

# Melding for 2002 fra Helse Midt-Norge RHF til Helsedepartementet ved eieravdelingen

<b>A. Årsrapport 001</b> .....	<b>2</b>
<b>B. Plandokument</b> .....	<b>3</b>
1. Innledning.....	3
2. Pasientbehandling – behov, behovsdekning og kapasitet .....	4
2.1 Somatiske tjenester.....	4
2.2 Psykiatriske tjenester.....	9
3 Utdanning .....	12
4 Forskning.....	12
5 Opplæring av pasienter og pårørende.....	13
6 Almene tiltak og strategier .....	14
<b>C. Forslag til bevilgning for 2003</b> .....	<b>16</b>

---

Stjørdal 3. oktober 2002

## **A. Årsrapport 2001**

*Årsrapport for 2001 er behandlet i styret for Helse Midt-Norge, RHF den 19.06.02, sak 51/02 i samsvar med regnskapslovens bestemmelser. Nedenfor følger saken som fremstilt overfor styret:*

### **Årsberetning 2001 Helse Midt- Norge RHF**

Helse Midt- Norge RHF er stiftet 17. august 2001, og har sitt hovedkontor i Stjørdal kommune.

Helse Midt- Norge RHF er et regionalt helseforetak som skal bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helseregion Midt- Norge. Regionen består av fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre & Romsdal. Foretaket har pr 31.12.2001 7 heleide datterforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- St. Olavs Hospital HF
- Orkdal Sanitetsforenings Sykehus HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF

Datterforetakene er stiftet i 2001, men virksomheten i foretakene er overført fra de respektive fylkeskommuner til foretakene først i 2002. Det er derfor ikke utarbeidet konsernregnskap for regnskapsåret 2001.

Driftsåret 2001 har vært preget av å være en kort og hektisk fase der etablering av nødvendige formelle og organisatoriske løsninger rundt foretaksetableringen ble vektlagt. Sosial- og helsedepartementet stilte midler, kr. 4.750.000,-, til rådighet for inndekning av påløpte kostnader i denne fasen.

Regnskapet viser et samlet overskudd på kr. 1.595.302, som foreslås overført til annen egenkapital.

Det legges til grunn en forutsetning om fortsatt drift av foretaket. Foretaket hadde pr. 31.12 kun innleid personale. Foretakets virksomhet forurenser ikke det ytre miljø.

## B. Plandokument

*Følgende tekst ble på styremøte i Helse Midt-Norge RHF den 25. september godkjent for oversendelse til Helsedepartementet som plandokumentet i den årlige melding for 2002 fra Helse Midt-Norge til Helsedepartementet:*

### 1. Innledning

Helse Midt-Norge legger til grunn at plandokumentet skal være strategisk og kortfattet. Status og forventet utvikling i den midtnorske befolknings behov for spesialisttjenester beskrives summarisk, og fremtidige ressursbehov blir vurdert i forhold til dagens økonomiske rammer. I tillegg blir strategiske utviklingstiltak og andre forhold knyttet til Helse Midt-Norge RHF's rolle som overordnet styringsorgan og eier for helseforetakene drøftet.

Gjennom styringsdokumentet for 2002 har departementet angitt en rekke oppgaver som Helse Midt-Norge RHF skal ivareta. Alle disse kan ikke behandles utførlig i et kortfattet dokument. Hovedvekten er lagt på forhold som opprettholdelse og videreføring av eksisterende tjenestetilbud, nasjonale planer innenfor psykiatri og kreftomsorg og på de strategiske utviklingstiltak som Helse Midt-Norge RHF så langt har valgt å gi særlig prioritet. Andre forhold er summarisk behandlet.

Den regionale helseplan for Midt-Norge gir en utførlig behandling av mange viktige spørsmål som her bare blir berørt i forbifaren. Det gjelder bl.a. strategier for kompetanseoppbygging og faglig utvikling, hvor faglige nettverk og nettverkssamarbeid er viktige stikkord. Dette er strategier som fortsatt har full gyldighet.

I det nye plansystemet mottar Helse Midt-Norge årlige meldinger fra sine helseforetak; disse meldingene er en del av grunnlaget når Helse Midt-Norge skal utarbeide sin melding til departementet. Viktige spørsmål og signaler fra foretakenes meldinger er fanget opp i dette dokumentet. Helseforetakenes meldinger i år er preget av at dette er en ny og uvant rapporteringsform. Helse Midt-Norge bearbejder foretakenes meldinger som ledd i sitt arbeid med neste års styringsdokumenter til de respektive helseforetak.

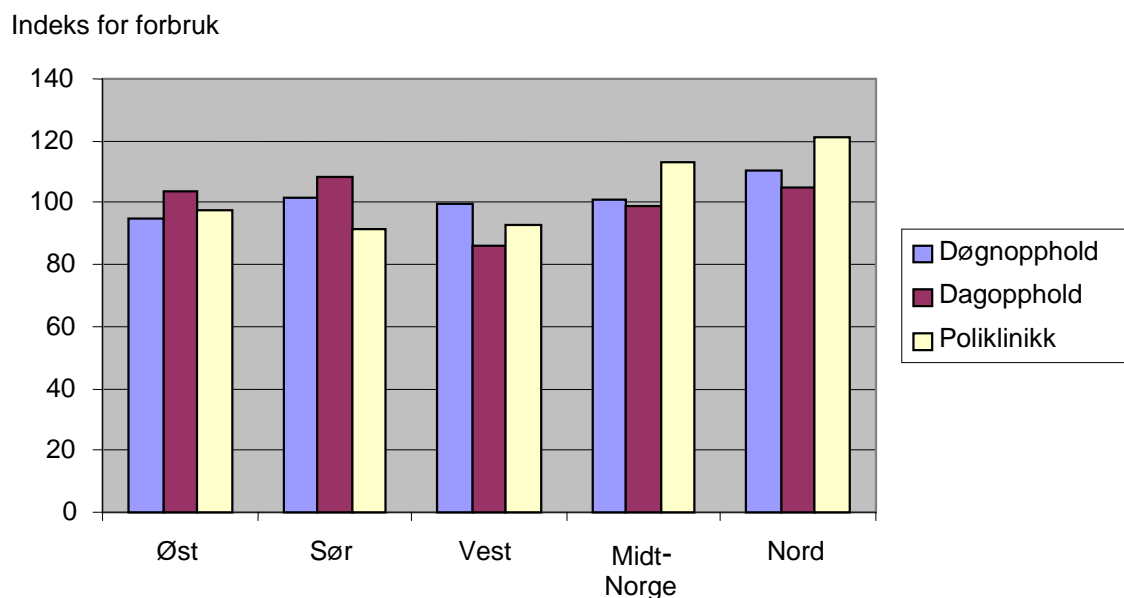
## 2. Pasientbehandling – behov, behovsdekning og kapasitet

Helse Midt-Norge har valgt å integrere somatiske og psykiatriske virksomhet i de samme foretak, og denne prosessen fullført i løpet av inneværende år. I dette kapitlet er det likevel hensiktsmessig å behandle somatikk og psykiatri hver for seg – dette har å gjøre både med historiske forhold, opptrappingsplanen for psykiatri og andre forhold som gjør at mange av problemstillingene blir forskjellige.

