



HELSE  SØR-ØST

Å R S R A P P O R T 2 0 0 8

INNHold

INTRODUKSJON

Helse Sør-Øst i 2008	1
Dette er Helse Sør-Øst RHF	3
Intervju med styreleder Hanne Harlem og administrerende direktør Bente Mikkelsen	4

TEMASIDER

Pasientbehandling	6
Forskning	8
Kunnskapsutvikling og god praksis	10
Organisering og utvikling av felles tjenester	12
Mobilisering av medarbeidere og ledere	14
Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	16

ÅRSBERETNING OG ÅRSREGNSKAP

Årsberetning	19
Resultatregnskap	31
Balanse	32
Kontantstrømpoppstilling	34
Regnskapsprinsipper	35
Noter	37
Revisors beretning	51
Post- og teleinformasjon	52



Helse Sør-Øst sin hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding 2008" og dokumentene "Plan for strategisk utvikling 2009–2020" og "Mål 2009" ligger på www.helse-sorost.no

HELSE SØR-ØST I 2008

Året var preget av stor aktivitet og planmessig omstillingsarbeid for å oppfylle oppdraget som ble gitt i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007.

I tråd med eiers føringer ble innsats innen habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern, spesialisthelsetjeneste for eldre og personer med kroniske lidelser prioritert. Ressurstilgang og kompetanse innen de prehospitaltjenester er styrket.

Epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan har vært fulgt opp spesielt. Disse kvalitetsindikatorer har hatt god utvikling i 2008.

Aktiviteten målt i antall DRG-poeng var 0,5 prosent høyere enn i 2007. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatikk økte med 9,3 prosent. Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne økte med 8,6 prosent, mens tilsvarende økning for barn og ungdom var 14,7 prosent.

Ventetidsutviklingen er overveiende positiv. Helse Sør-Øst har landets korteste ventetider på alle tjenesteområdene.

Det nye Akershus universitetssykehus i Lørenskog kommune ble offisielt åpnet av Hans Majestet Kong Harald 6. november. Med sine 137 000 kvadratmeter og en investeringsramme på cirka 8,6 milliarder kroner, er sykehuset et av Norges største landbaserte byggeprosjekter.

Styret mener at Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar overfor innbyggerne i regionen samlet sett er oppfylt for 2008.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en ambisiøs forskningsstrategi for 2008-2011. Strategien innebærer blant annet en fordobling av Helse Sør-Øst sin ressursbruk til forskning i løpet av en tiårsperiode.

Styret har fattet omfattende beslutninger om generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, blant annet organisering i sykehusområder, ny foretaksstruktur, forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akuttfunksjoner og prehospitaltjenester, spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner. Prinsipper for organisering og utvikling

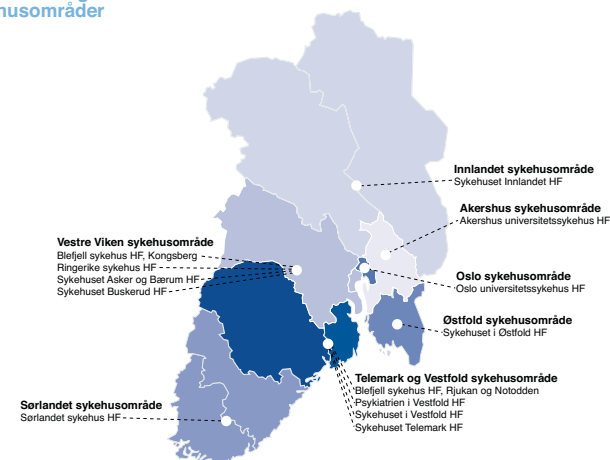
innenfor de forskjellige innsatsområdene er vedtatt.

Foretaksgruppens regnskapmessige resultat for 2008 viser at Helse Sør-Øst ikke nådde målet om å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer eier har stilt til disposisjon. Styret er ikke tilfreds med det økonomiske resultatet og vil påse at foretaksgruppens virksomhet tilpasses de økonomiske rammer.

Strategisk fokus for 2009-2012 og mål for 2009 er organisert i seks områder:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av felles tjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Regionen er nå organisert i syv sykehusområder



DETTE ER HELSE SØR-ØST RHF

Helse Sør RHF er et av fire regionale helseforetak som har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Norge.

Formålet med Helse Sør-Øst sin virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

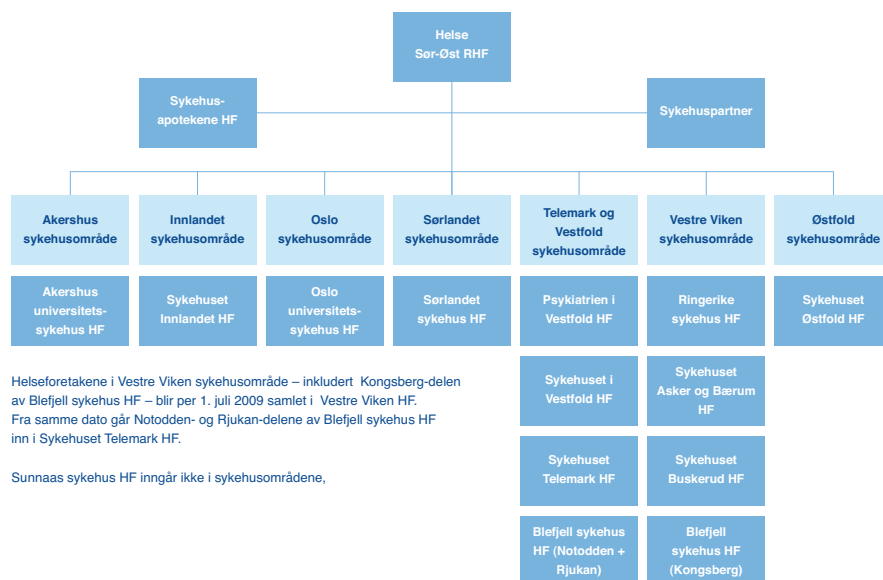
Helse Sør-Øst er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,7 millioner innbyggere. Dette utgjør drøyt 56 prosent av landets befolkning.

Foretaksgruppen har cirka 65 000 medarbeidere og et årlig budsjett på om lag 52 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2009 14 helseforetak. Regionen er organisert i syv sykehusområder. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med cirka 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/røntgen, opptrening, habilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor i Hamar og kontorsted i Skien.

Organisasjonskart



Helseforetakene i Vestre Viken sykehusområde – inkludert Kongsberg-delen av Blefjell sykehus HF – blir per 1. juli 2009 samlet i Vestre Viken HF. Fra samme dato går Notodden- og Rjukan-delene av Blefjell sykehus HF inn i Sykehuset Telemark HF.

Sunnaas sykehus HF inngår ikke i sykehusområdene.

Ledelse



Bente Mikkelsen
Administrerende direktør



Atle Brynestad
Visadministrerende direktør



Bård Lilleeng
Visadministrerende direktør
(konstituert)



Kristin W. Wieland
Visadministrerende direktør



Vidar Lødrup
Direktør HR



Tore Robertsen
Direktør styre- og etteroppfølging



Gunn Kristin Sande
Direktør kommunikasjon



Annetine Staff
Direktør forskning og utvikling
(konstituert)



Tor Berge
Konsernleder



Steinar Marthinsen
Konsernleder



Bente H. Mejdell
Konsernleder



Peder Olsen
Konsernleder

Styret



Styret i Helse Sør-Øst RHF. Bak fra venstre: Anne Carine Tanum, Svein Overland, Knut Even Lindsjørn, Harry Konerud (nestleder), Terje B. Keyn, Andreas Kjær, Anne Marie B. Jovanli, Dag Stenersen og Lizzie Irene Raud Thorkildsen. I midten fra venstre: Kirsten Brubakk, Finn Wisløff, Randi Talseth, Kirsten Huser Leschbrandt, Hanne Harlem (leder), Berit Eivi Nilsen og Morten Falkenberg.

“Vi har fått et omstillingsprogram som vi har tro på frem mot 2020.”



PASIENTEN I SENTRUM – KVALITET I ALLE LEDD

– Det er pasientenes behov som skal være førende for utvikling av både innhold og struktur i spesialisthelsetjenesten. Vi mener at Helse Sør-Øst i 2008 har gjennomført omfattende prosesser og fattet en rekke vedtak som styrker pasientens posisjon og vår evne til å yte behandling med høy kvalitet.

Styreleder Hanne Harlem og administrerende direktør Bente Mikkelsen er engasjerte når de ser tilbake på 2008 og når de retter oppmerksomheten mot fremtidige utfordringer.

En anerkjennelse

– Året 2008 var preget av stor aktivitet og planmessig omstillingsarbeid for å oppfylle oppdraget som ble gitt i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007, sier styrelederen. – Det var en anerkjennelse til hele vår organisasjon da foretaks møret i november stadfestet at Helse Sør-Øst RHF, gjennom de vedtak som er fattet, har løst oppdraget på en god måte og i tråd med eiers forutsetninger.

– Vårt beslutningsgrunnlag har vært basert på innspill fra svært mange miljøer. Jeg mener å ha merket en stigende interesse for hvordan vi organiserer den norske helsetjenesten og tar

vare på våre innbyggere. Den økte interessen tar jeg imot med glede. Helse Sør-Øst ønsker å spille på lag med alle gode krefter i Helse-Norge – både offentlige, private og frivillige, sier Harlem, som særlig understreker behovet for godt og tett samarbeid med brukerne og deres organisasjoner.

Mer likeverdighet og tilgjengelighet

– Vår fremtidige organisering og våre prioriteringer skal sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i regionen, understreker Bente Mikkelsen. – Vi ønsker likeverdig faglig kvalitet og ressursforbruk mellom helseforetakene og et mer desentralisert tilbud.

– Vi legger opp til en utvikling som gir pasientene nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Samtidig samles de mest spesialiserte

behandlingstilbudene både i det enkelte sykehusområde og regionalt. Vi etablerer robuste fagmiljøer som gjør samme behandling flere ganger og som kan drive forskning og fagutvikling. Vi desentraliserer det vi kan, og samler det vi må. Dette gir det beste tilbudet til pasientene.

De syv nye sykehusområdene skal dekke 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester. De mer spesialiserte tjenester skal organiseres med tilstrekkelige opptaksområder og volum for å sikre kvaliteten på disse tjenestene.

– Hvert sykehusområde har fått et tydelig “utviklingsoppdrag”. De skal utvikle lokale tilbud sammen med kommunene, dimensjonere og organisere tilbudet etter pasientforløp i tråd med pasientens behov – ikke etter de tradisjonelle medisinske spesialiteter.

Stolt av hva vi har fått til

Arbeidet med omstillingsprogrammet har engasjert store deler av Helse Sør-Østs organisasjon i 2008. – Jeg er umåtelig stolt over hva vi har fått til og hvordan vi har arbeidet frem et godt faglig grunnlag, sier Bente Mikkelsen. – Omstilling, utvikling og endring er ikke noe nytt. Det er noe vi må gjøre hele tiden og en naturlig konsekvens av at det medisinske tilbudet utvikles, at vi får nye muligheter og at pasientenes behov og forventninger også endres.

– Jeg forstår at det kan være vanskelig å orientere seg i alle planer som er utarbeidet og alle vedtak som er fattet i løpet av de to årene som Helse Sør-Øst har vært i virksomhet, sier Mikkelsen. – Vi har hatt en spesiell utfordring fordi vi skulle bygge grunnmuren for en fremtidig organisasjon og trekke opp prinsippene for fremtidig pasientbehandling. Samtidig som vi skulle håndtere alle dagens store og små utfordringer på en planmessig måte. Jeg synes vi har maktet å håndtere dette mangfoldet av oppgaver på en god måte. Vi vil bruke mye tid på å støtte, hjelpe og tilrettelegge i fellesskap for å nå våre mål og være tydelige på våre krav.

Nødvendig økonomistyring

– Vi klarte ikke helt å oppnå de økonomiske målene for 2008 og vil derfor ha en fortsatt krevende situasjon i 2009. Det vil kreve sterkt ledelsesmessig fokus på utvikling og omstilling, kvalitetsforbedring og kostnadseffektive driftsløsninger for å kunne innfri

resultatkravet, samtidig som pasienttilbudet opprettholdes og økes i henhold til føringene i statsbudsjett for 2009, understreker Bente Mikkelsen. – Det vil kreve god ledelse på alle nivåer og aktiv medvirkning fra ansatte og brukere.

– Styret har gjort vedtak i 2008 som vil kunne hjelpe foretaksgruppen både innenfor innkjøp og logistikk, felles IKT driftsorganisasjon og ledelse, samt felles drift innen administrativ HR. Alle disse beslutningene om fellesløsninger vil hjelpe foretaksgruppen til å redusere kostnader og hente ut gevinster som kan brukes til pasientbehandling og er en realisering av helsereformens intensjon om at hver krone skal utnyttes for å sikre best mulig pasientbehandling.

– Vi kan ikke bruke mer enn det Stortinget har bevilget. Det er udemokratisk og skaper uklare styringsmessige forhold. Vi har over 50 milliarder kroner å lage helsetjenester for i 2009. Det er mulig å produsere god helse for hele Helse Sør-Øst for disse ressursene, understreker Hanne Harlem.

Ambisiøs forskningsstrategi

– I 2008 utviklet og vedtok vi en ny og ambisiøs forskningsstrategi for Helse Sør-Øst. Ressursinnsatsen til forskning skal styrkes over tid. Fem prosent av driftsbudsjettet er fastsatt som et langsiktig mål for ressursbruk til forskning og innovasjon og utviklingsarbeid knyttet til forskning og innovasjon. Tempoet i økningen vil være avhengig av

den generelle budsjettssituasjonen i Helse Sør-Øst RHF, sier Harlem.

– Vi er opptatt av at Helse Sør-Øst skal legge til rette for forskning av høy kvalitet ved alle helseforetak i gruppen. Både felles regionalt forskningsutvalg og nytt administrativt forskningsutvalg er på plass og i arbeid. Vi er nå godt organisert for å styrke og videreutvikle forskningen i regionen, mener styrelederen – og er stolt over at 62 prosent av all forskning i Norge kommer fra Helse Sør-Øst.

Etablering av fagråd

– Et tiltak som jeg har stor forventning til i 2009 er etableringen av regionale fagråd, forteller Bente Mikkelsen. – Disse skal styrke fagutviklingen og støtte utviklingen av et likeverdig helsetilbud. Vi mener de regionale fagrådene vil bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning. De første fagrådene starter sitt arbeid i mai.

