



Innhold

Leder har ordet – vi kan være stolte, sier Bente Mikkelsen	4
Helse Øst 2025 – hvordan skal helsevesenet drives?	5
Dette er Helse Øst, med organisasjonskart	6
Styreleder Siri Beate Hatlen takker for seg	8

Pasientbehandling

Bedre tilbud til pasientene	11
Samhandling til pasientens beste	12
Fastlegene – viktige samarbeidspartnere	14
Ingen ventelister på BUP Lillehammer	14
Klovnen Totto sprer glede på barneavdelingen	15
Mamma eller pappa med hjerneskode – et sommeropphold på KReSS Drøbak letter situasjonen for hele familien	16
Enkle og kloke løsninger ble konklusjonen etter kick-off	16
Flere eldre vil utfordre Helse Øst	17
Ambulansetjeneste og pasienttransport i Helse Øst	18
Rushelvetet til Stig startet med beroligende piller	20
Kreftsentret på Ullevål universitetssykehus	22
Brukere på TRS kan lese sin journal på nettet	23
Bukerrådet jobber for mindre byråkrati og større åpenhet	24
Avtalespesialistene	25



Flere eldre vil utfordre Helse Øst

Organisasjon og ledelse

Krav til helhetstenkning og samarbeid	27
God ledelse i alle ledd – med satsning på førstelinjeledere	28
Helse Øst Portalen – nytt nettsted for alle helseforetakene i regionen	29
Det flerkulturelle sykehuset	30

Kompetanse

Stolt av forskningsaktiviteten	33
Antall doktorgrader har økt	34
Kost- og mosjonsendringer like effektivt som insulin mot type 2 diabetes	35



Til lands og til vanns, og i lufta med

Kvalitet

Kvalitet i behandling og samarbeid	37
Enkle grep mot fødselsskader	38
Apotekstyrt legemiddellager reduserer legemiddelkostnader	39



Enkle grep mot fødselsskader

Ressurser

Viktig å bevare engasjementet	41
Ekstert forsyningscenter for helseforetakene gir lavere kostnader	42
Sykehus til halv pris	42
Roboter frakter varer, finner veien og tar heisen selv	43
Aker størst i landet på urologi	43
Gode IKT-løsninger gir bedre pasientbehandling	44
Nyoppusset akuttpsykiatriavdeling på Ullevål	45
31 000 medspillere i Helse Øst	46
Nytt universitetssykehus i Akershus er 75 % ferdig	47

Årsberetning og regnskap

Årsberetning	48
Resultatregnskap	57
Balanse	58
Kontantstrømpoppstilling	60
Regnskapsprinsipper	61
Noter	63
Revisjonsberetning	74
Adresser	75

Nøkkeltall

Aktivitet somatikk

Som en del av systemet med innsatsstyrt finansiering utløser alle behandlingsprosedyrer et visst antall DRG-poeng. Dette er et uttrykk for aktivitetsnivået. Aktivitetsnivået i 2006 var på om lag samme nivå som i 2005.

DRG-poeng:

2001	260 134	
2002	281 731	
2003	300 082	
2004	305 786	
2005	318 396	
2006	327 389	

Antall polikliniske konsultasjoner:

2001	936 689	
2002	994 128	
2003	1 136 630	
2004	1 151 092	
2005	1 173 392	
2006	1 227 429	

Aktivitet psykisk helsevern

Det har vært en prosentvis større aktivitetsøkning innen psykisk helsevern enn innen somatikk i tråd med helsepolitiske føringer. De aller fleste pasientene 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	
2005	437 413	
2006	497 215	

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	
2005	80 934	
2006	93 861	

Antall dager i gjennomsnittlig ventetid til utredning/behandling

Somatikk:

2001	86	
2002	83	
2003	78	
2004	65	
2005	65	
2006	65	

Psykisk helsevern:

2001	65	
2002	63	
2003	60	
2004	55	
2005	58	
2006	61	

Økonomi

Driftsinntekter:

2002	19 065
2003	20 869
2004	23 251
2005	25 228
2006	26 686

Driftskostnader:

2002	19 576
2003	21 649
2004	23 734
2005	25 713
2006	27 517

Driftsresultat:

2002	- 511
2003	- 780
2004	- 489
2005	- 485
2006	- 832

Korrigert årsresultat:

2002	163
2003	-158
2004	58
2005	42
2006	- 15

Leder har ordet

Solid bagasje – lovende framtid for ny region

Respekt, åpenhet, forutsigbarhet og handlekraft er grunnlaget for gode resultater.

Helse Øst ble etablert som statlig helseforetaksgruppe for fem år siden. Da var det mange steder alt for mange pasienter på venteliste og betydelige underskudd i budsjettene. I dag er ventelistene halvert og driften i balanse. Pasientene har et bedre, mer likeverdig og mer tilgjengelig tilbud. Dette har vi i fellesskap fått til. Men hvordan?

Helseforetakene, de private sykehusene og mange ansatte mener at vi lykkes fordi virksomheten er fundamentert på klart definerte verdier. Kvalitet, respekt og trygghet er ikke bare nasjonale verdier i en stortingsmelding, men verdier som sitter i ryggraden og er førende for de oppgaver som utføres og de valg som gjøres. De gode resultatene kommer fordi vi faktisk lever verdiene våre. Allerede fra 2002 sa vi at for oss betyr de nasjonale verdiene åpenhet og ærlighet, respekt for den enkelte og det å være framtidsrettet. Dette har vært gode retningslinjer i et utfordrende utviklingsarbeid med mange daglige dilemmaer og vanskelige valg.

Det er gjort mange organisatoriske grep for å få til mer hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling i regionen. Jeg tror mye av grunnen til at dette har vært vellykket er at vi har søkt gode faglige løsninger hos de som kan faget, som arbeider i sykehusene. Vi har samhandlet med brukere, tillitsvalgte og andre berørte. Vi har lyttet og drøftet. Og vi har handlet. Slik har vi ønsket sammen å skape en helsetjeneste preget av god kvalitet, god ressursutnyttelse og dermed økt tilgjengelighet og likeverdighet.

Prosjektet «Ny foretaksstruktur og oppgavefordeling» var en involverende og åpen prosess i forhold til framtidig organisering

og oppgavefordeling i regionen. Vi fikk med det en struktur med syv mer likeverdige helseforetak og ett apotekselskap. Vi fikk riktigere og mer bevisst fordeling av oppgavene. Funksjonsfordelingen i regionen var et godt virkemiddel for å gi befolkningen et tilbud som både ivaretar nærhet og høyt faglig nivå på helsetjenestene. Og prosessen var et eksempel på at reell dialog og medvirkning er en god måte å drive endringsledelse på.

Helse Øst har fra første dag satt som ufravikelig krav at vi skulle drive i balanse. Det er ikke en selvfølge at et slikt krav blir etterlevd. Jeg tror mye av grunnen til at kravet hele veien er fulgt lojalt opp, er en styringsform preget av redelighet, rettferdighet, forutsigbarhet og tillit. Det har vist seg mulig å kombinere en drift i balanse med et bedre og bredere tilbud til pasientene. Tiltakene har ikke vært lette å gjennomføre, men gevinsten ved økonomisk kontroll er å skape et handlingsrom. Dette har gjort det mulig for oss å prioritere ekstra ressurser til rus, psykisk helsevern og ha en målrettet satsing på forskning.

Jeg tror vi har utviklet en styringsfilosofi og en styringsmodell og som gir det nødvendige grunnlaget for å nå våre fastsatte mål. Det å ansvarliggjøre og myndiggjøre helseforetak, ledere og den enkelte ansatte var også Tore Tønnes ønske for en ansvarsreform.

Fortsatt er det mange utfordringer og mye hardt arbeid foran oss for at vi skal virkeliggjøre visjonen om en god og likeverdig helsetjeneste for alle som trenger det. De mange eldre, barn med psykiske lidelser og rusmiddelmissbrukere får fortsatt ikke et godt nok tilbud, vi har fortsatt stor sosial



ulikhet og utfordringer i å finne den rette balansen mellom lokalbaserte tjenester og høyspesialisert medisin. Åpenhet, erfaringsoverføring og kontinuerlig kvalitetsforbedring kan være gode stikkord å ta med på veien.

Helse Øst ser positivt på og har støttet et felles eierskap for å løse utfordringene i hovedstaden. Det blir en utfordrende og spennende tid når vi skal gå videre i Helse Sør-Øst. Hvis vi samler alle de positive erfaringene i bagasjen, ivaretar våre 31 000 dyktige, engasjerte og dedikerte medarbeiderne og vårt felles verdifundament, har vi all mulig grunn til å kunne bidra på en positiv måte.

Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

Helse Øst 2025 – kvalitet og trygghet

Hvordan skal helsevesenet drives og hvilke oppgaver skal Helse Øst prioritere de neste 20 årene? Dette er to viktige spørsmål som Helse Øst har søkt å finne svar på gjennom strategiplanen Helse Øst 2025.

Våren 2005 vedtok styret i Helse Øst å utarbeide en langsiktig strategiplan for utvikling av Helse Øst frem mot 2025. Strategien skulle bygges på to hovedpilarer:

Innhold: Desentralisering/sentralisering, brukerperspektiv, ledelse, arbeidsprosesser, teknologi og forebyggende virksomhet.

Struktur: Arealplanlegging og behov for bygg og eiendom mot 2025 i forhold til ulike framtidsscenarier om sengekapasitet, liggetid og ny teknologi.

Bred involvering

– Å lage et målbilde som viser retning på en tjeneste 20 år fram i tid er krevende. Det er mange hensyn å ta og mange ukjente faktorer. Vi ville gjennomføre en så bred prosess som mulig, forteller administrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen. Styret i Helse Øst RHF, ledergruppene i helseforetakene, fagfolkene i sykehusene, brukerrådet og de regiontillitsvalgte har deltatt i prosessen fra starten. Ressurspersoner fra disse miljøene har vært med på å få frem fakta og kunnskap som grunnlag for de strategiske valgene. Ekstern ekspertise fra blant annet SINTEF og ECON har vært involvert. I tillegg har 50 sykehus, kommuner og organisasjoner gitt høringsvar til strategiplanen.

Forberedt på fremtiden

Strategiprosessen i Helse Øst kom på et gunstig tidspunkt. Nasjonal helseplan ble lansert som et felles rammeverk for utviklingen av helsetjenesten i 2006.

– Prosessen har vært givende og spennende, og har gitt mye nyttig kunnskap. Muligheten til å se helsetjenestene i et større regionalt perspektiv og utvikle gode og likeverdige helsetjenester for hele befolkningen, må benyttes, sier Mikkelsen.

Utfordringer mot 2025

Helse Øst ser hovedutfordringer de neste 20 årene i kapasitet/behov, kvalitetsforbedring og økonomisk bærekraft.

– Selv om det er store lokale variasjoner, vil økningen i antall eldre frem mot 2015 stort sett komme blant «yngre eldre». Den store økningen i de eldste gruppene, som også ofte har store og sammensatte behov for helsetjenester, vil først komme etter 2015. – Tiden frem mot 2015 må brukes til aktiv planlegging, vi kan ikke forholde oss passivt og forvente at behovene løser seg selv, sier Bente Mikkelsen. Hun er også opptatt av at flere internasjonale studier påviser atfor mange pasienter som opplever medisinske feil i behandlingen. – Mange av feilene kan forebygges og forhindres. Kvalitetsbølgen må komme, sier Mikkelsen. Forutsetning for å lykkes med kvalitetsheving er handlingsrom, skapt gjennom økonomisk bærekraftig utvikling.

Omstilling og endringsvilje

– Helsesektoren er i kontinuerlig endring. Økt internasjonalisering, større antall flerkulturelle, ny teknologi, og endret arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten vil komme, tror Bente Mikkelsen. Strategiplanen Helse Øst 2025 peker på et vesentlig forbedringspunkt ved å påpeke at forebygging må lønne seg, både for pasienten og helsevesenet. For å møte utfordringene, må alle jobbe sammen mot klare mål. Lederutvikling og tiltak innen kompetanseutvikling skal skape motivasjon

og engasjement for god kvalitet i helsetjenester til beste for pasientene. – Vi skal videreutvikle gode behandlingslinjer som sikrer raskere, bedre og mer sammenhengende behandling, sier Mikkelsen. Hun vil ha mer helsebringende tid i sykehus og unngå heft både for pasient og behandler. Brukere og primærhelsetjeneste vil være viktige samarbeidspartnere.

Helse Øst vil møte utfordringene

– Vi må finne fram til riktig arbeidsdeling med primærhelsetjenesten og styrke ambulante og lokalbaserte tjenester. Mange pasientgrupper må få bedre tjenester nærmest mulig der de bor. Samtidig må regionsykehusfunksjonene og de høyspesialiserte tjenestene tydeliggjøres. Dette er ikke små ambisjoner, men vi vet at svært høy kompetanse i Norge gir mulighet til å gi gode helsetilbud bare vi gjør det på rett måte, sier Bente Mikkelsen. Tiltak som utvidede åpningstider for poliklinikk og dagbehandling, styrket akutt- og ambulansetilbud og videreutvikling av psykiatritjeneste med robuste distriktpsykiatriske sentre (DPS) skal øke tilgjengelighet og styrke den lokalbaserte spesialisthelsetjenesten. God struktur og organisering forutsetter sterkere regional styring av støttefunksjoner for å gi mer ressurser til pasientbehandling. Nye utbyggingsprosjekter må planlegges bærekraftig og fremtidsrettet. – Vi har særlige utfordringer knyttet til å skape gode og hensiktsmessige tilbud til befolkningen i hovedstadsområdet. Dette vil få stor oppmerksomhet i tiden fremover, avslutter Mikkelsen.

Strategiplanen ble vedtatt i styret i Helse Øst RHF i 2007, og er en del av det gode fundament som tas med når Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slås sammen til Helse Sør-Øst RHF.

Vi må finne fram til riktig arbeidsdeling med primærhelsetjenesten og styrke ambulante og lokalbaserte tjenester

Dette er Helse Øst

Helse Øst RHF er et av i alt fem regionale helseforetak og har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

Helse Øst er landets største helseregion med 1,7 millioner innbyggere, det vil si drøyt 35 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har ca 31 000 medarbeidere og et årlig bruttobudsjett på om lag 27 milliarder kroner.

Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer også ansvar for behandling av rusmiddelavhengige, pasienttransport, habilitering og rehabilitering.

Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmedjetjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

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 består av om lag 60 medarbeidere.

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

Overordnede mål

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

Å leve verdiene

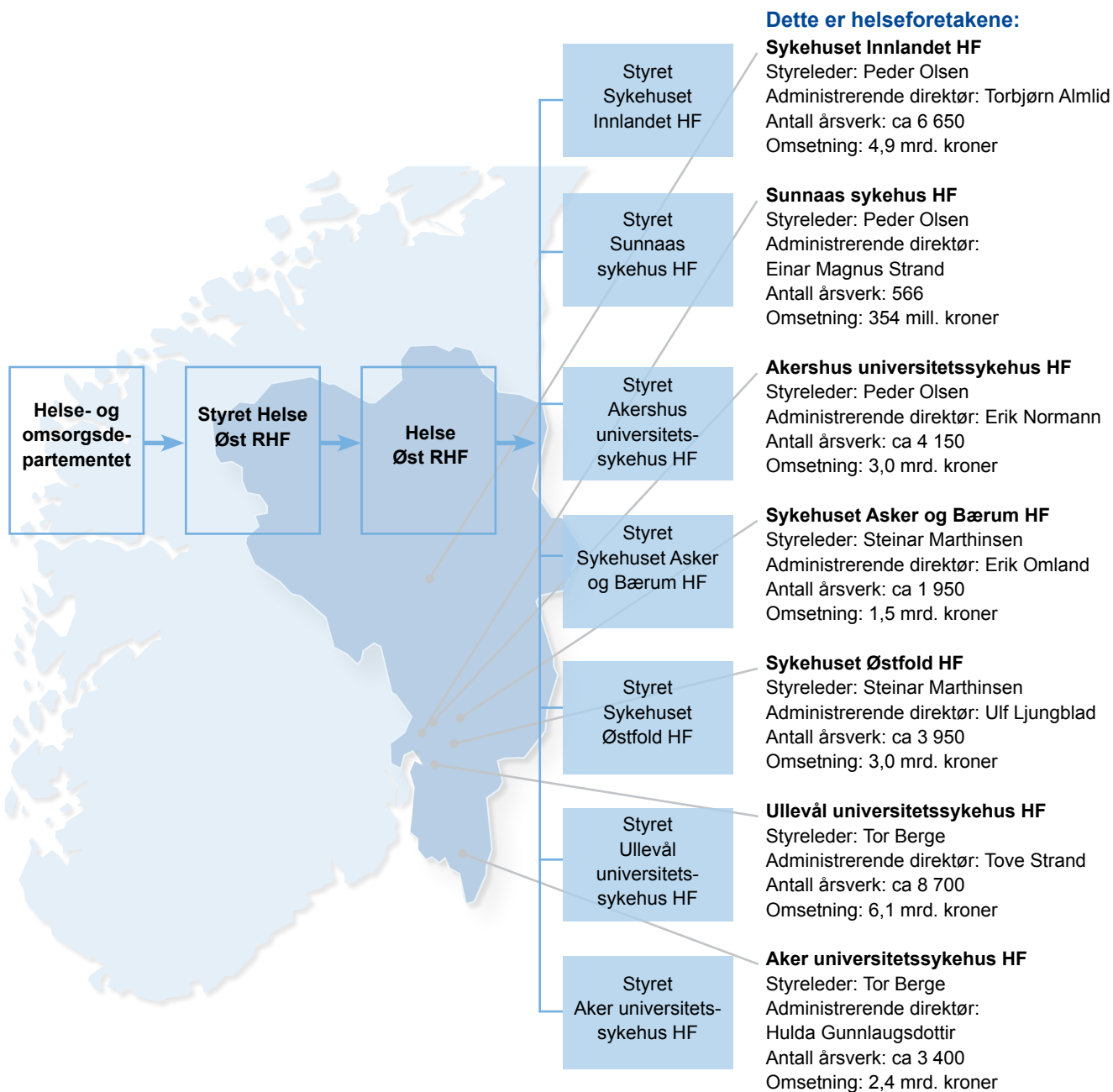
Helse Øst bygger sin virksomhet på verdier som setter pasienten i fokus

Nasjonale verdier

**KVALITET
TRYGGHET
RESPEKT**

For de ansatte i Helse Øst betyr dette å...

- være framtidsrettet
- være åpen og ærlig
- vise respekt for enkeltmennesket



Private ikke-kommersielle sykehus som Helse Øst har avtale med:

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

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

Styreleder har ordet

Takk for meg – og lykke til videre i Helse Sør-Øst!



Styreleder i Helse Øst RHF, Siri Hatlen.

Bare fire uker senere kunngjorde regjeringen sin beslutning om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til et felles regionalt helseforetak. Dermed ble 5-års markeringen også et stort og viktig veiskille for Helse Øst.

Helse Øst har støttet eierdepartementets arbeid med å finne frem til en strukturell løsning som vil kunne bedre samordningen i Hovedstadsområdet. Jeg håper og tror derfor at våre mange dyktige ledere og medarbeidere nå vil rette blikket fremover og bidra aktivt til å nå de mål som er satt for den nye, sammenslåtte regionen.

Helse Øst har i løpet av disse fem årene etablert et solid fundament basert på felles verdier, klare mål og en tydelig, forutsigbar ledelse. Det er grunn til å føle stolthet over hva vi har fått til ved hjelp av fantastisk innsats fra våre medarbeidere og ledere.

Mange har allerede glemt hvordan det sto til i store deler av spesialisthelsetjenesten før reformen, med enorme ventelister og økonomi helt ute av kontroll. Med konsekvent og fast styring og lojalitet til eiers krav om økonomisk balanse har Helse Øst trygget det politiske grunn-

3. januar 2007 feiret Helse Øst sine første fem år som regionalt helseforetak med et høytidelig og hyggelig arrangement på Hamar. Blant gjestene var Statsråd Sylvia Brustad, som ga Helse Øst fortjent honnør for godt arbeid og gode resultater.

laget for reformen. Gjennom systematisk innsats er ventelistene ryddet og ventetider redusert, fokus er satt på prioritering, kvalitet og kontinuerlig forbedring i utøvelsen av vår virksomhet. Samtidig er det viktig å erkjenne at det på en del områder er langt igjen: Bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er både vår og brukernes fremste prioritering i det videre arbeidet.

Å styre økonomien i balanse hvert år og samtidig sikre et godt og forsvarlig tilbud til pasientene har blitt mer krevende enn vi hadde forventet. Det har stilt store krav til

ledere og medarbeidere i sykehusene. De store underskuddene i andre regioner har blitt en stadig mer utfordrende problemstilling, både politisk og styringsmessig. Måten de akkumulerte underskuddene blir håndtert på i fremtiden, må ivareta krav til opplevd rettferdighet og likebehandling, også for Helse Øst. Både eierdepartementet og det nye styret i Helse Sør-Øst må ivareta dette aspektet i videre arbeid med den sammenslåtte regionen.

Våren 2005 mente styret i Helse Øst at grunnlaget var på plass og det var tid for å rette blikket fremover for å sikre en helhetlig og bærekraftig utvikling av vår region. Gjennom to år har det vært gjennomført en omfattende prosess i Helse Øst-gruppen med utvikling og forankring av den langsiktige strategiplanen: Helse Øst 2025. Prosjektet setter retning og ambisjonsnivå for videre arbeid med tjenestens innhold og utvikling av infrastruktur for regionen sett under ett. 2025 peker blant annet på nødvendigheten av en vesentlig sterkere samordning

i Hovedstadsområdet. Rasjonalisering av bygg og eiendom, både i hovedstaden og ellers, er et viktig delprosjekt. Bedre utnyttelse av kapitalressursene var en av reformens prioriterte målsettinger som det ennå ikke for alvor er tatt fatt i. Det grundige og fremtidsrettede arbeidet som er gjort med Helse Øst 2025 vil være et viktig bidrag til en fremtidsrettet og bærekraftig utvikling i den nye sammenslåtte regionen.

For meg personlig har det vært et privilegium å få være styreleder i Helse Øst i nesten seks år, helt siden jeg sammen med det første styret ble utnevnt av daværende statsråd Tore Tønne sommeren 2001. Selv om det til tider har vært krevende, føler jeg aller mest en glede over å ha fått sitte i en så viktig og ledende posisjon hele denne perioden. Det har også vært viktig for meg personlig å prøve å bidra til å realisere den visjonen som Tore Tønne og Stoltenberg 1 regjeringen la til grunn for sykehusreformen som ble vedtatt av Stortinget i 2001.

Da regjeringen vedtok å slå sammen Helse Sør og Helse Øst, ble det mitt valg å takke nei til å fortsette som styreleder for den nye regionen. Det har vært vernetid å erkjenne at jeg ikke skal være med videre, aller mest fordi det har vært fantastisk å få lov til å jobbe sammen med så mange flotte, kompetente og dedikerte mennesker.

Min oppfordring til alle medarbeiderne i Helse Øst er å ta med det beste av det som er utviklet i regionen i denne perioden inn i det nye fellesskapet. Dere har mye å bidra med!

Lykke til og takk for meg!

Siri Hatlen

Det er grunn til å føle stolthet over hva vi har fått til ved hjelp av fantastisk innsats fra våre ansatte og ledere

Styret i 2006. Fra venstre: Monica Carmen Gåsvatn, Audun Holsbrekken, Anne Carine Tanum, Tom Veierød, Knut Even Lindsjørn, Kirsten Brubakk, Tor-Erik Sand, Manuela Ramin-Osmundsen, Bjørn Krogsrud, Jan Wibe: nestleder, Siri Beate Hatlen: styreleder og Egil Hverven. Janne Kværnø var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Følgende gikk ut av styret i løpet av 2006: Anne-Brit Kolstø, Harald Norvik, Tor Øystein Vaaland og Øystein Hedstrøm.





Bedre tilbud til *pasientene*

Økt tilgjengelighet til stadig flere og bedre behandlings-tilbud. Større valgfrihet. Kvalitetsmålene i bedring. Slik kan Helse Øst oppsummere sin femårige historie.

Pasientene i Helse Øst har fått større valgfrihet og et bedre tilbud i løpet av de fem årene som har gått siden helse-reformen trådte i kraft. Flere pasienter er blitt behandlet, og ventetiden er vesentlig redusert.

Kvaliteten på pasientbehandlingen er god. Helseforetakene i Helse Øst er i fremste rekke og skårer høyt på nasjonale indikatorer som sier noe om kvalitet i pasientbehandlingen. Det arbeides aktivt for å bli enda bedre.