### 2.1 Somatiske tjenester

#### Forbruk og behovsdekning

Befolkningen i Midt-Norge har et forbruk av somatiske sykehustjenester som ligger omtrent på samme nivå som forbruket i de øvrige regioner, se figur 1. Midt-Norge ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder døgn- og dagopphold, og noe over når det gjelder polikliniske konsultasjoner. Det siste må ses i sammenheng med at Midt-Norge har lavere dekning av praktiserende spesialister enn de sørlige regionene. Også når det gjelder kostnadene for befolkningens bruk av sykehus, ligger Midt-Norge på landsgjennomsnittet. Både forbruket av spesialisttjenester og ressursinnsatsen tilsvarer et normalt norsk nivå, og indikerer verken noe generelt overforbruk eller underforbruk av tjenester.



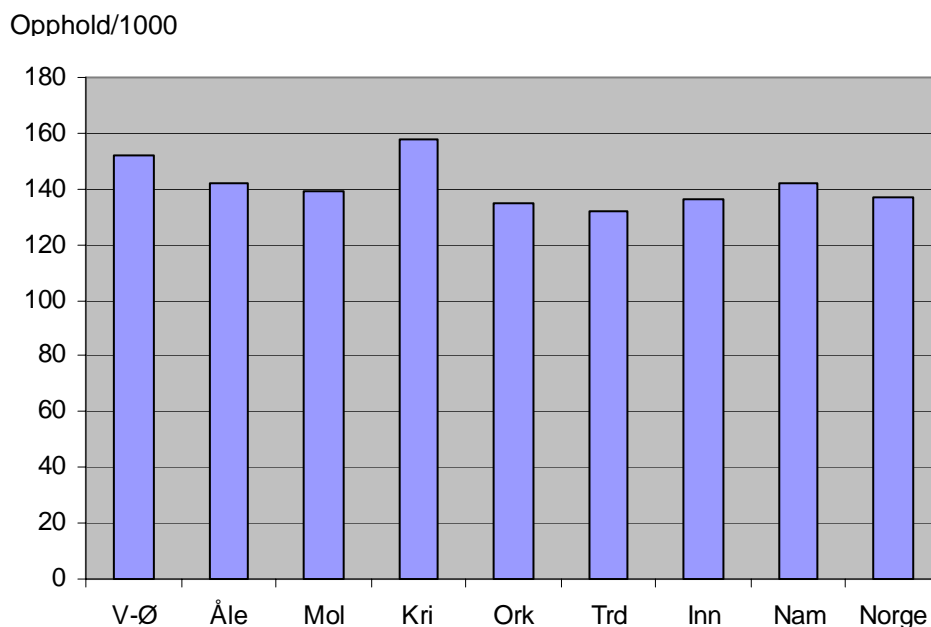
Figur 1. Forbruket av sykehustjenester år 2000 etter helseregion. Alders- og kjønnsstandardiserte rater som prosent av landsgjennomsnittet.

Midt-Norge er delt i 8 lokalsykehusområder, og forbruket av tjenester varierer fra område til område slik det fremgår av figur 2. Befolkningen i Kristiansund sykehusområde har en standardisert oppholdsrate som er 30 prosent høyere enn Trondheim sykehusområde. Ser vi på

de enkelte fagområder eller typer av tjenester, finner vi geografiske variasjoner som til dels er større enn de som fremgår av figur 2.

Geografiske variasjoner i den størrelsesorden det her er snakk om er vanlig forekommende, og ofte relativt stabile fra år til år. De kan skyldes forskjeller i sykkelighet eller behov, eller at graden av behovsdekning i de respektive områder er forskjellig. Store forskjeller i forbruksrater medfører en ressursmessig skjevfordeling som man ikke kan videreføre på lengre sikt uten en helsepolitisk holdbar begrunnelse.

Kristiansund og Molde sykehusområder representerer ytterpunktene i Møre og Romsdal, og disse betjenes nå fra samme foretak. Helse Midt-Norge RHF har i første omgang overlatt til Nordmøre og Romsdal HF å klargjøre årsakene, og eventuelt iverksette tiltak for å sikre at befolkningen i de to områder et likeverdig tjenestetilbud. På samme måte er ulikhetene mellom Volda-Ørsta og Ålesund et ansvar for Sunnmøre HF, og ulikhetene mellom Innherred og Namdal et ansvar for Nord-Trøndelag HF. Helse Midt-Norge RHF vil imidlertid følge utviklingen videre.



Figur 2. Sykehusopphold per 1000 innbygger etter pasientenes bostedsområde. Standardiserte rater. Region Midt-Norge år 2000

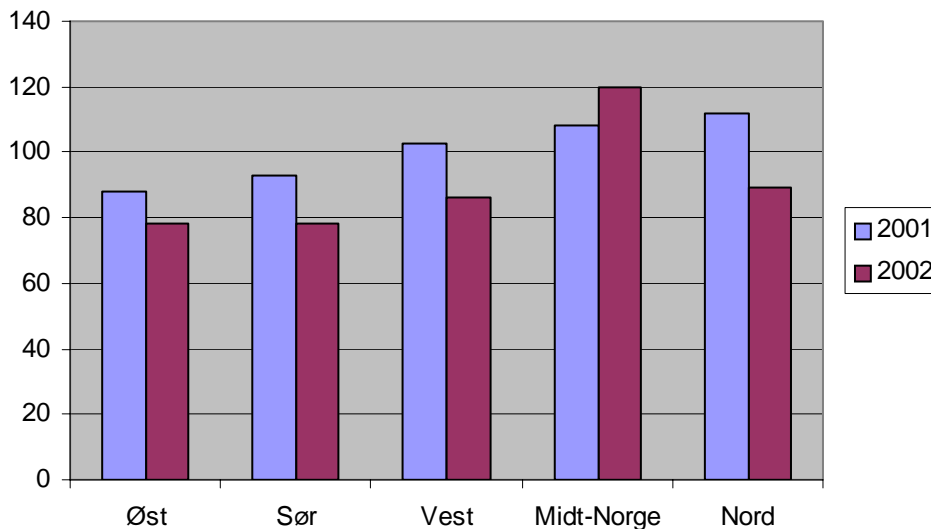
### Ventetider

Mange pasienter må vente lenge på nødvendig behandling. Pasienter fra Midt-Norge må i gjennomsnitt vente lengre på behandling enn pasienter fra de andre regionene, slik det fremgår av figur 3. -Selv om det er noe variasjon både fra fagområder til fagområde og fra sykehus til sykehus, er lange ventetider fortsatt et gjennomgående problem i Midt-Norge.

Figuren antyder at utviklingen fra 2001 til 2002 har vært ugunstig; gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter fra Midt-Norge har økt. I løpet av perioden var det imidlertid en reduksjon på 2-3 prosent i antall pasienter på venteliste, og den gjennomsnittlige ventetid for de som står på ventelisten har avtatt noe. Økningen i gjennomsnittlig ventetid for de pasienter

som har fått behandling kan derfor skyldes at sykehusene nå er i ferd med å gi behandling til dem som har ventet lengst.

#### Dager ventetid



Figur 3. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter somatiske sykehus. Første tertial 2001 og første tertial 2002. Etter pasientenes bosted.

Ved utgangen av 1. tertial 2002 sto ca 37 000 pasienter fra Midt-Norge på venteliste for poliklinikk, ca 5 000 for dagbehandling og ca 4 500 for innleggelse. Med den avviklingstakt vi hadde 1. tertial tilsvarer dette hhv. 4,2, 7,3 og 3,4 måneders produksjon. Dersom de ulike pasientgrupper og hastegrader skal få akseptable ventetider, må det gjennomsnittlige ventetid reduseres til høyst 1 mnd. Løst anslått tilsvarer dette et økonomisk etterslep i størrelsesorden 200 mill kr.