Mange skal takkes

Både styreleder og administrerende direktør er opptatt av å frembringe en stor takk til ledere og medarbeidere for stor innsats og engasjement i en periode med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. De berømmer også brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2008. Begge vil særlig trekke frem det store engasjementet fra kommuner, Universitetet i Oslo og hogskolen for å få etablert et godt omstillingsprogram.

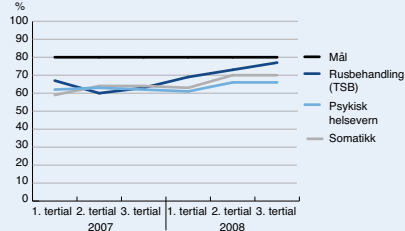
“Tydelige rutiner sikrer best mulig kvalitet og sikkerhet for pasientene,”

PASIENTBEHANDLING

DETTE SKAL VI GJØRE

- Det skal videreutvikles gode behandlingsskjeder og helhetlige pasientforløp, med rett behandling på rett sted.
- Innenfor sykehusområdene organiseres tjenestene slik at sykehusene får klare roller.
- Akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes. Det utvikles tverrfaglige team og breddekompetanse.
- Videreutvikling av psykisk helsevern (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal skje i lokalsykehusene. Det utvikles forpliktende avtaler for samhandling med kommunene.
- Lærings- og mestringssenter utvikles som en arena for samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste.

Andel epikriser sendt ut etter syv dager



Minst 80 prosent av epikrisene skal sendes ut innen syv dager etter utskrivning/undersøkelse. Utviklingen i 2008 viser en positiv trend, men det er fortsatt for få helseforetak som når dette målet. I 2009 arbeides det for at epikrisen skal overleveres skriftlig til pasienten ved utskrivningssamtalen. Epikrisen er da ferdig på "dag null".

MÅL FOR 2009

- Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet
 - Etablere sykehusområdene
 - Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan
- Kvaliteten skal bedres:
 - Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager
 - Det skal normalt ikke være korridorpasienter
 - Det skal ikke være fristbrudd
- Pasientsikkerheten skal bedres:
 - Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon av sykehusinfeksjoner
 - Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres

FØRST MED ISO-SERTIFISERING

Sykehuset Asker og Bærum er det første helseforetaket i Norge som har ISO-sertifisert alle sine kliniske avdelinger.

En ISO-sertifisering er et bevis på at et uavhengig sertifiseringsorgan har gått gjennom og kontrollert at sykehuset har et system for å følge opp at kvaliteten på tilbudet sykehuset gir er best mulig. Slik kan sykehuset sikre «orden i eget hus» og kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Sikrer kvalitet

Konstituert administrerende direktør Ole Tjomsland er opptatt av at sertifisering øker kvaliteten på kjernevirksomheten. – Dårlig kvalitet på medisinsk behandling fører til død, lidelse og redusert livskvalitet hos pasienten. Samtidig er det dyrt. Dårlig behandling gir komplikasjoner som kan føre til infeksjoner, skader og reinleggelse. God struktur på kvalitetsarbeidet gjør at vi får bedre læringseffekt av klager og avvik, brukerundersøkelser, risikovurderinger og internerisjoner. Derfor er ISO-sertifiseringen av et helt sykehus en viktig begivenhet, forklarer Tjomsland

Bedre pasientbehandling

– Vi har fått et lederverkøy som gir oss mulighet til å se våre sterke og svake sider, og drive kontinuerlig forbedringsarbeid. Vår avdeling forholder seg daglig til

alvorlig syke pasienter og mye medisinsk teknisk utstyr. Tydelige rutiner sikrer best mulig kvalitet og sikkerhet for pasientene, sier Astrid Gjerland, konstituert avdelingsjef på Avdeling for anestesi og intensiv. Hun mener sertifiseringen bør kunne fjerne "syndebukk-tekning" og flytte fokus fra individ til system. Ved å ha fokus på systemet for kvalitetsstyring vil større åpenhet og rapportering av svikt eller neste uhell kunne økes, og dermed trygge og bedre pasientbehandlingen.

Sertifiseringen har vært gjennomført med godt støtte fra sykehusets kvalitetsseksjon. Hver avdeling og seksjon har hatt sitt eget ISO-prosjekt. – Prosjektene var forankret i ledelsen i de enkelte avdelingene og vi har hatt etablerte arbeidsgrupper hvor framdriftsplan, ansvar og oppgaver var kommunisert og dokumentert, forteller leder i Kvalitetsseksjonen, Hilde Skredtveit Moen.

Må fortsatt levere

Det er sertifiseringsorganet Nemko som har hatt ansvaret for sertifiseringsrevisjonene. Når avdelingene har oppfylt kravene i EN-NS ISO 9001– 2000, blir de sertifisert for tre år.

Men det er ingen grunn til å hvile på laurbærene. – Det blir årlig oppfølgingsrevisjon hvor avdelingene må dokumentere at kvalitetssystemet bidrar til kontinuerlig forbedring av pasientbehandlingen, sier Moen. Sykehuset Asker og Bærum vil fortsette sertifiseringsarbeidet i 2009 med ISO-sertifisering av blant annet støttefunksjonene renhold, portørtjenesten og innkjøp.

Arbeider systematisk og godt med kvalitet Direktør for kvalitet og prioritering i Helse Sør-Øst RHF Elisabeth Arntzen mener Sykehuset Asker og Bærum arbeider et svært positivt. – Sykehuset arbeider systematisk og godt med kvalitet. De har nå fått på plass et kvalitetssystem som legger til rette for kontinuerlig forbedring av sykehusets organisasjon og tjenestetilbud, og god internkontroll. Det gir ingen garanti mot å gjøre feil, men er et lederverkøy som minker risikoen for at feil og avvik oppstår. Det blir spennende å følge med arbeidet videre.

“Kort fortalt har vi utviklet en metode for lagring av dyrket hornhinnevev i en lukket spesialbeholder med septum,”



FORSKNING

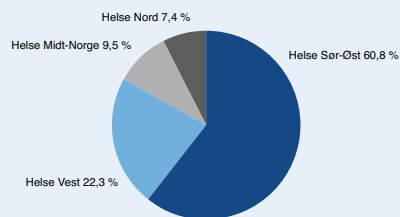
DETTE SKAL VI GJØRE

- Forskning skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne, som grunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg, rehabilitering, næringsutvikling og innovasjon.
- Høyt internasjonalt kvalitetsnivå tilstrebes.
- Forskningen skal ha tilstrekkelig bredde og bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering.
- Anvendte ressurser til forskning og innovasjon økes innen ti år til fem prosent.
- Infrastrukturtiltak og nettverkssamarbeid skal bidra til faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne.
- Prosessene skal være åpne og habile, basert på faglig forsvarlige vurderinger.

MÅL FOR 2009

- Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr. grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel.
- Etablere regionale infrastrukurtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid som skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne.
- Utvikle insentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning.
- Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres.

61 prosent av Norges forskningsproduksjon



Helse Sør-Øst står for 60,8 prosent av helse-Norges forskningsproduksjon. Tallene er basert på NIFU-poeng for perioden 2005-2007.

MEDINNOVAS IDÉPRIS TIL ULLEVÅLFORSKERE

Fem forskere ved Oslo universitetssykehus Ullevål har mottatt Medinnovas idépris på 250 000 kroner. De får prisen for å ha utviklet utstyr og metoder som gjør det mulig både å transportere og lagre dyrket hornhinnevev.

Det er Tor Paaske Utheim, Sten Ræder, Øygunn Aass Utheim, Trang Huynh og Torstein Lyberg som står bak denne ideen, som vil kunne øke tilgjengeligheten og kvaliteteen i behandling av blindhet. Det er første gang den prestisjetunge prisen går til forskere på Ullevål.

Flere kan bli behandlet

Hornhinnesykdom er den nest vanligste årsak til blindhet. Forskergruppen har utviklet utstyr og metoder for å lagre og transportere dyrkede stamceller fra hornhinner. Behandlingen blir dermed mer tilgjengelig for langt flere pasienter som i dag lider av smerter og blindhet. Transport av dyrkede stamceller kan nå skje over store avstander ved romtemperatur. Metoden muliggjør for første gang kvalitets- og steriliteitskontroll og gir også økt fleksibilitet i forhold til operasjonstidspunkt.

– Kort fortalt har vi utviklet en metode for lagring av dyrket hornhinnevev i en lukket spesialbeholder med septum (skillevegg), forteller Tor Paaske Utheim. – Dette muliggjør transport til klinikker over hele verden. I tråd med strenge

EU-direktiv må dyrking av hornhinnevev fortsatt foregå ved spesiallaboratorier for å unngå infeksjoner og sikre høy kvalitet på det dyrkede vevet.

Flere priser

Forskergruppen har mottatt flere priser for sin forskning. Øyeavdelinger i flere land ønsker å ta i bruk metoden. Nærmere 200 000 pasienter i den industrialiserte delen av verden vil årlig ha behov for dyrket hornhinnevev. I tillegg er det et betydelig behov i utviklingsland hvor cirka 80 millioner mennesker er rammet av trakom, en øyelidelse hvor blindhet kan behandles med transplantasjon av dyrket hornhinnevev. På Harvard Medical School er det nå vist at oppfinnelsen kan komme til anvendelse også for en annen celletype. Dette gir håp om at metoden vil gjøre det mulig å lagre flere celletyper for behandling av sykdommer både i og utenfor øyet.

Prisvinnerne er nå tilnyttet Harvard Medical School. Prosjektet vil bli videreutviklet der i samarbeid med Kompetansesenter for klinisk forskning og Øyeavdelingen ved Oslo univer-

sitetssykehus Ullevål og Massachusetts Institute of Technology.

Støtte fra Helse Sør-Øst

– Vi vil takke Helse Sør-Øst som har muliggjort vår forskning i form av økonomisk støtte siden 2006. Idépoliklinikken på Ullevål må berømmes for betydelig inspirasjon og støtte underveis, sier Tor Paaske Utheim.

– Forskningsprosjektet har vakt internasjonal anerkjennelse, forteller Annetine Staff, som er konstituert direktør for forskning og utvikling i Helse Sør-Øst RHF. – Det er gledelig å se at forskning i regionen vil kunne få direkte nytte i pasientbehandlingen. Vi ønsker å være langt fremme i internasjonal sammenheng og har lagt opp til en ambisjos forskningsstrategi. Denne forskergruppen synliggjør gode resultater av forskningsinnsatsen.

Idéprisen er vurdert ut ifra innovasjonsgrad, helsemessig betydning, globalt marked og økonomisk potensial. Medinnova deler hvert år ut pris for beste idé med kommersielt potensial fra ansatte i Helse Sør-Øst.

“Vi har behov for å bygge opp strukturer, prosesser og kompetanse slik at vi kan integrere kunnskapsutvikling bedre i daglig klinisk praksis i helsetjenesten,”

KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS

DETTE SKAL VI GJØRE

- Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige behandlingsforløp og god praksis gjennom å styrke og utvikle eksisterende strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet i helseforetakene og i det regionale helseforetaket.
- Ved å etablere kunnskapsbasert praksis, bevissthet rundt forløpstankegang, utvikling av behandlingslinjer og sykehusene som lærende organisasjoner, kan risiko for uønskede hendelser minskes og kostnadene reduseres, samtidig som kvaliteten forbedres.

MÅL FOR 2009

- Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapshåndtering, forbedringsarbeid og god praksis.
- Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus.
- Regionale fagråd etableres.

GODE PASIENTFORLØP OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

– Vi må gjøre beste kunnskap tilgjengelig og bruke den for å sikre god praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen.

– Samtidig er det viktig at pasientforløp ses som en sammenhengende prosess der alle ledd i kjeden bidrar til å skape god kvalitet i behandlingen og gi pasienten opplevelse av et godt helsetilbud.

– Kunnskapstilfanget vil trolig øke like mye de neste 10 årene som det har økt i løpet av de siste 30 årene. Både for den enkelte helsearbeider, fagmiljøer og andre praksisfelleskap er det vanskelig å fange opp viktig ny kunnskap som bør integreres i arbeidet, forteller Gro Sævil Helljesen. Hun er prosjektleder for en forstudie som skal danne grunnlag for å skape en helhetlig strategi for integrering av kunnskapsutvikling og god praksis i Helse Sør-Øst. Prosjektet inkluderer arbeidet med behandlingslinjer og forbedringsarbeid.

– Vi mangler gode ordninger for å overvåke kunnskapsutviklingen. Her trengs verktøy for å forenkle søkefunksjoner, slik at vi kan skille den seriøse forskningen fra den mindre seriøse. Vi har behov for å bygge opp strukturer, prosesser og kompetanse slik at vi kan integrere kunnskapsutvikling bedre i daglig klinisk praksis i helsetjenesten, sier Helljesen.

Pasientens opplevelse av et godt helsetilbud vil ikke bare være preget av møter med den enkelte lege, men av helheten i pasientforløpet og alle møter og opplevelser fra første kontakt med helsepersonell til eventuell rehabilitering er avsluttet. I dette arbeidet må primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeide for å få frem helhetlige pasientforløp til det beste for pasienten.

Det er behov for å legge til rette for teknologiske løsninger som integrerer kunnskapsbasert praksis og behandlingslinjer. Fremtidens pasientjournal bør være mer prosessorientert for å kunne integrere pasientens "gang" i helsetjenesten – der aktiviteter, resultater og kostnader på den enkelte pasient blir synliggjort. Det er godt dokumentert at kun å gjøre kunnskap tilgjengelig, ikke er tilstrekkelig for å endre helsearbeideres praksis.

God pasientopplevd kvalitet

Gro Sævil Helljesen forteller at Helse Sør-Øst i dette strategiarbeidet har som mål å tilrettelegge for god pasientopplevd kvalitet, fremme høy faglig kvalitet i pasientbehandlingen og oppnå effektiv ressursutnyttelse. Utgangspunkt er integrering

av kunnskapsbasert praksis og helhetlige behandlingslinjer. Medvirkning fra brukere og ansatte er viktig i dette arbeidet.

- Vi arbeider blant annet med å foreta nødvendige begrepsavklaringer og kartlegge status i helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag. Vi skal bla. besvare:
 - Hvilke behandlingslinjer er allerede utarbeidet ved de enkelte helseforetak og hvilke kunnskapsgrunnlag er de enkelte behandlingslinjer basert på?
 - Hvilke kliniske resultater er identifisert og følges med målinger for de enkelte behandlingslinjer?
 - Hvordan arbeides det med kunnskaps-håndtering i dag, og hvilke verktøy er etablert?
 - Hvordan arbeides det med kontinuerlig forbedring innen og på tvers av behandlingsforløp?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er en viktig samarbeidspartner i arbeidet med ny strategi. Forstudiet vil munne ut i en rapport med anbefaling for videre arbeid frem mot helhetlig strategi på området. Den skal behandles i styre september 2009 og deretter igangsette en strategiprosess.