I Helse Øst arbeider vi aktivt for å få et reelt og godt samarbeid med kommune-helsetjenesten og fastlegene. Dette er viktig for at pasientene skal oppleve kontinuitet og god oppfølging i hele behandlingsforløpet. Det er derfor gledelig at alle foretakene og sykehusene har samarbeidsavtaler med sine kommuner og bydeler, og at disse avtalene brukes aktivt. Mange helseforetak er nyskapende. I årlig melding fra helseforetakene kan vi lese om en rekke nye aktiviteter som sikrer god dialog og samhandling med bydeler, kommuner og andre samarbeidspartnere.

God samhandling med pasienten er viktig for alle parter. Kort epikrisetid gir rask informasjon videre til de som skal fortsette behandlingen. Helse Øst startet i 2006 et målrettet arbeid for implementering av prosjektet Epikrise til pasienter. Alle helseforetakene har hatt en positiv utvikling og sender ut epikrisene stadig raskere. Flere av helseforetakene i Helse Øst har klart å nå målet, som er at åtte av ti epikriser skal være sendt ut innen syv dager etter at pasienten er skrevet ut. At de fleste nå sender epikrisene elek-

tronisk, bidrar til at samhandlingen mellom behandlingsnivåene er blitt raskere og enklere. Utarbeidelse av en individuell plan for pasienten er et annet viktig tiltak som baseres på behovet for forutsigbarhet, respekt og brukermedvirkning.

Mye kan gjøres internt i den enkelte virksomhet for å oppnå bedre flyt i behandlingen og mer helsebringende tid. Dette gir også bedre ressursutnyttelse og mer pasientbehandling. Aker universitets-sykehus har for eksempel utviklet Aker-modellen som verktøy for forbedring og systematisering av pasientforløpene. Sykehuset Østfold har vært en pioner på å etablere gode behandlingslinjer for flere pasientgrupper.

Ventetiden innen psykisk helsevern er redusert med 60 dager i løpet av fem år. Noen av tiltakene som er gjennomført i perioden er lengre åpningstid og økt bruk av ambulante team. Likevel, ventetiden for behandling av barn og unge er fortsatt for høy. Som et av flere tiltak er det inngått samarbeidsavtale med Barne-, ungdoms- og familieetaten om barn med store sammensatte vansker som trenger koordinerte tjenester fra statelig barnevern og spesialisthelsetjenesten. Helse Øst ønsker å sette i gang tilsvarende arbeid i samarbeid med Oslo kommune.

Det er viktig å være forberedt på nye utfordringer. Det forventes at andelen eldre vil øke og ha økt behov for helse-tjenester i årene framover. Høsten 2006 startet derfor Helse Øst arbeidet med å lage en regional eldreplan for å styrke helsetilbudet til de eldre. Representanter for brukerne og kommunene deltar i arbeidet som skal være ferdig i 2007.

Helse Øst må også kunne ivareta den økende andel pasienter med flerkulturell bakgrunn på en god måte. Helseforetakene har etablert en rekke ulike tiltak for å gjøre spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig for disse pasientene: Tolketjenester, egne opplæringsprogram for ansatte, oversettelsesprogrammer på foretakenes hjemmesider, nettverksteam,

tilbud om Halal-tilberedt mat og oppret-telsen av Nasjonal kompetanseenheter for minoritetshelse, er eksempler på slike tiltak. Flere av sykehusene har også satset på å rekruttere flerkulturelle ledere og medarbeidere.

Helse Øst må kunne sikre god pasient-behandling også under en krisesituasjon. Derfor arbeides det aktivt og kontinuerlig med å sikre robust krisehåndtering og beredskap. Alle helseforetakene bidro i en stor gjennomgang av beredskaps-arbeidet i Helse Øst i 2006. Gjennom beredskapsanalyser ble det avdekket svakheter og utarbeidet konkrete tiltak for å sikre forsyningsberedskap i forhold til legemidler og helsemateriell. Det ble også arbeidet med smittevernberedskap med fokus på pandemi, ikke minst viktig sett i lys av utbruddet av fugleinfluensa.

I oktober ble det avholdt en omfattende beredskapsøvelse, Øvelse Oslo. Øvelsen involverte helseforetakene i hovedstads-området, kommunehelsetjenesten og en rekke andre aktører. Den skulle blant annet teste helseforetakenes varslingsplaner og kartlegge tilgjengelige ressurser. Øvelsen viste at helsesektoren har evne og kapasitet til å håndtere kriser med et stort antall skadde og døde. Og ikke minst, den viste at de ulike aktørene hadde både god evne og vilje til samhandling.

Du kan lese mer om hva som er gjort for å bedre pasientbehandlingen på de neste sidene.

» God samhandling er viktig for at pasientene skal oppleve kontinuitet og god oppfølging i hele behandlingsforløpet

Samhandling til pasientenes beste

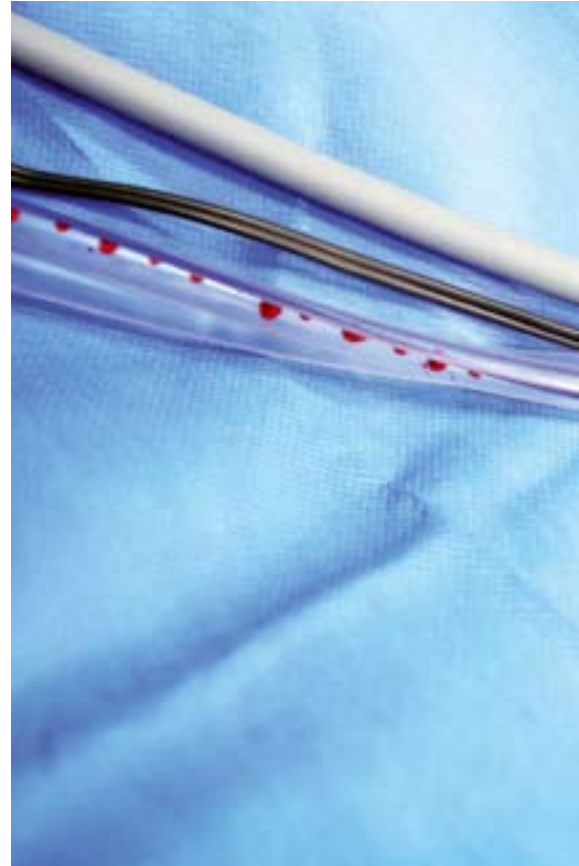
Akershus universitetssykehus arbeider aktivt med å bedre samhandlingen med primærhelsetjenesten. Målet er at pasienten skal oppleve et helhetlig tilbud.

Samhandling mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten er viktig for å skape en god pasientbehandling både kvalitativt og økonomisk. – Akershus universitetssykehus (Ahus) har iverksatt en rekke tiltak som skal bedre tilbudet for pasientene, slik at de opplever tjenestene som mer helhetlige. Målet er å bedre pasientflyten mellom ulike aktører og nivåer. Samarbeidet med primærhelsetjenesten vil være en kontinuerlig prosess både inn i nytt sykehus og i årene fremover, sier Erik Kreyberg Normann, administrerende direktør ved Ahus.

I 2005 startet Ahus prosjektet: «Samhandling med Primærhelsetjenesten». I starten ble kommunenes og bydelenes ønsker og behov for videreutvikling av samarbeidet kartlagt. Målet med prosjektet var å etablere en sammenhengende behandlingsskjede. I 2006 etablerte derfor Ahus en rekke delpro-

sjekter for å bedre samhandlingen med primærhelsetjenesten:

- Det er opprettet et sykehjemsprosjekt med en konferansetelefon mellom sykehjem og akuttmottak. Resultatene viser at antall innleggelses av pasienter fra sykehjemmene er halvert i forhold til ved prosjektets oppstart
- I løpet av 2007 skal henvisninger og epikriser, rekvisisjoner og svar i forhold til røntgen og laboratorier sendes elektronisk mellom Ahus og fastleger
- Det skal utvikles spesialiserte korttidsenheter for å redusere liggetiden, bedre funksjonsnivået for pasienten og redusere behov for kommunale tjenester etter utskrivning
- Innen psykisk helsevern skal det etableres hensiktsmessige rutiner for inn- og utskrivning av pasienter
- Det er utredet en modell for ambulant behandling for KOLS-pasienter



Strømlinjeformer pasientbehandlingen

Sykehuset Østfold har utviklet behandlingslinjer som et verktøy for å sikre at pasienter blir møtt med like god behandling og informasjon, uavhengig av hvem de møter og når.

Ulf Ljungblad, tidligere administrerende direktør i Sykehuset Østfold, er en varm forkjemper for sykehusets satsing på behandlingslinjer. – Behandlingslinjer er et verktøy for å sikre høy kvalitet

på tjenestene. Det bidrar til å involvere pasientene, bedre logistikken og utnytte ressursene, sier Ljungblad.

– For de ansatte har verktøyet resultert i bedre opplæring og en prosess som går mer på skinner. Implementeringen tar tid og forandringen forutsetter at hver og en opplever forbedring i hverdagen gjennom dette, sier han.

Sykehuset Østfold har foreløpig behandlingslinjer på rundt 15 diagnosegrupper. – Internasjonal forskning viser at dette er framtidens måte å jobbe på. På lang

sikt vil antagelig 70 til 80 prosent av diagnoser og behandling være forankret i behandlingslinjer, mener Ljungblad.

Behandlingslinjeteam

For hver av de 15 behandlingslinjene er det tilknyttet et behandlingslinjeteam. Et behandlingslinjeteam er ledet av en ansvarlig lege med høy faglig kompetanse på fagområdet. I teamet har legen med seg engasjerte fagpersoner fra den aktuelle avdelingen og eventuelt personer fra samarbeidende avdelinger eller kommunehelsetjenesten. – I Sykehuset Østfold finner vi to av disse innen diabetes

Jobb smartere – sett ting i system

Pasientene på Aker universitetssykehus skal sikres rett behandling til rett tid. For å få dette til har Aker utviklet et prosjekt og en modell kalt Akermodellen.

– Et pasientforløp kan defineres som en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en pasients kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Sentralt i arbeidet med Akermodellen har vært å se på pasientforløpet fra pasientene kommer inn i sykehuset til pasienten kommer hjem igjen, sier seniorrådgiver Helle D. Gjetrang ved Aker universitetssykehus HF.

– Prosjektet «Pasienten først!» fra 1999 bidro til at flere avdelinger omgjorde pasientforløpet. De gode erfaringer derfra tas nå med i det videre arbeidet for å utvikle og forbedre pasientforløpet gjennom Akermodellen, sier Gjetrang.

Prosessforbedring

Gjetrang forteller at hensikten med Akermodellen ikke er at personalet skal arbeide raskere, men smartere. – Helsepersonellens oppgaver og ansvar skal tydeliggjøres slik at alle som skal ha noe med pasientene å gjøre vet hva de skal gjøre til hvilken tid, fra pasienten tar kontakt med fastlegen til pasienten er hjemme igjen. Mange pasienter har behov for tjenester fra flere ulike etater, sektorer og forvaltningsnivåer. Ved å systematisere samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten vil dette bidra til en bedre i flyt i pasientbehandlingen, sier Gjetrang.

Akermodellen er lagt opp slik at det er avdelingene selv, med sitt personale, som leder arbeidet i utviklingen av gode pasientforløp. Alle avdelinger blir fulgt opp av veiledere med kompetanse innenfor pedagogikk, systematikk, design og motivasjon. En representant for brukerne er med i hvert prosjekt, slik at pasientperspektivet sikres. De involverte avdelinger følges tett gjennom en periode på syv måneder.

og bronkiolitt. Der trengte man et system som sikret et mer enhetlig forløp og mindre unødvendig variasjon, sier Ljungblad.

Ljungblad forteller at Sykehuset Østfold tidlig kom til en erkjennelse av at alle diagnosegrupper har sine unike utfordringer, og at hver avdeling må finne sine løsninger etter lokale forhold. – Behandlingslinjeteamene er nøye med å understreke dette når kolleger fra andre sykehus og primærhelsetjenesten tar kontakt for å få vite mer. Noe er direkte overførbart, annet ikke, avslutter den tidligere direktøren.

Noen resultater av Akermodellen i 2006:

Kirurgisk klinikk

- Gastrokirurgisk avdeling har etablert nye pasientforløp for kreft i tykktarm og i endetarm
- Ortopedisk avdeling har etablert nye forløp for geriatriske traumepasienter med stabile fracturer
- Karkirurgisk avdeling har utbedret tid fra henvisning til poliklinisk tid
- Smerteklinikken har differensiert tilbudet til pasientene

Medisinsk klinikk

- Lungemedisinsk avdeling har endret forløpet til KOLS-pasienter
- Avdeling for rehabilitering og geriatri har endret forløpet for slagpasienter

Klinikk rus og avhengighet

- Montebello har designet et nytt pasientforløp for alkohol- og pillemisbrukere
- Veksthuset har redesignet sitt forløp for pasienter med illegalt stoffmisbruk

Psykiatrisk klinikk

- Psykoseavdelingen har arbeidet med å bruke individuell plan som et verktøy for å sikre en god overflytting til egnet bolig for pasienten

Fastlegene – sykehusets viktigste samarbeidspartnere

Sykehuset Østfold har definert de 210 fastlegene i fylket som sine viktigste samarbeidspartnere.

Fastlegene er pasientenes guide inn i spesialisthelsetjenestene, og det går flere hundre tusen meldinger mellom sykehuset og fastlegekontorene hvert år. De fleste innleggelser og polikliniske konsultasjoner i sykehuset kommer etter henvisning fra fastlegene, og alle epikriser og prøvesvar fra sykehuset skal til fastlegene etterpå.

– Fastlegene er det viktigste bindeleddet mellom pasient og sykehus. De har den totale oversikten over den enkelte

pasient, og sykehuset er avhengig av god kommunikasjon med fastlegene for å kunne gi pasientene et best mulig og helhetlig tilbud, sier relasjonsbygger Odd Petter Nilsen i Sykehuset Østfold.

I 2004 gjennomførte sykehuset en intervjuundersøkelse med 15 fastleger. I undersøkelsen kom det fram et ønske om én person å forholde seg til i sykehuset i samhandlingsspørsmål. Som et direkte resultat av dette ansatte sykehuset Odd Petter Nilsen som relasjonsbygger i informasjons- og samhandlingsavdelingen. Han er bindeleddet mellom første- og andrelinjetjenesten. – Jeg besøker alle fastlegene i Østfold og bringer synspunkter og forbedringsforslag tilbake til medarbeidere i avdelingene. Hver måned mottar hver fastlege i Østfold en papirutgave av informasjons-

brevet «For fastleger». Det inneholder aktuell informasjon fra alle avdelingene på sykehuset som berører samarbeidet, sier Nilsen.

Fastlegene har også et eget område på Sykehuset Østfolds hjemmeside med nyttig informasjon. – Vi vet at færre enn halvparten av fastlegene har tilgang til internett på kontoret. Derfor sendes det ut en informasjons-CD tre ganger i året. I tillegg arrangerer Sykehuset Østfold et årlig vårmøte med fastlegene. Her treffes fastleger, sykehusleger og administratører og tilbudet er populært, sier relasjonsbyggeren.

Ingen ventelister

Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk på Lillehammer har klart det mange har som mål, ingen ventelister og lavt sykefravær blant de ansatte.

– Jeg vil bruke det som skjer her som et eksempel. Dette er helt riktig tankegang. Ordene kom fra Helse- og omsorgsministeren da hun besøkte Sykehuset Innlandet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP-klinikken) på Lillehammer i slutten av mars. Statsråden lot seg tydelig imponere over det hun fikk høre og se.

Kjell Tangerud, avdelingssjef ved BUP-Lillehammer, tror samspill er et nøkkelord for å forklare de positive resultatene. Siden avdelingen ble etablert i 1978 har

det hvert år vært en økning i antall henvendelser, og i fjor ble det behandlet 789 pasienter ved BUP-klinikken. Men ingen har måttet stå på venteliste. – Mye av årsaken til det kan være at vi har lavt sykefravær. Vi har minst mulig møter og mest mulig fokus på å behandle pasienter, forteller Tangerud.

Tett samarbeid

Det at ventelister er et fremmedord på BUP, gjør at man har mulighet til å arbeide på andre felt, og avdekke problemer hos mennesker som aldri selv ville oppsøkt klinikken. – Vi har et nært samarbeid med barneavdelingen ved sykehuset på Lillehammer. I tillegg er vi fast ute på helsestasjonen i flere kommuner i distriktet og er jevnlig på Lillehammer videregående skole, sier han. – For litt siden, da vi var på skolen, kom det en person som

bare ønsket å snakke. Etter hvert forsto psykologen at det var en ungdom med store plager, og vi kunne sette i gang behandling med en gang. Behovet er udiskutabelt, men om vi hadde hatt ventelister ville vi ikke kunnet gjøre dette, fortsetter Tangerud.

Imøtekommende personell

Det er flere ting som gjør at BUP-klinikken på Lillehammer opplever å lykkes i sitt arbeid. I den gamle overlegeboligen, som i dag huser klinikken, skal pasienter og pårørende bli møtt av et hyggelig personell. – Behandlingen starter allerede i ekspedisjonen. De som arbeider der skal tilstrebe seg på å være hyggelige og imøtekommende, sier Tangerud.

Latterlig godt for helsen

Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold bruker klovn i sykehus for å spre glede i en sykehushverdag preget av alvor. Klovnen har som mål å skape en god opplevelse og få fram latteren.

Klovnen Totto på barneavdelingen

Barneavdelingen i Sykehuset Østfold Fredrikstad har engasjert klovnen Totto til å spre glede blant de yngste av sine pasienter. Totto besøker barneavdelingen i Fredrikstad tre dager i måneden. Barna får oppleve forskjellige ablegøyer som skal bidra til glede og oppmuntring for barna i forbindelse med sykehusoppholdet. Totto har blitt mottatt med stor begeistring blant barna.

Engasjementet av klovnen Totto er gjort mulig gjennom gaver fra frivillige. Disse er gitt til barneavdelingen for å få i stand positive tiltak for barna.

Sykehuspresten blir klovn

På Sykehuset Innlandet, Hamar, representerer sykehuspresten Susanne Sønnerbo det man kan kalle «det utvidede prestebegrep». Hun tar på seg klovnekostyme et par ganger i året for å spre glede til de ansatte.

– Allerede før jeg ble prest oppdaget jeg hvor annerledes, i positiv forstand, de fleste blir når de møter en klovn. Derfor sminker jeg meg som klovn og setter på meg klovnekostyme noen ganger i året, sier sykehuspresten og klovnen Susanne Sønnerbo.

Hun besøker vaktrom og andre steder hvor det er travle ansatte. – Jeg tror et lite klovnebesøk en gang i blant bidrar til positive hverdagsopplevelser. Det letter humøret og kan bidra til å skape en enda bedre stemning på arbeidsplassen, sier hun.



Kommunikasjonen som kan oppstå mellom en klovn og et lite barn kan oppleves magisk. Stemningen kan gå fra dypt alvor til hemningsløs latter og glede. Klovnen Tor Gustav Hovland sammen med pasient Marcus Johansen, på barneavdelingen ved Sykehuset Østfold.

Når mamma ikke orker å leke

For mange barn er det ikke lett å forstå hva som skjer når mamma eller pappa får en hjerneskade. Et sommeropphold på KReSS Drøbak skal lette situasjonen for hele familien.

Livet etter en hjerneskade kan bli annerledes for den som har fått skaden og for deres familier. Mange opplever at de ikke får nok hjelp og savner et tilbud som involverer hele familien. Ved Kognitiv Rehabiliteringsenhet på Sunnaas Sykehus (KReSS) i Drøbak ønsket de å utvikle et tilbud til langt flere enn dem som har fått skaden. Sommeroppholdet skal bidra til at samspillet i familien fungerer bedre slik at man står bedre rustet til å mestre hverdagen.

KReSS Drøbak arrangerte for første gang et sommeropphold for personer med ervervet hjerneskade og deres familier i 2006. I en uke kunne syv familier på fjorten voksne og fjorten barn ha undervisning og utveksle erfaringer rundt temaet: «Hvordan er det å leve sammen når livet brått ble endret?».

– Vi har fått tilbakemelding fra pasienter om at dette tilbudet har vært svært etterlangtet. Mange opplever det som vanskelig å snakke med familien om hva hjerneskade er. Ikke minst er det vanskelig å forklare dette for barn, sier teamleder Anne Karine Dihle ved KReSS Drøbak. Dihle har hatt hovedansvaret for utviklingen av tilbudet.

Ved hjelp av rollespill, lek og aktiviteter skal barna lære mer om hva som skjer når mamma eller pappa får en hjerneskade. Mange av foreldrene er ikke synlig skadet og det er vanskelig å forstå hvorfor foreldrene alltid er så slitne, noe som er vanlig ved hjerneskade. I løpet av oppholdet

får barna leke og snakke med andre barn og se at det finnes mammaer som er like slitne som deres egen mamma.

– Vi gjør og forklarer ting på barnas premisser slik at de lettere forstår hva som skjer ved en hjerneskade, sier Dihle. De voksne er delt inn i egne grupper slik at de uforstyrret kan snakke uten at barna er tilstede. Slik kan de se og høre hvordan andre familier takler tilsvarende situasjon. – Det er viktig med erfaringsutveksling for foreldrene og få søke råd hos andre, sier Dihle.

Dihle forteller at erfaringene så langt er meget gode og at de ønsker å gjøre tilbudet permanent. – Dette kurset har vært svært viktig for oss, og vi har brukt mye ressurser på at det skal bli bra. Delta-kernes og de ansattes evalueringer har bidratt til å videreutvikle og forbedre tilbudet. Sommeren 2007 er vi klare med nytt kurs, avslutter Dihle.

Gjør det enkelt

Det var hovedbudskapet da Helse Øst RHF arrangerte kick-off om individuell plan.

Målet er at alle som har rett til individuell plan, og som ønsker det, får tilbudet. Det må handle om enkle, kloke løsninger. Det var også tilbakemeldingene som ble gitt da Helse Øst samlet over 260 deltakere fra helseforetak, kommuner og institusjoner i starten av 2007. – Det er godt å se en slik oppslutning på et område vi er så dårlig på. Det lover godt for framtidige resultater, sier Elisabeth Arntzen, som er avdelingsdirektør for kvalitet i Helse Øst RHF.

– Ved bruk av skjemaet individuell plan får vi formalisert ansvar. Pasientene vet hva som skal gjøres av sykehuset, av kom-

munen eller rehabiliteringsinstitusjonen. Arbeidet med individuell plan byr på store utfordringer, men det er viktig at vi har tro på at vi skal få det til. Noen har kommet veldig langt og gjør en kjempejobb, mens andre sliter. Helse Øst RHF ønsker å bidra til at alle kommer opp på et nivå som sikrer at de som har rett til individuell plan, og ønsker det, får tilbudet, sier Arntzen.

Viktig å sette seg mål

Historien om slagrammede Vidar Hoel er en historie der individuell plan har fungert. Hoel kunne verken snakke, skrive eller lese, mens det i følge Hoel fungerte 100 % i hjernen. Han satte seg tidlig høye mål som koordinatoren og de andre involverte rundt Hoel støttet.

– God kjemi mellom personlig koordinator og pasient er viktig. Brukerne må

få sette seg egne mål. Vi trenger noe å strekke oss etter. Se på meg: jeg har gått langt over de målsettinger jeg satte meg, sier Hoel. I dag lever Hoel et aktivt liv og kan både gå, snakke, lese og skrive.

Skjema for individuell plan

På bakgrunn av gjennomført erfaringskonferanse i 2006, sammen med helseforetakene, har Helse Øst RHF utarbeidet en rapport som blant annet inneholder anbefalinger for god praksis og et enkelt skjema for individuell plan. – Ved å rette blikket mot mulighetene, skal vi lykkes med individuell plan. «Det du fokuserer på, utvikler du», avslutter avdelingsdirektør Elisabeth Arntzen.

Flere eldre vil utfordre Helse Øst

Høsten 2006 startet Helse Øst arbeidet med en egen «eldreplan» for spesialisthelsetjenesten. Arbeidet så langt har avdekket at Helse Øst står overfor store utfordringer.

Planarbeidet bygger på Helse Øst 2025, som representerer to års prosjektarbeid for å møte framtidens utfordringer. En av utfordringene som har blitt ekstra synlig gjennom dette arbeidet, er den store veksten i aldersgruppen 60–80 år i denne perioden. Senere kommer det en formidabel vekst også av de eldste, men i de aller første årene viser prognosene at det samlede antall eldre holder seg stabilt.

Administrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen, forteller at det er viktig å gjøre endringer nå, slik at Helse Øst er i stand til å tilby gode og likeverdige tjenester innen eksisterende ressursrammer. – Eldre pasienter skal være trygge på at de tas hånd om på en god måte også etter 2025, sier Mikkelsen.

– Den sterke økningen av antall eldre i befolkningen vil utfordre og prege alle deler av spesialisthelsetjenesten. Heldigvis øker andelen av friske eldre, men mange eldre er syke, til dels med flere sykdommer samtidig. Det fører til stort behov for undersøkelser, medisinsk behandling, pleie og omsorg. Kravet til samhandling vil øke, både innad i spesialisthelsetjenesten og med de kommunale tjenestene. – Kritikere til helsereformen var redd for at eldre og kronikere ville bli glemt. Heldigvis har de ikke fått rett, men vi trenger likevel et fokus spesielt på eldre pasienter, sier Bente Mikkelsen.

Hun er entusiastisk og spent på arbeidet med «eldreplanen». – Dette planarbeidet håper jeg vil representere noe annet enn hva som tradisjonelt er tenkt for eldre pasienter innen spesialisthelsetjenesten. Jeg er opptatt av at alle pasienter skal bli

respektert som den de er, enten de er unge eller gamle, og at behandlingstilbudet skal være tilrettelagt for dette. Derfor håper jeg at det i dette planarbeidet vil bli tenkt nytt, og at forslagene ser ut over tilbudene slik de gis i tradisjonelle geriatriske avdelinger, sier Mikkelsen.

Bred involvering

Christine Furuholmen fra Sykehuset Asker og Bærum HF, er engasjert som prosjektleder for planarbeidet. Hun har erfaring fra arbeidet med etableringen

av Helse Asker og Bærum, som har vist seg som et svært vellykket prosjekt med tanke på gode tiltakskjeder for eldre.

Furuholmen har fått med seg en bred sammensatt og meget kompetent prosjektgruppe. Mange er involvert. I tillegg til alle helseforetakene er det med to representanter fra Brukerrådet i Helse Øst RHF og tre fra kommunehelsetjenesten. Arbeidet med «eldreplanen» forventes ferdigstilt våren 2007.



Avdelingssykepleier Kirsti Nordmo ved Sykehuset Innlandet tar godt vare på pasient Aase Schartum-Hansen (92).

Til lands og til vanns, og i lufta med!



Ambulansehelikopter er blitt en viktig del av de akuttmedisinske ressursene i Helse Øst. Pilot Erik Normann og redningsmann Christen Tellefsen.

Når ulykker og sykdom gjør det nødvendig å reise til sykehus, er det viktig med rask og trygg transport.

Ambulansen er den ressursen som utgjør ryggraden i det akuttmedisinske tilbudet. Ofte vil ambulansen representere den første muligheten for å stabilisere og behandle pasienter når en akutt situasjon oppstår. Ambulansetjenesten i Helse Øst omfatter en motorsykkel, 148 biler, to båter, tre helikoptre og to fly. I 2006 tilbakela ambulansene mer enn åtte millioner kilometer langs veiene i Helse Øst.

Kompetansekrav

Nye behandlingsmetoder, teknisk utvikling og bedre kommunikasjon mellom ambulanser og sykehus har endret innholdet i tilbudet pasientene kan få før de ankommer sykehus. Når en skadd eller alvorlig syk pasient kommer til sykehuset, er ofte avansert medisinsk behandling allerede igangsatt. Sykehuset har hatt tid til å forberede mottaket på en mye bedre måte enn det som var mulig før. Denne utviklingen har ført til at kravene til kompetanse har økt i ambulansetjenesten. Helse Øst møter de nye utfordringene gjennom en bred satsing som også omfatter tiltak innen rekruttering og utdanning.

Veien videre

En større grad av spesialisering og arbeidsfordeling mellom sykehusene betyr at behovet for transport har økt de senere årene. Dette omfatter også ambulanseoppdragene.

I Helse Øst 2025 fremstår ambulansetjenesten som et satsingsområde. Helse Øst vil fortsette å videreutvikle gode ambulansetjenester som en del av arbeidet med å skape gode desentraliserte spesialisthelsetjenester i framtiden.

Helseekspressen på vei

Et halvt år etter at avtalen ble signert, startet Helseekspressen opp i januar 2007. Bussen har hvilestoler, bæreplasser, heis og toalett. Pasientene får tilgang til aviser, kaffe og enkel servering. God tur!

For Sykehuset Innlandet HF (SI) er dette en helt ny måte å frakte pasienter på. Daglig kjører bussen turer tur-retur Dombås – Lillehammer – Gjøvik. Systemet er velprøvd i Telemark, Buskerud og Vestfold, og har der vist seg så vellykket at det nå er opprettet en rekke ruter.

Erfaringene viser at pasientene føler seg trygge fordi bussene er utstyrt med medisinsk teknisk utstyr, blant annet hjertestarter, og det følger alltid helsepersonell med.– Det er viktig for oss at brukerne skal føle dette som et godt og trygt tilbud. Vi bygger på de gode erfaringene som er høstet i de andre fylkene, og ikke minst i Sverige, sier divisjonsdirektør Aage Westlie ved SI. I tillegg til at det er et godt tilbud til pasienter som skal til sykehusene på Lillehammer og Gjøvik, vil vi spare utgifter, samtidig som det frigjør ambulanskapasitet, slik at vi som en bieffekt øker den lokale beredskapen, sier han.

Skreddersøm

Lesja Bilruter, som vant anbudskonkurransen, har anskaffet en «skreddersydd» buss som kostet 4,3 millioner kroner. Bussen, som er den første som er godkjent etter Vegdirektoratets nye forskrifter

for denne type busser, er spesialbygget og velutstyrt. Den har gode seter, med god plass mellom seteradene og muligheter for regulering i bredden. Det er tre hvilestoler, bæreplasser, fester for rullestol, et stort toalett og heis. Helseekspressen er utstyrt med samme type kommunikasjon og kartutstyr som ambulansene.

Bedre ambulanseberedskap

Helseekspressen er et alternativ for pasienter som tidligere benyttet drosje, og hvor det er faglig forsvarlig med samkjøring med andre pasienter, det vil si pasienter som ikke av medisinske grunner har behov for egen drosje. Den kan også være et alternativ for pasienter som til nå har vært henvist til ambulans, men hvor det ikke er behov for en fullverdig utrustet akuttambulans.

Helseekspressen startet sin daglige rute 15. januar. Bestillingene skjer via det kjørekontoret som Oppland og Hedmark fylkeskommuner og Sykehuset Innlandet har opprettet. Det planlegges tilsvarende ekspressruter til Oslo sykehusene, både via E6 og riksvei 4.

Helseregionene overtok ansvaret for pasienttransport (syketransport) fra Trygdeetaten i 2004.

Helse Øst har delt sin region i tre:

- 1) Oslo og Akershus
- 2) Østfold
- 3) Hedmark og Oppland

Pasienttransport i Østfold

- Sykehuset Østfold har driftsansvar for pasienttransporten i Østfold
- 1050 oppdrag daglig
- 265.000 oppdrag i 2006
- I 2007 koster pasienttransporten 52 millioner kroner

Pasienttransport i Oslo og Akershus

- Ullevål universitetssykehus har driftsansvar for pasienttransport i Oslo og Akershus
- 3000 oppdrag daglig
- 680.000 oppdrag i 2006
- I 2007 koster pasienttransport i Oslo og Akershus 250 millioner kroner

Pasienttransport i Hedmark og Oppland

- Sykehuset Innlandet har drifts- og finansieringsansvar for pasienttransport i Hedmark og Oppland
- Ca 1600 oppdrag daglig
- Ca 360.000 oppdrag i 2006
- I 2007 koster pasienttransport i Hedmark og Oppland ca 235 millioner kroner



Amfetamin til frokost

Stig (35) lider av sosial angst. I over ti år klarte ikke Stig å fokusere på annet enn hvordan skaffe dop til neste rus. En politirazzia ble redningen. Det førte til et opphold på Sørlihaugen behandlingssenhet for rusmiddelavhengige.



På rett spor. I flotte omgivelser kan Stig og andre på Sørlihaugen spenne på seg skiene rett utenfor stuedøren.

Stig var en ensom gutt med angst for å omgås mennesker. I starten av tyveårene isolerte han seg mer og mer og oppsøkte fastlegen for hjelp. Der fikk han beroligende piller. Slik starter historien om et ti år langt rushelvete.

– Etter hvert som avhengigheten ble større og større utviklet jeg stor kreativitet på hvordan jeg skulle skaffe meg dop. Er suget stort nok får man til det utroligste, sier Stig når han tenker tilbake. Han forfalsket sine egne resepter og brukte store deler av dagen på reise rundt på apoteker for å skaffe nok dop. Stig misbrukte amfetamin og beroligende preparater.

En kjøretur i ruset tilstand ble paradoksalt nok den nødvendige endringen. – Politiet fulgte etter meg og tok en razzia i leiligheten min. Der fant de store mengder piller i tillegg til en rekke reseptforfalskninger. At jeg ble tatt, var redningen for meg, sier Stig.

Behandling framfor fengsel

Stig ble dømt til seks måneders soning i fengsel. I domspapirene ble det anbefalt behandling for rusproblemene med soning, såkalt §12-soning.

– Jeg har vært utrolig heldig og fikk innvilget hele soningen min på Sørlihaugen behandlingssenhet for rusmiddelmisbrukere, sier Stig. Dette er en avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet ved Sykehuset Innlandet.

Etter at Stig var ferdig med soningen og var fri til å forlate Sørlihaugen, tok han for første gang regi på sitt eget liv. Med en kropp som skrek etter dop, bestemte Stig seg for å bli værende. Han mente selv at han ikke var frisk. – Siden jeg hadde plass og utviklingen var positiv, bestemte jeg meg for at jeg hadde alt å vinne på å bli værende.

Framtidsplaner

Stig er nå rusfri og har vært det i åtte måneder. Om knappe to uker skal han tilbake til hverdagen igjen. – Jeg er spent

på framtiden, men er innstilt på å være rusfri. Jeg ønsker meg tilbake til yrkeslivet og har en drøm om å ta klasse 2 førerkort. Jeg har mistet de beste årene av mitt liv. Jeg vet jo ingenting om samliv, men gleder meg til å oppleve det, avslutter Stig og smiler lurt.

Struktur på livet

Knut Vik jobber som inntakskonsulent på Sørlihaugen. Han sier at struktur og rutiner er mangelvare for de fleste pasienter. – Vi lager en timeplan som alle pasientene må forholde seg til. Den forteller pasientene hva de skal gjøre til enhver tid. I tillegg har den enkelte en individuell plan. Her setter den enkelte pasient ned mål for hver uke. I slutten av uken blir disse gjennomgått i plenum som en del av gruppeterapien, sier Vik.

Noe av det viktigste for de som er under behandling er å lære seg en normal livsførelse. Pasientene må lære seg elementære ting om økonomi, bolig, handle mat, ta bussen osv.

God samhandling

Sørlihaugen har et tett og godt samarbeid med fengselsvesenet i forhold til denne type soning.

– Jeg har jobbet med alle fengsler i regionen, sier Vik. Når det gjelder samarbeid med kommunene og distriktpspsykiatriske sentre er det noe forskjellig hvordan dette fungerer. For Stig sin del har samarbeid på tvers av instanser fungert veldig bra, sier Vik.

Vik forteller at Stig vil få tett oppfølging av en psykolog ved distriktpspsykiatrisk senter etter at han er utskrevet. Han har også en kontaktperson i kommunen. – I tillegg kan han ringe oss som jobber ved Sørlihaugen uansett når på døgnet han måtte trenge kontakt, sier inntakskonsulent.

Helse Østs koordinerende rolle

Helse Øst stiller krav til samhandling innen flere sektorer. Dette er viktig for å sikre helhet i behandlingstilbudet. – For at Stig og andre pasienter skal få et godt

og likeverdig tilbud er det viktig å samarbeide med kommunene og fengselsvesenet. Spesielt viktig er dette innen psykisk helse og rus. Tvungent psykisk helsevern blir også i økende grad brukt som alternativ til fengselsstraff i Norge, sier Frode Bie, seksjonsleder innen psykisk helsevern og rus i Helse Øst RHF.

- Ansvar for å koordinere private plasser innen rusbehandling i Helse Øst er lagt til Aker universitetssykehus, avdeling rus og avhengighet
- Koordineringsenheten for dom til behandling i Helse Øst ble etablert 1. januar 2006, og er plassert under regional sikkerhetsavdeling i psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus HF

Behandling for de svakeste

Diakonhjemmet Sykehus åpnet en ruspoliklinikk på Vinderen i 2006. I tillegg er det planlagt opprettelse av en tverrfaglig enhet for rus og psykiatri.

Ruspoliklinikken tilbyr hjelp ved alle former for rusmiddelavhengighet, enten det er alkohol, piller eller injeksjoner og de psykiatriske lidelser som følger av dette. Dette gjelder også de som er i legemiddelassistert rehabilitering, for eksempel under Metadonbehandling.

Da Stortinget vedtok Rusreformen ble mennesker med rusproblematikk definert som pasienter og ikke sosialklienter. Dermed har de rett til hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

– De 11 ansatte på ruspoliklinikken har bakgrunn fra både psykiatri, medisin, rusbehandling og kommunal sosialtjeneste, forklarer enhetsleder Jan Fredrik Andresen. – Her har vi både psykiatere, psykologer, sosionomer, psykiatrisk sykepleier og merkantil konsulent. Disse skal hjelpe mennesker med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse.

Nytt tilbud på vei

Men det finnes en gruppe pasienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusproblematikk som det er vanskelig å tilpasse gode tilbud for i det eksisterende behandlingsapparatet. Derfor bestemte sykehuset seg i 2006 for å opprette en tverrfaglig enhet som en del av behandlingstilbudet. Denne gruppen av pasienter kan i tillegg til sin doble diagnose (hovedsakelig rus og psykose) ha alvorlige somatiske problemer og funksjonshemminger.

– Ofte kan det synes som om disse pasientene ikke er tilfredsstillende diagnostisert og utredet, sier Grete Larsen, som skal lede den nye enheten. – Pasientene har dessuten ofte ustabil situasjon og dårlig boevne, små sosiale nettverk, lite reell familie, manglende sykdomsinnsikt og evne til å ta vare på seg selv. De har også ofte rask sykdomsutvikling, høy selvmordsrisiko, utagerende atferd og kontakt med politiet eller kriminalomsorgen, forteller Larsen.

Et nybygg står klart til bruk, og den planlagte tverrfaglige enheten for rus og psykiatri, vil kunne flytte inn i løpet av sommeren 2007. Midlene er gitt av Helse Øst gjennom Opptreppingsplanen for psykisk helse.

Kongen åpnet kreft- og isolatsenteret

Hans Majestet Kong Harald foretok den offisielle åpningen av det nye Kreft- og isolatsenteret på Ullevål universitetssykehus i oktober 2006.

Åpningen av det nye Kreftsenteret betyr at behandlingsskapasiteten for dagbehandling med cellegift, øker fra 6.000 til 10.000 kurer i året. Senteret vil i løpet av 2007 ha seks moderne strålemaskiner og øker kapasiteten fra 25.000 til 40.000 behandlinger i året.

Nødvendig økning

– Det nye Kreftsenteret ved Ullevål bidrar til en helt nødvendig økning av kapasiteten for behandling av kreftsykdommer på regionsykehusnivå, både på kort og lang

sikt. Vi regner med at to av tre kreftpasienter i Helse Øst vil få behandling på Ullevål, sier administrerende direktør, Tove Strand.

Isolatsenter

I tillegg til Kreftsenteret, inneholder bygget et isolatsenter med 10 isolatrom. Denne enheten representerer en ny funksjon i norske sykehus. I et slikt høyrisiko luftsmitteisolat kan man på en sikker måte behandle de aller mest smitterisikable sykdommer.



Kong Harald klippet snoren og erklærte Kreft- og isolatsenteret for åpnet.

Aktivitetsrom gir pusterom

På Kreftsenteret på Ullevål universitetssykehus har de et eget aktivitetsrom. Dette er åpent for alle pasienter ved senteret. Her kan pasientene drive fysisk trening, tilpasset den enkeltes nivå og behov.

Forskning, blant annet foretatt av forskere ved Kreftsenteret, viser at fysisk aktivitet forebygger kreftutvikling, samtidig som det er gunstig for personer som

har eller har hatt kreft. Fysisk aktivitet tilpasset den enkelte pasients funksjonsnivå gir dessuten en opplevelse av mestring. Erfaringer viser at pasienter som trener regelmessig ofte sover bedre, har mindre smerte og får økt funksjonalitet i hverdagen.

– Tilbudet er tiltenkt både innlagte pasienter, polikliniske pasienter og pasienter i rehabiliteringsfase. Dette skal være et lavterskeltilbud, med utgangspunkt i eget nivå. For noen kan det faktisk være nok trening å gå fra sengen og ned til aktivitetsrommet, sier Tone Ikdahl, klinikkssjef ved Kreftsenteret på Ullevål.

Pusterommet

Prosjektgruppen legger vekt på at aktivitetsrommet også skal by på sosial velvære. Ved siden av moderne treningsapparater, er det derfor lagt vekt på at lokalet skal være innbydende, ha hvilestoler, lesestoff, musikk- og tv-anlegg, samt en egen juicebar. – Vi liker å kalle rommet for «Pusterommet». Det betyr at dette ikke skal være et rent treningssenter, men et sted det skal være hyggelig å oppsøke, hvor du kan møte andre og slå av en prat, sier Grete Waitz. Hun er selv pasient ved Kreftsenteret, og sammen med mannen Jack Waitz har hun bidratt til å realisere det nye aktivitetsstilbudet ved senteret.

Les journalen på nettet



May-Heidi S. Moen og datteren tester ut datterens nettside på minTRSSiDe.

Brukerne fra Kompetansesenter for sjeldne diagnoser, ved Sunnaas sykehus, kan sitte hjemme i sofaen og sende spørsmål til behandlerne ved senteret. Når svaret er klart får de beskjed via tekstmelding. Løsningen heter minTRSSiDe, og er helt unik i Norge.

Brukerne får sin egen personlige nettside der de kan kommunisere med TRS via sikker e-post, lese egne journalopplysninger og oppdatere personalia. I juni 2006 tok de første personene minTRSSiDe i bruk. – Webportalen er en unik løsning utviklet spesielt for TRS kompetansesenter, forteller daglig leder Per Frydenborg.

– Hensikten med løsningen er ikke bare å bedre kommunikasjonen mellom helsevesenet og brukerne, men også heve kvaliteten på behandlingen. Slike systemer vil på sikt bli mer og mer tilgjengelig i helsevesenet, tror Frydenborg.

Med denne løsningen kan brukerne selv styre informasjonen om seg selv i større grad enn tidligere. Tanken bak nettsiden er å bidra til større grad av likeverd og bedre kommunikasjon mellom fagperson og bruker.

Fornøyde brukere

Tilbakemelding fra brukerne og deres pårørende er gode. Pasientene kan kommunisere når det passer dem selv og de kan logge seg på i ro og mak på kvelden. May-Heidi S. Moen har en datter med ryggmargsbrokk som er en av diagnosene TRS er kompetansesenter for. Hun var med i prøveprosjektet da løsningen

ble testet ut. – Vi blir fortere oppdatert og vi kan kommunisere direkte med fagpersoner på TRS. Tidligere fikk fastlegen ofte epikrisen et halvt år etter at man hadde vært ved sykehuset. I framtiden kan man gi legen tilgang til siden, og da har legen mulighet til å sette seg inn i journalen fra TRS i forkant av møte. Et håp hadde vært at en større del av helsevesenet brukte et slikt system, sier Moen.

Større åpenhet

– Mindre byråkrati og mer åpenhet enn før har bidratt til mer konstruktiv kritikk og dialog. Helse Øst har tatt brukermedvirkning på alvor fra starten av helsereformen. Slik oppsummerer brukerrådsleder Jon Storaas helsereformen etter fem år.

Brukerrådet er et rådgivende organ for Helse Øst RHF. – Vi mener å se en utvikling der de friskeste legger beslag på flest helsetjenester. Vi er glad for at Helse Øst har åpenhet rundt sine prioriteringer og ønsker å gjøre noe med dette, sier Storaas.

Storaas har vært med i Brukerrådet i Helse Øst RHF i to år. I 2006 ble han valgt som leder. Han ønsker å berømme Helse Øst for å ta brukerne på alvor. – Helse Øst er avhengig av brukernes kompetanse og brukerne er avhengig av fagfolkernes kompetanse for å utvikle seg. Vi har kommet et stykke på vei i forhold til å benytte erfaringer og den kompetansen som er bygget opp, sier lederen.

Brukerrådsrepresentantene har stor tro på brukernes egne ressurser uansett ståsted.



Brukerne har blitt en likestilt stemme å lytte til, sier lederen av Brukerrådet Jon Storaas.

– Brukere med sammensatte problemer har lenge vært taperne i norsk helsevesen. Da tenker jeg spesielt på pasienter som trenger rehabilitering over lengre tid, der også rusfeltet og psykiatrien inngår. Det er gledelig å se at Helse Øst satser på denne pasientgruppen og iverksetter tiltak.

Genialt samarbeidsverktøy

– Utvikling og innføring av individuell plan har som mange andre steder sittet langt inne også i Helse Øst systemene. Gjennom god brukermedvirkning og egeninnsats tar Helse Øst dette innover seg og gjør det til en av flere prioriterte opp-

gaver i 2007. Dette ligger også som en sentral del i Helse Øst 2025 og Strategisk Fokus for perioden fra 2007–2010. Det har vært en gradvis utvikling i sakte fart, sier Storaas.

Individuell plan er hjertebarnt til Jon Storaas. Han foreleser og snakker varmt om dette verktøyet så snart han får anledning. – Individuell plan handler om å bli flinkere til å samhandle med andre tjenester og systemer som er viktig for at pasienten får den oppfølging han eller hun trenger. Individuell plan er ensbetydende med brukermedvirkning på individnivå, sier en engasjert Jon Storaas.

Brukerrådet ser Helse Øst som en moderne organisasjon som streber etter å være mindre byråkratiske enn før reformen. – Vi ser en positiv utvikling der pasienten er mer i fokus enn før. Det er ikke lenger slik at alt skjer på fagfolkernes premisser. Brukerne har blitt en likestilt stemme å lytte til, sier Storaas.

Brukerrådet i Helse Øst RHF

Brukerrådet har medlemmer fra Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og eldrerådene i fylkeskommunene.

Leder Jon Storaas	RIO
Nestleder Helga Skåden	FFO, Oslo
Iver Hofsmarken	FFO, Oppland
John G. Marthinsen	Eldrerådet, Akershus
Sandra Seland	FFO, Akershus
Ragnhild Myklebust	SAFO, Hedmark
Stein Johnsen	SAFO, Hedmark
Odd Myrland	FFO, Akershus
Gerd Eskildsen	FFO, Østfold
Marthe Kraabøl	FFO, Hedmark
Kirsten Marie Bøe	Eldrerådet, Oppland

Avtalespesialistene

Det er 796 avtalespesialister i Helse Øst. Disse står for 45 % av den polikliniske aktiviteten i regionen.

Avtalespesialistene er privatpraktiserende leger, psykologer og psykiatere. Helse Øst har siden helsereformen i 2002 arbeidet for at pasienter skal få et kvalitativt, likeverdig og godt helsetilbud. Helse Øst inngikk derfor på et tidlig tidspunkt avtaler med private spesialister i regionen. De private spesialistene tilbyr både vurdering og behandling innen mange ulike fagområder i somatikk og innen psykisk helsevern.

Ove Andreas Mortensen er privatpraktiserende gynekolog med avtale med Helse Øst. Han er også leder for sammenslutningen av privatpraktiserende leger i Norge og er svært positiv til hvordan Helse Øst har samhandlet med spesialistene. – Helse Øst har i samarbeid med oss lagt grunnlaget for den gode dialogen. Gjennom et eget samarbeidsorgan med representanter fra spesialistene, helseforetakene og Helse Øst RHF, har vi fått konkretisert det gjensidige ansvarsforholdet. Resultatene av dette er en god rammeavtale som ligger i bunn for det arbeidet som gjøres, sier Mortensen.

Rammeavtalen ble underskrevet i januar 2006. Da hadde Helse Øst gjennomført en spørreundersøkelse blant avtalespesialistene og utarbeidet en strategisk plan for det videre arbeidet.

– Spørreundersøkelsen er viktig både for oss og Helse Øst. Den gir viktig faktainformasjon som gjør at vi får konstruktive diskusjoner. Dette har ført til at vi har fått på plass normtallene. Disse er nedfelt i rammeavtalen og tydeliggjør til en viss grad kravet til aktivitet. Vår aktivitet er vår styrke, sier Mortensen.