Det er mange forhold som kan bidra til at ventelistene blir lange, og foreløpig er ikke dette analysert i enkeltheter. På enkelte områder, for eksempel plastikkirurgi, er mangel på spesialister en åpenbar årsak, men vi kan ikke mer generelt sette likhetstegn mellom lange ventelister og kapasitetsmangel. Lange ventetider kan imidlertid føre til redusert etterspørsel. Vi kan ikke se bort fra at etterspørselen kan komme til å øke når ventetidene blir redusert.

#### Tilgjengelighet

Når vi ser bort fra ventelistene, er det særlig de geografiske avstander som kan fører til at ikke alle deler av regionens befolkning ikke har like god tilgang til spesialisttjenester. Med dagens kommunikasjoner og ambulansetjeneste er ikke de geografiske avstander noe stort problem i forbindelse med døgnopphold i sykehus – det ser ikke ut til at avstanden til sykehus har nevneverdig betydning for forbruket.

Når det gjelder polikliniske tjenester, viser imidlertid all erfaring at de som bor langt fra sykehus benytter disse i langt mindre grad enn de som bor i nærheten av sykehuset. For eldre pasienter med svekket allmenntilstand kan imidlertid en reiseavstand på flere timer innebære at vanlige polikliniske tjenester nærmest fortoner seg som utilgjengelige. I tillegg kan reiser for å få helt nødvendige poliklinisk behandling blir en urimelig påkjenning. Pasienter som bor

langt fra sykehus og trenger dialyse to-tre ganger per uke er et godt eksempel. For slike pasienter er ikke målet om et likeverdig tjenestetilbud fullt oppfylt.

### Akuttberedskap

Det er igangsatt et omfattende planleggings- og utviklingsarbeid for å samordne, effektivisere og kvalitetssikre akuttberedskapen ved sykehusene i Midt-Norge. Dette arbeidet skal sikre at de nye krav lovfestede krav til akuttberedskap vil bli oppfylt innen fristen i 2003.

### Kvalitet

Kvaliteten i tjenestetilbudet gjelder såvel brukerperspektivet og fagperspektivet som ledelsesperspektivet. St. Olavs Hospital HF har i en årrekke hatt et betydelig overbelegg og et stort antall korridorpasienter. Gjennom samarbeid med Trondheim kommune har man oppnådd vesentlige forbedringer, selv om problemet ikke ennå ikke er definitivt løst. Helse Midt-Norge RHF følger utviklingen nøye.

Helse Midt-Norge RHF har pålagt helseforetakene tertialvis/månedlig rapportering av kvalitetsindikatorer for følgende forhold: Strykninger fra operasjonsprogrammet, epikrisetid, ventelister, korridorpasienter og sykehusinfeksjoner.

Helse Midt-Norge RHF deltar Sosial- og helsedirektoratets arbeidsgruppe for kvalitetsindikatorer for somatiske helsetjenester. I 2003 skal Helse Midt-Norge gjennomføre en forstudie om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i helseforetakene.

### Kreftplanen

Den nasjonale kreftplanen blir fulgt opp. Arbeidet med den nye kreftavdelingen i Ålesund går etter planen. Avdelingen er organisert som satellitt under kreftavdelingen ved St. Olav HF, og skal være i drift primo 2004.

### Fremtidig behov for tjenester

Når dagens forbruksmønster legges til grunn, vil den forventet befolkningsutvikling i Midt-Norge medføre en årlig vekst på ca. 0,5 prosent i behovet for spesialisttjenester. Gjennom flere tiår har imidlertid behovet for sykehustjenester økt vesentlig mer enn det befolkningsutviklingen alene skulle tilsi; denne ekstra veksten har variert noe, men har oftest vært i størrelsesorden 1 prosent per år. Denne økningen skyldes primært at det stadig oppstår nye og bedre behandlingsmuligheter. Vi legger til grunn at dette vil fortsette, og anslår den samlede ordinære behovsvekst i de kommende år til 1-2 prosent per år.

Vi må imidlertid bringe ventelistene ned på et akseptabelt nivå, og i overgangsfasen blir behovet for tjenester ekstraordinært høyt. Vi må i også være forberedt på at når ventelister og ventetider blir vesentlig redusert, kan den ordinære etterspørsel øke noe. Dette må i så fall tolkes som uttrykk for at det tidligere har vært en underdekning i forhold til de reelle behov. Blant de strategiske utviklingstiltak som omtales nedenfor finnes også forslag om å utvikle enkelte nye tjenestetilbud. Disse vil trolig medføre visse endringer i forbruksmønster. Det er uvisst hva nettoeffekten av dette vil bli på regionnivå, men vi antar at den i alle tilfeller vil bli beskjeden.

### Bruk av private tjenesteytere og tjenesteytere utenom egen region

Befolkningen i Midt-Norge bruker i hovedsakelig sykehus i egen region; i år 2000 fant bare 4 prosent av befolkningens sykehusopphold sted ved sykehus utenfor regionen. Dette inkluderer

bl.a. befolkningens bruk av lands- og flerregionfunksjoner ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og andre universitets- og regionsykehus.

For at ventelistene skal kunne avvikles innen rimelig tid, vil mange pasienter fra Midt-Norge måtte søke behandling utenfor regionen eller hos private tjenesteytere i regionen. Det arbeides stadig med å skaffe eksterne tilbud til pasienter som har ventet lenge, herunder også utenlands. En del pasienter foretrekker imidlertid å bli stående på venteliste ved nærmeste sykehus fremfor å benytte ledig kapasitet andre steder i landet.

Helse Midt-Norge RHF ønsker også på lengre sikt å kunne benytte andre tjenesteytere i et noe større omfang enn i dag, dette gjelder både private avtalespesialister, andre private tilbydere og foretak i andre regioner. Flere tjenesteytere kan bidra til økt fleksibilitet og bufferkapasitet, og ikke minst til å gi pasientenes frie sykehusvalg et reelt innhold. På enkelte områder, for eksempel laboratorietjenester, billeddiagnostikk og rutinemessig utredning og behandling, vil økt konkurranse også kunne bidra til bedre kvalitet, service og effektivitet.

#### Investeringsbehov

I tillegg til utbyggingen av St. Olavs Hospital er det nødvendig med større opprustning og modernisering innenfor Nordmøre og Romsdal HF (Molde). Investeringsbehovene blir ikke nærmere behandlet her.

#### Strategiske utviklingstiltak

Helse Midt-Norge RHF er i ferd med å starte et strategisk utviklingsprogram som skal bidra til å bringe ventelister og ventetider under kontroll. Programmet vil omfatte prosjekt i samtlige helseforetak, og skal slutføres i 2004.

Videre planlegges et strategisk utviklingsprogram som gjelder kvalitetsutvikling og kvalitets-sikring i sykehus. Dette skal startes med en forstudie i 2003.

Organisering av desentraliserte spesialisttjenester, 1½-linjetjenester og økt samarbeid med førstelinjetjenesten er et tredje område som man ønsker å utvikle. Det vurderes å gjennomføre et regionalt demonstrasjonsprosjekt med utgangspunkt i Ørland medisinske senter og Fosen regionråd.



## **2.2 Psykiatriske tjenester**

I de senere år er utarbeidet to overordnede planer for psykiatrien i Midt-Norge:

- Regional psykiatriplan fra (1998) bygger en nettverksstruktur av de høyt spesialiserte tjenester .
- De fylkeskommunale opptrappingsplaner (godkjent 2001) er primært innrettet mot opptrapping av basistilbudene i de psykiatriske spesialisthelsetjenester.