“Det beste med systemet er at den medisinske informasjonen blir tilgjengelig umiddelbart for alle som trenger den”

ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER



DETTE SKAL VI GJØRE

- Organisering av IKT skal understøtte prioriterte mål og sikre god kvalitet på tjenesten, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse - gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessige gevinster.
- Det utvikles kultur på alle nivå for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk, inkludert retningslinjer for etisk handel.
- Administrative støttefunksjoner standardiseres mht teknologi, organisasjon og prosess.
- Overkapasitet skal reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning. Arealer og kostnader til eiendomsdrift reduseres med 10 prosent over tid. Det etableres delprosjekter som skal bedre styringsmåter og målemetoder.

MÅL FOR 2009

- Administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.
- Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen.
- Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 millioner kroner i 2009.
- Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med tre prosent i 2009.

TALEGJENKJENNING ER NYTTIG

De fleste sykehusene i Helse Sør-Øst har nå innført talemengdegjennomføring i den somatiske virksomheten. En nasjonal avtale for alle offentlige sykehus inngått i 2006 fører til betydelig standardisering og effektivisering.

Det norske firmaet Max Manus har utviklet integrasjonsløsninger mot sykehusenes systemer for elektronisk pasientjournal basert på grunnleggende teknologi fra Phillips. – Løsningen har vokst frem over flere år, forteller Oskar Aanonsen, leder for applikasjonsforvaltning i Sykehuspartner. – Det har vært en omfattende jobb å utvikle kontekst for ulike medisinske spesialiteter, slik at systemet forstår relevante faguttrykk.

Talemengdegjennomføring er en IT-løsning der leger dikterer inn i en PC, PC-en gjengir lyden som ord og fraser og omformer den til skrevet tekst som legges direkte inn i pasientjournalen. Talemengdegjennomføringsløsninger ble på sykehus først tatt i bruk på røntgenavdelinger. For somatiske avdelinger var Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Telemark HF tidligst ute i Helse Sør-Øst, og har rapportert betydelig effektivisering. Siden har en rekke sykehus tatt i bruk talemengdegjennomføring i somatikken. – Det er aktuelt å utvide system til flere medisinske spesialiteter, forteller Aanonsen.

Sykehuspartner leverer samordnede løsninger og tjenester til helseforetakene innen IKT, HR og innkjøp. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i november 2008 etablering av felles tjenesteleverandør på IKT-området. Enheten etableres som en del av Sykehuspartner.

Krever organisasjonsutvikling

Oslo universitetssykehus HF Aker har i perioden mai 2008-februar 2009 innført talemengdegjennomføring i alle klinikker i somatikken. Systemet brukes på en rekke dokumenter, blant annet på polikliniske notater, men ikke fullt ut på epikriser.

– Det mye mer enn teknologien som skal planlegges godt for at omgivningen skal være vellykket, forteller Cathrine M. Lofthus, som er avdelingsleder dr. med og systemeier DIPS på Aker. – Dessuten må trykket på god kvalitet holdes oppe over tid. Det er stadig nye leger som skal læres opp og som skal opparbeide sin profil.

– Blant legene på Aker er det veldig delt oppfatning av systemet og dets nytte. Vi ser en tendens til at eldre leger bruker

talemengdegjennomføring, mens yngre leger med mer erfaring med tastatur og tekstbehandling, ofte finner at det er enklere å skrive sine notater rett inn i systemet. Lofthus forteller at Aker nå har satt i gang et optimaliseringsprosjekt for se på hva som er effektiv arbeidsdeling og arbeidsflyt etter innføring av talemengdegjennomføring.

Seksjonsoverlege Tore Julsrud Berg deltok i pilotfasen og følte seg etter noen måneder ganske sikker og trygg på den nye teknologien. – Det beste med systemet er at den medisinske informasjonen blir tilgjengelig umiddelbart for alle som trenger den. Dessuten blir jeg som doktor ferdig med pasienten der og da – jeg slipper å gå tilbake til situasjonen senere for å godkjenne epikrise eller journalnotat, mener Julsrud.

– Den største utfordringen er at det tar mer tid. Teknisk fungerte det raskt ganske bra. Lange, kompliserte faguttrykk greier systemet bra. Men det blir mange gale småord og dagligdagse vendinger. Systemet gjetter alltid, det er en stor ulempe. Man må lese veldig nøye igjennom.

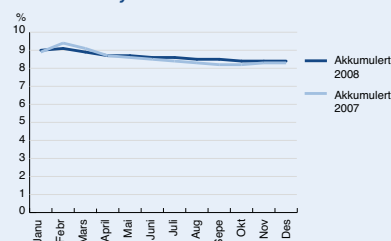
“Graviditet er ingen sykdom, og det er ikke farlig å bli litt sliten”

MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE

DETTE SKAL VI GJØRE

- Helse Sør-Øst skal ha engasjerte og motiverte medarbeidere og ledere som bidrar til effektiv drift med høy faglig kvalitet.
- Vi skal videreutvikle metoder for endrings- og omstillingsarbeid og legge forholdene til rette for medvirkning og medbestemmelse. Kompetanse og systemer for rekruttering, utvikling og anvendelse av de menneskelige ressurser vil prioriteres.
- Ressursbruk og bemanningsutvikling skal kontrolleres gjennom ressursanalyser, lederdialoger og hensiktsmessig bruk av teknologi og kompetanse.
- Gjennom målrettet HMS-arbeid skal vi utvikle en helsefremmende virksomhet med et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø.

Akkumulert sykefravær i Helse Sør-Øst



Ved årsskiftet 2008/2009 var sykefraværet 0,1 prosentpoeng over forrige årsskifte. I 2008 har det vært arbeidet lokalt med tiltak for å redusere sykefraværet. I tillegg har Helse Sør-Øst spesielle tiltak på tre områder for å bidra til reduksjon i sykefraværet: Systematisk tett og god oppfølging av sykemeldte fra nærmeste leder, lederutvikling for førstelinjeledere og arbeidsmiljøutvikling

MÅL FOR 2009

- Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på:
 - mobilisering av medarbeidere og ledere
 - kompetanseutvikling
 - ressursstyring
 - arbeidsmiljø og HMS.
- De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres.
- Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng.
- Sikre god ledelse og lederutvikling på alle nivå.

TILRETTELEGGING FOR GRAVIDE GA GODE RESULTATER

Sykehuset Innlandet Tynset fikk KLPs arbeidsmiljøpris 2008 for sitt arbeid med “Prosjekt Gravide arbeidstakere”. Prosjektet har bevist at det er mulig å holde gravide lenger i arbeid ved bedre tilrettelegging.

Arbeidsstokken ved Sykehuset Innlandet på Tynset er dominert av kvinner. Hvert år blir rundt ti av disse gravide. Statistiske beregninger viser at syv prosent av kvinnene under 40 år ved sykehuset vil være gravide til enhver tid.

Sykemelding utsatt elleve uker

Det merkes godt når erfarne medarbeidere blir sykemeldt halvveis i svangerskapet. Før prosjektet kom i gang, ble de fleste sykemeldt helt eller delvis i uke 19. Etter at prosjektet kom i gang, har snittet økt til uke 30. Elleve uker mer med personale i arbeid før de går ut i sykemelding, merkes godt

– Prosjektet som vant arbeidsmiljøprisen startet i 2005, da daværende Helse Øst bevilget oss midler, forteller personal-konsulent Nina K. Dalløkken. – Disse ble brukt på gravide i vår arbeidsstokk. Prosjektet “Gravide arbeidstakere” ble utviklet og gjennomført i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter i Hedmark, som har bidratt med rådgivning og tilretteleggingsmidler under hele prosjektet

Samtaler for å legge forholdene til rette

– Med en gang en graviditet blir gjort kjent innkalles den gravide, dennes nærmeste leder og jordmor til en trekantsamtale. Slike samtaler gjennomføres to-tre ganger under svangerskapet. – Først og fremst handler det om å legge til rette for den gravide, slik at arbeidet kan gjennomføres med en stadig voksende mage og mindre bevegelighet. Man kan for eksempel gjøre omrokninger slik at nattevaktene kuttes ut. Men mange ønsker å fortsette sitt arbeid om natten, fordi dette har fungert best for dem, forteller Dalløkken.

En viktig gevinst er at den gravide holder seg oppdatert, både faglig og sosialt, og arbeidsgiver får benyttet seg av den gravides kompetanse over lengre tid.

Egnet i store deler av helsevesenet

Jordmor Bjørg Randmæl arbeider på Fødestua. Hun ble frikjøpt i en 20 prosent stilling i prosjektet. I tillegg til å være med på trekantsamtalene, tok hun imot de gravide til kontroll og opp-

følgingsamtaler. Hun forteller at de også informerte de lokale legekontorene om mulighetene sykehuset har for å legge til rette slik at det faktisk går an å jobbe under svangerskapet. – Graviditet er ingen sykdom, og det er ikke farlig å bli litt sliten. Men vi skal selvsagt ikke presse dem som føler at de ikke kan jobbe, sier Randmæl. Hun har arbeidet både på sykehjem og ved Ullevål sykehus – og tror prinsippene fra prosjektet kan gi gode resultater i store deler av helsevesenet.

Støtte fra ledere og gravide

Noen ledere har tradisjonelt koblet graviditet med plunder og heft, inkludert omorganisering av turnus. Med sykmelding ble det et problem mindre. Den holdningen er nå borte. Lederne gjør nå en innsats selv for å holde gravide på jobb lenger og finner alternativt arbeid.

De elleve gravide som var med i prosjektet var samstemte i at tilbudet burde videreføres. – Det var fint med oppfølging av jordmor på huset og trygg og godt å ha mulighet til å kontakte jordmor direkte, sa de blant annet.

“Helseforetakene er store og kompliserte enheter med et omfattende sett av helsemessige og samfunnsmessige mål”

BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING



DETTE SKAL VI GJØRE

- Omstilling skal baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling.
- Økonomisk balanse skal være gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling.
- Stordriftsfordeler skal realiseres og private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte.
- Planlegging og ressursallokering skal skje i et regionalt og nasjonalt helhetsperspektiv.

MÅL FOR 2009

- God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav.
- Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell.

KRAV TIL ØKONOMISK BALANSE

God økonomistyring gir handlingsrom og fokus på pasienter, fag og utvikling. Helse Sør-Øst har utviklet systemer og rutiner som støtter kravet om at virksomhetene skal drives i økonomisk balanse og med sikte på en bærekraftig utvikling for å møte dagens og fremtidens behov for helsetjenester.

– Helseforetakene er store og kompliserte enheter med et omfattende sett av helsemessige og samfunnsmessige mål. Økonomi er ikke et mål i seg selv, men en rammebetingelse foretakene må legge til grunn for sin virksomhet, sier viseadministrerende direktør Atle Brynestad.

– Det er et gjennomgående krav og ansvar at virksomhetene drives i økonomisk balanse. For å sikre en bærekraftig utvikling må vi forholde oss til de rammene Stortinget gir oss. Mulighetene vil alltid være større enn ressursene, mener Brynestad. – Dette stiller krav til en mer effektiv arbeidsdeling, bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse, riktige faglige prioriteringer og stram økonomisk styring.

Krav og tilbakemelding

Helse- og omsorgsdepartementet gir de regionale helseforetakene klart formulerte styringskrav i årlige oppdragsdokumenter. Her blir også midlene i Stortingets budsjettvedtak formelt stilt til disposisjon. De regionale helseforetakene styres også gjennom vedtak i foretaksmøtene.

Helse Sør-Øst RHF har et ”sørge for”-ansvar for hele regionen, men det er helseforetakene som leverer spesialisthelsetjenestene. – Vi har utviklet et system hvor det regionale helseforetaket hvert år inngår en avtale om bestilling av spesialisthelsetjenester med hvert av helseforetakene, forteller Brynestad.

– Avtalen legger grunnlag for leveranse av helsetjenester, beskriver vilkårene for den årlige bevilgningen og regulerer plikter og rettigheter. Den formelle eierstyringen skjer i foretaksmøtet.

Regelmessige oppfølgingsmøter

Gjennom året har Helse Sør-Øst RHF sine ledelse regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene, hvor faglig og økonomisk utvikling rapporteres og drøftes. I tråd med styrets ønsker er det hyppigere og mer intense oppfølgingsmøter med de helseforetak som ikke leverer resultater som bestilt.

Helseforetakene rapporterer om hvordan de har gjennomført sin bestilling i sin

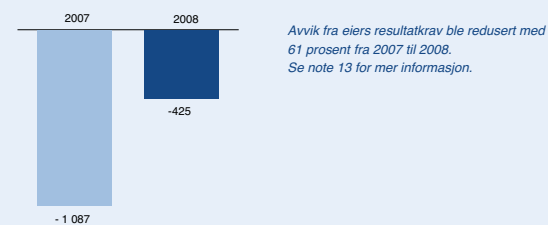
”årlige melding”. Disse meldingene er sentrale når det regionale helseforetaket utarbeider sin ”årlige melding”. Dette er styrets tilbakemelding til departementet på departementets styringskrav, slik de er formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter.

Ny inntektsmodell tas i bruk

Helse Sør-Øst vedtok i mai 2009 en felles inntektsmodell for den somatiske delen av foretaksgruppen. Denne behovsbaserte inntektsmodellen skal delede RHFets inntekter videre til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester tilpasset befolkningens ulike behov. Modellen tar hensyn til sykehusområdenes forskjellige kostnader og kostnader ved forflytting av pasienter mellom sykehusområdene for å gi dem best mulig behandling.

Brynestad forteller at Helse Sør-Øst har utviklet en felles økonomihåndbok som tas i bruk fra juni 2009. Økonomihåndboken skal dokumentere og sikre felles rutiner i foretaksgruppen.

Avvik fra eiers resultatkrav (millioner kroner)



Akershus universitetssykehus ble offisielt åpnet av Hans Majestet Kong Harald den 6. november 2008. Med sine 137 000 kvadratmeter og en kostnad på drøye 8 milliarder kroner er sykehuset et av Norges største landbaserte byggeprosjekter. Sykehuset er levert på tiden og til avtalt budsjett.