Erfaringsutveksling

– Vi kommer nesten alle fra lange arbeidsforhold i sykehus og er vant til store faglige miljøer. Nå arbeider mange i solopraksis eller gruppepraksis, men det er likevel påkrevd, og en forutsetning, med stor kunnskap og faglig oppdatering blant spesialiteten. Ulike etterutdannelsesprogrammer sikrer dette. Samarbeidet og det initiativet som Helse Øst har tatt for å få til god integrering med institusjoner og sykehus kan bidra til å sikre faglig kunnskapsoverføring og utvikling. Rammeavtalene stiller krav til alle parter, sier Mortensen. Handlingsplanen for 2007 og videre i perioden mot 2009 legger opp til mer faglig samhandling, erfaringskonferanser og møtearenaer.

Omstilling og utvikling

Mortensen ser positivt på framtida og håper at Helse Øst lytter til de innspill som kommer i forhold til fagområder det bør satses på og bruk av hjemler i de ulike delene av regionen. – Helse-sektoren er en sektor i omstilling. Vi som avtalespesialister er små «foretak» og er omstillingsdyktige og bør kunne fylle de behov som pasientene har til effektiv behandling, sier Mortensen. Vi gir pasientene kontinuitet i behandlingen. Vår behandling er lett tilgjengelig og ubyråkratisk. Dette har Helse Øst hatt som viktige målsettinger for sin drift til nå. Vi håper og tror at dette også vil være viktig i framtiden, avslutter avtalespesialisten.

- I Helse Øst var det i februar 2006 totalt 796 avtaler med private spesialister
- Avtalespesialistene fordeles slik i forhold til fagområde: 346 somatiske fag, 160 i psykiatri og 290 i klinisk psykologi
- I somatisk fag inngår: øyesykdommer, øre-nese-hals, indremedisin, fødsels-hjelp og kvinnesykdommer, hud og veneriske sykdommer, barnesykdommer, kirurgi, nevrologi og radiologi
- I løpet av 2007 vil det bli arbeidet med et nytt rapporteringssystem som vil sikre bedre informasjon på utvalgte indikatorer

Lærings- og mestringssentre

Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en viktig møteplass for brukere, deres familier og fagpersonell. Sentrene tilbyr informasjon og opplæring i form av kurs og gruppe, og de er også et sted hvor fagfolk kan bli bedre til å lære fra seg.

Lærings- og mestringssentre

i Helse Øst:

- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Aker universitetssykehus
- LMS Aker universitetssykehus
- LMS Lovisenberg Diakonale Sykehus
- LMS Akershus universitetssykehus
- LMS Sykehuset Asker og Bærum
- LMS Sykehuset Østfold

- LMS Ullevål universitetssykehus (Barnesenteret og Læringscenteret)
- LMS Sunnaas sykehus
- LMS Diakonhjemmet Sykehuset
- LMS Sykehuset Innlandet
- LMS Revmatismesykehuset
- LMS Glittreklubben
- LMS Martina Hansens Hospital
- LMS Røysumtunet



Krav til *helhetstenkning* og samarbeid

I Helse Øst er det 31.000 medarbeidere. Disse er den viktigste kilden til verdiskaping. I de fem årene siden helsereformen startet er det satset på å bygge opp en organisasjonskultur med vekt på kontinuerlig utvikling og lærerikt samarbeid. Gjerne på tvers av foretaksgrensene.

Et godt og utviklende fagmiljø for de ansatte gir kvalitet og trygghet for pasientene. I 2006 ble det satt i gang arbeid med en felles modell for å kartlegge medarbeideres synspunkter på arbeidsmiljøet. Resultatene ble fulgt opp gjennom involverende forbedringsprosesser. Det er utarbeidet en strategisk handlingsplan for kompetanse, ledelse og organisasjon. I handlingsplanen er det definert områder hvor virksomhetene er enige om å gjennomføre felles utviklingstiltak. Dette gjelder arbeidsmiljø, ledelse, organisasjonsutvikling og endring, etikk og bedriftskultur, lønn og belønning.

Ledelsesutvikling har vært et prioritert område i 2006, og det er gjennomført flere typer kurs og opplæringstiltak. Ved utgangen av 2006 har ca 200 av de ca 1400 lederne med personalansvar i Helse Øst, deltatt i det regionale ledelsesseminaret.

For satsingen videre er førstelinjelederne definert som en viktig målgruppe for lederopplæring. Det er disse lederne som er nærmest selve pasientbehandlingen, og samtidig er det ofte denne gruppen som har fått minst tilbud om opplæring i ledelse. Derfor satser Helse Øst på lederseminarer og tiltak for å styrke lederskapet for disse lederne i 2007.

Arbeidstilsynet har gjennomført en landsomfattende tilsynskampanje ved helseforetakene, kalt God vakt. Her ble det gitt en rekke pålegg om tiltak på grunn av manglende oppfyllelse av Arbeidsmiljølovens krav. Mange av påleggene knyttet seg til for svak implementering av nødvendige systemer og prosedyrer innen HMS-arbeidet. Helseforetakene har fortløpende gjennomført nødvendige tiltak og lukket de påviste avvik innen de fristene som ble satt av Arbeidstilsynet. Dette arbeidet var i hovedsak ferdig ved utgangen av 2006.

Et godt arbeidsmiljø handler også om å styrke sykehusene som flerkulturelle arbeidssteder. Ullevål universitetssykehus, hvor hver sjettede medarbeider har flerkulturell bakgrunn, fikk i 2006 Mangfoldprisen for arbeidet med å tilrettelegge for medarbeidere med flerkulturell bakgrunn.

Helse Øst har fokus på god virksomhetsstyring og legger vekt på å sikre at dette blir oppfylt i hele foretaksgruppen. Det er etablert internt revisjon og kontrollkomité slik eier har pålagt. Hensikten med internt revisjonen er at den skal bidra til forbedringer i etablerte styringsprosesser, øke verdiskapningen og bedre kvaliteten i virksomheten.

I løpet av 2006 er det gjennomført 27 revisjoner på følgende områder:

- Ventetid fra vurdering til igangsatt behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
- Styringssystem og internkontroll innenfor forskning
- Ledelsens gjennomgåelse av virksomhetsstyringen med fokus på risikovurdering

Revisjonene viser at alle helseforetakene har fokus på god virksomhetsstyring gjennom internkontroll. Det er likevel svakheter ved de styringssystem som er etablert innen de reviderte områdene. Dette vil vi forbedre.

Et annet aspekt ved god virksomhetsstyring er regulering av bierverv. Ryddighet i forhold til ansattes bierverv er viktig, ikke minst av hensyn til allmennhetens tillit til at helseforetakets virksomhet skjer på en fullt ut forsvarlig måte. Helse Øst startet implementeringen av nye og mer detaljerte retningslinjer for praktisering av regelverket om bierverv i 2005. Innarbeiding av nødvendige prosedyrer og rutiner ble slutført i helseforetakene i 2006.

Regelverket begrenser ansattes muligheter for å påta seg bierverv og påvirker rekrutteringssituasjonen. Helse Øst og Helse Sør er i stor grad en del av et felles arbeidsmarked og etablerte derfor i 2006 et felles koordineringsutvalg. Utvalget skal bistå i en felles forståelse og praktisering av regelverket i de to regionene.

Samarbeidsavtalen mellom de fem regionale helseforetakene og Legemiddelindustriforeningen har vært i kraft fra begynnelsen av 2006. Med dette ble grunnlaget lagt for at samtlige helseforetak i landet skulle få felles retningslinjer for samhandling med industrien. Avtalen sikrer at fremtidig samarbeid kan skje på en faglig etisk og korrekt måte. Dette er viktig for at ikke pasienter eller samfunnet for øvrig kan trekke partenes uavhengighet, integritet eller medisinske vurdering i tvil. Tillit er avgjørende!

Les mer om ledelses- og organisasjonsarbeidet i Helse Øst på de neste sidene.

Et godt og utviklende fagmiljø for de ansatte gir kvalitet og trygghet for pasientene

God ledelse i alle ledd

Helse Øst vil styrke kompetansen til førstelinjelederne. De har den daglige og nære kontakten med medarbeidere, pasienter og pårørende. Mye ansvar og en hektisk jobb krever god ledelse.

Fokus på førstelinjeledere (ledere på laveste nivå) er en del av Helse Østs satsning innen lederutvikling. For at disse skal ha den nødvendige kompetansen for å mestre nåværende og framtidige arbeidsoppgaver er det iverksatt tiltak for dette ledernivået. – Førstelinjelederne har til dels relativt kort ledererfaring og har tradisjonelt fått mindre målrettet lederopplæring enn ledere på høyere nivå. Av erfaring vet vi at ledelse og måten ledelse blir utøvet på, er en av de faktorer som påvirker resultater og arbeidsmiljø mest, sier HR-direktør i Helse Øst RHF, Per Magnus Mæhle.

Lyst til å lede

Monica Jaeger har vært leder i mange år. Hun jobber som avdelingssykepleier ved gynekologisk sengepost på Sykehuset Asker og Bærum. Jaeger har selv deltatt på lederutviklingsprogrammet i regi av Helse Øst og er positiv til økt satsning på førstelinjeledere. – Jeg har en morsom men krevende jobb. Denne satsningen er som musikk i mine ører. Det koster sykehusene mye å ikke ha gode og kompetente ledere, sier avdelingssykepleieren.

Jaeger har sterke meninger om hvilke tiltak som bør iverksettes for å få gode ledere. – Jeg synes det burde være et krav om at ledelsen ved sykehusene ansatte ledere med formell lederutdanning. Hvis ikke bør de skoleses, for eksempel på et lederutviklingsprogram i regi av Helse Øst. Det viktigste med å være leder er blant annet lysten til å lede, motivere og inspirere andre mennesker, sier hun.

– Vi er bindeleddet mellom mange grupper. For at en førstelinjeleder skal bli motivert og dyktig, krever det gode ledere over oss som er flinke til å motivere. I tillegg er det viktig at vi blir hørt og tatt med der beslutninger tas, sier Jaeger.

Kunnskapsbedrift

Høsten 2005 ble det igangsatt et arbeid for å utarbeide en samlet HR-strategi for Helse Øst. I 2006 ble Per Magnus Mæhle ansatt som HR-direktør for å lede dette arbeidet.

– Helse Øst er Norges største kunnskapsbedrift. Med 31 000 medarbeidere er det et lederansvar å sikre at den humane kapitalen i foretaksgruppen ivaretas og utvikles optimalt. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes er nøkkelen i den videre utviklingen av helseforetakene, sier Mæhle. Parallelt med arbeidet med HR-strategi, ble de regionale lederseminarene og «Lederforum» – hvor foretakenes ledergrupper deltar – videreført. Helse Øst bisto også en rekke av foretakene med utvikling og gjennomføring av foretaksinterne ledelsesutviklingstiltak.

Lederutviklingsarbeidet foregår både nasjonalt, regionalt og på foretaksnivå. Helse Øst vil bidra med å videreutvikle interne tiltak for førstelinjeledere og videreformidle gode erfaringer mellom foretakene. For å bidra til satsingen på 1.linjeledere vil Helse Øst i 2007, i samarbeid med helseforetakene, utvikle og gjennomføre et eget utviklingsprogram for foretaksinterne ledere.



Monica Jaeger har deltatt på lederutviklingsprogrammet i regi av Helse Øst RHF. Hun mener det er viktig med ledere som kan motivere og inspirere medarbeiderne sine. Her sammen med sykepleier Hege Kvikne Skogsletten.

– Gode og motiverte ledere i alle ledd er en forutsetning for et trygt, inkluderende og lærende arbeidsmiljø, avslutter Mæhle.

Helse Øst Portalen – nett for alle ansatte

1. desember 2006 ble Helse Øst Portalen lansert. Dette er en ny elektronisk kanal som potensielt kan nå alle 31.000 ansatte i regionen.

Helse Øst Portalen kan sees på som et intranett mellom alle helseforetakene i regionen. Målet er å gjøre nettet til en kanal for informasjons- og kunnskapsdeling. Ulike ressurser som er felles for alle ansatte, enten du jobber på Gjøvik, Ullevål eller Sykehuset Asker og Bærum, kan gjøres tilgjengelige via dette nettet. Fra 1. desember var blant annet alle lover og forskrifter innen helsesektoren samlet i en felles database fra Gyldendal, tilgjengelig for alle ansatte.

På innkjøpsområdet er det inngått flere tusen avtaler. Avtalene er samlet i Helse Øst Portalen sammen med blant annet nyheter om anskaffelsesregelverket. – Dette er viktig for å sikre at Helse Øst følger lovverket, sier kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande.

– Helse Øst Portalen er lansert, men den er ikke fullstendig. Innholdet er foreløpig av overordnet karakter, men ambisjonen er å gjøre Helse Øst Portalen til et viktig

arbeidsverktøy der alle ansatte kan dele informasjon mellom ulike nivå, på tvers av faggrenser og helseforetak, sier Sande. På sikt håper Helse Øst å få til flere muligheter for å jobbe i ulike forum på nett, interaksjon med samarbeidspartnere og dialog med brukere.

Alle helseforetak i Helse Øst RHF har samme publiseringsverktøy. Det betyr at ansatte i foretakene kan publisere artikler både til eget intranett innad i foretaket, til eget internett eller til Helse Øst Portalen.



Helse Øst Portalen skal være en arena for kunnskapsoverføring og informasjonsdeling. Ansatte på RHF'et har benyttet portalen til deling av informasjon med ulike nettverk i foretaksgruppen og håper at bruken vil øke.

Det flerkulturelle sykehuset



Et av tiltakene for å styrke Ullevål universitetssykehus som et flerkulturelt arbeidssted har vært å designe og utvikle en egen hijab (illustrasjonsfoto). Det var lederen ved Tekstilfor-syningen som i 2001 kom med dette forslaget og hijaben har blitt godt mottatt.

I 2006 mottok Ullevål universitetssykehus Mangfoldsprisen, som hvert år deles ut av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Sykehuset fikk prisen for sin målbevisste satsing på å være et flerkulturelt sykehus for pasienter og ansatte.

Av Ullevåls drøye 8.600 ansatte, har rundt 20 prosent minoritetsbakgrunn. Det gjør Ullevål til en av de største flerkulturelle arbeidsplassene i landet. Samtidig har sykehuset en stadig økende andel pasienter med innvandrerbakgrunn. Tiltak for både å styrke og utnytte det flerkulturelle miljøet ved sykehuset har derfor blitt stadig viktigere de senere år.

Rekruttering av ledere

Ett av flere satsningsområder er å rekruttere flere ansatte med innvandrerbakgrunn inn i lederstillinger. Minoritetsansatte er underrepresentert i ledende stillinger, og ledelsen ved sykehuset ønsker å reflektere de ansattes flerkulturelle bakgrunn. I 2006 ble det derfor satt i gang to program for lederrekruttering rettet mot ansatte med minoritetsbakgrunn.

De to programmene skal styrke og videreutvikle kompetansen til ansatte med innvandrerbakgrunn, slik at de stiller sterkere i konkurransen om lederstillingene. Det ene lederkurset retter seg mot ansatte uten profesjonsutdanning. Kurset gir fem studiepoeng ved Høgskolen i Oslo. Det andre kurset er et tilbud til ansatte med profesjonsutdanning for blant annet leger, sykepleiere, bioingeniører og radiografer, og er en del av BI-programmet Master of Management Program. Kurset gir deltakerne 30 studiepoeng.



Bedre pasienttilbud

Samtidig er Ullevål også oppatt av å bedre helsetjenestene som tilbys pasienter med flerkulturell bakgrunn. Sykehuset ser lederprogrammene som ett av flere viktige bidrag for å bedre pasienttilbudet.

– Språkproblemer, kulturelle og religiøse forskjeller, krever at sykehuset må legge til rette for spesielle tiltak for å sikre kvaliteten i tjenestene overfor pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn. Det kreves en ny type profesjonalitet og nye krav til kompetanse hos sykehusets medarbeidere for å mestre dette. Ved blant annet å rekruttere mer helsepersonell og flere ledere med ulik kulturell bakgrunn, ønsker vi å møte det mangfoldet vi finner hos pasientene våre på en enda bedre måte, sier Tove Strand, administrerende direktør ved Ullevål universitetssykehus.

En av fem kan trenge tolk

Levekårsundersøkelsen for Oslo som ble lagt frem i februar 2007 viser at en av fem innbyggere i Oslo har ikke-vestlig bakgrunn. Mange av disse kan trenge tolk ved sykdom.

Pasientrettighetsloven slår fast pasientenes rett til informasjon og medvirkning. I loven heter det også at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som (...) kultur og språkbakgrunn». I 2006 utarbeidet Helse Øst retningslinjer for tolketjenesten.

– Folk kan snakke utmerket dagligdags norsk, men likevel ha behov for tolk for å snakke om sykdom og forstå det jeg har å si om diagnose og behandling, forteller lungelege Tor Erikstad ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Han er av de som flittig benytter tolk i sitt arbeid. – Det er en stor fordel at vi nå elektronisk kan bestille tolk samtidig med planlegging av konsultasjonen. For en del år siden var det ikke uvanlig at pårørende var med som tolk. Dette skal nå ikke forekomme, sier Erikstad.

– Hovedutfordringen for meg som lege er å få til den direkte kontakten jeg trenger for å vurdere om pasienten forstår det jeg sier, påpeker Erikstad. De profesjonelle tolkene er flinke til å opptre nøytralt, slik at de ikke forstyrrer kommunikasjonen mellom pasienten og meg. Det er helt nødvendig for meg å kunne stole på at pasienten får vite nøyaktig det jeg sier, og jeg benytter kontrollspørsmål for å forsikre meg om at pasienten har oppfattet innholdet og betydningen av informasjonen, sier Erikstad.

Pasientskoler på urdu, arabisk og tyrkisk

Det å forstå det som sies er avgjørende for at pasienten skal få god behandling, og ikke minst følge opp med medisiner og annet hjemme. – Denne oppfølgingen gir vi også gjennom egne pasientskoler på urdu, arabisk og tyrkisk. Riktig behandling av astma og KOLS krever ofte omfattende prosedyrer, regularitet og

en nøyaktig læreprosess. Det er rett og slett ikke mulig å få det til uten at pasienten har fått en grundig forståelse. Dette er helt sentralt også ved andre sykdommer, som for eksempel tuberkulosebehandling, sier Erikstad.

– Det tøffeste med å tolke i helsevesenet er at unøyaktighet her kan få konsekvenser på liv og død, sier Chandan Dhirad. Han er selv tolk og har vært en av pionerene for utviklingen av tolketjenesten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. – Det hender også at jeg blir klar over at jeg forstår mer enn det pasienten gjør. Da kan det være vanskelig ikke å si ifra. Samtidig er jeg svært bevisst på at jeg oversetter språk – ikke kultur – og må forholde meg til det som blir sagt.

100 språk

I løpet av de siste åtte årene har Lovisenberg Diakonale Sykehus fått en godt utbygd tolketjeneste. I lokalsykehusområdet er det 30 prosent minoritetsbefolkning, og over 100 språk. Sykehuset formidler nærmere 300 tolkeoppdrag hver måned.



Stolt av forskningsaktiviteten

Helse Øst er opptatt av at foretaksgruppen skal nyttiggjøre seg den raske utviklingen i medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder på en god måte. Måltrettet innsats for å sikre og utvikle god kompetanse og kunnskapsbasert praksis er viktig.

Helse Øst er en veldrevet foretaksgruppe, noe som har gjort det mulig med en svært bevisst og målrettet satsing på forskning. Å satse på forskning er en av de beste måtene for både å produsere og utnytte ny kunnskap. Dette er vesentlig i en virksomhet som lever av å bruke kunnskap til beste for pasientene.

Allerede i 2003 ble det etablert en forskningsstrategi og et Forskningsutvalg. Helse Øst sin visjon for forskningsaktiviteten er: «Forskning i Helse Øst skal skape kunnskap og kompetanse som bidrar til et styrket tilbud til pasientene gjennom å bedre diagnostikk, behandling og pleie, rehabilitering, forebygging, og organisering av spesialisthelsetjenesten i regionen.»

Årlig fordeler Helse Øst midler til forskning. Midlene består av øremerkede forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet og avsatte midler fra Helse Øst sin ramme. I 2006 ble det delt ut 180 millioner kroner. I tillegg er helseforetakene pålagt å bruke 0,6–1 % av sine egne midler til forskning.

Det har vært gitt støtte til over 350 nye forskningsprosjekter og til eksisterende forskningsmiljøer. I tillegg har Helse Øst prioritert oppbygging av infrastruktur for forskning. Regionale kompetansesentra er nå på plass innenfor klinisk forskning, personvern, biobank, forskningsjus og innen helsetjenesteforskning.

Denne satsingen har vært gjort spesielt med tanke på å støtte forskning utenom universitetssykehusene.

Helse Øst har også prioritert å bygge opp forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder. I 2006 ble det laget handlingsplaner for å styrke forskning på rusbehandling og psykisk helse, og om kort tid blir det etablert forskerskole innen rus og psykiatri. Helse Øst vektlegger også ivaretagelse av kjønnspektivet i klinisk forskning og vil i 2007 evaluere tildeling av forskningsmidler i et likestillingsperspektiv.

Det er etablert flere samarbeidsfora for å drøfte forsknings- og utdannings spørsmål. Samarbeidsorganet mellom Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo drøfter forskningssamarbeidet seg i mellom og har også som oppgave å tildele forskningsmidler basert på innstilling fra Forskningsutvalget i Helse Øst.

Samarbeidsorganet for høgskolene og helseforetakene er vel etablert i Helse Øst. Siden det ble opprettet i 2002, har det gitt råd i forhold til det regionale behovet for undervisning, opplæring og veiledning. Å sikre en kvantitativt riktig og en kvalitativt god utdanning for helsepersonell er avgjørende for god rekruttering og et godt og trygt tilbud til pasientene.

Et annet aspekt ved kompetanseheving, er å kunne nyttiggjøre seg den erfaring og kunnskap som våre pasienter har fått gjennom møtet med helsetjenesten. Denne kompetansen er en kilde til kvalitetsforbedring. Alle helseforetakene har egne brukerråd og disse deltar aktivt i utviklingsprosesser. Det er vår ambisjon å videreutvikle brukermedvirkningen slik at brukerkompetansen kommer ytterligere til nytte.

Det finnes også andre gode kilder til ny kunnskap og erfaringsutveksling. Våre 14 Lærings- og mestringsentra er en unik kilde til kunnskap. Ideen er sam-

handling mellom fagkunnskap og brukerkompetanse, en kombinasjon som driver utviklingen framover og gjør at både pasientene og våre egne ansatte stadig blir mer kompetente.

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

» Ved å satse på forskning kan Helse Øst produsere og utnytte ny kunnskap til det beste for pasienten

Antall doktorgrader har økt med over 30 prosent

Helse Øst har hatt en jevn økning i antall doktorgrader i perioden fra 2003–2006. Størst økning har det vært for sykehus uten universitetstilknøyning. Dette er i tråd med Helse Øst sin satsning om å øke forskningsaktiviteten ved alle sykehus i regionen.

Administrerende direktør i Helse Øst RHF, Bente Mikkelsen, er fornøyd med den positive utviklingen. – Helse Øst har satset bevisst og målrettet på forskning av god kvalitet. Ved å satse bredt gir det oss de beste forutsetningene for å produsere og utnytte ny kunnskap i hele foretaksgruppen. Vi tror at den økte satsningen har bidratt positivt til denne utviklingen. Nå blir det vår oppgave å sørge for at kunnskapen kommer pasientene til gode, sier Mikkelsen.

I 2004 ble det samlet delt ut 105 millioner kroner, mens det i 2006 var økt til 180 millioner kroner. Det er gitt støtte til over 350 nye forskningsprosjekter. Dette har hatt stor betydning blant annet for fagom-

råder som psykiatri, rus, muskelskjelettsykdommer og rehabilitering. I tillegg har Helse Øst prioritert oppbygging av regionale kompetansesentra innen klinisk forskning, personvern, biobank, forskningsjus og helsetjenesteforskning.

Samarbeid med universitetet

Universitetet i Oslo samarbeider med Helse Øst RHF og Helse Sør RHF blant annet gjennom et felles samarbeidsorgan for forskning. Den delen av forskningsmidler som er øremerket fra Helse- og omsorgsdepartementet deles ut av samarbeidsorganet. Det kom inn 270 søknader om midler i 2006, mens det kom inn 238 søknader i 2007. Søknadene er vurdert av fem uavhengige fagkomiteer og tildeling skjer på basis av innstilling fra det regionale forskningsutvalget. Universitetet i Oslo er svært tilfreds med satsningen som Helse Øst har gjort på området. – Helse Øst er med på å prege innhold og retning for norsk medisinsk forskning, sier professor Stein Evensen. Han var dekan ved det medisinske fakultet i perioden 1998–2006 og tidligere medlem i samarbeidsorganet.