Helse Midt-Norge RHF har valgt å gjennomgå planene på nytt for å vurdere nye muligheter etter eierreformen. Det legges spesielt vekt på muligheter som er tilgjengelig gjennom ny styringsmodell, og de nye muligheter som følger av at fylkesgrensene er opphevet. Dette arbeidet er ikke avsluttet pr september 02.

### Forbruk og behovsdekning

Tilbudet er forskjellig utformet i de ulike foretaksområdene i regionen. Bruken av plasser er forskjellig, og det samme gjelder personellinnsats og kostnader. Bortsett fra de regionale tilbudene gir alle foretak tilbud til de samme pasientgrupper.

Behov for plasser i psykiatri er avhengig av tilbudene i dagavdelinger og poliklinikker og av tjenestene i 1.linje. Lokale ulikheter i tilbudet gir ulik tilgang til de tjenester på de ulike omsorgsnivå, men dette betyr ikke nødvendigvis at pasientene ikke mottar like gode tilbud. I forhold til opptrappingsplanens målsetting har voksenpsykiatrien behov for både utbygging og oppgradering av tilbudene. I forhold til opptrappingsplanens målsetting om 5% dekning har BUP betydelig underkapasitet.

Opptrappingsplanen innebærer en opptrapping både av regionens BUP-tilbud og distriktspsykiatriske enheter. Utbygging av DPS-funksjoner forventes å gi bedre flyt i pasientstrømmen gjennom sykehusene, og derigjennom et bedre tilbud til flere pasienter.

Nettverksmodellen av tjenester med spesialiserte tilbud vil bli videreutviklet. Eierreformen vil gi bedre styring av struktur og ”drift” av regionale nettverk.

### Ventetider

Også i psykiatrien må mange pasienter vente lenge på nødvendig behandling. Selv om det er variasjoner fra sykehus til sykehus, er ventetider fortsatt for et problem. Ventelistene er lengst i BUP. Det er ingen objektive kriterier som indikerer at kapasiteten er uforsvarlig lav i noen foretakene, men sett i forhold til målet i opptrappingsplanen er kapasiteten for lav, både med hensyn til antall plasser og antall fagpersoner.

Helse Midt-Norge har konkrete planer om å øke kapasitet gjennom antall nye behandlere og antall plasser. Arbeidet med å implementere opptrappingsplanen er i gang, men ikke fullført.

### Tilgjengelighet

Den geografiske tilgjengeligheten til fagressursene varierer pga geografiske forhold i regionen. Distriktsprofilen i opptrappingsplanen innebærer imidlertid til at innholdet i de eksisterende desentraliserte tilbud vil bli utvidet og faglig oppgradert. I hele regionen kobles polikliniske tilbud til døgn og dagtilbud slik at de fyller kravene til DPS-funksjon.

Også behandlingsskapasiteten, uttrykt ved plasser og stillinger per 10 000 innbygger, varierer fra område til område. Dette kommer både til uttrykk i ulike ventetider og i ulikheter i forholdet mellom antall innlagte på tvang og frivillig innlagte.

Alle foretakene tar imot øyeblikkelig hjelp.

### Kvalitet

Internt i regionen kan en registrere ulikheter i faglig praksis. Vi har imidlertid ingen indikasjoner på at det er uforsvarlige variasjoner i kvalitet. Utvikling av kvalitet i de psykiatriske tjenester er et prioritert område i alle foretak.

Det er foreløpig ikke utviklet egne kvalitetsindikatorer spesifikt for psykiatri. Helse Midt-Norge RHF deltar imidlertid aktivt i arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for psykiatri. Foretakene står foran store utfordringer med implementering av indikatorer.

### Fremtidig behov for tjenester

Det er forventet økt etterspørsel etter psykiatriske tjenester generelt. Særlig utfordring ligger i utforming av tilbud til pasienter med psykiatri-rusproblematikk. Dette gjelder både barn, unge og eldre. Dette er både en metodisk og organisatorisk problemstilling.

Man tar sikte på å forbedre tilbudet til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, og regionen har iverksatt flere tiltak med regional forankring.

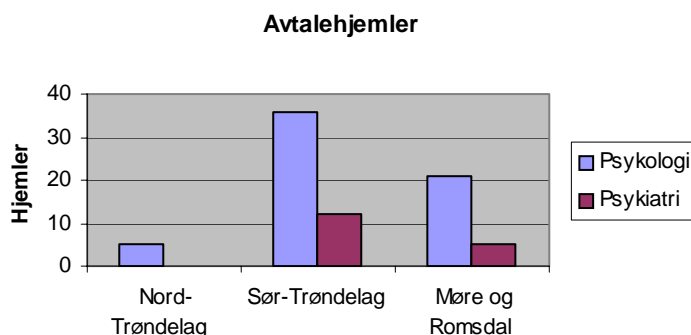
BUP er et høyt prioritert satsingsområde, både fordi dagens tilbud ligger klart under den nasjonale målsetting om 5 % dekning, og fordi gode tilbud til barn og unge forventes å redusere behovet for tilbud til voksne på lengre sikt. Også egne tilbud til eldre med psykiske problemer er tatt inn i planene, både som 2.linjetjeneste og som en regional kompetanseenhet. Den forventede økning av antall eldre gjør at disse tilbudene har høy prioritet i regionen.

### Bruk av private tjenesteytere og tjenesteytere utenom egen region

Befolkningen i Midt-Norge bruker i hovedsakelig sykehus i egen region. Det er få private spesialister med avtale, og disse er ulikt fordelt. Det er ikke privatdrevne institusjonstilbud i regionen, men foretakene har avtale med Lukasstiftelsen om drift av 2 psykiatriske sentre regionen.

For pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har det vært nødvendig for Helse Midt-Norge å benytte tilbud i utlandet.

Det er store forskjeller i fordeling av private spesialister. Helse Midt-Norge RHF vurderer behov og fordeling i gjennomgang av psykiatriplanene.



### Investeringsbehov

Det foreligger konkrete planer for utbygging av de psykiatriske tjenestene i regionen finansiert av opptrappingsmidler. BUP- og DPS-utbygging er prioritert i tråd med opptrappingsplanens intensjoner. Det er satt i gang arbeid med kostnadsreduksjon av de prioriterte tiltakene for om mulig å få med flere tiltak.

Det foreligger godkjente planer for bygging av psykiatrisenter ved St.Olavs Hospital og en større ombygging på Østmarka. Disse tilbudene er ikke planlagt dekket av opptrappingsmidler. I tillegg er det behov for investeringer i bygg i alle foretak, disse er pr dato ikke prioritert innenfor opptrappingsmidlenes rammer, men viktige for et fullverdig tjenestetilbud.

I Nordmøre og Romsdal HF utredes ny sykehusstruktur (ett eller to sykehus) og innbyrdes oppgavefordeling. Resultatet av denne diskusjonen vil få konsekvenser for investeringer i psykiatri, særlig for plassering og dimensjonering av DPS. Gjennomgangen er ikke ferdig pr september 02.

Det er satt i gang arbeid med kostnadsreduksjon av de prioriterte tiltakene for om mulig å få med flere prioriterte tiltak.