– Ahus er et sykehus for framtida. Med nytt bygg, nytt utstyr og ny teknologi ligger alt til rette for best mulig behandling og oppfølging av pasienter og pårørende, sa helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i sin tale under åpningsseremonien.



ÅRSBERETNING 2008

Året 2008 har vært preget av stor aktivitet og planmessig omstillingsarbeid for å oppfylle oppdraget som ble gitt i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007. Styret er fornøyd med den omfattende utredningsprosess, forankring og innsats som dannet grunnlag for styrets beslutninger. Styret mener at Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar overfor innbyggerne i regionen samlet sett er oppfylt for 2008. Foretaksgruppens regnskapsmessige resultat for 2008 viser at Helse Sør-Øst ikke har nådd målet om å styre foretaksgruppens samlede virksomhet innenfor de økonomiske rammer eier har stilt til disposisjon. Styret er ikke tilfreds med det økonomiske resultatet og vil påse at foretaksgruppens virksomhet tilpasses de økonomiske rammer.

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er landets største helse-region og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,7 millioner innbyggere. Dette tilsvarer 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har 65 000 medarbeidere og et årlig budsjett på omlag 52 milliarder kroner.

Helse Sør-Øst RHF skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven "sørge for" at befolkningen i regionen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Det regionale helseforetaket er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester. Spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer også ansvar for behandling av rusavhengige, pasienttransport, rehabilitering og rehabilitering. Virksomheten omfatter somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldtjeneste, sykehusapotek og laboratorier.

Helse Sør-Øst RHF eier per 1. januar 2009 14 helseforetak. Regionen er organisert i syv sykehusområder. Det regionale helseforetaket har langsiktige avtaler med fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst RHF har avtale med cirka 1 070 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen rus, psykiatri, kirurgi, lab/rontgen, oppretning, rehabilitering og rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF har sitt hovedkontor i Hamar og kontorsted i Skien.

Formålet med Helse Sør-Øst sin virksomhet er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn,

bosted, økonomi og etnisk bakgrunn – samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Omstillingsarbeid og strategutvikling

I 2008 er det gjennomført et omfattende arbeid for å oppfylle det oppdraget som ble gitt i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst i 2007. Arbeidet er basert på Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og skal bidra til bedre pasientbehandling og faglig tilbud, gjennom:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordne fag og styrke forskning
- Oppfylle økonomiske resultatkrav
- Sikre et fortsatt desentralt tilbud
- Standardisere og ta ut stordriftsfordeler
- Bedre koordinering og riktig bruk av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv
- Endringer skal komme hele nasjonen til gode

Styret har fattet omfattende beslutninger om generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, herunder organisering i sykehusområder, ny foretaksstruktur, forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akuttfunksjoner og prehospitaltjenester, spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner. Det er videre vedtatt prinsipper for organisering og utvikling innenfor de forskjellige innsatsområdene, samt forholdet til private tjenesteleverandører.

For Oslo sykehusområde er det i tillegg fattet beslutninger om videre utvikling av lokalbaserte spesialisthelsetjenester, etablering av en rusakutt, samarbeid om storbylegevakt og organisering av lands-, regions- og områdefunksjoner.

Styrets vedtak ble stadfestet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27. november 2008. Foretaksmøtet uttrykte at Helse Sør-Øst RHF, gjennom de foreliggende vedtak, har løst oppdraget på en god måte og i tråd med eiers forutsetninger.

Prioriteringer innen pasientbehandling

Helse Sør-Øst har i 2008 prioritert innsats på områdene habilitering og rehabilitering, rus, psykisk helsevern, spesialisthelsetjenester for eldre og personer med kroniske lidelser. Som følge av et stadig økende press på de prehospitaltjenester er ressurstilgang og kompetanse innen dette området styrket.

Foretaksgruppen har rettet spesiell oppmerksomhet mot epikrisesid, korridor-pasienter og individuell plan. Det har vært en god utvikling for disse kvalitetsindikatorerne i 2008.

Helse Sør-Øst sin hovedrapportering om pasientrettet virksomhet skjer i "Årlig melding" til Helse- og omsorgsdepartementet. "Årlig melding for 2008" er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Aktivitetstall

Aktiviteten målt i antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret gikk opp fra 637 760 poeng i 2007 med 0,5 prosent til 641 047 poeng i 2008. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatikk økte fra 2 066 109 i 2007 med 9,3 prosent til 2 257 854 i 2008.

Innenfor psykisk helsevern for voksne økte antall polikliniske konsultasjoner med 8,6 prosent, mens tilsvarende økning for barn og ungdom var 14,7 prosent. Antall utskrivninger fra behandling innen psykisk helsevern var 2,5 prosent høyere enn i 2007. Antall oppholds-

dager i dagbehandling gikk ned med 20,1 prosent for voksne, men opp 4,5 prosent for barn. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte antall polikliniske konsultasjoner med 12,4 prosent i forhold til 2007.

Epikrisetid

Målet er at minst 80 prosent av epikrisene skal sendes fra sykehuset innen syv dager etter utskrivning/undersøkelse. Utviklingen i 2008 viser en positiv trend, men det er fortsatt for få helseforetak som når målet. Helse Sør-Øst prioriterer dette arbeidet, blant annet gjennom utbredelse og opplæring i arbeidsmetodene fra prosjektet "Epikrise til pasienten" (at pasienten får epikrise ved utskrivning), effektivisering av prosedyrer, innføring av talegjenkjenning ved utarbeidelse av epikrise og innføring av elektronisk pasientjournal.

Korridorpasienter

Arbeidet med å redusere antall korridorpasienter har gitt positive resultater i 2008, særlig innen psykisk helsevern. Det er likevel fortsatt mange helseforetak som ikke har nådd det nasjonale målet om at det normalt ikke skal være korridorpasienter. Hovedutfordringen er god organisering, samhandling med kommunen, god logistikk og effektive behandlingslinjer. Det er også viktig å vurdere korridorpasienter opp mot fordeling av kapasitet, mulig overbelegg og pasientsikkerhet.

Individuell plan

Foretaksgruppen har de to siste årene satset særlig på å øke bruken av individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. I 2008 er det innført egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem prioriterte tjenesteområder. Utviklingen viser en markert økning i bruken av individuell plan. Helse Sør-Øst vil prioritere arbeidet med å styrke tilbud om individuell plan, slik at alle som ønsker og har krav på det skal få utarbeidet slik plan.

Ventetidsutvikling

Ventetidsutviklingen er overveiende positiv. I perioden 2006-2008 har det vært en klar nedgang i ventetid innen psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Innen somatikk svinger ventetiden med en topp i 3. tertial hvert av årene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skiller seg noe ut med økende ventetider fra 2006/2007, men det kan synes som det er en stabilisering i 3. tertial 2008.

Sammenlignet med de andre regionale helseforetakene viser data fra Norsk

pasientregister at Helse Sør-Øst har de korteste ventetidene på alle tjenesteområdene. Det har vært gjennomgående i hele perioden 2006-2008.

Flere helseforetak har vansker med å oppnå den aktiviteten som er målsatt i driftsavtalene når det gjelder døgntilbud innen rus og barne- og ungdomspsykiatri. Det skyldes både lav produktivitet og vanskelig rekruttering av fagpersonell. Helse Sør-Øst vurderer kontinuerlig om kapasiteten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i egne og private tilbud er tilstrekkelig. Kjøp av private behandlingssplasser er utvidet i 2008 og det er stilt økte produktivitets- og kvalitetskrav i driftsavtalene for 2009. En strategisk plan for området er under utarbeidelse.

Fristbrudd

Andelen av planlagte behandlinger som fører til fristbrudd ble i 2008 redusert innen alle tjenesteområder. Men antall fristbrudd er fortsatt for høyt. Det er stor variasjon i fristbruddstallene mellom sykehusene. Helse Sør-Øst vil vurdere tiltak for å kunne varsle sannsynlige fristbrudd, slik at pasienter kan få alternative tilbud for fristbrudd er et faktum. Tilpassing av behandlingsskapet innen aktuelle fagområder vurderes også.

Kvalitet og pasientsikkerhet.

Norsk helsestjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv. Men også i Norge rammes en for stor andel av pasientene av uønskede hendelser. De fleste hendelsene skyldes systemfeil, blant annet medisineringsfeil og sykehusinfeksjoner. Sentrale strategier for å redusere slike hendelser er å utvikle og ta i bruk gode pasientforløp, kunnskaps- og beste praksis. Samtidig er det viktig å følge den nasjonale kvalitetsstrategien og prioritere behandling som gir helsenytte og sikre at gamle metoder med mindre effekt utvikles. De mål som er satt i den nasjonale kvalitetsstrategien er også satt som overordnede mål for plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst gjennomfører en rekke tiltak for å bedre pasientsikkerheten, blant annet ved å:

- avdekke kritiske områder gjennom risikostyring og etablering av god internkontroll
- avdekke feil og uønskede hendelser gjennom avvaksbehandling
- utnytte medarbeidernes kunnskap og kompetanse på best mulig måte, stimulere til åpenhet og god meldekultur
- gjennomføre kampanjer, fagrevisjoner, sertifisering, akkreditering og andre tiltak.

Helseforetakenes tjenesteyting skal styres etter internkontrollprinsippet for å sikre kvalitet gjennom faglig forsvarlighet og gjennom oppfyllelse av lovkrav. Flere av helseforetakene i foretaksgruppen har sertifisert eller akkreditert enheter eller prosesser etter ISO standarder. Sykehuset Asker og Bærum ble i 2008 det første offentlige sykehuset i Norge som har ISO-sertifisert alle sine kliniske avdelinger.

Norsk Pasienterstatning (NPE) er et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført skade etter behandlingssvikt innen helsevesenet. Utbetalingene til pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst økte fra 261 millioner kroner i 2007 med 29 prosent til 337 millioner kroner i 2008. Helse Sør-Øst andel av samlede pasientskadeerstatninger fra NPE gikk ned fra 53,0 prosent i 2007 til 51,1 prosent i 2008.

Akuttmottakene

Helsestilsynet avdekket i 2007 at mange av landets akuttmottak hadde for dårlig oversikt over driften, kødannelse, mangledet ledelse og for dårlig overvåking av pasientene. Helse Sør-Øst RHF har innledet et samarbeid med Norsk Akkreditering om å utarbeide standarder for akuttmottak som kan legges til grunn ved akkreditering eller sertifisering. Arbeidet med å kartlegge prosessene ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad og Sørlandet sykehus HF Arendal er godt i gang. Målet er at de skal være akkreditert eller sertifisert i løpet av 2009. Erfaringene fra de to pilotene vil være avgjørende for hvilke anbefalinger som vil bli fremmet i slutten av 2009.

Pasienttransport

Helse Sør-Øst RHF legger vekt på å tilby pasientene kostnadseffektive og tilpassede transportløsninger med god tilgjengelighet. De fire regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere en felles enhet som skal ivareta fellesoppgaver, samordningsoppgaver og transaksjonstunge saksbehandlingsoppgaver i forbindelse med pasientreiser. Det er etablert et nasjonalt "Prosjekt pasientreiser". Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier og leder nasjonal styringsgruppe. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for å etablere selskapet på vegne av de fire regionale helseforetakene.

Regjeringen besluttet i november 2008 at det nasjonale selskapet for pasientreiser legges til Skien. Ansvaret for enkeltoppgjør for pasienttransport skal være overført fra NAV til de regionale helseforetakene senest ved årslutt 2009. En regional enhet for pasientreisepgjør etableres i Moelv tilknyttet Sykehuset Innlandet HF.



Samhandling

Det er et mål at pasientene skal få riktig behandling på rett nivå og at henvisning og utskrivning skjer trygt og forsvarlig. Bedre veiledning og samhandling skal sikre at utskrivningsklare pasienter får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå. Primærhelsetjenestens kompetanse og kapasitet er avgjørende for å sikre god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten må følges bedre opp og utvikles gjensidig. Dette vil være et satsingsområde i 2009. Planer og tiltak vil bli utviklet i samsvar med samhandlingsreformen som regjeringen vil legge frem i juni 2009.

Likeverdige helsetjenester

Helse Sør-Østs visjon fastslår at regionen ønsker å utvikle og tilby likeverdige helsetjenester. Selv om vi har oppnådd bedre kvalitet, kortere ventetider og et klarere forhold til prioriteringer, er det fortsatt for store variasjoner i tilgjengelighet. Dette gjelder spesielt for pasienter med minoritetsbakgrunn. Rapporter viser forskjeller i både sykdomsbilde og tjenestetilbud mellom innvandrere og resten av befolkningen, og mellom forskjellige etniske minoritetsgrupper.

Hele 70 prosent av alle innvandrere i Norge bor i Helse Sør-Øst sitt område. Helse Sør-Øst RHF har i 2008 satt i gang prosjektet "Likeverdige helsetjenester". Prosjektet skal innen juni 2009 utarbeide et forslag til en strategi som sikrer at kunnskap om minoritetsbefolkning inngår i alle planer og aktiviteter.

Forholdet mellom bruken av egne helseforetak og private virksomheter

Helse Sør-Øst bruker om lag 6,3 milliarder kroner, eller cirka 12 prosent av budsjettet til kjøp av helsetjenester fra private leverandører. Styret har vedtatt en strategisk plan for kjøp av helsetjenester i perioden 2008-2011.

Ledelse og ledelsesinformasjon

Det stilles store krav til alle ledere i helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst skal gjennomføre betydelige omstillinger for å forbedre pasienttilbudet, samtidig som virksomheten skal styres innenfor rammer for økonomi og aktivitet. Det arbeides videre med utvikling av felles lederkultur i helseforetaksgruppen, forbedring av ledelsesmessig samhandling og videreutvikling av styringssystemet og etablering av internkontroll.

Systemene og kvaliteten på dagens ledelsesinformasjon er ikke tilfreds-

stillende. Det er avgjørende for ledelse og styring at faktagrunnlaget foreligger til riktig tid og har nødvendig faglig kvalitet. Gode data er også grunnlag for forståelse, kunnskap og kommunikasjon i hele organisasjonen. Det regionale helseforetaket søker å kunne sammenlikne data og prosedyrer i foretakene for å gi grunnlag for læring og utvikling av beste praksis. Helse Sør-Øst vil videreutvikle, forbedre og forenkle ledelsesinformasjonssystemene. I 2009 vil HR-data prioriteres.