Forskningen skal synliggjøres

Helse Øst RHF ønsker å synliggjøre, stimulere og premiere god forskning i helseforetakene. – Våren 2007 vil vi dele

ut to forskningspriser for årets forskningsartikkel i 2006, innen somatikk og psykisk helse. Prisene er på 25 000 kr. Synliggjøring av forskning av høy kvalitet kan bidra til både økt oppmerksomhet og økt oppslutning om forskningen. Det er en god anledning for forskningsmiljøene å profilere seg og løfte fram resultatene. Vi håper forskningsprisen vil virke inspirerende i fagmiljøene, sier Bente Mikkelsen.

I løpet av 2007 vil rapporteringssystemer for forskning i Helse Øst bli videreutviklet og forbedret. Alle forskningsprosjekter som er finansiert av Helse Øst skal bidra med en kortfattet beskrivelse av prosjektet til en egen prosjektdatabase som gjør det lett å vite hvilken forskning som foregår og hva som er målet. – Dette vil være et løft for å synliggjøre og allmenngjøre forskningen i Helse Øst. På denne måten kan forskningen bli mer tilgjengelig både for fagmiljø og publikum, sier Mikkelsen.

Forskning til pasientens beste

Et viktig mål med forskningen er at ny kunnskap skal komme pasientene til gode. Det er derfor viktig å ha kunnskap om hvilke resultater pasientbehandlingen gir. Medisinske kvalitetsregistre er registre med opplysninger om behandlingstilstand og resultater. Flere slike er nasjonale og to av registrene er etablert i Helse Øst. Det ene innen barne- og ungdomsdiabetes og det andre innen traume-medisin. Begge er lokalisert til Ullevål universitetssykehus. – Slike kvalitetsregistre vil kunne ha stor betydning i arbeidet med å forbedre kvaliteten på behandlingen. Det gjør det også mulig å vurdere hvordan ny kunnskap blir tatt i bruk for viktige pasientgrupper, avslutter Bente Mikkelsen.

Antall doktorgrader i Helse Øst fra 2003 til 2006

	2003	2004	2005	2006	2003–2006
Ullevål universitetssykehus	14	11	20	16	61
Aker universitetssykehus	3	6	1	2	12
Akershus universitetssykehus	0	2	3	1	6
Sykehuset Innlandet	1	0	0	6	7
Sykehuset Østfold	0	0	0	2	2
Sykehuset Asker og Bærum	0	0	1	2	3
Sunnaas sykehus	2	1	0	0	3
Diakonhjemmet Sykehus	2	2	1	1	6
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	2	0	0	2
Martina Hansens Hospital	0	0	0	0	
Revmatismesykehuset	0	0	0	0	
SUM	22	24	26	30	102

Kost- og mosjonsendringer like effektivt som insulin

Det viser et forskningsprosjekt utført av doktorgradsstipendiat og klinisk ernæringsfysiolog Anne-Marie Aas ved Aker universitetssykehus.

Anne-Marie Aas har sammenlignet effekten av kost- og mosjonsendringer med insulinbehandling hos personer med type 2 diabetes.

Prosjektet ble gjennomført i perioden fra 1998–2000. Aas arbeider til daglig ved sykehusets avdeling for klinisk ernæring. – Gjennom forskningen har jeg vist at veiledning om kost og tilbud om trening i ett år er like effektivt som insulin, når poenget er å senke blodsukkeret, forteller forskeren.

Alle som deltok i studien fikk en bedre sammensetning av fettstoffer i blodet (bl.a. kolesterol), noe som er viktig for å forebygge hjerte- og karsykdommer. De som fulgte kost- og mosjonsprogrammet gikk ned i gjennomsnitt 3 kg, mens de som fikk insulin økte i vekt med 4,9 kg, sier Aas. Resultatene fra denne undersøkelsen er nå publisert i flere internasjonale tidsskrift.

38 personer med type 2-diabetes deltok i studien. I gjennomsnitt hadde de hatt diabetes i 6 år. De var overvektige med en BMI på 30 og blodsukkeret deres var ikke tilfredsstillende regulert til tross for at de alle fikk medisiner for sin diabetes. Deltagerne ble kategorisert i 3 ulike grupper:

- Gruppe 1: Livsstilsintervensjon
- Gruppe 2: Livsstilsintervensjon + insulinbehandling
- Gruppe 3: Insulinbehandling

Trening gir lavere blodsukker

Livsstilsintervensjonen bestod av 14 undervisningskvelder i gruppe ledet av klinisk ernæringsfysiolog der temaet var hvordan få bedre kontroll over sykdommen ved å spise sunt og være fysisk aktiv. Deltagerne fikk også tilbud om to individuelle samtaler. I tillegg arrangerte man gruppetrening to ganger i uka under ledelse av en treningsinstruktør fra Norges idrettshøgskole. Hovedvekten lå på enkel trening der man bruker store muskelgrupper slik som enkel aerobic, gåturer, ballspill og svømming.

Diabetikere har god effekt av å trene

De som fikk insulinbehandling sluttet med medisinerne for diabetes og begynte med to doser langsomtvirkende insulin morgen og kveld. Deltagerne økte selv dosene etter en standardisert prosedyre, men de hadde jevnlig telefonisk kontakt med sykepleier på hormonlaboratoriet ved sykehuset. Ved behov fikk de i tillegg hurtigvirkende insulin. Det var ingen forskjeller mellom gruppene i hva de hadde oppnådd. Etter ett år hadde alle tre behandlingsgruppene oppnådd en signifikant nedgang i blodsukker og dessuten bedring i blodfettstoffene. Noen hadde også oppnådd bedring i blodtrykket: Livsstilsintervensjonen var altså like effektiv som insulin til å senke blodsukkeret. Derimot hadde insulinbrukerne gått opp i vekt, mens gruppe 1 gikk ned i vekt. Det er en kjent sak at insulinbehandling gir vektøkning hos type 2 diabetikere. Gruppe 2 gikk opp 3,5 kg, men de var også den eneste gruppen hvor vi så en økning i muskelmassen. Vektøkningen ved insulinbehandling kan ha negativ effekt. Det har vi blant annet sett når vi i senere analyser av hva som skjedde med andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i denne studien, sier Aas.



Forsker Anne-Marie Aas.

Risikoen for diabetes type 2 har en tydelig sammenheng med arv. Men måten man lever på kan ha stor betydning for risikoen til å utvikle sykdommen. En fornuftig kroppsvekt, sunt kosthold og fysisk bevegelse kan holde folk friske, selv om man i utgangspunktet er disponert for å utvikle sykdommen, avslutter Aas.



Kvalitet i behandling og samarbeid

Helsetjenesten skal være kvalitetsmessig god. Den skal oppleves god for pasienten, og den skal være god i forhold til definerte faglige standarder. Undersøkelser og nasjonale indikatorer viser at foretakene i Helse Øst er i fremste rekke. Og bedre skal det bli.

Kvalitet handler både om selve behandlingen og om måten den enkelte møtes og høres. Ikke minst handler det om at resultatet blir best mulig og som forventet. Det handler om flyten og innholdet i hele pasientforløpet – fra forebyggende virksomhet til rehabilitering og oppfølging i kommunehelsetjenesten.

I Helse Øst legger vi vekt på å drive kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid. Som grunnlag for slikt arbeid må det eksistere en åpenhetskultur og en vilje til læring. God internkontroll og et helhetlig kvalitetssystem er viktige lederverktøy.

For å oppnå den ønskede kvalitet, må den enkelte utfordre seg selv og bruke sin kunnskap til både å gjøre en god jobb og til å forbedre arbeidet. Det handler om å samarbeide på tvers av yrkesgrupper, nivåer og sektorer. Og det handler om systemer for kvalitetssikring. Det er gledelig at det enkelte helseforetak prioriterer kvalitetsarbeidet høyt. Alle helseforetakene har minst én akkreditert eller ISO-sertifisert avdeling, og i 2006 ble Sunnaas sykehus først i Norge med en prestisjetung CARF-akkreditering (Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities).

Kvalitet handler også om å ta på alvor at helsetjenesten er, og skal være, en lærende organisasjon. En forutsetning for kontinuerlig læring er viljen til å ta opp feil og diskutere forbedringsmuligheter. Vi vet mye om hva som kan gå galt i sykehus og noe om hva som kan forhindres. Skal vi bli bedre, må denne kunnskapen brukes i planleggingen av

hvordan viktige oppgaver skal løses. Kunnskapsbasert praksis betyr å kombinere forskningsresultater med systematiserte erfaringer og brukerkunnskap.

Forbedring av kvalitet handler om å skape en kultur på arbeidsplassen som preges av åpenhet, trygghet og arbeids glede. Det er et mål å kunne si at i Helse Øst er det trygt å melde fra om feil. Det er et mål å kunne si at i Helse Øst skjer ikke den samme feilen om igjen, fordi åpenhet rundt feilen har ført til bedre rutiner.

Åpenhet er også et nødvendig grunnlag for befolkningens tillit til helsevesenet. Kvalitet handler om respekt for enkeltindividet, for pasienten og dennes pårørende. Det skal aldri fires på kravene til anstendighet og omsorg. Åpenhet og kommunikasjon rundt tilbudet er vesentlig for at brukernes forventninger skal kunne imøtekommes og for å oppnå en reell dialog og brukerinnflytelse.

Den tiden en pasient tilbringer i et sykehus skal være helsebringende tid. Det er viktig å unngå unødvendig liggetid og sikre raskere informasjonsoverføring til den som skal følge opp pasienten videre. Mye av dette handler om økt bevissthet om egne rutiner og godt samarbeid med primærhelsetjenesten.

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

Åpenhet og vilje til læring er en forutsetning for kontinuerlig kvalitetsforbedring

Enkle grep mot fødselsskader



Demonstrasjon av jordmorgrepet ved jordmor Hilde Setterblom på Sykehuset Østfold.

På kort tid ble Sykehuset Østfold best i landet på å unngå revne- og riftskader blant fødende. Bare én prosent av de fødende på Sykehuset Østfold opplever revne- og riftskader, mens den i resten av landet er oppe i fire til seks prosent.

Anal inkontinens er en alvorlig og sosialt invalidiserende og stigmatiserende tilstand, og det er dette som ofte er resultatet for fødende som får revner og rifter i området mellom skjeden og anus. Sykehuset Østfold har bokstavelig talt tatt grep om saken og langt på vei løst problemet.

Mangler tradisjon

Det oppsiktsvekkende er ikke bare den klare forbedringen Sykehuset Østfold kan vise til, men også hvor enkelt de fleste skadene forhindres. To håndgrep er det som skal til: Ett for å bremse barnets hode når det kommer ut og ett for å støtte opp kvinnens bekkenbunn. Dermed unngås lettere «champagnekork-effekten», og fødselen skjer mer kontrollert.

Tallenes tale er klar blant de 2300 kvinnene som årlig føder vaginalt i Sykehuset Østfold: Forløsnings-skadene har sunket fra over fire prosent til én.

I flere andre land, blant annet Finland, er håndgrepene mot denne type skader forlenget vanlig praksis. Norge er dessverre et av landene som ikke har hatt tradisjon for dette. Filosofien har så langt vært mest mulig «naturlig» forløsning. Ved kvinneklinikken er det nettopp den opprinnelige finske overlegen Katariina Laine som har ledet prosjektet siden oktober i 2005. Hun har lært opp alle leger og jordmødre i teknikken. I løpet av prosjektperioden har det skjedd en svært gledelig

skadereduksjon, og resultatene støttes av både internasjonal og nasjonal dokumentasjon. Statens helsetilsyn har også slått fast at det skjer for mange fødsels-skader ved norske sykehus.

Stigmatisering

Katariina Laine og avdelingssjef Rune Rolland er svært fornøyde med det som på kort tid er oppnådd med det forebyggende prosjektet. Den målbare effekten kom nærmest umiddelbart.

– Gevinsten er stor for den enkelte som unngår fødselsskade. Senskader er det største problemet, og det er 50 prosent sjansje for store plager i mange år etter fødselen hvis skaden først er skjedd.

Mange mister kontrollen over både tarm-luft og avføring, sier Laine.

– Det sier seg selv at flere tvinges inn i isolasjon, føler seg sosialt usikre og stigmatiserte. Laine og Rolland peker også på at fødselsskader er en viktig årsak til fødselsangst.

– I en situasjon hvor en av 20 fødende kvinner opplever skader er det ikke underlig at engstelsen sprer seg, mener Rune Rolland.

Apotekstyrt legemiddellager

Apotekstyrt legemiddellager reduserer legemiddelkostnader, øker kvaliteten i legemiddel-håndteringen og frigjør sykepleiertid til andre oppgaver i helseforetakene.

Norske sykehus brukte ca 2 milliarder kroner på legemidler i 2005. – En måte å redusere kostnadene på, er å bedre logistikken ved bestilling og lagerføring av legemidler. Det sier Astrid Johnsen, som er konstituert direktør for fag- og forretningsutvikling i Sykehusapotekene ANS.

Hvordan virker ASL?

Sykehusapotekene ANS har utviklet tjenesten apotekstyrt legemiddellager (ASL).

– ASL virker slik at det enkelte sykehusapotek utarbeider en basisliste for legemidler på grunnlag av statistikk og tilbakemeldinger fra ansvarlig lege eller seksjonsleder. Basislisten angir hva som skal finnes på lager til enhver tid og skal godkjennes av ansvarlig lege, forklarer Astrid Johnsen. – Apoteket rydder det enkelte legemiddellageret i henhold til

basislisten. Apotekets personale tar så opp bestilling til basislager, gjennomgår legemiddellageret og leverer og setter på plass bestilte varer etter avtalt frekvens. Dette gir både sikrere og mer kostnads-effektiv legemiddelhåndtering, sier Johnsen.

Fordeler ved ASL

Fordelene med apotekstyrt legemiddellager er dokumentert ved flere prøveprosjekter ved sykehus i både Helse Sør og Helse Øst:

- Redusert lagerverdi
- Økt kreditering av varer
- Redusert kassasjon av legemidler
- Reduksjon i unødvendige bestillinger til lager
- Redusert risiko for feil i legemiddelhåndteringen
- Redusert sykepleiertid i forbindelse med legemiddelhåndteringen
- Bedret samarbeid mellom apotek og sengepost
- Reduserte utgifter til legemidler

– Sykehusapotekene planlegger implementering av ASL på 50 nye poster i 2007. Det betyr, at ved utgangen av året vil 100 poster i Helse Øst ha apotekstyrt legemiddellager. Dette ser vi fram til, avslutter Johnsen.

Sykehusapotekenes 150-årsjubileum

Norge har i dag 30 sykehusapotek. Sykehusapotekene ANS, som eies av Helse Øst og Helse Sør i fellesskap, består av 19 sykehusapotek og har 550 ansatte.

I 2006 var det 150 år siden Norge fikk sitt første sykehusapotek. Sykehusapotekene ANS markerte dette med en jubileumsfeiring for å øke allmennhetens og helsepersonells kunnskap om sykehusapotekenes rolle i norsk helsevesen.

Jubileumsboken «Sykehusapotek i 150 år – fordi trygghet er avgjørende» beskriver opprettelsen av Rikshospitalets apo-

tek i 1856, Ullevål apotek i 1923 og Haukeland sykehusapotek i 1983. Den beskriver også den viktige produksjonen av legemidler som sykehusapotekene står for i dag, legemiddelkomiteer, legemiddelinnkjøpssamarbeidet, LIS, og apotekenes tilbud av tjenester.



Viktig å bevare *engasjementet*

Helse Øst er stolt over å kunne konstatere at foretaksgruppen i alle årene fra 2002 til 2006 har vært drevet i balanse. Erfaringen har vist at økonomisk kontroll gir handlefrihet til å prioritere pasientbehandling og forskning. Samtidig erkjenner Helse Øst at dette har kostet for de ansatte. Dette er noe vi tar på alvor.

Det mest omfattende byggeprosjektet, Nye Ahus, er i rute både økonomisk og framdriftsmessig. Åpningen skjer i oktober 2008, ett år før opprinnelig beregnet tid. Deler av nybygget tas i bruk også før den tid. For å sikre at overgangen fra utbygging til drift blir vellykket, er det vedtatt tre hovedtrinn for å ta i bruk arealer i det nye bygget. Allerede 1. april 2008 starter driften av blant annet dagkirurgi og Øre-Nese-Hals poliklinikk. Helseforetaket har lenge arbeidet målbevisst med nye arbeidsformer og ny organisasjonskultur for å være forberedt på flytting og idriftsettelse. Et minus er at den framtidige finansieringen foreløpig ikke er endelig avklart med Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Øst har bedt om en dialog med departementet for å avklare framtidig finansiering av det nye universitetssykehuset.

Flere byggeprosjekter er kommet på plass i 2006. Kreft- og isolatsenteret, KIS, ved Ullevål universitetssykehus ble ferdigstilt som planlagt. Innenfor økonomisk styringsmål og tid. Ny Nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum er også ferdigstilt og tatt i bruk godt innenfor budsjett og planlagt tid.

Helse Øst har sterkt fokus på gevinstrealisering og effektive ledelsesprosesser på området innkjøp og logistikk. Samordning av forsyningsstrukturen bidrar til effektiv støtte til kjernevirksomheten, men også til store økonomiske besparelser. Helse

Øst har etablert et felles forsyningscenter for hele foretaksgruppen, Helse Øst Forsyningscenter. Løsningen er i operativ drift ved et helseforetak, og øvrige helseforetak vil etter planen slutte seg til løsningen i løpet av 2007.

Det er fortsatt et utnyttet potensial i forhold til stordriftsfordeler ved samordning og koordinering av driften. Det er derfor nødvendig å fortsette utviklingen for å frigjøre ressurser til mer pasientbehandling. Dette gjelder særlig innen områdene IKT, innkjøp og eiendomsforvaltning.

Helse Øst har hatt som styringsfilosofi å ikke bruke mer penger enn det som er tildelt fra eier. En negativ konsekvens av dette er at Helse Øst relativt sett har hatt mindre penger til disposisjon enn de øvrige regionale helseforetakene.

Helse Øst er stolt over medarbeiderne i helseforetakene som har gjort det mulig å drive i balanse gjennom lojalt å følge opp styringskravet om ikke å bruke mer penger enn det de folkevalgte til enhver tid mener det er riktig å bruke i sykehusene. Men dette har kostet. Forsakelsene merkes stadig tydeligere i form av belastning og slitasje på personell og infrastruktur. Helse Øst sliter med uhenningsmessig bygningsmasse som det koster uforholdsmessig mye å vedlikeholde, penger som kunne vært brukt til pasientrettet virksomhet.

Helse Øst ønsker å fortsette å bruke både menneskelige og økonomiske ressurser på den aller beste måten for pasientene i regionen. Men det er avgjørende å beholde og styrke den drivkraften som ligger i de ansattes inspirasjon og engasjement for egenutvikling og utvikling av egen arbeidsplass. Høy «turnover» og utstrakt bruk av deltid er en risiko for kvalitet og kontinuitet i helsetjenesten, og må aktivt motvirkes. Det er nødvendig med særskilt fokus på dette i tiden framover for at medarbeiderne i sykehusene skal kunne fortsette å levere gode resultater både i forhold til kvalitet, innhold og drift.

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

Det er avgjørende å beholde og styrke den drivkraften som ligger i de ansattes inspirasjon og engasjement

Forsyningssenter etablert

Helse Øst har etablert et eksternt forsyningssenter på Ulven i Oslo. Målet er å få til en effektiv vareforsyning til helseforetakene og bedre logistikken i forhold til bestilling og levering av varer. Innsparingspotensialet er beregnet til 70 millioner kroner hvert år.

– Forsyningssenteret skal gi lavere kostnader og høyere kvalitet på vareforsyningen til sykehusene. I tillegg vil leverandørmarkedet få det vesentlig enklere ved

at det blir etablert ett felles leveringssted for det aller meste av vareforsyningen, sier Anders Skumsnes, avdelingsdirektør i Helse Øst RHF. Det er beregnet et årlig innkjøp av varer til helseforetakene på 1,5 milliarder kroner, og forsyningssenteret inneholder varer som medisinsk forbruksmateriell, sterilt engangsgods, laboratorierekvisita, væsker, kontor- og datarekvisita og ikke-medisinsk forbruksmateriell.

Helseforetakene i Helse Øst har en betydelig felles avtaleportefølje og tok som første helseregion i bruk eHandel i 2005. Med dette som utgangspunkt, vedtok styret i Helse Øst RHF at det skulle etableres en felles ekstern forsyningsstruktur for helseforetakene i Helse Øst.

Fra årsskiftet 2006/2007 ble det etablert med forsyning av Akershus universitetssykehus. De andre helseforetakene følger etter i løpet av 2007/2008.

Effektiv bestilling av varer

– Forsyningssenteret fungerer slik at hver bestiller i sykehuset legger inn sin bestilling i helseforetakets innkjøpssystem. Bestillingen blir deretter automatisk overført til forsyningssenteret over den offentlige markedsplassen, ehandel.no. Forsyningssenteret vil deretter plukke og pakke varer fra eget lager. Til slutt blir alt samlet og sampakket på vogner til den enkelte leveringsadresse i sykehuset, forklarer Skumsnes.

Sykehus til halv pris

Høsten 2006 ble Ny nordfløy ved Sykehuset Asker og Bærum offisielt åpnet. Det mest oppsiktsvekkende med nybygget er prisen.

Åpningen skjedde tre år etter byggestart og 25 år etter at de første planene ble lagt fram. Byggingen av den nye nordfløyen i Bærum kostet 30 000 kroner per kvadratmeter. Det er omlag halvparten av hva det koster å bygge tilsvarende sykehusbygg andre steder i landet. Tett samarbeid mellom sykehuset og entreprenøren, samt en avtale om at eventuelt overskudd eller underskudd ble delt likt mellom entreprenøren og byggherren, er de viktigste forklaringene.

Avansert bygg

Ny Nordfløy er et avansert sykehusbygg som blant annet inneholder en stor infeksjonspost, felles akuttmottak, operasjonsal, røntgenenhet, laboratorienhet og produksjonsavdeling for sykehusapoteket. Underveis i byggeprosessen er det gjort en rekke endringer og tilpasninger slik at bare 20 prosent av bygget er slik det opprinnelig ble planlagt. Derfor ble prosjektledelsen berømmet for godt arbeid under åpningsseremonien.

– Jeg er stolt over at vi har holdt oss godt innenfor budsjettet og tidsrammen vi har satt. Vi tar nå i bruk et funksjonelt og nøkternt bygg av god kvalitet, sa administrerende direktør for Sykehuset Asker og Bærum, Erik Omland, ved åpningen.

Felles akuttmottak – FAM

Ny nordfløy inneholder blant annet den nye avdelingen Felles akuttmottak – FAM. Her er kommunenes legevakt og sykehusets akuttmottak slått sammen til én avdeling. Hensikten med å slå sammen legevakten og akuttmottaket er at kommunenes innbyggere skal ha ett sted å henvende seg når de trenger øyeblikkelig hjelp, og at samarbeidet mellom legevakten og sykehuset skal bli enklere enn før.

Vikeplikt for robot

De små, førerløse kjøretøyene (AGV-ene) finner veien selv, tar heisen alene, stopper og ber deg høflig om å flytte deg om du står i veien for dem. Roboten frakter varer døgnet rundt, og det er du som har vikeplikt.

Nye Ahus, som skal stå ferdig i 2008, får 22 slike roboter. Disse skal frakte vogner med forsyninger døgnet rundt. Avansert datateknologi, trådløst nettverk og sensorer måler avstand, «ser» hindringer og sørger for at lasten kommer dit den skal. AGV-systemene representerer en velkjent og utprøvd teknologi som har vist seg effektiv i sykehus i Europa og USA. Nye Ahus er det andre sykehuset i Norge som tar AGV i bruk.

– En AGV er et lavt kjøretøy på tre hjul – halvannen meter langt, 30 cm høyt og 60 cm bredt. Lasten som skal fraktes, pakkes i trillevogner som er innredet med hyller tilpasset ulike bruksbehov, sier prosjektleder Arvid L. Hansen.

Hansen opplyser at når en vogn skal hentes, manøvrerer AGV'en seg inn under den, løfter opp vognen og kjører dit den skal. På leveringsstedet settes vognen ned igjen, og AGV'en kjører videre til neste stasjon for å hente en ny vogn.