### Organisatoriske utfordring

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag (PHST) er inne i en omfattende fusjonsprosess med St.Olavs Hospital. Man tar sikte på å oppnå effektivitetsgevinster ved å slå sammen to store foretak. Samtidig gir dette PHST muligheter for å ta ut gevinster for pasienten gjennom en tettere samhandling med somatikk. I regionalt perspektiv gir kombinasjonen fusjon og utbygging av psykiatri på Øya muligheter for å legge til rette for regionale tilbud som nettopp krever samhandling på regionsykehusnivå.

### 3 Utdanning

Helse Midt-Norge med tilhørende helseforetak er en stor utdanningsinstitusjon for egne arbeidstakere og for studenter fra utdanningsinstitusjonene. Dette gjelder teoretisk og praktisk utdanning på alle nivå fra ufaglærte til personale med universitets- og høgskoleutdanning, og det gjelder grunnutdanning så vel som videre- og etterutdanning.

Helse Midt-Norge har rekrutteringsvansker for en del legespesialiteter, spesielt plastikk-kirurgi, kjevekirurgi, laboratoriemedisin, radiologi og psykiatri. Med tanke på den sentrale satsning på psykiatri og kreftomsorg, er tilgangen av fagpersonell på disse områdene av avgjørende betydning.

Helse Midt-Norge RHF og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim har etablert et formalisert samarbeidsorgan. Sammen med NTNU/Det medisinske fakultet er det, etter anmodning fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, utarbeidet detaljerte planer for et pilotprosjekt om regional spesialistutdanning. Prosjektet vil bli startet opp høsten 2002/våren 2003, og skal omfatte BUP, VOP og anesthesiologi.

Når det gjelder høgskoleutdannet personale er tilgangen på spesialutdannede sykepleiere en utfordring så vel innen somatikk som psykiatri. Helse Midt-Norge har etablert kontakt med Midt-Norsk Nett, et samarbeidsforum mellom regionens høgskoler og NTNU. Det er enighet om å utarbeide en regional kompetanseutviklingsplan som skal gi en samlet oversikt over kompetanseutviklingsbehovet i Midt-Norge, og hvordan dette kan dekkes. Planen skal også beskrive en møteplass for Helse Midt-Norge og universitets- og høgskolesektoren innenfor området. Arbeidet er i gang, og planen skal være ferdigstilt ultimo 2002.

### 4 Forskning

Forskning og kompetanseutvikling er nødvendig for at foretakene skal kunne gi befolkningen et tilfredsstillende tjenestetilbud, skape gode og stabile fagmiljø og rekruttere og beholde kvalifisert personale. Forskning og kompetanseutvikling skal ha sin ledelsesmessige forankring i foretakenes styre og hos administrerende direktør.

Helse Midt-Norge og NTNU har inngått en rammeavtale om samarbeid og samhandling. Gjennom denne avtalen vil samarbeidet med universitetet bli styrket og videreutviklet, bl.a. på følgende områder:

- klinisk epidemiologisk forskning tilknyttet HUNT (Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag)
- forskningsbiobank (HUNT) og satsning på genomforskning
- forskning som integrert del av foretakenes virksomhet (stipend og universitetslektorat) teknologi (MR, ultralyd o.a.)

Helse Midt-Norge erkjenner et ansvar for metodekunnskap knyttet til klinisk forskning og støtter derfor Enhet for klinisk epidemiologi, etablerer regionale stipend innenfor utvalgte satsingsområder (læring og mestring, barne- og ungdomspsykiatri, geriatri/psykogeriatri), legger gjennom rammeavtalen til rette for klinisk forskning og medvirker til oppretting av universitetslektorat (finansiert av Helse Midt-Norge RHF) ved foretak utenom universitets-klinikken for at disse skal bli dratt inn i det akademiske miljøet.

Helse Midt-Norge RHF har sammen med NTNU store utfordringer innen forsknings- og metodeutvikling og vil medvirke til videreutvikling av HUNT og Biobanken på Sykehuset Levanger samt utvikling av forskning og kompetanseheving innenfor den regionale barne- og ungdomspsykiatrien.

I tillegg til denne foretaksovergripende satsingen, vil Helse Midt-Norge RHF også påvirke den foretaksinterne forskningen. Vi mener dette er viktig for å sikre rekruttering og kvalitetsutvikling. Lokale forskningsutvalg og nettverksbygging mot høyskoler og universitet vil her være sentrale tiltak

Etablering av et regionalt FoU-nettverk for klinisk evaluering har til hensikt å kvalitetssikre nye prosedyrer og behandlingsopplegg ved foretakene.

Helse Midt-Norge RHF arbeider også med planer om å trekke inn høyskoleutdannet personale i forsknings- og kompetanseutviklingsarbeid. Stikkord her er regional kompetanseutviklingsplan, mastergrad helsefag, stipendordninger for kvalifisering av høyskoleutdannet personale o.a.

Helse Midt-Norge RHF er også opptatt av å etablere kompetanseutviklingsnettverk utenfor egen region i samarbeid mellom sentrale myndigheter og de regionale helseforetakene.

## 5 Opplæring av pasienter og pårørende

Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til tidligere etablerte pasientskoleordninger, og har initiert videreutvikling av disse mot generelle lærings- og mestringssentra. Det er etablert et kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring i samarbeid mellom Høgskolen i Volda (medielinjen) og Volda sjukehus. Kompetansesenteret skal bygge et nettverk mellom lærings- og mestringssentrene for utveksling av metoder og undervisningsopplegg. Det er under etablering lærings- og mestringssentra ved alle helseforetakene.

Det er etablert samarbeid og kontakt mellom regionens lærings- og mestringssentra og Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Aker universitetssykehus.

Fremover vil det være nødvendig å videreutvikle strukturene som er etablert, dels i kontakt med førstelinjetjenesten, dels i samarbeid med NTNU og høyskolene (forskning og utvikling).

Arbeidet med pasientansvarlig lege er på gang, og vil bli videreført. Oppfølging av arbeidet med individuell plan vil også være en sentral oppgave her.

Opplæring av pasient og pårørende berører helsefremmende og forebyggende arbeid. Det må utarbeides planer både på regionalt nivå og for de enkelte foretak. Foretakenes rolle i forhold til kommuner og fylkeskommuner, andre etater (utdanning, næringsliv, trygdeetat), og i forhold til sentrale satsninger må avklares nærmere.

## 6 Almene tiltak og strategier

### Brukerinnflytelse

Helse Midt-Norge har opprettet et regionalt brukerutvalg. Dette er i funksjon og er involvert i overordnet, regional planlegging og utredning. Videre er det opprettet lokale brukerutvalg ved samtlige helseforetak i Midt-Norge. Disse er bl.a. engasjert i kvalitetsarbeid og utbyggings-saker. Det er gitt støtte til brukerorganisasjonene for inneværende år.

Pasientenes erfaringer med sykehusenes tjenestetilbud kartlegges gjennom spørreundersøkelser. Inneværende år blir det foretatt slike undersøkelser ved de indremedisinske og kirurgiske avdelinger i samtlige helseforetak i Midt-Norge.

I det videre arbeid for å sikre brukernes interesser og innflytelse vil Helse Midt-Norge styrke kontakten med kommunene.

### Ledelse og organisasjonsutvikling

Helse Midt-Norge RHF deltar sammen med de øvrige regionale helseforetak i utviklingen av et nasjonalt opplæringsprogram for ledere i helseforetak. Adm.dir. i Helse Midt-Norge RHF er leder i styringsgruppen for dette arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF har startet et regionalt lederutviklingsprogram. 35 deltakere vil gjennomgå dette programmet inneværende år, og etter gjeldende planer skal 150 gjennomføre programmet i løpet av 2003.

