkl. mva for rådgivning. Honorar til revisor for andre tjenester for Helse Øst RHF knytter seg i hovedsak til en tertialvis gjennomgang av regnskapet, samt til støtte i arbeidet med å forbedre internkontroll i gruppen. Ordinært revisjonshonorar gjennom avtalen som er inngått mellom foretaksgruppen Helse Øst og Ernst & Young AS beløper seg til kr 2 250 000 inkl. mva. Øvrig ordinært revisjonshonorar er gjennom avtaler som selskapene Oppland Vaskeri AS, Hedmark Vaskeri AS, Sykehusapotekene ANS og Helsekomponenter AS har inngått.

(Alle tall i NOK 1000)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Ordinært revisjonshonorar	125	124	2 480	2 480
Utvidede revisjonshandlinger	784	1 735	1 304	7 635
Andre attestasjonstjenester	0	0	491	481
Skatte- og avgiftsrådgivning	10	267	30	458
Honorar til revisor for andre tjenester	334	481	974	550
<b>Sum</b>	<b>1 254</b>	<b>2 607</b>	<b>5 279</b>	<b>11 604</b>

Alle beløp er inkl. mva.

Honorarer til revisor for andre tjenester er i hovedsak knyttet til arbeide i forbindelse med tertialgjennomgang av regnskapet, gjennomgang av rutiner og nye it-systemer.

## Note 4 Immaterielle eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		
	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.05	12 058	6 232	18 290
Tilgang	0	10 125	10 125
Fra anlegg under utførelse	7 935	-7 935	0
Anskaffelseskost 31.12.05	19 993	8 422	28 415
Akkumulerte avskrivninger 31.12.05	-7 306	0	-7 306
<b>Balanseført verdi 31.12.05</b>	<b>12 687</b>	<b>8 422</b>	<b>21 109</b>
Årets ordinære avskrivninger	3 492	0	3 492
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	1 022	0	1 022

### Foretaksgruppen

	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.05	353 684	25 494	379 178
Tilgang	118 825	37 883	156 708
Avgang	14 372	0	14 372
Fra anlegg under utførelse	44 786	-44 786	0
Anskaffelseskost 31.12.05	502 923	18 591	521 514
Akkumulerte avskrivninger 31.12.05	-219 927	0	-219 927
<b>Balanseført verdi 31.12.05</b>	<b>282 996</b>	<b>18 591</b>	<b>301 587</b>
Årets ordinære avskrivninger	71 040	0	71 040
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	12 967	0	12 967

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**

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportm., annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.05	34 500	1 278 747	10 203	<b>1 323 450</b>
Tilgang	0	1 198 132	0	<b>1 198 132</b>
Avgang	0	16 572	0	<b>16 572</b>
Fra anlegg under utførelse	0	-350	350	<b>0</b>
Anskaffelseskost 31.12.05	34 500	2 459 957	10 553	<b>2 505 010</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.05	-575	0	-4 618	<b>-5 193</b>
<b>Balansført verdi 31.12.05</b>	<b>33 925</b>	<b>2 459 957</b>	<b>5 935</b>	<b>2 499 817</b>
Årets ordinære avskrivninger	527	0	1 835	<b>2 362</b>
Balansførte lånekostnader	0	60 368	0	<b>60 368</b>

**Årets tilgang på anlegg under utførelse fordeler seg som følger:**

	2005	2004
Materialer og underentreprenører	1 114 829	510 609
Lønn, sosiale kostnader	20 566	20 106
Andre driftskostnader	30 441	43 628
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 165 836</b>	<b>574 343</b>
Byggelånsrenter	32 296	18 072
<b>Totalt</b>	<b>1 198 132</b>	<b>592 415</b>

**Operasjonell leasing/ leieavtaler**

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportm., annet inventar og utstyr
Leiebeløp		2 325		2 152
Varighet (år)		0-2 år		0-3 år