Kompetanse, bemanning og medvirkning

Helseforetakene må ha riktig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser for å løse sine oppgaver. Riktig bemanning er også viktig for å holde de økonomiske rammer. I 2008 har vedtatt nedbemanning skjedd for sent, samtidig som det har vært vanskelig å rekruttere visse typer nøkkelpersonell. Det er nødvendig at arbeidsoppgaver står i forhold til kompetanse slik at helseforetakene fremstår som attraktive arbeidsplasser og evner å rekruttere. Det er besluttet å nedsette et eget utdanningsutvalg som skal være et rådgivende organ på regionalt strategisk nivå. Utanning og kompetansebehov er temaer som drøftes i samarbeidsorganene med Universitetet i Oslo og med høyskolene.

I samarbeid med de tillitsvalgte er det inngått en regional omstillingsavtale og nedfelt 12 prinsipper for involvering og medvirkning.

Innkjøps- og logistikkprogrammet

Helse Sør-Øst har vedtatt en fremtidsrettet satsning på innkjøp og logistikk. Et viktig mål er å få på plass en samordnet og samhandlende felles forsynings- og bestillingsstruktur for hele foretaksgruppen. De økonomiske målene for 2008 er i hovedsak oppnådd. Det er konstatert betydelige utfordringer med å nå effektiviseringsmålene med en økonomisk verdi på 250 millioner kroner for 2009. Tiltak og strukturer som ble etablert i 2008 vil videreføres. Arbeidet rundt videre samordning av funksjoner og styrking av samhandlingen i foretaksgruppen vil intensiveres for å sikre at effektivisering gjennomføres.

IKT

IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, sikkerhet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette

krever betydelige teknologiske investeringer og organisatoriske tiltak, og forutsetter vesentlig økte midler i forhold til dagens nivå. I tillegg til en ressursøkning, må det utvikles incentiver for å stimulere til bedre informasjonsutveksling og økt elektronisk samhandling mellom aktørene.

Forskning og innovasjon

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i mai 2008 en ambisiøs forskningsstrategi for 2008-2011 basert på en bredt forankret prosess. Strategien innebærer blant annet en fordobling av Helse Sør-Øst sitt ressursbruk til forskning i løpet av en tiårsperiode. For 2009 er rammen til strategiske forskningsmidler økt med 50 millioner kroner til 162 millioner kroner. Et nytt regionalt forskningsutvalg som strategisk rådgivende organ og et administrativt forskningsledernetverk som understøtter innføring og gjennomføring av forskningsstrategien er etablert. En egen handlingsplan for innovasjon ble vedtatt av styret høsten 2008.

Med finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede tilskudd til forskning er det i Helse Sør-Øst i 2008 igangsatt 156 nye forskningsprosjekter i tillegg til pågående flerårige prosjekter. For 2009 mottok Helse Sør-Øst RHF 464 forskningssøknader hvorav 103 ble innvilget. Det er lagt ned et omfattende arbeid for å formalisere tildelingsprosessen slik at en sikrer habilitet, åpenhet, implementering av føringer og kvalitetsforbedring av prosessen og søknadene.

Arbeidet i Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo og i samarbeidsorganet med høyskolene er styrket. En egen utredning om universitetssykehusenes struktur og funksjon ble lagt til grunn for beslutningene knyttet til forskning og utdanning i Hovedstadsprosessen.

Brukermedvirkning

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestens innhold og struktur når beslutninger tas.

Brukerutvalget representerer pasientene og de pårørende. Utvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF på grunnlag av forslag fra organisasjoner og de fylkeskommunale elderrådene.

Det er med få unntak praksis at minimum to representanter fra brukerne møter i de prosesser og prosjekter der utvalget velger å være med. Leder og



nestleder, eller den utvalgt bestemmer, møter i styret som observatører.

Brukerutvalget utarbeider en egen årsrapport som er tilgjengelig på www.helse-sorost.no

Av denne rapporten fremgår det blant annet at 2008 har stillt store krav til utvalget. Den omfattende deltagelsen i omstillingsprosessen har gitt utvalget et høyt informasjonsnivå og et solid grunnlag for å følge gjennomføringsfasen i helseforetak og sykehusområder.

Større byggeprosjekter

Det nye Akershus universitetssykehus i Lørenskog kommune ble offisielt åpnet av Hans Majestet Kong Harald 6. november. Med sine 137 000 kvadratmeter, hvorav 114 000 kvadratmeter er nybygg og en investeringsramme på cirka 8,6 milliarder kroner, er sykehuset et av Norges største landbaserte byggeprosjekter. Sykehuset er levert på tiden og til avtalt budsjett. Det er blitt løpende tatt i bruk gjennom 2008.

Nytt forskningsbygg føres opp ved Radiumhospitalet på Montebello. Bygget planlegges ferdigstilt for bruk høsten 2009. Styret for Helse Sør-Øst RHF har gitt sin tilslutning til at byggets kostnadsramme økes til 1 254 millioner kroner i prisnivå per januar 2008. Dette tilsvarer fremskriving av den opprinnelige kostnadsrammen på 1 000 millioner kroner i 2003-kroner som ble vedtatt av styret i tidligere Helse Sør RHF i 2004.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har sluttet seg til det anbefalte alternativet for ny sykehusløsning for Sykehuset Østfold HF, som bygger på en delt løsning mellom Kalnes og Moss. Prosjektet er sendt til en foreløpig myndighetsvurdering i Helse- og omsorgsdepartementet. Det gjennomføres nå fortsatt kvalitetssikring av prosjektet. Konseptet legges frem for styret til ny behandling når kvalitetssikringen er gjennomført, låneadgang er avklart og den foreløpige myndighetsvurderingen fra departementet foreligger.

Årsregnskapet

Helse Sør-Øst RHF avlegger sitt regnskap etter regnskapsloven. I henhold til krav i regnskapsloven bekrefter styret og administrerende direktør at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningene om fortsatt drift.

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

Driftsinntektene for foretaksgruppen økte fra 47,2 milliarder kroner i 2007 med 12,4 prosent til 53,1 milliarder kroner i

2008. De samlede driftsinntektene i 2008 fordeler seg med 34,3 milliarder kroner i basisrammefinansierte inntekter, 12,2 milliarder kroner som aktivitetsfinansierte inntekter og 6,6 milliarder kroner som andre inntekter. Den generelle inntektsoverføringen (basisramme) fra staten økte fra 29,9 milliarder kroner med 14,7 prosent til 34,3 milliarder kroner i 2008. Refusjonssatsen for aktivitetsbasert finansiering (ISF-satsen) var 40 prosent for begge år.

Lønn og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i Helse Sør-Øst og tilsvarer 59,4 prosent av totale driftskostnader for 2008. Disse kostnadene økte fra 29,7 milliarder kroner i 2007 med 7,4 prosent til 31,9 milliarder kroner i 2008. Samlet kostnad i 2008 for innleie av helsepersonell var 397,4 millioner kroner, og er redusert med 8,9 millioner kroner fra 2007.

Ordinære regnskapsmessige avskrivninger for foretaksgruppen gikk ned fra 3,03 milliarder kroner i 2007 med 0,7 prosent til 3,01 milliarder kroner i 2008. Det er foretatt nedskrivninger på til sammen 71,1 millioner kroner på varige driftsmidler i 2008.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen forverret seg fra 43,6 millioner kroner i 2007 til 160,0 millioner kroner i 2008.

Årsresultatet for 2008 viser et regnskapsmessig underskudd på 756,4 millioner kroner. Tilsvarende resultat for 2007 var et underskudd på 3 861,8 millioner kroner. Sammenligningen av årsresultatene påvirkes av finansiering av merkostnader knyttet til pensjon. Resultatforbedringen for Helse Sør-Øst i 2008 er ca 660 millioner kroner fra 2007. Se for øvrig omtale i notene til årsregnskapet.

Hovedårsaken til det negative resultatet er manglende realisering av omstillingstiltak for cirka 545 millioner kroner. Manglende realisering av omstillingstiltak er i hovedsak knyttet til at planlagt uttak av årsverk og reduksjon i personellkostnader ikke er gjennomført i tilstrekkelig grad.

I protokollen fra foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF 24. januar fremgikk det at for 2008 vil for første gang de fulle avskrivningskostnadene knyttet til foretaksgruppens åpningsbalanse være dekket av tilsvarende bevilgning i basisrammen.

I protokollen heter det videre at "I tråd med Stortingets krav skal Helse Sør-Øst

RHF håndtere sin omstillingsutfordring slik at ordinært regnskapsmessig resultat for foretaksgruppen i 2008 er i balanse, svarende til et årsresultat på null kroner. Foretaksmøtet presiserte at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere ut over kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF, ikke inngår i resultatkravet for 2008.

Stortinget besluttet i Revidert nasjonalbudsjett å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene i 2008 med til sammen 3 200 millioner kroner for å dekke økte pensjonskostnader. I foretaksmøte 5. juni presiserte eier at krav og styringsmål i forhold til økonomisk resultat for foretaksgruppen Helse Sør-Øst RHF for 2008 skulle være et underskudd på 331 millioner kroner, tilsvarende ikke-kompenserte, økte pensjonskostnader.

Foretaksgruppen hadde i 2008 en positiv kontantstrøm på 167,2 millioner kroner. Likviditetsbeholdningen for foretaksgruppen per 31.12.2008 var 1,7 milliarder kroner, herav bundne midler 1,2 milliarder kroner. Foretaksgruppen har en driftskreditramme gitt av Helse- og omsorgsdepartementet på 2,7 milliarder kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av denne rammen er det trukket 1,9 milliarder kroner.

Foretaksgruppen har per 31.12.2008 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 61,4 milliarder kroner. Av denne forpliktelsen er 17,1 milliarder kroner en ikke regnskapsført forpliktelse i tråd med regnskapsreglene. Disse betydelige forpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Helse Sør-Øst RHF

Resultatregnskapet for Helse Sør-Øst RHF viser at underskuddet gikk ned fra 3 872,0 millioner kroner i 2007 til 763,4 millioner i 2008. Hovedårsaken til underskuddet i 2008 er nedskrivning av finansielle anleggsmidler på 979,5 millioner kroner på grunn av underskudd i datterforetakene. Tilsvarende nedskrivning av anleggsmidler i 2007 var 4 106,3 millioner kroner på grunn av underskudd i datterforetakene.

Finansielle og andre risikoer forbundet med økonomi

Helse Sør-Øst RHF har rentebærende gjeld og er følgelig eksponert for endringer i rentenivået. Foretaksgruppen er også til en viss grad eksponert for endringer i valutakurser gjennom innkjøp.



Avleggelse av regnskapet

Fra årsskiftet 2008/2009 og frem til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet. Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling utover det som fremgår av årsberetning og årsregnskap.

Eierforhold og organisasjon

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier 100 prosent av Helse Sør-Øst RHF.

Styre og administrasjon

Helse Sør-Øst RHF's foretaksmøtet 24. januar 2008 valgte følgende eieroppnevnte styremedlemmer for en periode på to år: Hanne Harlem (leder), Harry Konterud (nestleder), Anne Marie B. Joranli, Andreas Kjør, Kirsten Huser Leschbrandt, Knut Even Lindsjorn, Berit Eivi Nilsen, Dag Stenersen, Randi Talseth, Anne Carine Tanum og Finn Wisløff. Seks av styrets medlemmer er oppnevnt etter forslag fra fylkeskommunene i regionen og Sametinget.

Kirsten Brubakk, Lars Kristian Eikvar, Morten Falkenberg, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland har vært ansattvalgte medlemmer i styret i hele 2008. I mars 2009 ble det gjennomført valg av ansattvalgte medlemmer i styret for Helse Sør-Øst RHF for perioden 16. mars 2009- 15. mars 2011. Kirsten Brubakk, Morten Falkenberg, Terje Bjørn Keyn, Lizzie Irene Ruud Thorkildsen og Svein Øverland ble valgt.

Det regionale helseforetakets styre har ansvaret for internrevisjonen i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen internrevisjonsenhet, som i februar 2009 endret navn til konsernrevisjonen. Styremedlemmene Harry Konterud (leder), Morten Falkenberg, Anne Marie B. Joranli og Kirsten Huser Leschbrandt utgjør styrets revisjonskomite. Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en ordning med konserntillitsvalgte. Tillitsvalgte deltar aktivt i foretaksgruppens organer og prosesser.

Kommunikasjon og samarbeid med sentrale aktører innen politikk, administrasjon og fag er styrket i 2009. Det er gjennomført to kontaktmøter med fylkeskommunene i regionen.

Helseforetakene

I mars 2008 ble det oppnevnt nye styrer for samtlige helseforetak. Styrene har en valgperiode på to år. Helseforetakene har styret der flertallet av de eieroppnevnte medlemmene har politisk bakgrunn, foreslått fra kommuner og fylkeskommuner i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et fullmaktsystem som begrenser helseforetakenes anledning til å foreta investeringer og oppta lån. Dette innebærer også at helseforetakene før erverv eller stiftelse av heleid datterselskap må søke Helse Sør-Øst RHF om samtykke. Tilsvarende gjelder for opptak av lån i slike selskaper. Hensikten er å sikre at det ikke etableres nye selskaper som ikke er forenlige med vedtekter og regelverk. Styret har vedtatt retningslinjer som regulerer helseforetakenes forhold til stiftelser og legater.

Ansvarlige selskaper og felleseide aksjeselskap

Helse Sør-Øst RHF eier 40 prosent av helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS). Hvert av de tre andre regionale helseforetakene eier 20 prosent av selskapet, som tar seg av den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet.

De fire regionale helseforetakene har to felles eide aksjeselskap: Helseforetakenes Innkjøpservice AS og Norsk Helsenett AS. Selskapene eies med 40 prosent av Helse Sør-Øst RHF og 20 prosent hver av de øvrige regionale helseforetakene. Helseforetakenes Innkjøpservice AS skal bidra til at helsesektoren i Norge i størst mulig grad utnytter de fordeler som finnes ved å samordne sine anskaffelser. Norsk Helsenett AS etablerer og driver et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. For nærmere informasjon om resultater i 2008 henvises til årsregnskapets note 6.

Arbeidsmiljø

Helse Sør-Øst satte som mål å redusere sykefraværet med ett prosentpoeng i 2008. Dette målet er ikke nådd. I 2008 var det registrert 8,4 prosent sykefravær, det samme som i 2007.

I 2008 har det vært arbeidet lokalt med tiltak for å redusere sykefraværet. Alle helseforetakene i gruppen er IA-bedrifter (Inkluderende Arbeidsliv). I tillegg har Helse Sør-Øst tiltak på tre områder for å bidra til reduksjon i sykefraværet.