### Informasjon og offentlighet

Våren 2002 tok Helse Midt-Norge RHF initiativ til å lage en felles mal for utvikling av kommunikasjonsstrategier i helseforetakene i Midt-Norge. Felles metode og innfallsvinkel skal bidra til å sikre helhetlig kommunikasjon og at pasienter og andre brukere oppfatter Helse Midt-Norge på en entydig måte. Flere av helseforetakene har utarbeidet egen strategi med bistand fra Helse Midt-Norge RHF.

Fra medio juni har Helse Midt-Norge RHF hatt sin egen nettside på lufta. Samtidig kom første nummer av magasinet "Helse", som skal distribueres til alle ansatte innenfor Helse Midt-Norge og til en rekke andre personer og instanser. Det er også etablert et nyhetsbrev som sendes ut ca 2 ganger i måneden. Det legges vekt på aktiv mediekontakt.

### Mer effektiv struktur

Helse Midt-Norge har bygget foretaksstrukturen på såkalte par-sykehus; hvert foretak består av to sykehus, og funksjons- og oppgavefordelingen skal i første omgang optimaliseres innenfor det enkelte foretak. Strukturen er ennå ikke gjennomført i Sør-Trøndelag, men fusjonen av St.Olavs Hospital HF, Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF og Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF blir gjennomføres i henhold til de opprinnelige planer.

### Rehabilitering /habilitering

Det er iverksatt et større utredningsarbeid som skal munne ut i en plan for habilitering og rehabilitering i Midt-Norge.

### IT-strategi

Helse Midt-Norge RHF deltar aktivt i arbeidet med nasjonal IT-strategi. Regionale helsenett for Midt-Norge ble implementert i år 2000. Det arbeides nå særlig med samhandling mellom primærhelsetjeneste og sykehus.

IT-strategi for Helse Midt-Norge er under utarbeidelse.

## **C. Forslag til bevilgning for 2003**

Det påpekes at enkelte av de grunnleggende forutsetninger for "Helsereformen" ennå ikke har funnet sin løsning. Dette gjelder tilpasning av inntekter til inndekning av avskrivninger, samt en mer helhetlig løsning for finansiering av fremtidige investeringer. Dette er viktige forutsetninger for en helhetlig økonomisk styring, og det er uttrykt stort behov for avklaring av disse forhold både fra ledelse og styre i Helse Midt-Norge RHF og i de underliggende datterforetak.

Driftsåret 2002 har så langt vært preget av at det er et endrings- og oppstartsår, men rent økonomisk har betydelige merkostnader i forhold til budsjett når det gjelder lønns- og pensjonskostnader vanskeliggjort styring og planlegging. Det er umåtelig viktig at dette og tilsvarende forhold i 2003 får en finansiell inndekning som ikke i utilsiktet grad berører pasientbehandlingen.



Årsberetning 2002

Helsereformen er starten på en **ny epoke** i norsk helsetjeneste.  
Samordning skal gi bedre **kvalitet og ressursutnyttelse**.  
Gjennomsnittlig **ventetid halvert** og ventelistene  
betydelig redusert i 2002.



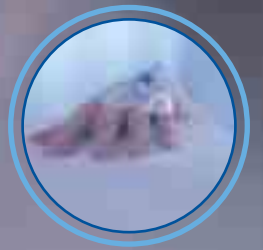
# Innhold

Administrerende direktør Paul Hellandsvik har ordet	4
Dette er Helse Midt-Norge	6
Ledelsen	8
Helsebygg Midt-Norge	10
St. Olavs Hospital	11
Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag	12
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	13
Helse Nord-Trøndelag	14
Helse Nordmøre og Romsdal	15
Helse Sunnmøre	16
Sykehusapotekene i Midt-Norge	17
Viktige hendelser	18
En ny epoke	20
Brukernes medvirkning	22
Åpenhet og dialog	23
Ventelistene blir kortere	24
Korridorpasienter ikke akseptabelt	25
Nasjonale planer for psykisk helsevern	26
Kreftomsorg i utvikling	27
Forskning og fagutvikling	28
Organisasjonsutvikling, ledelse og IT	29
Reform også på økonomistyring	32
Styrets årsberetning	33
Resultatregnskap	40
Balanse	41
Kontantstrømpoppstilling	43
Noter	44
Revisors beretning	53



Helse Midt-Norge skal være på lag med deg for din helse.

Vi skal legge til rette for en spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge basert på kvalitet, trygghet og respekt. Våre medarbeidere skal vise mot til å være nær og framstå som ansvarlige og oppdaterte.





Målene vi setter for vår virksomhet skal være ambisiøse. Det gir motivasjon til å gi det ekstra som skal til for å oppnå gode resultater.

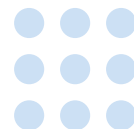
## På lag med deg for **din helse**

4

*Helse Midt-Norge satte tydelige mål for det første året etter sykehusreformen: Ingen uverdig venting, færre korridorpasienter og god økonomistyring.*

- **Første driftsår** har gitt oss en god start. Vi kan dokumentere kortere ventetid, færre pasienter på venteliste, og det er iverksatt tiltak for å unngå at pasienter blir plassert i korridorene. Også når det gjelder økonomistyring har vi nådd langt.
- **Samfunnet** rundt oss skal kunne måle oss på resultatene. Helse Midt-Norge innser behovet for en høy grad av åpenhet. Den offentlige debatten om vår virksomhet bidrar til legitimitet og styrker vårt beslutningsgrunnlag.
- **Reformen** har bidratt til å sette fokus på ledelse, resultater og organisasjon. Endringsprosessene er krevende og omfattende – og tempoet høyt. Vi kan ikke sløse verken med tid eller penger. Den viktigste ressursen i forbedringsarbeidet er våre egne ansatte, deres kunnskap og evne til handling.
- **Resultatene** er opploftende, men vi kan fortsatt ikke si at vi innfrir brukernes forventninger. Gjennom forskning skal vi høyne kompetansen og tilføre ny kunnskap som gjør oss i stand til å tilby behandling til flere. Økt effektivitet og bedre økonomisk styring er også nødvendig for å få en framtidssatt satsing og moderne spesialiserte helsetjenester. Oppgaven er å skape trygghet rundt sykehusstilbudet. Fritt sykehusvalg er et svar på at vi har fått mer mobile pasienter, og vi skal fortsatt levere akuttmedisinsk hjelp av høy kvalitet.
- **Utviklingsarbeid** er kontinuerlige prosesser som krever dynamisk ledelse og omstillingsevne. Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal være en lærende organisasjon og klar i sin prioritering – ved å sette pasientens behov først og fremst.

  
Paul Hellandsvik  
Adm. direktør



Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. De regionale helseforetakene eies av staten ved Helsedepartementet og får fastlagt sin økonomi over statsbudsjettet. Rammer for virksomheten er gitt i Lov om helseforetak.

Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag

og Møre og Romsdal. De tre fylkene har til sammen rundt 640 000 innbyggere.

Spesialisthelsetjenesten omfatter de offentlig eide sykehusene, institusjonene i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotekene, laboratorier og noen institusjoner i rusomsorgen.

Helse Midt-Norge RHF organiserer virksomheten

# Dette er Helse Midt-Norge

6

## HELSE MIDT-NORGE RHF

### Administrasjonen

Hovedkontoret for Helse Midt-Norge RHF ligger i Stjørdal. Staben består av 30 medarbeidere.

### IT-enheten

Helse Midt-Norge RHF har fra 1. juni 2003 etablert en egen regional IT-enhet underlagt et eget styre. Enheten har en desentralisert struktur basert på regionens helseforetak og ledes fra Trondheim.