**Foretaksgruppen**

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportm., annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.05	1 315 200	17 078 701	2 137 501	1 795 990	1 081 449	<b>23 408 840</b>
Tilgang	16 142	249 632	1 852 042	190 257	266 878	<b>2 574 951</b>
Avgang	479 672	194 754	16 572	48 084	49 945	<b>789 027</b>
Fra anlegg under utførelse	0	256 133	-336 073	8 720	71 220	<b>0</b>
Anskaffelseskost 31.12.05	851 670	17 389 712	3 636 898	1 946 883	1 369 602	<b>25 194 765</b>
Akkumulerte avskrivninger 31.12.05	0	-4 464 860	0	-913 346	-636 397	<b>-6 014 603</b>
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.05	0	-9 092	0	-4 275	-936	<b>-14 303</b>
<b>Balansført verdi 31.12.05</b>	<b>851 670</b>	<b>12 915 760</b>	<b>3 636 898</b>	<b>1 029 262</b>	<b>732 269</b>	<b>19 165 858</b>
Årets ordinære avskrivninger	0	1 107 476	0	205 736	173 439	<b>1 486 651</b>
Årets nedskrivninger	0	1 692	0	1 875	936	<b>4 503</b>
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	0	1 024 392	0	116 009	60 540	<b>1 200 941</b>
Balansførte lånekostnader	0	0	72 150	0	0	<b>72 150</b>

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
- Medisinteknisk utstyr 4–15 år
- Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc 3–15 år
- Personalboliger avskrives ikke
- Tomter avskrives ikke

#### Operasjonell leasing/ leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinteknisk utstyr	Transportm., annet inventar og utstyr
Leiebeløp	23 023	119 889	15 146	25 523
Varighet (år)	0–5 år	0–10 år	0–5 år	0–5 år

#### Note 6 Datterselskap/-foretak, felleskontrollert virksomhet m.v.

(Alle tall i NOK 1000)

##### Andeler i datterforetak

	Hovedkontor	Eierandel/ stemmeandel	Egenkapital	Årets resultat	Balanseført verdi
Aker universitetssykehus HF	Oslo	100 %	1 563 092	61 079	1 502 014
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	1 564 966	-15 585	1 564 966
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum	100 %	1 325 532	-9 242	1 325 532
Sykehuset Innlandet HF	Lillehammer	100 %	4 124 447	-173 202	4 124 447
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	289 613	-19 039	289 613
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	1 938 617	-80 267	1 938 617
Ullevål universitetssykehus HF	Oslo	100 %	4 008 115	-273 328	4 008 115
<b>Sum datterforetak</b>			<b>14 814 382</b>	<b>-509 584</b>	<b>14 753 303</b>

Datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital. Det er ikke gjort oppskrivning av tidligere nedskrevne døtre da verdiøkningen ikke vurderes som varig.

##### Datterselskap som er eid av andre foretak i foretaksgruppen

	Hovedkontor	Eierandel/ stemmeandel	Egenkapital	Årets resultat	Balanseført verdi
Oppland Vaskeri AS	Lillehammer	80 %	7 408	1 545	2 674
Hedmark Vaskeri AS	Stange	85 %	11 095	1 634	5 967
Helsekomponenter AS	Oslo	69 %	7 832	119	3 490
<b>Sum</b>			<b>26 335</b>	<b>3 298</b>	<b>12 131</b>

##### Felleskontrollert virksomhet

Sykehusapotekene ANS	Oslo	50 %	109 497	14 095	54 748
----------------------	------	------	---------	--------	--------

##### Tilknyttede selskap

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	2 443	1 245	100
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20 %	30 014	4 630	3 495
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	46 978	-2 884	10 500



## Note 7 Poster som er slått sammen i regnskapet

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Andre driftskostnader</b>				
Transport av pasienter	0	0	180 192	124 477
Kostnader lokaler	3 335	3 241	229 561	204 627
Strøm og energikostnader	0	55	258 831	206 986
Leie av utstyr	2 228	865	129 529	119 472
Kjøp av støtte- og rådgivingstjenester	56 884	47 790	343 118	518 334
Kjøp av vaskeritjenester	0	0	26 755	15 921
Vedlikeholdskostnader	2 803	2 315	556 556	521 182
Kontor og kommunikasjonskostnader	9 659	3 542	219 449	191 932
Lisens og patentkostnader	2 064	0	45 803	30 628
Reisekostnader	3 187	3 119	74 444	70 022
Øvrige driftskostnader	29 613	34 712	204 964	149 047
<b>Sum andre driftskostnader</b>	<b>109 773</b>	<b>95 639</b>	<b>2 269 200</b>	<b>2 152 626</b>

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Finansinntekter</b>				
Inntekt på investering i felleskontrollert selskap	7 367	7 756	319	0
Inntekt på investering i tilknyttet selskap	0	0	598	1 197
Andre renteinntekter	53 756	38 051	60 171	56 350
Andre finansinntekter (agio)	0	3 640	114	3 424
<b>Sum finansinntekter</b>	<b>61 123</b>	<b>49 447</b>	<b>61 202</b>	<b>60 971</b>