AGV'ene har leveringsadresser i nærheten av heissjakter ved inngangen til for eksempel sengefløyene. – Ansatte henter, triller vognen den siste etappen og plasserer den

på sitt endelige bestemmelsessted. I noen tilfeller blir vognen stående på bestemmelsesstedet, der den fungerer som lager/skap til den er tømt. Andre vogner tømmes umiddelbart i andre skap. Tomme vogner kan brukes til frakt av tøy, emballasje og avfall i retur, sier prosjektlederen.

Et viktig element i vareforsyningen er Helse Østs nyetablerte forsyningssenter hvor varer fra ulike leverandører kommer inn, blir pakket på AGV-vogner og adressert direkte til den posten som skal ha varene. Ahus er det første helseforetak i Helse Øst som har knyttet seg til forsyningssenteret.



Nye Ahus har 22 førerløse AGV-roboter som skal frakte varer døgnet rundt i det nye sykehuset.

Aker størst i landet på urologi

Med et samlet areal på 3.500 kvadratmeter over ett plan gjennom flere bygninger fremstår Oslo Urologiske Universitetsklinikk som en urologisk gigant.

Høsten 2006 tok Oslo Urologiske Universitetsklinikk ved Aker universitetssykehus i bruk sine nye, flotte lokaler. Lyse, moderne lokaler og nytt utstyr kombinert med et kvalifisert og høyt motivert personale, gjør Oslo Urologiske Universitetsklinikk til en tung aktør i norsk urologi. Klinikken har regionsoppgaver for Helse Øst innen urologi og behandler urinveissykdommer for både menn og kvinner, samt diagnoser knyttet til mannens kjønnsorganer.

10 polikliniske undersøkelsesrom

– Med poliklinikk, undersøkelsesrom, sengeposter og kontorer samlet på ett plan har vi fått en meget god utnyttelse av arealet, tildelte midler og personalressurser, slo klinikkssjef Steinar Karlsen fast under åpningen. – Pasientene vil oppleve Oslo Urologiske Universitetsklinikk som en meget moderne klinikk, med høy kompetanse og personlig service. Med 10 velutstyrte polikliniske undersøkelsesrom kan vi ta imot et stort antall pasienter og ytterligere bidra til å redusere ventetidene, sa Larsen under åpningen.

Gode IKT-løsninger gir bedre pasientbehandling

Et av målene med IKT-arbeidet er å etablere og samordne systemer og løsninger, slik at informasjon om pasienten følger pasienten gjennom hele sykdomsperioden. Ved å samordne IKT-systemene bedre både lokalt, regionalt og nasjonalt, skal arbeidet også redusere kostnadene og øke service-nivået på tjenestene.



Som de første i Norden har karkirurger ved Aker Universitetssykehus operert tilstoppinger i bukaorta med laparoskopisk teknikk (kikkeshullsmetoden), som vist på bildet. Metoden senker liggetiden og faren for komplikasjoner betraktelig.

Helsetjenesten blir mer og mer avhengig av at det finnes gode løsninger innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). Alle løsninger og systemer skal være verktøy for å understøtte kjernevirksomheten i sykehusene.

Fagfolkene viktig for riktig prioritering

Helse Øst har etablert faglige nettverk med klinikere og administrativt personell for å bidra til å videreutvikle IKT-løsningene i sykehusene i regionen.

– Det er helt nødvendig at de som kjenner behovet best er førende i arbeidet med å utvikle løsningene, sier viseadministrerende direktør i Helse Øst, Steinar Marthinsen. – Vi skal basere utviklingen innen IKT på det behovet som fagfolkene definerer, og slik sikre at vi investerer i de systemene og løsningene som er mest relevant for de som skal bruke det i hverdagen.

Standardisering og samordning gir gevinst!

Mange av helseforetakene har tidligere anskaffet og tatt i bruk systemløsninger

hovedsakelig ut fra lokalt behov, uten at dette har vært samordnet med andre sykehus eller med primærhelsetjenesten. Nå satses det på felles systemer og anskaffelser både på regionalt og på nasjonalt nivå.

– Målet er at informasjonen skal følge pasienten selv om behandlingen foregår i flere sykehus eller mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Felles IKT-løsninger bidrar til dette, sier Marthinsen.

Gevinstrealisering

Utvikling på IKT-området handler ikke bare om å etablere nye tekniske løsninger, men også om å gjøre arbeidsdagen enklere og å hente ut gevinster ved å endre arbeidsmetoder og rutiner. Helse Øst har startet et arbeid med å utarbeide en felles modell for gevinstrealisering, slik at mest mulig ressurser kan brukes i pasientbehandlingen.

Videre er det sentralt å legge til rette for nasjonale IKT-løsninger, og Helse Øst har definert oppkobling til Norsk Helsenett som et prioritert område i 2007. Med et sikkert og lukket nett vil det være mulig

å realisere målene om elektronisk samhandling med primærhelsetjenesten, i tråd med føringene i S@mspill 2007 og Nasjonal IKT.

Sikkerhet

Økt bruk av IKT i pasientbehandlingen stiller ikke bare krav til endrede arbeidsmetoder i organisasjonen, men også til god sikkerhet rundt løsningene.

– Dette krever ikke bare gode systemer, men også rutiner og personell med rett kompetanse. Helse Øst har derfor gjennomført en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse av samtlige helseforetaks driftsfunksjoner. Disse analysene har gitt oss svært viktig kunnskap til det videre arbeidet for å redusere risikoen og sårbarheten knyttet til de nye elektroniske løsningene, avslutter Marthinsen.

Akuttpsykiatrien kraftig oppgradert

Helseminister Sylvia Brustad åpnet høsten 2006 Avdeling for akuttpsykiatri ved Ullevål universitetsykehus.

Statsråden fikk omvisning i nyoppussede lokaler og fikk et innblikk i hvordan avdelingen er organisert for å gi best mulig akuttpsykiatrisk behandling.

– Ullevål er kjent for å være et godt akutt- og traumesykehus på den somatiske siden. Det er en stor glede å åpne Avdeling for akuttpsykiatri, slik at Ullevål også har et høyt spesialisert tilbud til personer med behov for psykiatrisk akutthjelp, sa Brustad under åpningen.

Helhetlig tilbud

Trikkedrapssaken var en av flere saker høsten 2004 som satte søkelyset på akuttpsykiatrien ved Ullevål. Hendel-

sene ga støtet til en eksternt gjennomgang av virksomheten ved avdelingen, og den påfølgende rapporten ligger til grunn for omorganiseringen som nå er gjennomført.

31 000 aktive medspillere i Helse Øst

– Stadig bedre medvirkning. Arbeid for en bedre åpenhetskultur. Stor endringsvilje blant de ansatte, og en stram økonomisk styring som har satt sine spor.

Slik uttaler de regiontillitsvalgte i Helse Øst seg når det skal oppsummere helse-reformen etter fem år. De regiontillitsvalgte opplever stadig bedre medvirkning regionalt, men ser at det er et forbedringspotensial i medvirkningen fra den enkelte ansatte og fra de tillitsvalgte i helseforetakene.

Aktive medspillere

Helse Øst er en av landets største arbeidsgivere med 31 000 ansatte. Hver og en av disse er viktige medspillere for å nå felles mål om en bedre spesialisthelsetjeneste. – Helse Øst må løfte fram den enorme ressursen og de verdiene som ligger i de ansattes innsats. For å få dette til forutsetter det at de ansatte får være aktive medspillere ved omstilling, og at deres faglige vurderinger blir

vektlagt, sier to av de regiontillitsvalgte i Helse Øst RHF, Kirsten Brubakk og Lasse Sølberg.

– Helse Øst har hatt store ambisjoner, og det er bra, men kostnaden for de ansatte har vært høy. Ansatte opplever ofte at de står alene med etiske dilemmaer og det kan være vanskelig å gjøre de rette prioriteringene i krysningen mellom økonomi og fag, sier Kirsten Brubakk.

I følge regiontillitsvalgt Lasse Sølberg, har høy grad av omstilling ført til slitasje hos de ansatte. Dette har de ansatte merket på kroppen, både fysisk og psykisk. Dette gir seg utslag i økt sykefravær, manglende motivasjon og svekket arbeidsglede, samt liten innflytelse på egen arbeidssituasjon, sier han.

Åpen kultur

Åpenhet har vært en fanesak for de regiontillitsvalgte de siste årene. I mange sammenhenger har de understreket at det skal være trygt å blant annet varsle om avvik, og at varsling må sees som en del av kvalitetssikringen. Det må vokse fram en kultur der selv utfordrende og vanskelige arbeidsmiljøspørsmål på den enkelte arbeidsplass drøftes åpent, sier de regiontillitsvalgte.

– Vi er glade for at vi i Helse Øst har utarbeidet felles retningslinjer for en åpen meldekultur. Vi vil være pådrivere for at dette snarest mulig gjøres gjeldende ute i helseforetakene, sier Brubakk.

Viktige utfordringer

På spørsmål om hva de regiontillitsvalgte ser som viktige utfordringer framover, roser de Helse Øst for å ha iverksatt flere gode prosjekter for å bedre samhandlingen med førstelinjetjenesten. – Det er vi svært glade for, men vi etterlyser nå et mer forpliktende samarbeid.

– Det vil også bli en kamp om å rekruttere helsepersonell, og Helse Øst har et moralsk ansvar for ikke å tappe andre land for sin kompetanse. Vi håper at Helse Øst vil legge til rette for at unge mennesker velger en helsefaglig utdanning, og hjelper disse på vei mot å nå målene om en kvalitativ høy spesialisthelsetjeneste, sier de to regiontillitsvalgte.



Helse Øst har 31 000 medarbeidere. Her er Iffat Bhatti i ferd med å sortere arbeidsantrekk ved tekstilforsyningen på Ullevål universitetssykehus.

Nytt universitetssykehus i Akershus er 75 % ferdig

Det nye universitetssykehuset i Akershus er mer enn 75 prosent ferdigbygd ved utgangen av mars 2007. Alt er i rute til hovedinnflyttingen 1. oktober 2008.

Alle bygningsmessige og tekniske arbeider skal stå ferdig til årsskiftet 2007/2008. Allerede om et år, i april 2008, åpner de første områdene for publikum og pasienter. I mars 2007 står det første behandlingsbygget ferdig. Det som gjenstår er innregulering, testing og prøvedrift av alt teknisk utstyr.

Styrene i Akershus universitetssykehus (Ahus) og byggeprosjektet Nye Ahus har vedtatt tre hovedtrinn for å ta i bruk arealer i det nye bygget. Hensikten er å sikre at overgangen fra utbygging til drift blir vellykket. Det nye sykehuset vil ha full drift fra 1. oktober 2008 og det vil være offisiell åpning i november 2008, der Hans Majestet Kong Harald er invitert til å foreta åpningen.

Fakta om prosjektet

Byggestart:	1. mars 2004
Innflytting:	1. oktober 2008
Bruttoareal:	137 000 kvadratmeter
Antall senger:	615 (570 i nytt bygg)
Økonomisk styringsmål:	7,6 milliarder (prisnivå 2005)
Byggherre:	Helse Øst RHF v/ Nye Ahus
Arkitekt:	Arkitektfirmaet C.F. Møller

Sentral- og lokalsykehus for 340.000 innbyggere



1200 mann i sving hver dag. Sveiser Tom Runar Hanes er en av de mange som arbeider for å få det nye sykehuset ferdig.

Årsberetning 2006

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 2006

Styret har i «Årlig melding fra Helse Øst RHF 2006» gitt en utførlig redegjørelse for driften i 2006 hvor det er lagt til grunn at «sørge for» ansvaret er oppfylt. (Ref. www.helse-ost.no og styresak 012-2007).

Organisering

Hovedkontoret til Helse Øst RHF ligger på Hamar.

Helse Øst besto i 2006 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 Innkjøpsservice AS	20 %
Luftambulansetjenesten ANS	20 %
Norsk Helsenett AS	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 leverandører. Helse Øst RHF har avtaler med 791 privatpraktiserende spesialister og har inngått avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester innen rusområdet, psykisk helsevern, kirurgi, lab/røntgen, habilitering og rehabilitering.

Prioriterte mål for Helse Øst i 2006

I tråd med gitte føringer i bestillerdokument og protokoll fra foretaksmøte, har Helse Øst i 2006 prioritert innsats i forhold til mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelmisbrukere, pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som behøver rehabilitering – habilitering. En har videre rettet stor oppmerksomhet mot å redusere ventetid, overbelegg og antall korridorpasienter samt god virksomhetsstyring, organisering og god økonomisk styring for å sikre et driftsresultat i balanse.

Helse Øst har i 2006 oppfylt eiers krav til at den prosentvise veksten innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere og psykisk helsevern skal være høyere enn innen somatiske tjenester.

Selv om det er grunn til å være tilfreds med mange positive resultater i 2006, er det fortsatt områder med særlig store utfordringer og områder der resultatene ligger tilbake i forhold til nasjonale og Helse Øst sine egne mål og forutsetninger. Dette gjelder særlig:

- Antall korridorpasienter
- Ventetidene innen psykisk helsevern for barn og unge
- Ventetid for rusmiddelavhengige til avrusning og døgntilbud
- Tilgang av lege- og psykologspesialister
- Individuell plan for alle rettighetspasienter
- Sykefravær og omstillingsslitasje blant egne ansatte
- Videreutvikling av helsetjenestene i hovedstadsområdet
- Sikre finansiering og implementering av drift av store byggeprosjekter
- Reell samhandling og kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten
- Kompetansen som bestiller av helsetjenester
- Utvikling av åpenhetskultur for forbedret pasientsikkerhet og arbeidsmiljø
- Utvikling og omdømme for Sykehuset Innlandet HF og fødetilbudet i hovedstaden

Strategiarbeid – Helse Øst 2025

Gjennom Helse Øst 2025 er det gjennomført et omfattende og godt forankret strategiarbeid som angir retning for helseforetaksgruppens utvikling i et langsiktig perspektiv. I dette strategiarbeidet er kvalitet og trygghet virksomhetsidéen til Helse Øst, og fokuset har vært på tjenestens innhold og struktur.

Bakgrunnen for dette er at Helse Øst står foran store utfordringer i utformingen av et godt og likeverdig helsetilbud for befolkningen i fremtiden. Hovedutfordringene er kvalitetsforbedring, økonomisk bærekraft og kapasitet og behov. Demografisk utvikling, utvikling i etterspørsel som følge av stadig økende muligheter medisinsk og teknologisk, og en økende eldrebefolkning, gjør at kravet til omstillingsevne, kvalitet og fleksibilitet vil øke sterkt de kommende år.

Virksomhetsstyring

Internrevisjon og kontrollkomité er etablert i tråd med krav i foretaksprotokoll fra eier 2005 og 2006. Internrevisjonen har i løpet av 2006 gjennomført 27 revisjoner, hvorav 25 er ferdigbehandlet av administrerende direktør og styret i det respektive helseforetak og Helse Øst RHF, eller administrerende direktør i de private ideelle sykehusene.

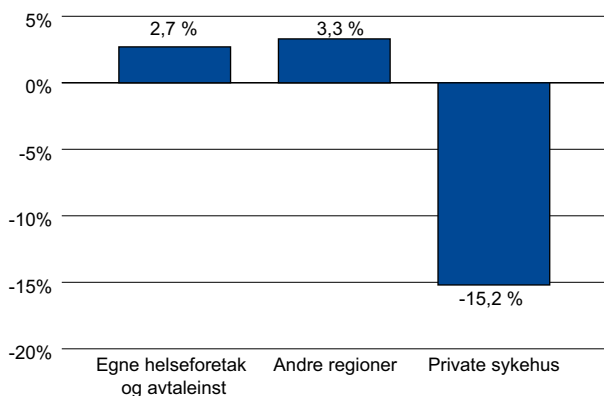
De reviderte områdene er:

- Ventetid til igangsatt behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
- Styringssystem og internkontroll innenfor forskning
- Ledelsens gjennomgåelse av virksomhetsstyringen med fokus på risikovurdering

Pasientbehandling i foretaksgruppen Helse Øst Somatiske tjenester

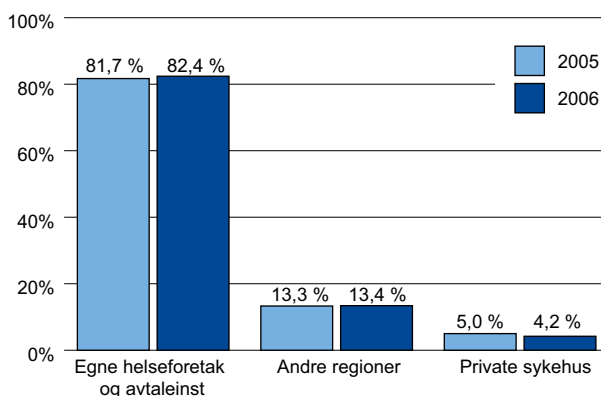
Det er en aktivitetsøkning innen somatiske fagområder fra 2005 til 2006 på om lag 1,9 prosent (målt i DRG-poeng) for pasienter fra Helse Øst, uavhengig av behandlingssted.

Prosentvis endring av aktivitet (DRG-poeng 2005–2006)



Aktivitetsendringen på egne helseforetak og avtaleinstitusjoner er på 2,2 prosent fra 2005 til 2006. Hvis en inkluderer Oslo legevakt (slik det er gjort i figuren) er veksten på 2,7 prosent. Endringen i aktivitet er imidlertid størst ved helseforetak utenfor regionen med 3,3 prosent, i hovedsak en økning i bruk av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Økningen i aktivitet utenfor regionen skyldes både endring i aktivitet og endret grupperingslogikk/kostnadsvekter i 2006.

Andel av aktivitet (DRG-poeng 2005 og 2006)



Aktiviteten ved private sykehus ble redusert med om lag 15 prosent fra 2005 til 2006. Reduksjon i bruk av private sykehus medfører at den relative andelen av aktiviteten øker ved egne helseforetak og avtaleinstitusjoner i 2006 sammenlignet med 2005. I tillegg er det en økning på 4,6 prosent i polikliniske konsultasjoner fra 2005 til 2006.

Selv om det har vært en aktivitetsøkning fra 2005 til 2006, er den gjennomsnittlige ventetiden til behandling om lag uendret fra 2005 til 2006, hhv 66 og 68 dager. Det er samtidig en økning i antall ventende pasienter på 6,8 prosent (3 500 pasienter). Antall ventende er også høyere enn i årene 2003 og 2004. De fagområder hvor det er størst økning i antall ventende pasienter er innen ortopedisk kirurgi og urologi.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern for voksne

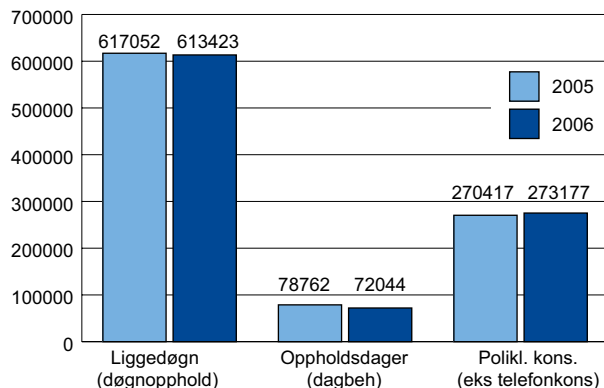
Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er om lag uendret fra 2005 til 2006, målt som antall liggedøgn og polikliniske konsultasjoner.

Det er en nedgang på 1,4 prosent i antall liggedøgn og oppholdsdøgn, mens antall konsultasjoner viser en økning på hhv 5,3 og 1 prosent (med og uten telefonkonsultasjoner).

Antall ventende pasienter til psykisk helsevern for voksne er redusert med om lag 10 prosent fra 3. tertial 2005 til 2006. Ventetiden til behandling er 47 dager ved utgangen av

2006, hvilket er 5 dager kortere enn i 2005, men på samme nivå som i 2004. Det er liten forskjell i ventetid for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, henholdsvis 45 og 49 dager.

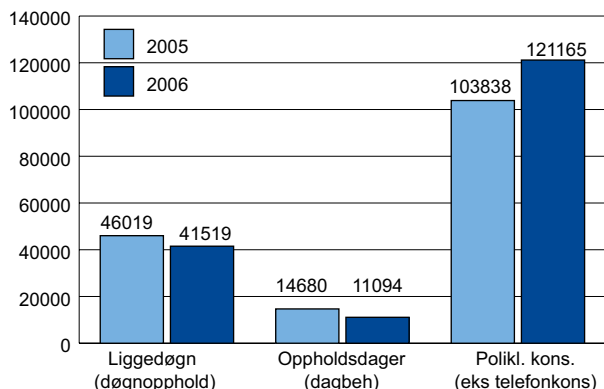
Endring i aktivitet (liggedøgn, dagopphold og konsultasjoner for voksne) 2005 og 2006



Psykisk helsevern for barn og unge

Aktivitetsnivået innen psykisk helsevern for barn og unge er høyere enn noen gang i perioden fra 2002. Det foregår en omstrukturering av behandlingstilbudet fra innleggelser til poliklinisk behandling. Økningen i poliklinisk aktivitet er på 17 prosent (eksklusive telefonkonsultasjoner) fra 2005 til 2006. Samtidig er det en nedgang på 13 prosent i antall liggedøgn/dagbehandlinger.

Endring i aktivitet (liggedøgn, dagopphold og konsultasjoner for barn og unge) 2005 og 2006



Aktivitetsveksten har bidratt til at ventetiden til behandling er redusert fra 2005 til 2006. Ventetiden til behandling var i 3. tertial 2006 på 75 dager. Dette er en nedgang på 5 dager

fra 2005, og på samme nivå som i 2004. Tilgjengeligheten til psykisk helsevern for barn og unge er derfor bedre enn i 2005, men ikke endret siden 2004.

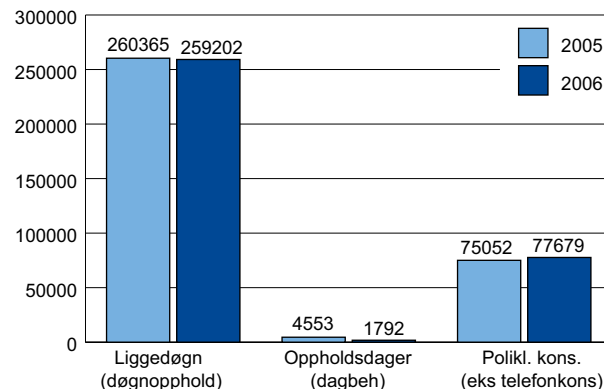
Ved utgangen av 2006 er det flere ventende pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge sammenlignet med samme periode i 2004 og 2005. Endringen er på 15 prosent fra 2005 til 2006 (166 pasienter).

Økning i personell, høyere aktivitet og om lag like mange nyhenviste pasienter i perioden 2004 til 2006 indikerer at hver enkelt pasient i gjennomsnitt har flere konsultasjoner sammenlignet med tidligere år.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere

Antall konsultasjoner for tverrfaglig rusbehandling er i 2006 omlag 3,5 prosent over aktiviteten i 2005. Samtidig er det en reduksjon i antall liggedøgn og dagbehandlinger innenfor rusområdet på 1,5 prosent.

Endring i aktivitet (liggedøgn, dagopphold og konsultasjoner for rusmisbrukere) 2005 og 2006



Det foreligger ikke gode nok ventelistetall for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere.

Store byggeprosjekter

I 2006 er to større byggeprosjekt ferdigstilt. Dette er Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål universitetssykehus HF, og «Ny nordfløy» ved Sykehuset Asker og Bærum HF. Begge er ferdigstilt innenfor de gitte økonomiske styringsmål og til rett tid.

Det største prosjektet «Nye Ahus» planlegges ferdigstilt i oktober 2008 (første byggetrinn). Dette prosjektet har heller ingen avvik i forhold til budsjett og økonomisk styringsmål ved utgangen av 2006. Da prosjektet ble vedtatt i 2003 var det konstatert en årlig finansiell under-

dekning på gjennomsnittlig 275 mill. kroner. Helse Øst er nå i dialog med eier om å få avklart hvordan denne underdekningen skal finansieres.

Samarbeidsorgan

Brukerrådet er oppnevnt av styret for Helse Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjonene og de fylkeskommunale eldrerådene.

Nytt brukerråd ble oppnevnt 1. september 2006, med en funksjonstid på to år. Rådet består av 11 medlemmer med bl.a. representasjon fra russektoren og det flerkulturelle miljøet. Brukerrådet har i 2006 hatt åtte ordinære møter, hvorav et fellesmøte med styret i Helse Øst RHF. I tillegg har det vært avholdt et fellesmøte med de øvrige brukerrådene i region øst, en møteform som vil bli gjennomført fast en gang i året. Pga. valg av nytt råd, ble det avholdt et fellesmøte med det gamle og det nye brukerråd over to dager, samt den årlige dialogkonferansen. Det ble også høsten 2006 satt av en hel dag til opplæring. Leder og nestleder deltar i tillegg som observatører på styremøtene i Helse Øst RHF.