- Systematisk tett og god oppfølging av sykemeldte fra nærmeste leder

- Lederutvikling for førstelinjeledere
- Arbeidsmiljøutvikling

Antall rapporterte HMS-avvik gikk opp fra 4 876 i 2007 med 5,5 prosent til 5 146 i 2008. Avvikene er hovedsakelig mindre stikkskader og rapporterte avvik i forbindelse med psykiatrisk behandling. Definisjonene av avvik varierer en del mellom helseforetakene. Nærmere informasjon er gitt i de enkelte helseforetaks årsberetninger.

Helse Sør-Øst har utviklet et system for kartlegging og forbedring av arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet. Systemet omfatter oppfølging av resultatene gjennom involverende forbedringsprosesser. Undersøkelsen ble for første gang gjennomført i hele foretaksgruppen i 2008. Metode- og prosedyrer skal bli et fast, årlig tiltak for utvikling og forbedring av arbeidsmiljøet.

Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Arbeidstilsynets "God vakt"-kampanje viser at det fortsatt er manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver i enkelte driftsenheter. God organisering må sikre at man tar i bruk nye arbeidsmetoder og videreutvikler kvaliteten i alle ledd. I de store omstillingene som skal gjennomføres er det viktig å ivareta kompetanse og kvalitet også innenfor sykepleie og andre faggrupper. Helse Sør-Øst vil holde et kontinuerlig fokus på å sikre reell medvirkning og åpenhet i helseforetakene.

Ytre miljø

Helse Sør-Østs viktigste påvirkning av det ytre miljø er gjennom forbruk av vann og energi – og gjennom behandling av avfall fra vår virksomhet. Dessuten fører Helse Sør-Østs virksomhet til betydelig transport av egne ansatte, pasienter, pårørende og leverandører.

Helse Sør-Øst RHF har i 2008 deltatt i et nasjonalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren med overføringsverdi, og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Rapport med konkrete forslag til tiltak er utarbeidet.

Miljøkrav blir vurdert i alle anskaffelser der det er relevant å stille krav om dette. Overordnede krav er innarbeidet i Helse Sør-Øst sine generelle avtalevilkår og i mal for konkurransegrunnlag. Videreutvikling pågår. Helse Sør-Øst RHF har tatt steg for å styrke sin kompetanse på oppfølging av etikk, miljø og samfunnsansvar



knyttet til innkjøp i 2009. Det regionale helseforetaket har meldt seg inn i Initiativ for etisk handel (IEH) og tar nå veilederen "Etliske krav i offentlige anskaffelser" i bruk. Veilederen er utarbeidet av IEH, på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet.

Samlet vannforbruk i 2008 var 2 680 000 kubikkmeter, en økning på 0,9 prosent fra 2 657 000 kubikkmeter i 2007.

Helseforetaksgruppens samlede energiforbruk (ex transport) var 767 GWh, en økning på 3,5 prosent fra 741 GWh i 2007. Helseforetakene er i gang med prosjekter innen energiledelse, hvor overordnet målsetting er å drifte foretakenes bygningsmasse med en varig, sikker og lønnsom energibruk, samtidig som kostnader og miljøbelastning reduseres. Besparelsen oppnås ved etablering av energiledelse, kunnskapsdeling, arbeid med holdningsendringer og ved investeringer i energiløsninger som gir redusert energibruk. Målet er å redusere energibruken med 58 GWh per år innen 2012. Enova gir økonomisk støtte til prosjektene.

Alle foretakene samler og sorterer betydelige deler av sitt avfall til gjenvinning. En liten del av avfallsvolumet er spesialavfall, som behandles etter fastsatte regler. I 2008 var samlet avfallsvolum for foretaksgruppen 16 426 tonn, som er en økning på 13,4 prosent fra 14 485 tonn i 2007.

Foretakene gir informasjon om sin påvirkning av det ytre miljø i sine årsberetninger, inkludert eget vannforbruk, energiforbruk og avfallsvolum. Enkelte av helseforetakene er underlagt spesielle utslippstillatelser.

I flere av de eldre bygningene som helseforetakene eier, er det benyttet asbest og PCB. Disse stoffene kan være helsefarlige, og det er ikke lenger tillatt å benytte dem ved nybygg. Ved rivning, ombygging og rehabilitering settes arbeid med bygg som inneholder slike stoffer bort til bedrifter som har offentlig godkjenning til dette. Myndighetene har besluttet at PCB-holdige kondensatorer i lysarmatur og strømgjennomføringer er forbudt fra 1.1.2008 og 1.1.2010. Helseforetakene gjennomfører et utskiftingsprogram i tråd med disse bestemmelsene.

Likestilling

Styre i Helse Sør-Øst RHF har en god balanse mellom kvinner og menn. Av de elleve eieroppnevnte medlemmer er seks kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordeler seg med to

kvinner og tre menn. Blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom antall kvinner og menn.

Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av seks kvinner og seks menn. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. To av syv styreledere/drifstyreledere er kvinner. Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne. Fire av fjorten helseforetak ledes av kvinner. Utviklingen har vært positiv siden etableringen av helseforetakene i 2002, da var bare ett helseforetak ledet av en kvinne.

Helseforetaksgruppen har ikke utarbeidet felles retningslinjer for likestillingsarbeidet. Alle helseforetakene redegjør for likestilling mellom kjønnene og arbeidet med likestilling i sine årsberetninger. En egen tiltaksplan for å bedre kjønnsbalansen innen toppstillinger for klinisk akademisk medisin er vedtatt i Samarbeidsutvalget for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo.

Arbeidet med etikk, verdier og holdninger

Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er omsatt til følgende normer for vår virksomhet:

- Åpenhet og involvering i måten vi arbeider på, i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Foretaksgruppen har etablert retningslinjer for praktisering av regelverk for biervurdering.

Helse Sør-Øst og Legemiddelindustriforeningen har en samarbeidsavtale som skal bidra til at all samhandling mellom foretaksgruppen og legemiddelindustrien skjer på faglig og etisk korrekt måte. Det pågår et arbeid for å etablere en tilsvarende avtale med de som leverer utstyr til foretaksgruppen.

Risikovurdering

Arbeidet med risikovurdering og risikostyring er en del av god virksomhetsstyring i hele helseforetaksgruppen. Helse Sør-Øst har i 2008 utviklet et nytt system for risikovurdering og risikostyring. Systemet gir et bedre vurderingsgrunnlag for å sammenstille og aggregere et samlet risikobilde for foretaksgruppen.

Helseforetakene styrebehandler sine risikovurderinger, som sammen med risikovurderinger som er gjennomført i det regionale helseforetaket, i brukerutvalget og blant konserntillitsvalgte gir en aggregert risikovurdering. Det regionale helseforetakets styre behandler to ganger per år sak om risikovurdering i foretaksgruppen.

Takk for innsats og samarbeid

Styret vil takke medarbeiderne for stor innsats og engasjement i en periode med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. Vi berømmer også brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2008.

Fremtidsutsikter og utfordringer

Styret mener at 2009 vil bli et meget krevende år. Det ligger en spesiell utfordring i gjennomføre de ambisiøse og krevende omstillingsplanene som er vedtatt, samtidig som den økonomiske styringen skal styrkes slik at Helse Sør-Øst RHF kan levere et økonomisk resultat i tråd med eiers forutsetninger.

Styret har i "Årlig melding for 2008" gitt en bred presentasjon av fremtidige utfordringer og mål – og hvilke strategiske valg som Helse Sør-Øst planlegger for å nå disse målene. Dette dokumentet finnes på www.helse-sorost.no

Følgende fokusområder er lagt til grunn for utviklingen av Strategisk fokus for 2009-2012 og mål for 2009:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av felles-tjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Helse Sør-Øst RHF har i foretaks møtet i februar 2009 forpliktet helseforetakene til videre oppfølging av omstillingsprogrammet og plan for strategisk utvikling. Helseforetakene skal utvikle planer for oppfølgingsaktivitetene, herunder planer for gevinstrealisering og investeringer. Det skal foretas risikovurderinger i forhold til pasienter, økonomi og ansatte.

Helseforetakene rapporterer rutinemessig til det regionale helseforetaket vedrørende gjennomføring, måloppnåelse og gevinstrealisering. Det er krevende oppgaver som skal gjennomføres, samtidig som det stilles absolutte krav om et økonomisk resultat i balanse. Kostnader



for å gjennomføre plan for strategisk utvikling og vedtakene i hovedstadsprosessen må finansieres gjennom tilsvarende besparelser i helseforetakets drift i 2009. Fremdrift og tempo i omstillingsarbeidet er derfor avhengig av god økonomisk oppfølging.

Regjeringens tiltakspakke for å bekjempe økende arbeidsløshet og for å dempe virkningene av den internasjonale finanskrisen på norsk økonomi inneholder en bevilgning på 1 000 millioner kroner til oppgradering og vedlikehold av sykehus, utover det som ligger i de vedtatte budsjettene for 2009. Tiltakene skal gjennomføres innenfor foretakenes helhetlige ansvar, slik at driftsmessige konsekvenser håndteres innenfor de regionale helseforetakenes ordinære budsjetter. Helse Sør-Østs andel av disse midlene er 540 millioner kroner.

Styret mener å ha merket en stigende interesse for hvordan vi organiserer den norske helsetjenesten og tar vare på våre innbyggere. Den økte interessen tar styret imot med glede. Helse Sør-Øst ønsker å spille på lag med alle gode krefter i Helse-Norge - både offentlige, private og frivillige. Regjeringen har varslet at den i juni vil legge frem en stortingsmelding om en samhandlingsreform. Utfordringene på dette området er både mange og krevende. Styret regner med at et forpliktende

samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil være sentralt i 2009.

Styret ser frem til at 2009 er året der vi skal arbeide effektivt med de klart formulerte omstillingsutfordringene vi står overfor, og etter hvert ferdigstille flere av disse. Gjennom god ledelse og involvering av ansatte og brukere, god forskning og fagutvikling skal vi sikre kvalitetsforbedring slik at vi når våre mål.

Disponering av årsresultatet

Årsresultatet for Helse Sør-Øst RHF ble et underskudd på 763,4 millioner kroner. Foretaket har ikke fri egenkapital per 31.12. 2008.

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet:

Overført fond for vurderingsforskjeller	3 531 000
Fra annen egenkapital	- 766 927 000
Sum disponert	- 763 396 000

Oslo, 30. mars 2009


Hanne Harlem
Leder


Harry Konterud
Nestleder

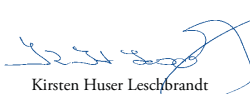

Kirsten Brubakk

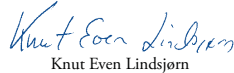

Morten Falkenberg


Anne Marie B. Jøranli


Terje Bjørn Keyn


Andreas Kjet


Kirsten Huser Leschbrandt

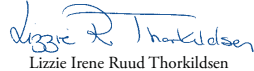

Knut Even Lindsjorn


Berit Eivi Nilsen


Dag Stenersen


Randi Talseth


Anne Carine Tanum


Lizzie Irene Ruud Thorkildsen


Finn Wisløff


Svein Overland


Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

Resultatregnskap

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Note	Foretaksgruppen	
2007	2008		2008	2007
DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER				
29 887 066	34 297 144		34 297 144	29 887 066
10 405 794	10 771 728	1	12 162 914	12 528 453
2 864 037	3 917 859	1	6 596 051	4 806 956
43 156 897	48 986 731		53 056 109	47 222 475
DRIFTSKOSTNADER				
42 010 782	47 659 500	2	7 469 781	8 015 018
2 733	0	2	5 570 120	5 113 645
240 171	259 185	3	31 876 162	29 714 077
86 583	109 372	4,5	3 005 860	3 030 856
-11 762	1 989	4,5	71 083	61 641
696 227	855 396	7	5 659 080	5 105 543
43 024 735	48 885 443		53 652 086	51 040 780
132 163	101 288		-595 976	-3 818 305
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER				
321 280	527 083	7,10	379 656	224 038
4 106 317	979 527	6	0	0
219 128	412 240	7,10	539 691	267 656
-4 004 165	-864 684		-160 036	-43 618
-3 872 002	-763 396		-756 012	-3 861 922
0	0	8	436	-117
-3 872 002	-763 396		-756 447	-3 861 806
0	0		-2 676	-1 663
OVERFØRINGER				
84	0		0	382 381
-4 909	-3 531		-3 531	-4 909
3 876 827	766 927		762 655	3 485 997
0	0		-2 676	-1 663
3 872 002	763 396		756 447	3 861 805

Balanse

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2007	2008	Note	2008	2007
EIENDELER				
Anleggsmidler				
Immaterielle eiendeler				
256 716	340 065	4	817 067	685 039
0	0	8	346	17
256 716	340 065		817 412	685 056
Varige driftsmidler				
94 626	96 050	5	33 725 749	28 154 733
116 904	160 994	5	5 034 906	3 825 317
6 040 678	41 344	5	2 123 877	7 617 925
6 252 208	298 388		40 884 533	39 597 976
Finansielle anleggsmidler				
23 457 568	22 475 836	6	0	0
3 143 986	7 625 705	6,10	746 437	666 876
1 569	2 527	9	1 954 034	1 876 859
26 603 123	30 104 068		2 700 471	2 543 735
33 112 047	30 742 521		44 402 416	42 826 767
Omløpsmidler				
0	30 210	2	343 179	280 348
Fordringer				
3 042 520	5 692 943	7	1 325 155	2 027 585
3 042 520	5 692 943		1 325 155	2 027 585
23 690	28 048	11	1 670 375	1 503 149
3 066 210	5 751 201		3 338 708	3 811 082
36 178 258	36 493 722		47 741 124	46 637 849

Balanse

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2007	2008	Note	2008	2007
EGENKAPITAL OG GJELD				
Egenkapital				
Innskutt egenkapital				
200	200		200	200
32 473 821	32 473 821		32 467 167	32 467 168
32 474 021	32 474 021	12	32 467 368	32 467 368
Opptjent egenkapital				
7 598	11 129		11 129	7 598
0	0		6 219	3 543
-9 576 587	-10 562 145		-10 550 543	-9 563 091
-9 568 989	-10 551 016	12	-10 533 195	-9 551 950
22 905 032	21 923 005		21 934 173	22 915 418
Gjeld				
Avsetning for forpliktelses				
32 665	36 707	9	2 325 590	1 711 996
0	0	8	39	0
2 063 468	2 830 059	15	4 610 810	3 302 189
2 096 133	2 866 766		6 936 438	5 014 185
Annen langsiktig gjeld				
6 692 450	7 617 814	10	7 617 814	6 692 450
815 996	0	10	372 782	1 323 700
7 508 447	7 617 814		7 990 596	8 016 150
Kortsiktig gjeld				
926 647	1 910 482	11	1 910 482	926 647
0	0	8	726	1 309
30 059	60 241		2 322 344	2 032 795
2 711 939	2 115 413	7	6 646 365	7 731 346
3 668 646	4 086 136		10 879 917	10 692 097
13 273 226	14 570 717		25 806 951	23 722 431
36 178 258	36 493 722		47 741 124	46 637 849