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Finanskostnader</b>				
Andre rentekostnader	6 536	0	4 561	468
Andre finanskostnader (agio)	0	0	637	856
<b>Sum finanskostnader</b>	<b>6 536</b>	<b>0</b>	<b>5 197</b>	<b>1 324</b>

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Fordringer</b>				
Kundefordringer	94 787	81 245	260 260	295 041
Fordringer på foretak i samme gruppe	14 413	768	0	0
Fordringer på tilknyttede selskaper	0	0	970	0
Opptjente pasientinntekter	0	0	17 228	16 670
Forskudd til leverandører	0	0	63 511	49 947
Øvrige kortsiktige fordringer	250 312	214 185	411 986	338 944
<b>Sum fordringer</b>	<b>359 512</b>	<b>296 198</b>	<b>753 955</b>	<b>700 601</b>

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Annen kortsiktig gjeld</b>				
Leverandørgjeld	466 760	327 242	1 365 196	1 384 194
Kortsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	329 446	392 257	0	0
Påløpte feriepenger	3 828	3 443	1 163 279	1 097 781
Påløpte lønnskostnader	0	0	322 943	309 740
Forskuddsbetalinger	100	0	5 615	1 592
Balanseførte øremerkede tilskudd	0	0	191 476	185 981
Annen kortsiktig gjeld	120 218	121 652	632 213	608 313
<b>Sum annen kortsiktig gjeld</b>	<b>920 352</b>	<b>844 594</b>	<b>3 680 722</b>	<b>3 587 601</b>

## Note 8 Pensjoner

Helse Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 88 personer hvor 80 er yrkesaktive, 4 er oppsatte og 4 er pensjonister. I foretaksgruppen omfatter ordningen 73 524 personer, hvorav 32 435 er yrkesaktive, 26 063 oppsatte og 15 026 pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnsprinsippet. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede 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.

(Alle tall i NOK 1000)

Pensjonsforpliktelse	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Brutto påløpt pensjonsforpliktelse	50 004	45 169	23 326 263	19 622 568
Pensjonsmidler	-41 888	-38 744	-20 993 312	-18 851 597
Netto pensjonsforpliktelse	8 116	6 425	2 332 951	770 971
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	1 073	522	311 718	-15 030
Ikke resultatført gevinst/(tap) av estimat- og planavvik inkl aga	-3 505	-2 474	-3 080 464	-895 653
<b>Netto bokført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>5 684</b>	<b>4 473</b>	<b>-435 795</b>	<b>-139 713</b>
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	6 859	5 869	663 321	793 849
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	1 175	1 396	1 099 116	933 561

Spesifikasjon av pensjonskostnad	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	3 547	3 610	1 070 385	963 598
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 778	1 680	1 219 476	1 118 276
<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>5 325</b>	<b>5 290</b>	<b>2 289 861</b>	<b>2 081 874</b>
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 478	-1 314	-1 231 864	-1 084 380
Administrasjonskostnad	150	151	50 327	46 917
Resultatført estimatendring/-avvik	0	0	4 262	3 155
Arbeidsgiveravgift	563	582	155 914	138 600
<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>4 560</b>	<b>4 709</b>	<b>1 268 501</b>	<b>1 186 165</b>

### Økonomiske forutsetninger

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

Pensjonskostnaden for 2005 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn i 2004 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger per 1.1.2005. Som følge av endringer i markedet gjennom 2005 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene per 31.12.2005. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser per 31.12.2005 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2005. Basert på avkastningen i KLP for 2005 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene per 31.12.2005. Estimativviket som oppstår på slutten av 2005 amortiseres fra og med 2006. Oslo Pensjonsforsikring bytter pensjonssystem og har av den grunn ikke hatt mulighet til å utarbeide beste estimat basert på endrede forutsetninger. Estimaten 31.12. er basert på foreløpige beregninger høsten 2005, og det er derfor usikkerhet ved den beregnede forpliktelse.

### Demografiske forutsetninger

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

## Note 9 Finansielle anleggsmidler og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

Finansielle anleggsmidler	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	1 510 010	839 221	0	0
Langsiktige fordringer	91 772	91 772	92 812	92 963
Aksjer	68 847	58 796	16 596	13 058
Eierandel i KLP	513	418	195 784	156 115
<b>Sum</b>	<b>1 671 142</b>	<b>990 207</b>	<b>305 192</b>	<b>262 136</b>

Langsiktig gjeld	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	1 680 970	873 702	0	0
Gjeld til kredittinstitusjoner	0	0	13 163	11 453
Annen langsiktig gjeld	0	0	5 816	0
<b>Sum</b>	<b>1 680 970</b>	<b>873 702</b>	<b>18 979</b>	<b>11 453</b>

Av lånet fra Helse- og omsorgsdepartementet på kr 2.232.045.000 har kr 2.118.972.000 en nedbetalingstid som er over 5 år. Øvrig gjeld har kortere nedbetalingstid.