Det foreligger en egen avtale mellom Helse Øst RHF og arbeidstakerorganisasjonene ved hovedsammenslutningene om samarbeidsordningene på regionalt nivå. Blant annet innebærer dette en ordning med regiontillitsvalgte for henholdsvis Unio, LO, YS, Akademikerne og SAN. De fem regiontillitsvalgte utøver sine funksjoner innenfor en ramme på fire årsverk. Det er i 2006 avholdt 11 arbeidsmøter i det regionale samarbeidsutvalget og partene har hatt ett formelt drøftingsmøte.

Samarbeidsorganet for høgskolene og helseforetakene i helseregion øst har holdt tre møter inklusiv en regional fagkonferanse. Det er samarbeidsorganets målsetting at fagkonferansen skal videreføres som en årlig møteplass til å formidle organets arbeid og aktiviteter og fange opp aktuelle tema innen utdanning og kompetanseutvikling.

Fra august 2006 har Helse Øst RHF startet et toårig gjennomføringsprosjekt for bedre koordinering av praksisplaser for høgskolestudenter i helseforetakene. Gjennomføringsprosjektet inkluderer anbefalinger og resultater fra to utredningsprosjekter gjennomført i samarbeidsorganets regi i 2005. Gjennomføringsprosjektet drives i regi av Helse Øst RHF, men med deltakelse fra alle helseforetak og høgskoler i regionen. Det endelige målet er økt kvalitet og økt forutsigbarhet gjennom styrket samhandling og formalisert system for koordinering.

Samarbeidsorganet mellom Helse Øst, Helse Sør og Universitetet i Oslo drøfter forskningssamarbeidet seg i mellom, og har også som oppgave å tildele forskningsmidler basert på innstilling fra Forskningsutvalget i Helse Øst. Det er i 2006 avholdt fire møter.

Forskning og utvikling

Forskning er en av helseforetakets/foretaksgruppens lov-pålagte oppgaver. Forskningsaktiviteten i helseforetaket/foretaksgruppen omfatter i hovedsak klinisk medisinsk forskning. Finansieringen skjer gjennom eget tilskudd fra Staten og i tillegg regionalt omprioriterte midler for 2006 på 100 mill. kroner. Andre inntekter inneholder også mindre gaver, tilskudd og inntekter i forbindelse med oppdragsforskning. Forskning og utvikling innen spesialisthelsetjenesten skal først og fremst bidra til bedre metoder for diagnostisering, samt nye og forbedrede behandlingsmetoder osv. Resultatene av FoU innen spesialisthelsetjenesten bidrar i liten grad til økte inntekter og/eller reduserte kostnader. FoU blir derfor løpende kostnadsført.

Store deler av forskning og utvikling inngår som en integrert del av den ordinære driften, og det er av den grunn vanskelig å dokumentere totale kostnader knyttet til FoU. I den forbindelse ble det foretatt en kartlegging av ressursbruken i 2005 til forskning innen spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet vil bli videreført og ressursbruken i 2006 vil bli kartlagt med utgangspunkt i samme metode for helseforetakene i Norge. Ressursbruken vil bli rapportert etter nasjonale krav der både direkte og indirekte kostnader blir kartlagt. Prosjektet vil bli videreført mht å kartlegge utviklingskostnader med siktemål å kunne rapportere dette for senere regnskaper.

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. Regnskapene fra og med 2003 er avlagt i henhold til de fastsatte takstverdier fra 2001.

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.

Foretaksgruppen Helse Øst

For regnskapsårene 2002 til 2006 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.

Årsresultatet etter regnskapsloven er for foretaksgruppen Helse Øst et underskudd på 747,6 mill. kroner.

Foretaksgruppen har i 2006 et negativt driftsresultat på 831,7 mill. kroner mot et budsjettert negativt driftsresultat på 714,8 mill. kroner.

Basert på dette viser årsregnskapet for 2006 et negativt resultat på 14,6 mill. kroner. For perioden 2002–2006 viser regnskapet et tilsvarende positivt «resultat» på 90,5 mill. kroner, noe som er i samsvar med Stortingets bevilgning og departementets styringskrav.

Tabellen viser utviklingen i hovedtallene fra 2005 til 2006:

(Alle tall i mill. kroner)

	Helse Øst RHF			Foretaksgruppen		
	2005	2006	Endring i %	2005	2006	Endring i %
Driftsinntekter:	23 829	25 267	6,0	25 228	26 686	5,8
- Basisramme	14 202	17 507	23,3	14 202	17 507	23,3
- Aktivitetsbaserte inntekter	8 707	6 061	-30,4	9 180	6 566	-28,5
- Annen driftsinntekt	920	1 699	84,7	1 846	2 613	41,5
Driftskostnader:	23 817	25 610	7,5	25 713	27 518	7,0
- Kjøp av helsetjenester	23 650	25 342	7,2	5 959	6 407	7,5
- Varekostnad				2 215	2 398	8,3
- Lønn og andre personalkostnader	51	60	17,6	13 708	14 702	7,3
- Avskrivninger og nedskrivninger	6	8	33,3	1 562	1 600	2,4
- Annen driftskostnad	110	200	81,8	2 269	2 411	6,3
Driftsresultat:	13	-343		-485	-832	
Totalkapital	20 744	22 453	8,2	23 837	25 370	6,4
Bokført egenkapital	15 343	14 654	-4,5	15 419	14 671	-4,9

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 blant annet inntekter fra annen virksomhet inntektsføres direkte i helseforetakene og i andre datterselskapers regnskaper. Verdiane 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.

Reduksjonen i aktivitetsbaserte inntekter med tilsvarende økning i rammefinansierte inntekter skyldes i hovedsak endret DRG-sats fra 60 % i 2005 til 40 % i 2006. Hovedårsaken til økningen i kjøp av helsetjenester skyldes økning i aktivitet i andre regioner, spesielt gjelder dette Helse Sør.

Kontantstrømanalyse/likviditet

Foretaksgruppen hadde i 2006 en negativ kontantstrøm på 388,8 mill. kroner. En vesentlig årsak til dette er utbetalinger knyttet til de store byggeprosjektene i Helse Øst.

Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2006 var 1.683,6 mill. kroner, hvorav 544,8 mill. kroner var bundne skattetrekkmidler.

Arbeidsmiljø og personale

I 2006 var samlede utbetalte årsverk i hele foretaksgruppen 29.426. Fra 2006 har Helse Øst endret tellemåte hva angår ansatte og årsverk. Dette er gjort i forståelse med Helse- og omsorgsdepartementet. Som følge av dette kan det ikke presenteres tilsvarende tall for 2005.

Sykefraværet for foretaksgruppen var i 2006 8,5 % mot 8,3 % i 2005.

Foretaksgruppen arbeider aktivt for å redusere sykefraværet. Det ble i 2005 anskaffet felles verktøy for kartlegging av arbeidsmiljøet i Helse Øst. I 2006 er det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser ved alle helseforetakene, og ved de fleste foretakene er undersøkelsen gjennomført for alle ansatte. Det planlegges tilsvarende undersøkelser for kommende år. Alle helseforetak har satt et måltall om en reduksjon i sykefravær på ett prosentpoeng i 2007 med særlig fokus på medarbeidere innen ikke- medisinske funksjoner, psykisk helsevern og blant gravide (styresak 100-2006).

Helse Øst RHF og alle helseforetakene er IA-bedrifter.

Likestilling

Fra april 2006 ble det oppnevnt nye eieroppnevnte styrerepresentanter i foretaksgruppen. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmer skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte på kommune- og fylkesnivå. Etter dette består styrene i foretaksgruppen av 90 representanter, 45 kvinner og 45 menn. 59 representanter er oppnevnt av eier og 31 valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Det er kvinnelig styreleder i det regionale helseforetaket, forøvrig mannlige styreledere i de underliggende helseforetakene. Av de eieroppnevnte styrerepresentantene er 30 kvinner (50,5 %) og 29 menn (49,5 %). Av de 31 arbeidstakervalgte styrerepresentantene er 15 kvinner (48,4 %) og 16 menn (51,6 %).

Pensjonsmidler/forpliktelser og pensjonskostnader

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

Pensjonskostnadene for 2006 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn ved utgangen av 2005, og som er vurdert å være rimelige forutsetninger per 01.01.2006. I slutten av 2006 har Norsk Regnskapsstiftelse publisert et høringsutkast til veiledning om pensjonsforutsetninger. Helse Øst har på basis av anbefalinger fra KLP, og på grunn av den usikkerhet som råder rundt høringsutkastet, valgt ikke å legge dette til grunn i regnskapet for 2006. Helse Øst mener at forutsetningene for parameterstillingene fra 2005 fortsatt er realistiske og innbyrdes konsistente.

Effekten av økning i pensjonsforpliktelser som følge av endring i forutsetninger i 2005 blir unntatt i beregninger av eier sitt resultatmål for 2006. For 2006 utgjør dette ca 0,3 mrd kroner.

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 404,2 Gwh for foretaksgruppen. Samlet vannforbruk i foretaksgruppen var på 1 527 200 kbm.

Helse Øst RHF

Driftsresultatet for Helse Øst RHF for 2006 viser et underskudd på 343,1 mill. kroner mot et budsjettert underskudd på 22,8 mill. kroner.

Årsresultatet for Helse Øst RHF viser et underskudd på 689,6 mill. kroner. Det negative resultatet skyldes nedskrivning av verdiene i helseforetakene med 415,2 mill. kroner, samt at helseforetakene har fått tilbakeført 400,0 mill kr av akkumulert overskudd i Helse Øst RHF.

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 31.12.2006 var 1,7 mrd. kroner i form av kontanter og bankinnskudd. Kontantstrømmen i 2006 var totalt sett positiv med 237,6 mill. kroner.

Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3a bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede, og dette er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet for 2006. Helse Øst RHF har tilfredsstillende likviditet og har i 2006 et årsresultat på -2,7 % av totale driftsinntekter.

Arbeidsmiljø og personale

Ved årsskiftet var det 86 ansatte i Helse Øst RHF. Ved administrasjonen på Hamar var det 58 fast ansatte og ni ansatte i engasjementsstillinger. 19 ansatte er knyttet opp til byggeprosjektet «Nye Ahus», av disse er 17 ansatt i engasjementsstillinger. I løpet av 2006 har én fast ansatt blitt pensjonist og tre fast ansatte har sluttet ved administrasjonen på Hamar. I løpet av året er ni ansatt og én ansatt har gått over fra engasjement til fast stilling.

Sykefraværet i Helse Øst RHF var på 2,7 % i 2006 mot 2,2 % i 2005.

Det har i Helse Øst RHF ikke vært noen ulykker eller arbeidsuhell som har medført store materielle skader eller personskader i 2006. Foretaket har et godt arbeidsmiljø.

Likestilling

Styret for Helse Øst RHF har i løpet av 2006 blitt utvidet fra 10 til 13 representanter, ni av disse er eieroppnevnt og fire er valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Styrets leder er kvinne. Av de eieroppnevnte styrerepresentantene er fire kvinner og fem menn. Av de fire arbeidstakervalgte styre-representantene er to kvinner og to menn.

Av de 86 ansatte i Helse Øst RHF er 40 kvinner (46,5 %).

Ledelse

Helse Øst RHF sin ledergruppe består av ti medlemmer, hvorav tre kvinner. Administrerende direktør i 2006 er kvinne. I tillegg til administrerende direktør er det ti personer i administrasjonen som har personalledelse, fire av disse er kvinner.

Lønn

Innen ledergruppen i Helse Øst RHF lå gjennomsnittlig årslønn for kvinner noe over gjennomsnittlig årslønn for menn. For de øvrige fast ansatte ved administrasjonen på Hamar hadde kvinner 20 % lavere gjennomsnittslønn enn menn. 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.

Framtidsutsikter

Strategisk fokus for perioden 2007–2010 og prioriteringer for 2007

Hovedsatsingsområdene for perioden 2007–2010 er pasientbehandling, organisasjon og ledelse, kompetanse og ressurser.

Det strategiske arbeidet i Helse Øst spisses i en konkretisering av fire fokusområder for 2007:

- **Kvalitet i behandling**

Standardisering av pasientforløp og behandlingslinjer – målt ved redusert liggetid

- **Kvalitet og pasientmedvirkning**

Kortere epikrisetid, andel individuell plan økes, ingen korridorpasienter

- **Kompetanse, ledelse og medarbeidertilfredshet**

Sykefravær, medarbeidertilfredshet og pasienttilfredshet

- **Regional styring og samordning av ikke-medisinske støttefunksjoner**

For å frigjøre ressurser (innen IKT, innkjøp/logistikk, eiendom og areal) til pasientbehandling

Under hvert av disse områdene utarbeides resultatmål og handlingsplaner.

Strategiarbeid Helse Øst 2025

For å skape en bærekraftig utvikling av tjenestetilbudet har styret for Helse Øst RHF vurdert det som ønskelig og nødvendig at det tas et tydeligere grep om den langsiktige utviklingen i foretaksgruppen. Fremtidens utfordringer krever at det allerede nå fattes beslutninger om struktur og fremtidig innhold i spesialisthelsetjenesten. Det er lagt til grunn at tydelige og overordnede mål for foretaksgruppen som helhet også gir helseforetakene bedre forutsigbarhet for egen planlegging og utvikling.

Det legges opp til at perioden frem til 2015 skal utnyttes til nødvendig omstilling og utvikling av gode, langsiktige og bærekraftige løsninger og at videreutvikling av tjenestetilbudets innhold frem mot 2025 skal baseres på en rekke strategiske føringer for tjenesteinnhold, struktur og organisering:

- Høyere kvalitet og bedre prosedyrer skal gi mer helsebringende tid i sykehus.
- Tilgjengelighet ved poliklinikk og dagbehandling økes ved utvidede åpningstider.
- Forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten skal forbedres og styrkes.

- Hovedaktivitetene innen psykisk helsevern skal skje i robuste distriktspsykiatriske sentra.
- Akutttilbud skal vurderes og lokalbaserte tjenester skal videreutvikles.
- Regionsykehusfunksjonene skal tydeliggjøres og videreutvikles.
- Ambulansetjenester og prehospitaltjenester skal styrkes og tilpasses strukturelle og organisatoriske endringer og pasientens behov.
- Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal avklares og styrkes.
- Organisasjonens samlede kompetanse og ledelse skal tilpasses behandlingsbehov og hensiktsmessige organisasjonsmodeller.
- Det skal planlegges med sikte på internasjonalisering og for å møte økt ekstern konkurranse.
- Det etableres sterkere regional styring og samordning for å frigjøre ressurser til å utvikle gode og likeverdige helsetjenester.
- Nytt Østfoldsykehus planlegges for å dekke samme opp-taksområde som i dag, innenfor tilgjengelige investeringsrammer og i samsvar med den til enhver tid gjeldende finansieringsordning for helseregionen.
- Sykehuset Innlandet HF videreutvikles i tråd med prosjekt 2020 innenfor tilgjengelige investeringsrammer og i samsvar med den til enhver tid gjeldende finansieringsordning for helseregionen.
- Det etableres en sykehusstruktur i hovedstadsområdet som tilpasses god samlet kapasitetsutnyttelse mellom Helse Øst og Helse Sør og ivaretar de særskilte behov i området.
- Frigjorte bygg og arealer uten nytteverdi for fremtidig sykehusdrift avhendes.

Organisering

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

Strategi for bruk av private leverandører er fulgt opp og rullert 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.

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 2006/2007. De enkelte helseforetak står overfor ulike utfordringer for å imøtekomme eiers tillatte underskudd på 390 mill. kroner for foretaksgruppen samlet i 2007.

Helse Øst står overfor store utfordringer med å betjene kapitalkostnadene ved de store byggeprosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008. Størstedelen av de økte kapitalkostnadene må finansieres gjennom tilsvarende effektivisering av driften.

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 løsningsene må finnes i et samspill mellom god oppgaveløsning på regionalt nivå i dialog med brukere og samarbeidspartnere og riktige rammebetingelser fra eier.

Etablering av Helse Sør-Øst RHF

I foretaksmøte for Helse Øst RHF 12. februar 2007 ble det meddelt at regjeringen har besluttet å slå sammen nåværende Helse Øst RHF og Helse Sør RHF til et nytt regionalt helseforetak, Helse Sør-Øst RHF innen 1. juli 2007. Fra samme tidspunkt avvikles Helse Øst RHF.

Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Øst RHF ble et underskudd på 689,6 mill. kroner. Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Disponering av strukturfond	kr	- 97.000
Fra annen egenkapital	kr	- 689.542.000
Sum disponert	kr	- 689.639.000

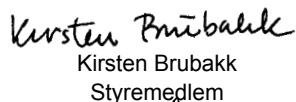
Kapitalinnskuddet per 01.01.2002 er fordelt mellom strukturfond og annen innskutt egenkapital som er bundet.

Foretakets udekkede tap per 31.12.2006 utgjør 1.908,5 mill. kroner.

Oslo, den 19.04.2007



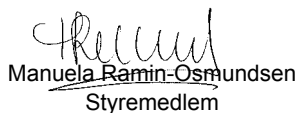
Siri B. Hatlen
Styreleder



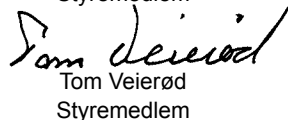
Kirsten Brubakk
Styremedlem



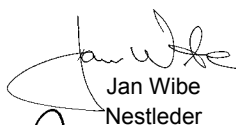
Egil Hverven
Styremedlem



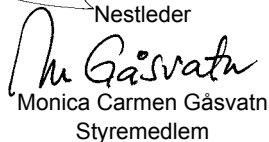
Manuela Ramin-Osmundsen
Styremedlem



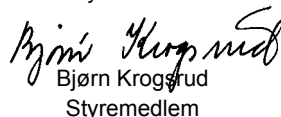
Tom Veierød
Styremedlem



Jan Wibe
Nestleder



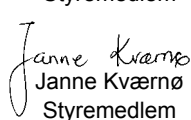
Monica Carmen Gåsvatn
Styremedlem



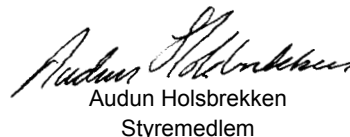
Bjørn Krogsrud
Styremedlem



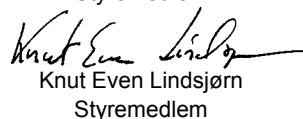
Tor-Erik Sand
Styremedlem



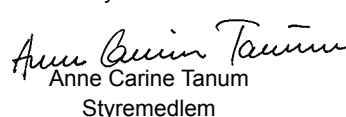
Janne Kværnø
Styremedlem



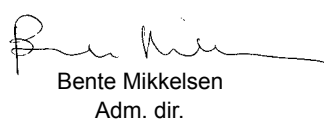
Audun Holsbrekken
Styremedlem



Knut Even Lindsjorn
Styremedlem



Anne Carine Tanum
Styremedlem



Bente Mikkelsen
Adm. dir.

Resultatregnskap

Helse Øst RHF			(Beløp i 1.000 NOK)	Foretaksgruppen	
2005	2006	NOTE		2006	2005
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER					
14 201 984	17 506 881	1	Basisramme	17 506 881	14 201 984
8 707 196	6 061 479	1	Aktivitetsbasert inntekt	6 565 789	9 179 767
920 360	1 698 952	1	Annen driftsinntekt	2 612 997	1 845 914
23 829 540	25 267 312		Sum driftsinntekter	26 685 666	25 227 665
23 649 892	25 341 277		Kjøp av helsetjenester	6 406 665	5 958 758
0	0	2	Varekostnad	2 397 523	2 214 583
51 332	60 284	3	Lønn og annen personalkostnad	14 701 971	13 707 653
5 854	8 429	5	Ordinære avskrivninger	1 597 058	1 557 693
0	0	4,5	Nedskrivning	2 851	4 503
109 773	200 428	7	Annen driftskostnad	2 411 317	2 269 200
23 816 851	25 610 418		Sum driftskostnader	27 517 385	25 712 390
12 689	-343 106		Driftsresultat	-831 719	-484 725
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
61 123	89 745	7	Finansinntekter	87 148	61 202
-562 204	-415 168		Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
-6 536	-21 110	7	Finanskostnader	-1 239	-5 197
-507 617	-346 533		Netto finansresultat	85 909	56 005
-494 928	-689 639		Resultat før skattekostnad	-745 810	-428 720
0	0	14	Skattekostnad	-1 750	-1 685
-494 928	-689 639		ÅRSRESULTAT	-747 560	-430 405
Minoriteters andel av årsresultatet				-587	591
OVERFØRINGER					
-108	-97		Overført fra strukturfond	-121 947	-129 487
-494 820	-689 542		Overført til/fra annen egenkapital	-625 613	-300 918
-494 928	-689 639		Sum overføringer	-747 560	-430 405

Balanse per 31. desember

Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2005	2006	NOTE		2006	2005
EIENDELER					
Anleggsmidler					
Immaterielle driftsmidler					
21 109	23 300	4	Immaterielle eiendeler	284 476	301 587
0	0	14	Utsatt skattefordel	241	354
21 109	23 300		Sum immaterielle eiendeler	284 717	301 941
Varige driftsmidler					
33 925	33 350	5	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	13 916 992	13 767 430
5 935	4 310	5	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	1 927 182	1 761 530
2 459 957	4 207 543	5	Anlegg under utførelse	4 819 128	3 636 898
2 499 817	4 245 203		Sum varige driftsmidler	20 663 302	19 165 858
Finansielle anleggsmidler					
14 753 303	14 338 135	6	Investering i datterselskap/foretak	0	0
1 671 143	1 718 493	6,9	Andre finansielle anleggsmidler	348 003	305 192
1 175	1 368	8	Pensjonsmidler	1 314 563	1 099 116
16 425 621	16 057 996		Sum finansielle anleggsmidler	1 662 566	1 404 308
18 946 547	20 326 499		Sum anleggsmidler	22 610 585	20 872 107
Omløpsmidler					
0	0	2	Varer	135 435	138 173
Fordringer					
359 512	451 607	7	Fordringer	940 005	753 955
359 512	451 607		Sum fordringer	940 005	753 955
1 437 723	1 675 273	10	Bankinnskudd, kontanter o.l.	1 683 628	2 072 448
1 797 235	2 126 880		Sum omløpsmidler	2 759 068	2 964 576
20 743 782	22 453 379		SUM EIENDELER	25 369 654	23 836 683

Balanse per 31. desember

Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2005	2006	NOTE	2006	2005	
EGENKAPITAL OG GJELD					
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
100	100	11	100	100	
739	642		1 143 258	1 265 207	
16 654 977	16 533 634		15 391 018	15 391 016	
16 655 816	16 534 376		16 534 376	16 656 323	
Opptjent egenkapital					
28 679	27 954		0	0	
0	0		5 649	6 236	
-1 341 005	-1 908 480		-1 868 942	-1 243 917	
-1 312 326	-1 880 526		-1 863 293	-1 237 681	
15 343 490	14 653 850		14 671 083	15 418 642	
Gjeld					
Avsetning for forpliktelser					
6 860	6 286	8	561 949	663 321	
552 000	1 109 039	13	1 533 466	971 124	
558 860	1 115 325		2 095 415	1 634 445	
Annen langsiktig gjeld					
2 232 045	3 680 937	9	3 680 937	2 232 045	
1 680 970	1 601 757	9	14 979	18 979	
3 913 015	5 282 694		3 695 916	2 251 024	
Kortsiktig gjeld					
0	0		0	0	
0	0	14	1 636	1 619	
14 557	10 526		927 628	850 232	
913 860	1 390 984	7	3 977 976	3 680 721	
928 417	1 401 510		4 907 241	4 532 572	
5 400 292	7 799 529		10 698 572	8 418 041	
20 743 782	22 453 379		25 369 654	23 836 683	

Oslo, den 19.04.2007

Siri B. Hatlen
StyrelederJan Wibe
NestlederAudun Holsbrekken
StyremedlemJanne Kværnø
StyremedlemEgil Hverven
StyremedlemKirsten Brubakk
StyremedlemMonica Carmen Gåsvatn
StyremedlemTor-Erik Sand
StyremedlemBjørn Krogsrud
StyremedlemKnut Even Lindsjøm
StyremedlemManuela Ramin-Osmundsen
StyremedlemAnne Carine Tanum
StyremedlemTom Veierød
StyremedlemBente Mikkelsen
Adm. dir.