Oslo, 30. mars 2009


 Hanne Harlem
 Styreleder


 Harry Konterud
 Nestleder


 Kirsten Brubakk
 Styremedlem


 Morten Falkenberg
 Styremedlem


 Anne Marie B. Jorani
 Styremedlem


 Andreas Kjøer
 Styremedlem


 Terje Bjørn Keyn
 Styremedlem


 Kirsten Huser Leschbrandt
 Styremedlem


 Knut Even Lindsjorn
 Styremedlem


 Berit Eivi Nilsen
 Styremedlem


 Dag Stenersen
 Styremedlem


 Randi Talseth
 Styremedlem


 Anne Carine Tanum
 Styremedlem


 Lizzie Irene Ruud Thorkildsen
 Styremedlem


 Finn Wisløff
 Styremedlem


 Svein Øverland
 Styremedlem


 Bente Mikkelsen
 Administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:			
-3 872 002	-763 396	-756 446	-3 861 806
86 583	109 372	3 005 860	3 030 856
4 106 555	981 516	71 083	61 641
9 434	10 071	893 798	889 184
0	0	-176 796	-38 358
949 837	-3 531	-275 325	1 395 902
-1 79 366	-3 251 805	-238 538	1 205 709
1 101 041	-2 917 772	2 523 637	2 683 129
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:			
0	7 830 726	387 963	259 332
-2 092 162	-2 071 616	-4 616 642	-4 830 127
1 72 309	-4 480 013	-52 334	1 322
-313	-275	-204 669	-58 523
-1 920 166	1 278 822	-4 485 682	-4 627 995
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:			
445 649	875 960	1 535 600	2 483 788
-168 018	0	-171 470	-168 018
519 189	983 835	983 835	-90 631
0	-216 486	-218 695	0
796 820	1 643 309	2 129 270	2 225 139
-22 307	4 358	167 225	280 272
45 998	23 690	1 503 149	1 222 877
23 691	28 048	1 670 374	1 503 149

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapslovens bestemmelser og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst RHF 1. januar 2002. Virksomhetsoverføringene skjedde som tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fusjonerte til Helse Sør-Øst RHF med regnskapsmessig virkning 1.1.2007.

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

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i den fremtiden.

Av Ot.prp. nr. 56 (2004-2005) fremgår det at det ikke kan forventes at helseforetakene fremover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn i åpningsbalansen pr 01.01.02. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet derfor i 2002 at en andel av innskutt egenkapital skulle tilføres et strukturfond. Fondet skulle benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i fremtiden. Gjennom St. prp. nr 1 (2007-2008) ble det vedtatt en økning i årlige bevilgninger på 1,67 milliarder kroner som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold skal gi dekning for opprettholdelse av den fulle verdi av varige driftsmidler. Behovet for det opprinnelige strukturfondet falt med dette bort, og restverdien ble overført til Annen innskutt egenkapital pr. 31.12.07.

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

Konsolideringsprinsipper

Regnskapet for foretaksgruppen omfatter morskapet Helse Sør-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.

Datterselskap og tilknyttede selskap

Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det er foretatt nedskrivning til virkelig verdi når det har oppstått verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger er reversert når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Helse Sør-Øst RHF har eierandeler i Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes innkjøpservice AS og Norsk Helsenett AS. Eierandelene i de tilknyt-

tede selskapene er presentert etter egenkapitalmetoden.

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 Sør-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, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgen tjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntekstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto gjennom ISF inntekt og kjøp av helse tjenester fra andre regioner/private helseinstitusjoner.

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetaket salgsinntekter fra kantine og leieinntekter fra personalboliger.

I tillegg gis det som driftstilskudd øremerkede midler til opptrappingsplan innen psykiatri, samt øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktivitetene som tilskuddet er knyttet til.

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

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 utenlandske 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,-. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt

de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk.

Forskning og utvikling

Utgifter til 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 utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende.

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 opptrøning på basis av forutsetninger om diskonteringsrente, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, samt aktuarmessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang.

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 opptrøningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptrøningstid for den del av avvikene som overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

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

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til skattepliktig virksomhet i datterselskapene.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt skattevirkninger av underskudd til fremføring. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i fremtiden.

Noter

NOTE 1 – INNTEKTER

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
DRIFTSINNTEKTER			
Basisramme			
29 887 066	34 297 144	34 297 144	29 887 066
29 887 066	34 297 144	34 297 144	29 887 066
Aktivitetsbasert inntekt			
7 414 329	9 269 679	9 269 679	6 690 586
0	16 554	0	628 429
796 365	113 668	113 669	903 279
44 594	8 391	660 903	1 276 399
1 999 401	1 363 436	1 817 831	2 245 881
151 105	0	300 832	783 816
10 405 794	10 771 728	12 162 914	12 528 390
Annen driftsinntekt			
989 761	1 238 162	1 206 859	983 739
97 008	257 530	257 530	97 008
1 456 442	2 184 395	2 379 790	1 561 486
0	0	65 902	547 759
0	0	852 447	571 405
320 826	237 772	1 833 522	1 045 621
2 864 037	3 917 859	6 596 050	4 807 018
43 156 897	48 986 731	53 056 109	47 222 475

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

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

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

4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd

5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

Inntekter knyttet til aktivitet innenfor "Raskere tilbake" er klassifisert som annen driftsinntekt, og er inntektsført som øremerket tilskudd til andre formål

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
Fordeling av driftsinntekter			
Driftsinntekter pr virksomhetsområde			
9 542 237	14 352 354	36 613 769	39 216 315
3 524 664	2 687 777	9 220 068	10 106 177
2 592 450	585 706	1 586 107	3 538 658
6 895 908	1 009 085	5 636 165	11 979 706
20 601 638	30 351 809	0	-17 618 380
43 156 897	48 986 731	53 056 109	47 222 475
Driftsinntekter fordelt på geografi			
43 112 304	48 961 785	52 246 148	46 322 345
44 593	24 945	731 322	827 805
0		78 639	72 325
43 156 897	48 986 731	53 056 109	47 222 475
Aktivitetstall			
Aktivitetstall somatikk			
119 032	56 516	641 057	637 760
0	0	600 693	592 222
120 780	127 322	2 257 854	2 066 109
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge			
23	17	947	983
22 268	22 925	370 403	322 861
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne			
3 193	3 023	24 637	24 105
58 306	65 978	619 423	561 464
Aktivitetstall rusomsorg			
1 709	1 651	7 263	5 646
40 610	50 181	167 895	108 755

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakens inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2008 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 13 458,80 per DRG poeng.

NOTE 2 – KJØP AV HELSETJENESTER OG VARER

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
KJØP AV HELSETJENESTER			
30 775 277	34 603 788	4 828 002	5 074 840
0	88	15 813	14 630
8 227 870	9 641 061	1 152 055	1 275 361
1 388 807	1 658 529	480 058	563 099
1 411 875	1 534 315	0	0
41 803 109	47 437 781	6 475 928	6 927 929
9 126	8 974	397 347	406 226
122 641	138 517	374 011	352 512
75 906	74 228	222 496	328 351
42 010 782	47 659 500	7 469 781	8 015 018
VAREBEHOLDNING*			
0	30 210	107 694	66 233
0	0	32 666	26 197
0	0	17 132	16 466
0	0	5 218	5 021
0	0	2 346	3 533
0	0	5 969	7 313
0	0	172 154	155 585
0	30 210	343 179	280 348
0	30 210	343 940	281 055
0	0	-762	-707
0	30 210	343 179	280 348
VAREKOSTNAD			
0	0	4 841 489	4 279 469
2 733	0	728 631	834 177
2 733	0	5 570 120	5 113 645

* Varebeholdningen i Helse Sør-Øst RHF relaterer seg til etablering av sentralt forsyningplager for foretaksgruppen.

NOTE 3 – LØNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSE, LÅN TIL ANSATTE MM.

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
LØNSKOSTNADER			
163 525	202 015	22 784 360	21 359 571
26 136	29 687	3 254 986	3 093 156
32 342	34 232	5 224 283	4 706 537
18 168	-6 749	623 732	554 813
0	0	-11 200	0
240 171	259 185	31 876 162	29 714 077
Lønn og andre personalkostnader			
391	397	65 613	64 578
401	398	54 408	53 613
Lønn og andre ytelser til adm dir.:			
		1 831 046	
		272 016	
		51 323	
		2 154 385	
		2 077 000	
		290 000	
		0	

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.

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

Lån til ansatte i Helse Sør-Øst RHF er 33 611 kroner.

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF		Foretaksgruppen	
2007	2008	2008	2007
Godtgjørelse til revisor			
Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenstekategorier:			
375 000	375 000	4 550 000	4 550 000
351 844	56 875	2 244 904	1 817 766
3 175 000	14 088	1 348 413	4 810 131
50 700	0	36 088	245 375
3 919 424	2 393 194	3 543 922	6 473 439
7 873 975	3 187 907	11 723 327	17 896 711

Honorar for andre tjenester utenfor revisjonen er i all hovedsak knyttet til teknisk støtte i forbindelse med budsjettering og rapportering.

NOTE 4 – IMMATERIELLE DRIFTSMIDLER

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF

	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum immatrielle eiendeler
Åpningsbalanse	139 218	192 225	331 443
Tilgang	111 048	7 316	118 364
Fra anlegg under utførelse	104 254	-104 254	0
Ånskaffelseskost 31.12.08	354 520	95 286	449 806
Akkumulerte avskrivninger 31.12.08	-77 532	0	-77 532
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.08	-32 209	0	-32 209
Balansført verdi 31.12.08	244 779	95 286	340 065
Årets ordinære avskrivninger	-50 661		-50 661
Årets nedskrivninger	-1 989		-1 989

(Beløp i 1 000 kroner)

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum immatrielle eiendeler
Åpningsbalanse	1 375	1 032 186	206 836	1 240 397
Tilgang	0	233 241	35 588	268 828
Avgang	-1 375	0	-4 054	-5 429
Overført fra varige driftsmidler	0	56 999	0	56 999
Fra anlegg under utførelse	0	125 133	-125 132	0
Ånskaffelseskost 31.12.08	0	1 447 558	113 237	1 560 795
Akkumulerte avskrivninger 31.12.08	0	-708 097	0	-708 097
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.08	0	-35 631	0	-35 631
Balansført verdi 31.12.08	0	703 830	113 237	817 067
Årets ordinære avskrivninger	-42	-204 464	447	-204 059
Årets nedskrivninger	0	-1 989	0	-1 989
Balansførte lånekostnader	0	4 006	0	4 006

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
- * Anlegg under utførelse Avskrives ikke

NOTE 5 – VARIGE DRIFTSMIDLER

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Åpningsbalanse	97 541	6 040 678	443 082	6 581 301
Tilgang	0	1 818 670	101 302	1 919 972
Avgang	0	-7 814 945	-240 664	-8 055 609
Fra anlegg under utførelse	3 058	-3 058	0	0
Anskaffelseskost 31.12.08	100 599	41 344	303 720	445 663
Akkumulerte avskrivninger 31.12.08	-4 549	0	-142 488	-147 037
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.08	0	0	-238	-238
Balanseført verdi 31.12.08	96 050	41 344	160 994	298 388
Årets ordinære avskrivninger	-1 634	0	-57 078	-58 712

(Beløp i 1 000 kroner)

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Åpningsbalanse	1 888 597	38 132 656	7 617 926	5 550 931	3 388 742	56 578 850
Tilgang	15 423	468 895	3 257 951	408 087	308 366	4 458 722
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	3 418	0	1 542	2 865	7 825
Avgang	-88 716	-511 990	0	-263 754	-331 808	-1 196 268
Overført til imaterielle eiendeler	0	0	-56 999	0	0	-56 999
Fra anlegg under utførelse	3 611	7 312 154	-8 691 813	502 374	916 138	42 464
Anskaffelseskost 31.12.08	1 818 914	45 405 133	2 127 065	6 199 181	4 284 304	59 834 596
Akkumulerte avskrivninger 31.12.08	-60 137	-13 260 927	0	-3 309 911	-2 085 097	-18 716 073
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.08	-26 414	-150 820	-3 187	-30 181	-23 390	-233 992
Balanseført verdi 31.12.08	1 732 364	31 993 385	2 123 877	2 859 089	2 175 816	40 884 532
Årets ordinære avskrivninger	0	-1 903 710	0	-533 429	-364 663	-2 801 801
Årets nedskrivninger	-1 200	-17 618	0	-21 837	-22 835	-63 490
Balanseførte lånekostnader	0	439 658	12 739	33 535	55 596	2 034

Foretaksgruppen benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler. Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

- * Bygninger Dekomponert 10 til 60 år
- * Medisinteknisk utstyr 3-15 år
- * Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc 3-15 år
- * Personallboliger Avskrives ikke
- * Tomter Avskrives ikke

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Leiebeløp		8 168	27 046	5 237	13 495
Varighet (år)	1-10 år	1-20 år	1-9 år	1-4 år	

NOTE 6 – EIERANDEL I DATTER- OG TILKNYTTETE FORETAK

(Beløp i 1 000 kroner)

Investering i datterforetak	Hoved-kontor	Eier-andeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Aker universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	1 400 447	1 400 447	-28 480	-28 480
Akershus universitetssykehus HF	Nordbyhagen	100 %	100 %	1 261 762	1 261 762	-29 265	-29 265
Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum	100 %	100 %	1 150 399	1 153 677	3 277	0
Sykehuset Innlandet HF	Brumundal	100 %	100 %	3 471 292	3 471 293	-94 623	-94 623
Sunnaas Sykehus HF	Nesoddtangen	100 %	100 %	242 480	242 480	-5 938	-5 938
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	100 %	100 %	1 492 370	1 492 370	-18 855	-18 855
Ullevål universitetssykehus HF	Oslo	100 %	100 %	2 969 330	2 969 330	-211 516	-211 516
Rikshospitalet HF	Oslo	100 %	100 %	4 365 498	4 365 502	-264 500	-264 500
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	898 777	898 777	-53 105	-53 105
Psykiatrien i Vestfold HF	Tønsberg	100 %	100 %	444 500	444 500	-3 284	-3 284
Ringerike sykehus HF	Hønefoss	100 %	100 %	244 707	244 707	-59 856	-59 856
Sykehuset Buskerud HF	Drammen	100 %	100 %	444 900	444 900	-62 973	-62 973
Sykehuset Telemark HF	Skien	100 %	100 %	1 518 186	1 518 186	-29 122	-29 122
Sørlandet Sykehus HF	Kristiansand	100 %	100 %	2 294 423	2 294 423	-87 017	-87 017
Bleifjell Sykehus HF	Notodden	100 %	100 %	164 122	164 122	-30 993	-30 993
Sykehusapotekene HF	Oslo	100 %	100 %	112 643	139 417	26 778	0
Sum datterforetak				22 475 836	22 505 893	-949 472	-979 527