## Note 10 Bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Bundne skattetreksmidler	2 645	2 166	498 131	441 856
Konsenkontoordning	1 435 078	741 073	1 517 038	1 282 944
Andre likvide midler	0	0	57 279	123 654
<b>Sum bankinnskudd og kontanter</b>	<b>1 437 723</b>	<b>743 239</b>	<b>2 072 448</b>	<b>1 848 453</b>

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

Helse Øst RHF har en driftskredittramme 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

(Alle tall i NOK 1000)

### Helse Øst RHF

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen inn- skutt egenkap.	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
<b>Egenkapital 31.12.2004</b>	<b>100</b>	<b>847</b>	<b>17 305 057</b>	<b>21 632</b>	<b>-1 424 079</b>	<b>15 903 557</b>
Korrigeringer av tidligere års regnskap 1)	0	0	-86 136	0	20 998	-65 138
<b>Egenkapital 1.1.2005</b>	<b>100</b>	<b>847</b>	<b>17 218 921</b>	<b>21 632</b>	<b>-1 403 081</b>	<b>15 838 419</b>
Nedskrivning av døtre dekket med strukturfond	0	0	-563 944	0	563 944	0
Årets resultat	0	-108	0	7 048	-501 868	-494 928
<b>Egenkapital 31.12.2005</b>	<b>100</b>	<b>739</b>	<b>16 654 977</b>	<b>28 679</b>	<b>-1 341 005</b>	<b>15 343 490</b>

(Alle tall i NOK 1000)

**Foretaksgruppen**

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen inn- skutt egenkap.	Sum innskutt egenkapital
<b>Egenkapital 31.12.2004</b>	<b>100</b>	<b>1 394 694</b>	<b>15 477 152</b>	<b>16 871 946</b>
Korrigeringer av tidligere års regnskap 1)	0	0	-86 136	-86 136
<b>Egenkapital 1.1.2005</b>	<b>100</b>	<b>1 394 694</b>	<b>15 391 016</b>	<b>16 785 810</b>
Årets resultat	0	-129 487	0	-129 487
<b>Egenkapital 31.12.2005</b>	<b>100</b>	<b>1 265 207</b>	<b>15 391 016</b>	<b>16 656 323</b>

**Foretaksgruppen**

	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Sum opptjent egenkapital	Total egenkapital
<b>Egenkapital 31.12.2004</b>	<b>5 645</b>	<b>-963 355</b>	<b>-957 710</b>	<b>15 914 237</b>
Korrigeringer av tidligere års regnskap 1)	0	20 998	20 998	-65 138
<b>Egenkapital 1.1.2005</b>	<b>5 645</b>	<b>-942 357</b>	<b>-936 712</b>	<b>15 849 099</b>
Årets resultat	591	-301 509	-300 918	-430 405
<b>Egenkapital 31.12.2005</b>	<b>6 236</b>	<b>-1 243 865</b>	<b>-1 237 628</b>	<b>15 418 694</b>

1) Egenkapitalen fra tidligere års regnskap er korrigert med justering av anleggsverdi der det er oppdaget feil i taksten som ble lagt til grunn når anleggene ble overført til helseforetakene. I tillegg er det justert for endringer i pensjonsforpliktelsene i forbindelse med at personell innen rusbehandling ble overført i 2004.

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):

	2002-2005	2005	2004
Årsresultat	-1 850 316	-430 405	-422 883
Overføring fra strukturfond	564 350	129 487	134 490
Korrigeringer for endrede levetider	1 391 005	343 000	346 005
<b>Korrigert årsresultat</b>	<b>105 039</b>	<b>42 082</b>	<b>57 612</b>

**Note 12 Eierinformasjon**

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

**Note 13 Andre avsetninger for forpliktelseser**

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
<b>Pensjonsforpliktelse</b>				
Avsetninger til legepermisjoner inkl sosiale kostnader	0	0	189 929	210 301
Utsatt inntekt på øremerkede investeringstilskudd	552 000	208 000	752 289	323 450
Andre avsetninger for forpliktelseser	0	3 697	28 906	29 138
<b>Sum avsetninger for forpliktelseser</b>	<b>552 000</b>	<b>211 697</b>	<b>971 124</b>	<b>562 889</b>