Kontantstrømoppstilling 01.01–31.12

Helse Øst RHF		(Beløp i 1.000 NOK)	Foretaksgruppen	
2005	2006	NOTE	2006	2005
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:				
-494 928	-689 639	Årsresultat	-747 560	-430 405
5 854	8 429	Ordinære avskrivninger	1 597 058	1 557 693
562 204	415 168	Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmidler	2 851	4 503
1 212	-767	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	-316 819	-296 083
2 240	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	1 601	2 949
340 303	559 148	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	562 576	408 235
10 163	380 998	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	188 350	46 152
427 048	673 337	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	1 288 056	1 293 044
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:				
16 572	0	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	10 624	651 529
-1 208 257	-1 758 115	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-3 089 581	-2 731 659
414 647	-130 670	Inn-/utbetalinger ved utlån	0	0
-10 145	4 106	Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-42 811	-43 056
-787 183	-1 884 679	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-3 121 768	-2 123 186
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:				
1 077 233	1 448 892	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	1 448 892	1 076 751
-22 614	0	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-4 000	-22 614
1 054 619	1 448 892	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	1 444 892	1 054 137
694 484	237 550	Netto endring i likviditetsbeholdning	-388 820	223 995
743 239	1 437 723	Likviditetsbeholdning per 01.01.	2 072 448	1 848 453
1 437 723	1 675 273	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende per 31.12.	1 683 628	2 072 448

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

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

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. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

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

Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksværdi 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 31.12.06 kr 1 143 258.

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

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

Felleskontrollerte selskaper er vurdert etter egenkapitalmetoden 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 = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra NAV og egenandeler), gjestepasientinntekter og inntekter fra selvbetalende pasienter, samt salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk pasientregister (NPR).

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er bl.a. 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 statsstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktivitetene som tilskuddet er knyttet til.

Grunnfinansieringen inntektsføres i den perioden den knytter seg til, mens aktivitetsbaserte inntekter 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 av avvikene 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.

Skatt

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

Noter

Note 1 Inntekter

(Alle tall i NOK 1000)

Driftsinntekter	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Basisramme				
Basisramme	17 506 881	14 201 984	17 506 881	14 201 984
Aktivitetsbasert inntekt				
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	4 161 528	6 128 264	4 161 528	6 128 264
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	649 607	892 000	649 607	916 950
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	47 796	364 440	369 212	386 452
Poliklinikk, laboratorier og radiologi	1 050 524	1 321 143	1 050 524	1 567 811
Andre aktivitetsbaserte inntekter	152 024	1 349	334 917	180 282
Annen driftsinntekt				
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	508 948	388 751	508 948	388 751
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 185 120	526 040	1 389 440	583 231
Inntektsførte investeringstilskudd	0	0	2 603	2 299
Driftsinntekter apotekene	0	0	227 063	274 933
Andre driftsinntekter	4 884	5 569	484 943	596 709
Sum driftsinntekter	25 267 312	23 829 540	26 685 666	25 227 665

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.

- 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 per virksomhetsområde

	Somatiske tjenester	Psykisk helsevern	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	Annet	2006	2005
Helse Øst RHF	129 030	48 175	26 369	25 063 738	25 267 312	23 829 540
Aker universitetssykehus HF	1 256 040	482 548	287 042	366 229	2 391 859	2 289 966
Akershus universitetssykehus HF	1 610 093	666 602	64 577	636 572	2 977 844	2 763 597
Sykehuset Asker og Bærum HF	659 464	372 618	34 245	445 264	1 511 591	1 414 858
Sykehuset Innlandet HF	3 556 985	951 488	125 676	310 932	4 945 081	4 565 517
Sunnaas sykehus HF	354 061	0	0	0	354 061	324 297
Sykehuset Østfold HF	2 312 504	521 847	55 841	60 451	2 950 644	2 798 916
Ullevål universitetssykehus HF	3 313 397	1 011 554	11 068	1 735 172	6 071 191	5 610 674
Sykehusapotekene ANS				809 465	809 465	776 716
Datterforetak eid av andre i foretaksgruppa				59 866	59 866	61 059
Interne forhold i foretaksgruppen (elimineringer)				-20 653 247	-20 653 248	-19 207 474
Foretaksgruppen	13 191 575	4 054 832	604 818	8 834 442	26 685 666	25 227 665

Driftsinntekter geografisk fordelt	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Pasienter hjemmehørende i østlandsområdet	25 219 516	23 465 100	26 389 838	24 841 213
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	47 796	364 440	263 787	358 771
Pasienter hjemmehørende i utlandet	0	0	32 041	27 681
Sum	25 267 312	23 829 540	26 685 666	25 227 665

Aktivitetstall	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Aktivitetstall somatikk				
Antall DRG poeng iht. «sørge for» – ansvar	101 181	95 857	383 214	371 995
Antall DRG poeng iht. eieransvaret			293 186	286 285
Antall polikliniske konsultasjoner			1 127 789	1 078 169
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			587	559
Antall polikliniske konsultasjoner			157 186	122 191
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			12 812	12 101
Antall polikliniske konsultasjoner			268 717	251 691
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere				
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling			4 619	5 407
Antall polikliniske konsultasjoner			59 618	52 570

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2006 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 12 645,60 per DRG poeng.

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

Note 2 Varer

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaksgruppen	
	2006	2005
Varebeholdning:		
Sentrallager	34 302	32 120
Sterillager	20 841	18 869
Væskesentral	3 997	4 774
Blodlager	10 885	19 419
Øvrige beholdninger	65 411	62 991
Sum	135 435	138 173
Varekostnad:	2006	2005
Kjøp av medisinsk forbruksmateriell	2 108 807	1 959 541
Andre varekostnader	288 716	255 041
Sum varekostnad	2 397 523	2 214 583

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

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Lønnskostnader				
Lønninger	43 447	37 011	11 266 566	10 563 976
Arbeidsgiveravgift	6 122	5 817	1 661 060	1 589 382
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	5 253	4 560	1 460 040	1 268 501
Andre ytelser	5 462	3 944	314 305	285 794
Sum	60 284	51 332	14 701 971	13 707 653

I gjennomsnitt har det i løpet av regnskapsperioden vært 86 ansatte i Helse Øst RHF og 34 007 ansatte i foretaksgruppen. Antall årsverk benyttet i Helse Øst RHF er beregnet til 86 og til 29 426 for foretaksgruppen

(Alle tall i NOK)

	Adm. dir.	Styret
Ytelser til ledende personer		
Lønn	1 447 675	
Styrehonorar		1 147 670
Herav honorar til styrets leder		176 000
Pensjonsutgifter	153 023	
Annen godtgjørelse	8 753	

Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon.

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 2006 utgjør kr 218 000 inkl. mva, mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr 230 000 inkl. mva. For foretaksgruppen er tilsvarende tall kr 2 636 000 inkl. mva for revisjon og kr 1 118 000 inkl. mva for rådgivning. Honorar til revisor for andre tjenester for Helse Øst RHF knytter seg i hovedsak til en tertiærvis gjennomgang av regnskapet, samt til støtte i arbeidet med å forbedre internkontroll i gruppen. Ordinært revi-

sjonshonorar 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. Alle beløp er inkl. mva.)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Lovpålagt revisjon	125	125	2 521	2 480
Utvidede revisjonshandlinger	93	784	374	1 304
Andre attestasjonstjenester	200	0	874	491
Skatte- og avgiftsrådgivning	12	10	81	30
Andre tjenester utenfor revisjon	18	334	243	974
Sum	448	1 254	4 092	5 279

Note 4 Immaterielle eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)

Helse Øst RHF

	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.06	19 993	8 422	28 415
Tilgang	0	10 288	10 288
Avgang	0	2 323	2 323
Fra anlegg under utførelse	7 322	-7 322	0
Anskaffelseskost 31.12.06	27 315	9 065	36 380
Akkumulerte avskrivninger 31.12.06	-13 080	0	-13 080
Balansført verdi 31.12.06	14 235	9 065	23 300

Årets ordinære avskrivninger	5 773	0	5 773
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	1 278	0	1 278

Foretaksgruppen

	EDB-programvare	Anlegg under utførelse	Sum immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 01.01.06	502 922	18 591	521 513
Tilgang	68 687	18 793	87 480
Avgang	20 346	450	20 796
Fra anlegg under utførelse	20 361	-20 361	0
Anskaffelseskost 31.12.06	571 624	16 573	588 197
Akkumulerte avskrivninger 31.12.06	-301 424	0	-301 424
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.06	0	-2 297	-2 297
Balansført verdi 31.12.06	270 200	14 276	284 476

Årets ordinære avskrivninger	85 474	0	85 474
Årets nedskrivninger	0	2 297	2 297
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	4 268	0	4 268

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	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.06	34 500	2 460 172	10 553	2 505 225
Tilgang	0	1 747 371	456	1 747 827
Avgang	0	0	0	0
Fra anlegg under utførelse	0	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.06	34 500	4 207 543	11 009	4 253 052
Akkumulerte avskrivninger 31.12.06	-1 150	0	-6 699	-7 849
Balanseført verdi 31.12.06	33 350	4 207 543	4 310	4 245 203
Årets ordinære avskrivninger	575	0	2 081	2 656
Balanseførte lånekostnader	0	128 367	0	128 367

Årets tilgang på anlegg under utførelse fordeler seg som følger:

	2006	2005
Materialer og underentreprenører	1 624 166	1 114 829
Lønn, sosiale kostnader	17 973	20 566
Andre driftskostnader	37 234	30 441
Sum driftskostnader	1 679 373	1 165 836
Byggelånsrenter	67 998	32 296
Totalt	1 747 371	1 198 132

Operasjonell leasing/leieavtaler	Bygninger	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	2 741	1 583
Varighet (år)	1–2 år	1–3 år

Foretaksgruppen

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.06	851 670	17 389 712	3 636 891	1 946 883	1 369 601	25 194 756
Tilgang	2 781	817 330	2 659 785	363 128	173 089	4 016 114
Avgang	6 523	12 802	996 340	27 338	19 840	1 062 843
Fra anlegg under utførelse	14	428 561	-481 207	35 050	17 581	0
Anskaffelseskost 31.12.06	847 943	18 622 800	4 819 130	2 317 722	1 540 431	28 148 027
Akkumulerte avskrivninger 31.12.06	0	-5 552 058	0	-1 098 411	-827 994	-7 478 464
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.06	0	-1 692	0	-4 511	-57	-6 260
Balanseført verdi 31.12.06	847 943	13 069 050	4 819 130	1 214 801	712 380	20 663 302
Årets ordinære avskrivninger	0	1 093 634	0	209 387	208 563	1 511 584
Årets nedskrivninger	0	0	0	236	318	554
Herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen	0	762 231	0	80 108	39 022	881 362
Balanseførte lånekostnader	0	28 139	144 991	0	0	173 130

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

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinskteknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	23 779	127 543	18 267	19 634
Varighet (år)	1–5 år	1–10 år	1–5 år	1–5 år

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.

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

(Alle tall i NOK 1000)

	Hovedkontor	Eierandel/ stemmeandel	Egenkapital	Årets resultat	Balanseført verdi
Andeler i datterforetak					
Aker universitetssykehus HF	Oslo	100 %	1 588 968	25 876	1 588 968
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	1 538 390	-26 576	1 538 390
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum	100 %	1 303 255	-22 277	1 303 255
Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal	100 %	3 964 052	-160 395	3 964 052
Sunnaas sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	279 919	-9 694	279 919
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	1 797 105	-141 513	1 797 105
Ullevål universitetssykehus HF	Oslo	100 %	3 866 445	-141 668	3 866 445
Sum datterforetak			14 338 135	-476 247	14 338 135

Datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital.

	Hovedkontor	Eierandel/ stemmeandel	Egenkapital	Årets resultat	Balanseført verdi
Datterselskap som er eid av andre foretak i foretaksgruppen					
Oppland Vaskeri AS	Lillehammer	80 %	9 337	1 929	2 674
Hedmark Vaskeri AS	Stange	85 %	13 627	2 532	5 967
Helsekomponenter AS	Oslo	67 %	3 680	-4 152	3 544
Felleskontrollert virksomhet					
Sykehusapotekene ANS	Oslo	50 %	108 046	-1 451	54 023
Tilknyttede selskap					
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	3 817	-589	400
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20 %	34 947	4 932	3 495
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	47 054	75	10 500

Note 7 Poster som er slått sammen i regnskapet

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Andre driftskostnader				
Transport av pasienter	0	0	382 198	180 192
Kostnader lokaler	3 795	3 335	243 255	229 561
Strøm og energikostnader	0	0	289 491	258 831
Leie av utstyr	1 582	2 228	130 725	129 529
Kjøp av støtte- og rådgivningstjenester	53 131	56 884	288 430	343 118
Kjøp av vaskertjenester	0	0	33 298	26 755
Vedlikeholdskostnader	3 203	2 803	477 826	556 556
Kontor og kommunikasjonskostnader	9 037	9 659	245 995	219 449
Lisens og patentkostnader	4 245	2 064	42 080	45 803
Reisekostnader	3 900	3 187	85 421	74 444
Øvrige driftskostnader	121 535	29 613	192 597	204 964
Sum andre driftskostnader	200 428	109 773	2 411 317	2 269 199

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Finansinntekter				
Inntekt på investering i felleskontrollert selskap	0	7 367	2 599	319
Inntekt på investering i tilknyttet selskap	0	0	977	598
Andre renteinntekter	89 745	53 756	83 230	60 171
Andre finansinntekter (agio)	0	0	342	114
Sum finansinntekter	89 745	61 123	87 148	61 202

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Finanskostnader				
Andre rentekostnader	20 385	6 536	308	4 561
Kostnad av investering i felleskontrollert selskap	725	0	725	0
Andre finanskostnader (agio)	0	0	205	637
Sum finanskostnader	21 110	6 536	1 239	5 197

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Fordringer				
Kundefordringer	61 269	94 787	327 219	260 260
Fordringer på foretak i samme foretaksgruppe	45 106	14 413	0	0
Fordringer på tilknyttede selskaper	0	0	991	970
Opptjente pasientinntekter	0	0	17 989	17 228
Forskudd til leverandører	0	0	80 253	63 511
Øvrige kortsiktige fordringer	345 232	250 312	513 554	411 986
Sum fordringer	451 607	359 512	940 005	753 955

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Annen kortsiktig gjeld				
Leverandørgjeld	618 530	393 895	1 618 265	1 365 196
Kortsiktig gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	692 109	422 215	0	0
Påløpte feriepengar	4 529	3 828	1 275 641	1 163 279
Påløpte lønnskostnader	0	0	341 277	322 943
Kortsiktig gjeld til tilknyttede selskaper	0	0	41 737	0
Forskuddsbetalinger	0	100	6 098	5 615
Balanseførte øremerkede tilskudd	0	0	217 746	191 476
Annen kortsiktig gjeld	75 815	93 822	477 212	632 213
Sum annen kortsiktig gjeld	1 390 983	913 860	3 977 976	3 680 722

Note 8 Pensjoner

Helse Øst RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 100 personer hvor 82 er yrkesaktive, 12 er oppsatte og 6 er pensjonister. I foretaksgruppen omfatter ordningen 75 180 personer, hvorav 32 768 er yrkesaktive, 26 395 oppsatte og 16 017 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 risikofelleskapet i den enkelte «Multiemployer plan».

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Pensjonsforpliktelse				
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	59 304	50 004	25 546 696	23 326 263
Pensjonsmidler	-47 928	-41 888	-23 344 540	-20 993 312
Netto pensjonsforpliktelse	11 376	8 116	2 202 157	2 332 951
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	1 498	1 073	305 935	311 718
Ikke resultatført gevinst/(tap) av estimat- og planavvik inkl. aga	-7 956	-3 505	-3 260 704	-3 080 464
Netto bokført forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	4 918	5 684	-752 613	-435 795
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl. aga	6 286	6 859	561 950	663 321
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. aga	1 368	1 175	1 314 563	1 099 116

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Spesifikasjon av pensjonskostnad				
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	4 271	3 547	1 268 553	1 070 385
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 712	1 778	1 231 709	1 219 476
Årets brutto pensjonskostnad	5 983	5 325	2 500 262	2 289 861
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 537	-1 478	-1 311 663	-1 231 864
Administrasjonskostnad	158	150	54 764	50 327
Resultatført estimatendring/-avvik	0	0	29 756	4 262
Arbeidsgiveravgift	649	563	186 921	155 914
Årets netto pensjonskostnad	5 253	4 560	1 460 040	1 268 501

Økonomiske forutsetninger

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

Pensjonskostnaden for 2006 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn ved utgangen av 2005 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger per 01.01.2006. I slutten av 2006 har Norsk Regnskapsstiftelse publisert et høringsutkast til veiledning om pensjonsforutsetninger som har vært mye diskutert i ulike fagmiljøer. Helse Øst har på basis av anbefalinger fra KLP og på grunn av den usikkerhet som råder rundt høringsutkastet valgt å ikke legge dette til grunn i regnskapet for 2006. Helse Øst mener at forutsetningene fra 2005 fortsatt er realistiske og innbyrdes konsistente.

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)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Finansielle anleggsmidler				
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	1 561 467	1 510 010	0	0
Langsiktige fordringer	87 988	91 772	88 925	92 812
Langsiktige kundefordringer	0	0	0	0
Aksjer	68 418	68 847	17 866	16 596
Eierandel i KLP	620	513	241 211	195 784
Sum	1 718 493	1 671 142	348 003	305 192

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Langsiktig gjeld				
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	3 680 937	2 232 045	3 680 937	2 232 045
Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	1 601 757	1 680 970	0	0
Gjeld til kredittinstitusjoner	0	0	11 259	13 163
Annen langsiktig gjeld	0	0	3 720	5 816
Sum	5 282 694	3 913 015	3 695 916	2 251 024

Av lånet fra Helse- og omsorgsdepartementet på kr 3 680 937 har kr 2 552 072 en nedbetalingstid som er over 5 år. Øvrig gjeld har kortere nedbetalingstid.

Note 10 Bankinnskudd

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Bundne skattetreksmidler	16 349	2 645	544 778	498 131
Konsernkontoordning	1 658 924	1 435 078	1 049 105	1 517 038
Bankkonto utenfor konsernkontoordning	0	0	47 572	16 385
Andre likvide midler	0	0	42 173	40 894
Sum bankinnskudd og kontanter	1 675 273	1 437 723	1 683 628	2 072 448

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

Helse Øst RHF har en 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	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2006	100	739	16 654 977	28 679	-1 341 005	15 343 490
Nedskrivning av døtre dekket med strukturfond	0	0	-121 343	0	121 343	0
Årets resultat	0	-97	0	-725	-688 817	-689 639
Egenkapital 31.12.2006	100	642	16 533 634	27 953	-1 908 479	14 653 850

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Sum innskutt egenkapital
Egenkapital 1.1.2006	100	1 265 207	15 391 016	16 656 323
Årets resultat	0	-121 947	0	-121 947
Egenkapital 31.12.2006	100	1 143 260	15 391 016	16 534 376

Foretaksgruppen

	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Sum opptjent egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2006	6 236	-1 243 917	-1 237 681	15 418 642
Årets resultat	-587	-625 025	-625 613	-747 560
Egenkapital 31.12.2006	5 649	-1 868 941	-1 863 293	14 671 083

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)

	2002–2006	2006	2005
Årsresultat	-2 597 876	-747 560	-430 405
Overføring fra strukturfond	686 297	121 947	129 487
Korrigerings for endrede levetider	1 690 194	299 189	343 000
Korrigert årsresultat	-221 385	-326 424	42 082
Økte pensjonskostnader grunnet endrede økonomiske forutsetninger	311 860	311 860	
Resultat jf økonomiske krav fra eier	90 475	-14 564	42 082

Note 12 Eierinformasjon

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

Note 13 Andre avsetninger for forpliktelser

(Alle tall i NOK 1000)

	Helse Øst RHF		Foretaksgruppen	
	2006	2005	2006	2005
Avsetninger til legepermisjoner inkl sosiale kostnader	0	0	184 083	189 929
Utsatt inntekt på øremerkede investeringstilskudd	1 109 039	552 000	1 318 325	752 289
Andre avsetninger for forpliktelser	0	0	31 058	28 906
Sum avsetninger for forpliktelser	1 109 039	552 000	1 533 466	971 124

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 1 728 overlegestillinger og 114 psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten i det enkelte foretak varierer for overlegestillingene fra 50 % til 75 % og for psykologspesialister fra 50 % til 100 %. Overordnede leger og psykologspesialister i Helse Øst har i hovedsak avtalesfestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år med noen lokale unntak for psykologspesialister. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides.

Note 14 Skatter

(Alle tall i NOK 1000)

Betalt skatt i årets skattekostnad fremkommer slik:	Foretaksgruppen	
	2006	2005
Ordinært resultat før skattekostnad		
(gjelder skattepliktige datterselskaper)	2 057	4 983
Permanente forskjeller	34	29
Endring midlertidige forskjeller	-3 753	-771
Grunnlag betalbar skatt	5 844	5 783
Betalbar skatt	1 636	1 619
Årets skattekostnad fremkommer slik:	2006	2005
Betalbar skatt	1 637	1 619
Endring utsatt skatt	113	65
Årets skattekostnad	1 750	1 684

Utsatt skattefordel

Spesifikasjon av grunnlag for utsatt skatt	Foretaksgruppen		
	2005	Endring	2006
Grunnlag midlertidige forskjeller	2 268	3 752	6 020
Skattesats	28 %	28 %	28 %
Utsatt skattefordel	635	1 051	1 686

Det er knyttet noe usikkerhet til om den utsatte skattefordelen lar seg fullt ut utnytte i fremtiden, og denne er derfor nedskrevet til kr 241 000 i balansen. Tilsvarende for 2005 var det kun balanseført kr 354 000 i utsatt skattefordel. 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

■ 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

Medlemmer av Den norske Revisorforening

Revisjonsberetning for 2006

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Øst RHF for regnskapsåret 2006, som viser et underskudd på kr 689 639 000 for morforetaket og et underskudd på kr 747 560 000 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 og konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge er anvendt ved utarbeidelsen av årsregnskapet. 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 2006 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 foretakets 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, 19. april 2007
ERNST & YOUNG AS

Suzanne Amundsen
statsautorisert revisor

■ Besøksadresse:
Oslo Atrium
Christian Frederiks plass 6
0154 Oslo

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

Adresser

Helse Øst RHF
Pb. 404
2303 Hamar
Telefon: 62 58 55 00
Telefaks: 62 58 55 01
postmottak@helse-ost.no

Aker universitetssykehus HF
Trondheimsveien 235
0514 Oslo
Telefon: 22 89 40 00
Telefaks: 22 89 41 57
post@aus.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
Pb. 83
1309 Rud
Telefon: 67 80 94 00
Telefaks: 67 56 97 60
hovedpost@sabhf.no

Sykehuset Innlandet HF
Pb. 104
2381 Brumunddal
Telefon: 62 33 30 00
Telefaks: 62 33 34 50
postmottak@sykehuset-innlandet.no

Sykehuset Østfold HF
Pb. 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

Diakonhjemmet Sykehus AS
Pb. 23, Vinderen
0319 Oslo
Telefon: 22 45 15 00
Telefaks: 22 45 16 06
administrasjon@diakonsyk.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Lovisenbergv. 17
0440 Oslo
Telefon: 23 22 50 00
Telefaks: 23 22 50 23
post@lds.no

Revmatismesykehuset AS
Margrete Grundtvigsv. 6
2609 Lillehammer
Telefon: 61 27 95 00
Telefaks: 61 27 95 50
post@revmatismesykehuset.no

Martina Hansens Hospital
Pb. 23
1306 Bærum postterminal
Telefon: 67 80 94 00
Telefaks: 67 52 17 00
postmottak@mhh.no

Ansvarlig redaktør: Gunn Kristin Sande
Redaktører: Camilla Solberg Oen og Toril Orrestad
Prosjektleder: Toril Orrestad
Redaksjonssekretær: Ida Anette Kalrud
Fotograf: Siv Johanne Seglem
(s. 23 Linn Olsen/Scanpix, s. 24 Aud I. Heldaas)
Grafisk produksjon: Eggen Grafisk
Trykk: Grøset

Avbildet på s. 10: En time gammel baby, født på Ullevål universitetssykehus, 19.02.2007

*Avbildet på s. 40: Sykepleier Jorunn Hjelle ved Sykehuset Innlandet, Hamar og pasient Iver Thulien Braastad
Redaksjonen avsluttet april 2007*

”Respekt, åpenhet, forutsigbarhet og
handlekraft er grunnlaget for at Helse Øst
har oppnådd så gode resultater

Bente Mikkelsen, administrerende direktør

HELSE  ØST