Tilknyttede selskap

Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	40 %	40 %	10 955	27 388	1 204	0
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadso	40 %	40 %	1 767	5 327	671	0
Norsk Helsennett	Trondheim	40 %	40 %	27 276	65 467	8 791	0
Sum tilknyttede selskap				39 999	98 182	10 666	

Datterforetak som er eid av andre foretak i foretaksgruppen

Medinnova AS	Oslo	100 %	100 %	24 829	24 829	-3 628	-14 455
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100 %	100 %	12 000	34 846	5 661	0
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	60 %	60 %	1 200	10 148	6 691	0
Sykehorell AS	Oslo	100 %	100 %	10 100	11 331	-321	0
Barnehagebygg AS	Oslo	100 %	100 %	100	-31	-136	0
Radiumhospitalets parkeringselskap AS	Oslo	100 %	100 %	31 588	32 919	166	0
Medinvest AS	Oslo	100 %	100 %	200	200	0	0
Sørlandet Sykehus Parkering AS	Kristiansand	100 %	100 %	21 472	21 472	3 736	0
Oppland Vaskeri AS	Lillehammer	80 %	80 %	2 674	5 038	299	0
Hedmark Vaskeri AS	Stange	85 %	85 %	5 967	10 261	2 180	0
Sum datterselskap				110 130	151 012	14 648	-14 455

Andre finansielle investeringer

Serodus AS	Oslo	34 %	34 %	-698	0	-1 390	
Healthy Pointers AS	Oslo	17 %	34 %	78	0	136	

NOTE 12 – EGENKAPITAL

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
EGENKAPITAL					
Inngående balanse 1.1.	200	32 473 821	7 598	-9 576 527	22 905 092
Egenkapitaltransaksjon SMO	0	0	0	-2 205	-2 205
Justering av Nye Ahus 2002	0	0	0	-216 486	-216 486
Årets resultat	0	0	3 531	-766 927	-763 396
Egenkapital 31.12.	200	32 473 821	11 129	-10 562 145	21 923 005

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total egenkapital
EGENKAPITAL						
Inngående balanse 1.1.	200	32 467 167	7 598	3 543	-9 563 091	22 915 418
Justering av Nye Ahus 2002	0	0	0	0	-216 486	-216 486
Egenkapitaltransaksjon i datter	0	0	0	0	-8 313	-8 313
Årets resultat	0	0	3 531	2 676	-762 654	-756 447
Egenkapital 31.12.	200	32 467 167	11 129	6 219	-10 550 543	21 934 173

NOTE 13 – EIERS STYRINGSMÅL

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen		
2007	2008		2008	2007	2002-2008
234 313	216 131	Årsresultat	-756 447	-3 861 806	-12 989 860
0	0	Overføring fra strukturfond	0	0	2 239 186
0	0	Korrigerings for endrede levetider	0	0	2 932 379
234 313	216 131	Korrigert resultat	-756 447	-3 861 806	-7 818 295
6 519	82 136	Herav økte pensjonskostnader som er blitt unntatt fra resultatkrav	331 000	1 895 000	2 422 774
240 832	298 267	Resultat jf økonomiske krav fra HOD	-425 447	-1 966 806	-5 395 521
21 364	0	Resultatkrav fra HOD	0	-880 000	-1 211 000
219 468	216 131	Avvik fra resultatkrav	-425 447	-1 086 806	-4 184 521

Som følge av bevilgningsøkningen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmotene i januar 2008. Imidlertid økte pensjonskostnadene for 2008 med om lag 3 800 millioner kroner for de regionale helseforetakene. Gjennom St.prp. nr. 59 (2007-2008) ble det bevilget 3 200 millioner kroner til dekning av denne kostnadsøkningen. De resterende 600 millioner kroner ble unntatt fra resultatkravet i foretaksmøter i juni 2008.

For Helse Sør-Øst RHF innebar dette at 331 millioner kroner ble unntatt fra resultatkravet i 2008.

NOTE 14 – EIERINFORMASJON

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

NOTE 15 – ANDRE AVSETNINGER OG FORPLIKTELSE

(Beløp i 1 000 kroner)

Helse Sør-Øst RHF			Foretaksgruppen	
2007	2008		2008	2007
0	0	Legepermisjoner	429 862	417 022
2 063 468	0	Investeringsstilskudd	3 809 779	2 806 876
0	2 830 059	Andre avsetninger for forpliktelser	371 169	78 291
2 063 468	2 830 059	Sum avsetning for forpliktelser	4 610 810	3 302 189

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 2 840 overlege- og psykologspesialistårverk. Uttakstilbøyeligheten er satt fra 40 % til 100 % for overlegestillingene og 50 % til 100 % for psykologspesialistene. Overordnede leger og spesialister i Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Investeringsstilskudd

Øremerket tilskudd gitt over statsbudsjettet til særskilte byggeprosjekter i Helse Sør-Øst.

Tilskuddet inntektsføres i det enkelte helseforetak i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen. Se også note 1 for inntektsført beløp av investeringsstilskuddet.

NOTE 16 – PANTSTILLELSER OG GARANTIANSVAR

Som sikkerhet for lån fra DnB NOR, opprinnelig TNOK 35 000, er det stillet sikkerhet i maskiner og utstyr i Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS på TNOK 40 000.

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DnBNOR løper.

Det langsiktige lånet Radiumhospitalet parkeringselskap har i DnBNOR er sikret ved første prioritet pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er TNOK 175 962.

Barnehegebyggs langsiktige lån i DnBNOR er sikret ved pant i fast eiendom. Bokført verdi av eiendommen er TNOK 38 990.

NOTE 17 – NÆRSTÅENDE PARTER

Kjøp og salg skjer i hovedsak mellom offentlige helseinstitusjoner som alle er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

NOTE 18 – BETINGEDE UTFALL

Det ble tatt inn en approbasjonsbestemmelse i forbindelse med overtagelsen av nytt sykehus på Gaustad om at enkelte forhold skulle forbedres før ferdigstøtt ble gitt. Arbeidet var ikke utført pr. 31. desember, men det er gitt midlertidig brukstillatelse for sykehuset.

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, som heleid datterforetak av Helse Sør-Øst RHF, over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldtjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Det norske radiumhospital HF som pr. 1. januar 2005 ble slått sammen med Rikshospitalet HF i Rikshospitalet HF, har tidligere bakgrunn som en separat stiftelse. Grensesnitt stiftelse/statlig eierskap er pr. 31. desember ikke avklart med hensyn til eiendoms-overdragelse og verdier. Stiftelsen er ikke oppløst.

Byggeprosjektet til Barnehagebygg AS ble avsluttet i 2007. Sluttoppgjør med entreprenørselskapet OBAS Øst AS er ikke endelig. Entreprenørselskapet OBAS Øst AS har fremmet et tilleggskrav, men Barnehagebygg AS avviser kravet. Selskapet har hensyntatt et eventuelt økonomisk oppgjør i regnskapet.

Byggeprosjektet til Sykehotell AS ble avsluttet i 2008. Sluttoppgjør med entreprenørselskapet er ikke endelig. Selskapet har hensyntatt et eventuelt økonomisk oppgjør i regnskapet.

NOTE 19 – UNIVERSITETER OG HØYSKOLERS RETTIGHETER TIL AREALER I HELSEFORETAK

Rikshospitalet HF skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Rikshospitalet HF, Universitetet i Oslo og høyskolene skal reguleres i egne avtaler. I avtalen mellom Rikshospitalet HF og Universitetet i Oslo skal bruksrett og disposisjonsrett til arealene og utstyr presiseres.

Universitetet i Oslo eier 20 % av aksjene i Norsk medisinsk syklotronsenter AS, men har ikke bruksrett til lokaler og/eller utstyr utover det andre institusjoner har. Derimot har selskapet finansiert en oppgradering av Universitetet i Oslos syklotron.

UiO benytter netto ca 3 000 kvm kontor og undervisningslokaler på Ullevål Universitetssykehus HF sitt område.

Aker universitetssykehus HF har iht vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Universitetet i Oslo/ Høgskolen i Oslo rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning.

Sykehuset Innlandet HF er pliktig å stille lokaler til fri disposisjon for Høgskolen i Gjøvik til undervisningsformål. Lokalene utgjør om lag 30 kvadratmeter.

Sykehuset Østfold HF har i henhold til vedtekter og tilhørende instruks inngått avtale som gir Høgskolen i Østfold rett til å benytte lokaler til undervisning og forskning. Dette omfatter ca 100 kvadratmeter.

Foretakene kan ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor rettighetshaver har rettigheter, uten skriftlige samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller det departemente som gir slik myndighet.

Revisors beretning

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

PricewaterhouseCoopers AS
Postboks 748
NO-0106 Oslo
Telefon 02316
Telefaks 23 16 10 00

Til foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF

Revisjonsberetning for 2008

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Sør-Øst RHF for regnskapsåret 2008, som viser et underskudd på kr 763 397 000 for morforetaket og et underskudd på kr 756 447 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av selskapsregnskap og konsernregnskap. Selskapsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Regnskapslovens regler og norsk god regnskapskikk er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og daglig leder. 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 intern kontroll-systemer. 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 2008 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med norsk god regnskapskikk
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med norsk lov og god bokføringskikk
- 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, 30. mars 2009

PricewaterhouseCoopers AS


Tom Henry Olsen
Statsautorisert revisor


Ola Tronstad
Statsautorisert revisor

Alta Arendal Bergen Bodo Drammen Egersund Florø Fredrikstad Førde Gardermoen Gol Hamar Hønefoss Hordaland Høyanger Høylandet Kongsvinger Kviteseid Lyngseidet Mandal Mo i Rana Molde Mosjøen Målselv Namsos Oslo Sandnessjøen Sogndal Stavanger Steinkjer Tromsø Trondheim Tvedestrand Ullensaker
PricewaterhouseCoopers' norske referanser til individuelle medlemsfirmaer tilknyttet den vedtatte selskapsnavnede PricewaterhouseCoopers organisasjonen
Medlemmer av Den norske Revisorforening • Foretaksregisteret: NO 987 059 713 • www.pwc.no

POST- OG TELEINFORMASJON

Helse Sør-Øst RHF

Postboks 404, 2303 Hamar
Telefon: 02411
postmottak@helse-sorost.no
www.helse-sorost.no

Østfold sykehusområde

Sykehuset Østfold HF
Postboks 16, 1603 Fredrikstad
Telefon: 69 86 00 00
postmottak@so-hf.no
www.so-hf.no

Akershus sykehusområde

Akershus
universitetssykehus HF
1478 Lørenskog
Telefon: 02900
postmottak@ahus.no
www.ahus.no

Oslo sykehusområde

Oslo universitetssykehus HF
Trondheimsveien 235
0514 Oslo
Telefon: 02770
post@oslo-universitetssykehus.no
www.oslo-universitetssykehus.no

Innlandet sykehusområde

Sykehuset Innlandet HF
Postboks 104, 2381 Brumundal
Telefon: 62 33 30 00
postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Vestre Viken sykehusområde

Vestre Viken sykehusområde
Sykehuset Buskerud HF
3004 Drammen
www.vestreviken.no

Ringerike sykehus HF
Serviceboks 13, 3504 Hønefoss
Telefon: 32 11 60 00
post@ringerike-sykehus.no
www.ringerike-sykehus.no

Sykehuset
Asker og Bærum HF
Postboks 83, 1309 Rud
Telefon: 06780
hovedpost@sabh.no
www.sabh.no

Sykehuset Buskerud HF
3004 Drammen
Telefon: 32 80 30 00
postmottak@sb-hf.no
www.sb-hf.no

Bleffjell sykehus HF (Kongsberg)
Henrik Wergelands gate 9
3676 Notodden
Telefon: 03525
post@bleffjellsykehus.no
www.bleffjellsykehus.no

Telemark og Vestfold sykehusområde

Psykiatrien i Vestfold HF
Postboks 2267, 3103 Tønsberg
Telefon: 33 01 80 00
post@piv.no
www.piv.no

Sykehuset i Vestfold HF
Postboks 2168, 3103 Tønsberg
Telefon: 33 34 20 00
firmapost@siv.no
www.siv.no

Sykehuset Telemark HF
Ulefossveien, 3710 Skien
Telefon: 35 00 35 00
postmottak@sthf.no
www.sthf.no

Bleffjell sykehus HF
(Notodden og Rjukan)
Henrik Wergelands gate 9
3676 Notodden
Telefon: 03525
post@bleffjellsykehus.no
www.bleffjellsykehus.no

Sørlandet sykehusområde

Sørlandet sykehus HF
Serviceboks 416, 4604 Kristiansand
Telefon: 38 07 30 00
postmottak@sshf.no
www.sshf.no

Andre heleide helseforetak

Sunnaas sykehus HF
Bjørnemyrveien 11
1450 Nesodden
Telefon: 66 96 90 00
firmapost@sunnaas.no
www.sunnaas.no

Sykehusapotekene HF
Stenersgate 1, Postkasse 79, 0050 Oslo
Telefon: 23 13 52 00
post@sykehusapotekene.no
www.sykehusapotekene.no

Ikke-kommersielle sykehus med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF

Betanien Hospital Skien
Bjørnstjerne Bjørnsons gate 6,
3722 Skien
Telefon: 35 90 07 00
betanien@betanienhospital.no
www.betanienhospital.no

Diakonhjemmet Sykehus AS
Postboks 23 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 45 15 00
postmottak@diakonsyk.no
www.diakonsyk.no

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

Martina Hansens Hospital
Postboks 23, 1306 Bærum postterminal
Telefon: 67 80 94 00
postmottak@mhh.no
www.mhh.no

Revmatismesykehuset AS
Margrete Grundtvigs vei 6,
2609 Lillehammer
Telefon: 61 27 95 00
post@revmatismesykehuset.no
www.revmatismesykehuset.no

KVALITET, TRYGGHET OG RESPEKT