## Note 14 Skatter

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaksgruppen	
	2005	2004
<b>Betalbar skatt i årets skattekostnad fremkommer slik:</b>		
Ordinært resultat før skattekostnad (gjelder skattepliktige datterselskaper)	4 983	2 009
Permanente forskjeller	29	0
Endring midlertidige forskjeller	-771	-1 217
Grunnlag betalbar skatt	5 783	3 226
<b>Betalbar skatt</b>	<b>1619</b>	<b>903</b>

	Foretaksgruppen	
	2005	2004
<b>Årets skattekostnad fremkommer slik</b>		
Betalbar skatt	1 619	903
Endring utsatt skatt	65	-341
<b>Årets skattekostnad</b>	<b>1 684</b>	<b>562</b>

### Utsatt skattefordel

	Foretaksgruppen		
	2004	Endring	2005
<b>Spesifikasjon av grunnlag for utsatt skatt</b>			
Grunnlag midlertidige forskjeller	1 497	771	2 268
Skattesats	28 %	28 %	28 %
<b>Utsatt skattefordel</b>	<b>419</b>	<b>216</b>	<b>635</b>

Det er knyttet noe usikkerhet til om den utsatte skattefordelen lar seg fullt ut utnytte i fremtiden, og denne er derfor nedskrevet til kr 354 000 i balansen.

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

## Note 15 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 21 300 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.

# Revisjonsberetning



■ Statsautoriserte revisorer

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

Medlemmer av Den norske Revisorforening

■ Foretaksregisteret:

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

Til foretaksmøtet i  
Helse Øst RHF

## Revisjonsberetning for 2005

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Øst RHF for regnskapsåret 2005, som viser et underskudd på kr 494 928 000 for morforetaket og et underskudd på kr 430 405 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av selskapsregnskap og konsernregnskap. Selskapsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpoppstilling og noteopplysninger. Konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpoppstilling og noteopplysninger. Konsernregnskapet og morforetakets regnskap er utarbeidet i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Vi har utført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder revisjonsstandarder vedtatt av Den norske Revisorforening. Revisjonsstandardene krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foretakets formuesforvaltning og regnskaps- og 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 rettviseende bilde av foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2005 og av 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 bokføringsskikk 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, 12. mai 2006  
ERNST & YOUNG AS

*Suzanne Amundsen*

Suzanne Amundsen  
statsautorisert revisor

■ Besøksadresse:  
Oslo Atrium  
Christian Frederiks plass 6  
0154 Oslo

■ Aresdal, Bergen, Bu, Drammen, Fetsnvåg, Fredrikstad, Holmestrand,  
Horten, Hørefoss, Kongsberg, Kragerø, Kristiansand, Larvik, Levanger,  
Lillehammer, Moss, Molde, Notodden, Oslo, Øtta, Porsgrunn/Skien,  
Sandefjord, Sorland, Stavanger, Steinkjer, Trondheim, Trondheim,  
Vikernesund, 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  
postmottak@akersykehus.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 104  
2381 Brumunddal  
Telefon: 62 33 30 00  
Telefaks: 62 33 34 50  
postmottak@sykehuset-innlandet.no

## Sykehuset Østfold HF

Postboks 16  
1603 Fredrikstad  
Telefon: 69 86 00 00  
Telefaks: 69 86 00 12  
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 Diagonale Sykehus AS

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

### Martina Hansens Hospital AS

Postboks 23  
1306 Bærum postterminal  
Telefon: 67 80 94 00  
Telefaks: 67 52 17 00  
postmottak@mmh.no

**Ansvarlig redaktør:** Gunn Kristin Sande, Helse Øst RHF

**Prosjektleder og redaktør:** Toril Orrestad, Helse Øst RHF

**Tekstbistand:** Odd Letnes, frilansjournalist

**Foto:** Siv Johanne Seglem, med unntak av bilder på sidene 4, 9, 15, 20, 24, 28, 29, 42 (div. fotografer)

**Grafisk produksjon:** Eggen Grafisk

**Trykk:** Flisa Trykkeri

**Avbildet på forside:** Sykepleierstudenter fra Høgskolen i Akershus, Line Skogheim (t.v.) og Torunn Lundquist

Redaksjonen avsluttet mai 2006.