### Helsebygg Midt-Norge

Helsebygg Midt-Norge er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF, men med eget prosjektstyre og eget mandat for prosjektering, bygging og ferdigstillelse av ny universitetsklinikk på Øya i Trondheim.

## ST. OLAVS HOSPITAL HF

St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus og region-sykehus for hele helseregion Midt-Norge. Sykehuset har lokalsykehusfunksjon for Trondheim og omegn. Foretaket har en rekke kompetansesentre og lands- og flerregionale funksjoner. Nytt universitetssykehus er under bygging på Øya, på samme område som dagens sykehus.

St. Olavs Hospital HF har ca. 930 senger og 44 500 pasienter innlagt i sykehuset hvert år. Rundt 260 500 pasienter behandles årlig ved sykehusets poliklinikker.

Munkvoll Rehabiliteringssenter, Hjerteklinikken St. Elisabeth og Røros sykehus er virksomheter i St. Olavs Hospital HF, men ligger geografisk utenfor hovedsykehuset.

Fra 2004 skal Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF og St. Olavs Hospital HF fusjoneres til ett felles helseforetak. Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF ble fusjonert inn allerede ved nyttår 2003.

## PSYKISK HELSEVERN I SØR-TRØNDELAG HF

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag var organisert som eget helseforetak i 2002. Fra 2003 er virksomheten en del av St. Olavs Hospital HF.

Det psykiske helsevernet i Sør-Trøndelag består av tre sykehusavdelinger i Trondheim: Østmarka, Haukåsen og Brøset. Videre tre distriktspsykiatriske sentra: Leistad, Tiller og Orkdal. Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, Habiliteringstjenesten for voksne, Psykiatrisk ungdomsteam og Avdeling for forskning og utvikling er også enheter som bidrar til å forebygge og styrke den psykiske helse.

## ORKDAL SANITETSFORENING SJUKEHUS HF

Lokalsykehuset ligger på tettstedet Orkanger i Orkdal kommune og er legevakt-sentral for 14 kommuner i nedslagsfeltet.

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus har en pleiefaglig avdeling og en medisinskfaglig avdeling. Virksomheten har 119 senger og i 2002 ble ca. 6 700 pasienter innlagt for behandling. Rundt 18 000 pasienter fikk poliklinisk behandling i samme periode. Fra 2003 ble støtte- og servicefunksjonene ved sykehuset samordnet med Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Formålet er å hente ut økonomisk gevinst og frigjøre ressurser for å styrke kjernevirksomheten.

Sykehuset blir en del av St. Olavs Hospital HF fra 2004.



gjennom helseforetak med egne styrer og ansvar for økonomi og drift. Under finner du en oversikt over foretaksstrukturen. Den endelige strukturen er på plass fra 2004.

Hovedoppgavene for helseforetakene i Midt-Norge er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Helseforetakene eies av Helse Midt-Norge RHF.

Gjennom årlige styringsdokumenter og budsjett stiller eier krav til og gir rammer for virksomheten.

Gjennom samordning innen Helse Midt-Norge vil vi bidra til bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet på tjenestene ved helseforetakene i regionen. Resultatet av vårt arbeid evalueres av foretaksmøtet innen utgangen av juni hvert år.

- Universitetssykehus og avdelinger i Trondheim
- Sykehus
- Sykehusenhet
- Virksomheter med avtale med Helse Midt-Norge

### HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Helse Nord-Trøndelag består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger - samt distriktpsykiatriske sentre i Kolvareid og Stjørdal.

Helse Nord-Trøndelag har som mål å gi flest mulig en god sykehusopplevelse med behandling av høy kvalitet. Ved å se driften av sykehusene under ett, skal det hentes ut faglige og økonomiske gevinster.

I 2002 behandlet foretaket 110.000 pasienter poliklinisk mens 20.000 fikk behandling gjennom innleggelse i sykehusene.

Helseforetakets forretningsadresse er Levanger.

### HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF

Helse Nordmøre og Romsdal består av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus samt psykiatriske sentre (Eide, Nordlandet i Kristiansund og Tingvoll), psykiatrisk poliklinikk på Halså, oppreningsinstitusjon i Aure og dialysestasjon i Fræna.

Helseforetaket har også ansvaret for bil- og båtambulansetjenesten i en rekke kommuner.

Det er etablert felles stabsfunksjon for de to sykehusene og en ny felles avdelingsstruktur er på plass 1. juni 2003 for å bidra til en mer effektiv organisasjon under en enhetlig ledelse.

Helseforetakets forretningsadresse er Molde.

### HELSE SUNNMØRE HF

Helse Sunnmøre består av Ålesund sjukehus og Volda sjukehus - samt flere distriktpsykiatriske sentre (Vegsund, Sjøholt, Volda og Sande) og rehabiliteringsenheter (Mork og Nevrohjemmet).

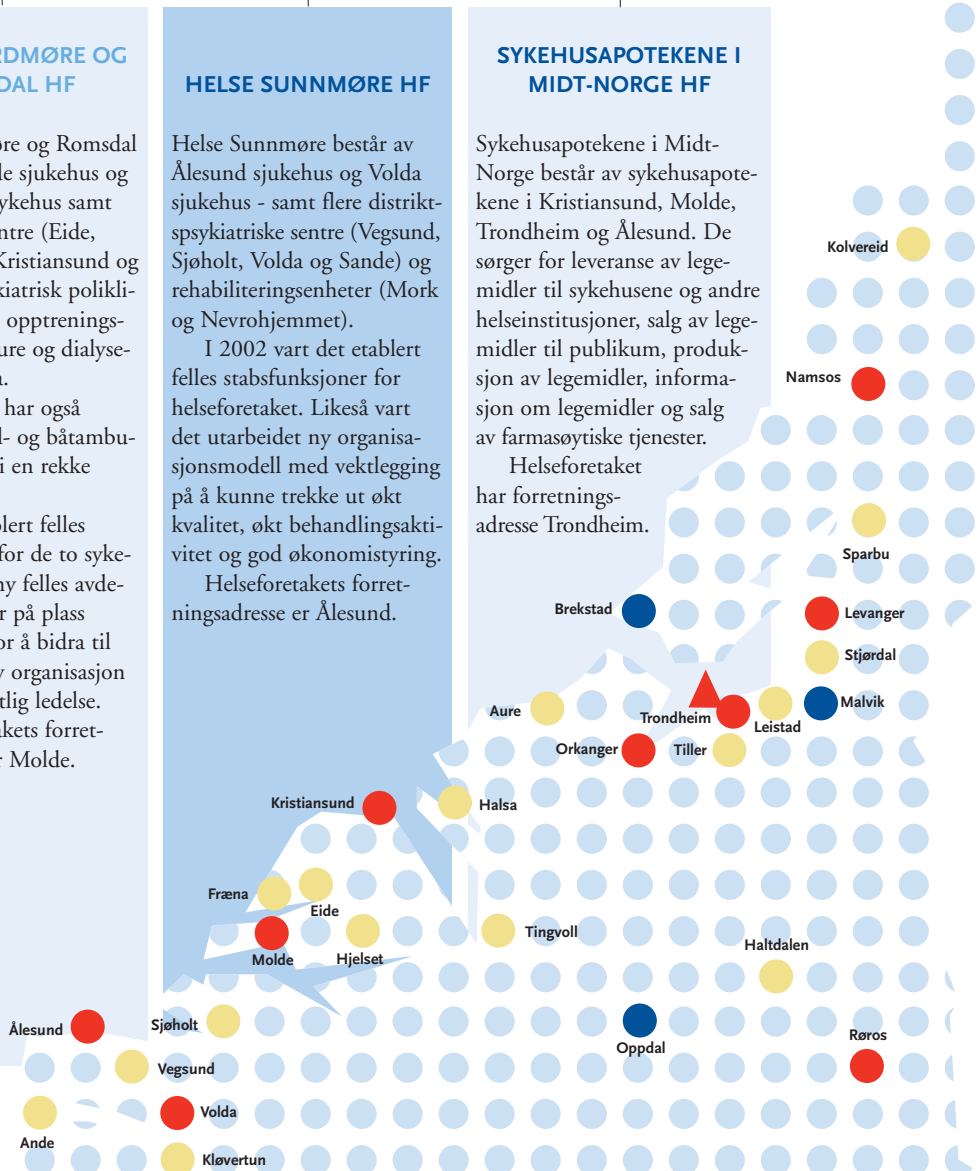
I 2002 vart det etablert felles stabsfunksjoner for helseforetaket. Likeså vart det utarbeidet ny organisasjonsmodell med vektlegging på å kunne trekke ut økt kvalitet, økt behandlingsaktivitet og god økonomistyring.

Helseforetakets forretningsadresse er Ålesund.

### SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF

Sykehusapotekene i Midt-Norge består av sykehusapotekene i Kristiansund, Molde, Trondheim og Ålesund. De sørger for leveranse av legemidler til sykehusene og andre helseinstitusjoner, salg av legemidler til publikum, produksjon av legemidler, informasjon om legemidler og salg av farmasøytiske tjenester.

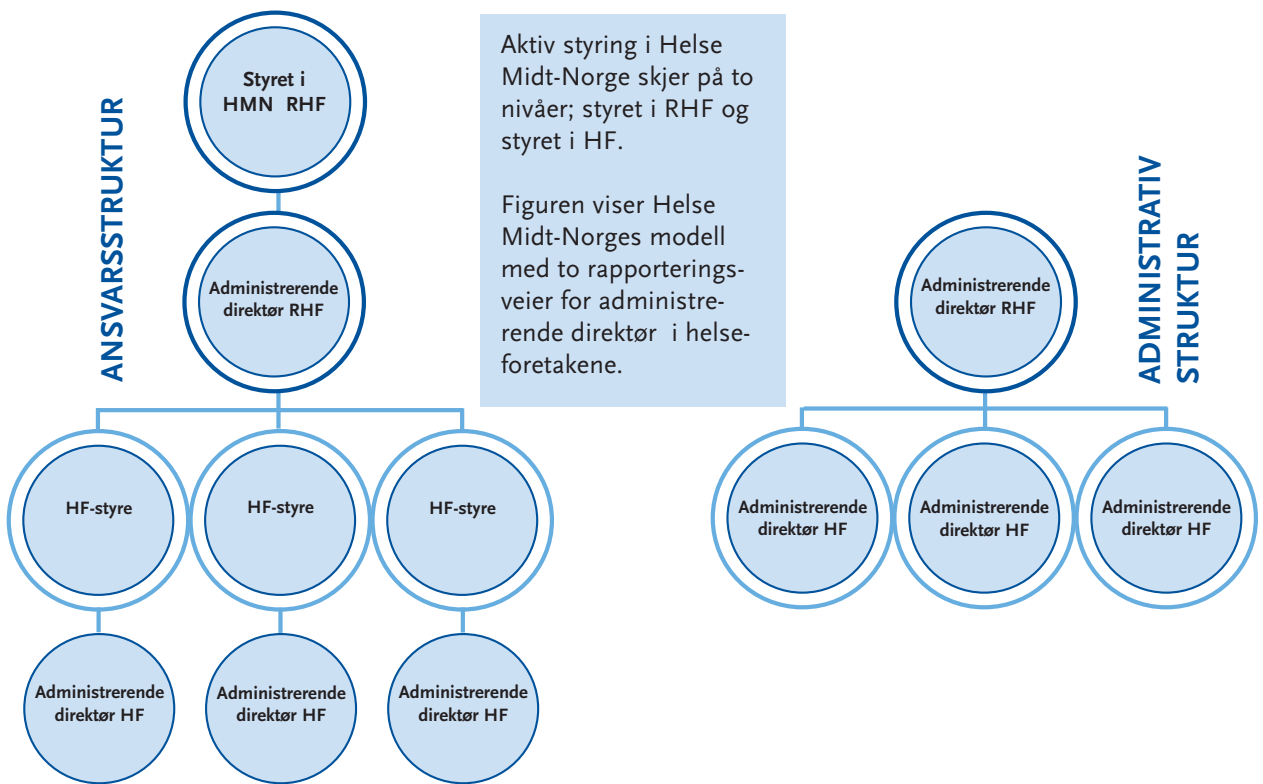
Helseforetaket har forretningsadresse Trondheim.



# Styring i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norges styringsmodell har klare fordeler med lokal forankring gjennom helseforetaksstyrene. Det at styrerne er satt sammen av folk fra helseforetakets geografiske område og at det ledes av lokal styreleder bidrar til å gi legitimitet og tillit i befolkningen. Det regionale foretaket

er representert ved at administrerende direktør eller den han bemyndiger er styremedlem. Prosessen med koordinering og ledelse av virksomheten i helseforetakene skjer blant annet gjennom direktørmøtet.





## Styret for Helse Midt-Norge RHF



Styrets leder  
Ragnhild Berge



Nestleder  
Gry Hege Søsnes



Kolbjørn Almlid



Gunnar Bovim



Greta K. Herje



Jonhild Joma



Helge Haarstad



Ellen Marie Wøhni



Ingegjerd S. Sandberg

## RHF direktørene



Paul Hellandsvik  
administrerende  
direktør



Sveinung Aune  
organisasjonsdirektør



Per Holger Broch  
stabsdirektør



Synnøve Farstad  
informasjonsdirektør

## IT



Bård Helge Hofstad  
direktør

## Helsebygg



Johan Arnt Vatnan  
administrerende  
direktør



Asbjørn Hofslid  
prosjektleder



Ragnhild Meirik  
direktør for ledelsesut-  
vikling



Jan Morten Søraker  
økonomidirektør



Jan Eirik Thoresen  
fagdirektør

## HF direktørene



St. Olavs Hospital HF  
administrerende  
direktør Roar Arntzen



Orkdal  
Sanitetsforenings  
Sjukehus HF  
administrerende  
direktør  
Olav S. Illøkken



Sykehusapotekene i  
Midt-Norge HF  
administrerende  
direktør  
Gunn Fredriksen



Helse Nord-  
Trøndelag HF  
administrerende  
direktør  
Reidar Tessem



Helse Sunnmøre HF  
administrerende  
direktør  
Astrid J Eidsvik



Helse Nordmøre og  
Romsdal HF  
administrerende  
direktør  
Eirik Heggemsnes

## Helsebygg Midt-Norge

Grunnsteinen for det nye universitetssykehuset i Trondheim

ble lagt ned søndag 02.06.2002.

Helsebygg Midt-Norge ble etablert som en prosjektorganisasjon under Helse Midt-Norge RHF fra 01.01.2002 med eget styre og ansvar for prosjektering, bygging og ferdigstilling av nytt universitetssykehus i Trondheim.

### Stor oppgave, delt ansvar

En separat enhet, Felles Utviklingsenhet (FUE), har ansvaret for å utarbeide program for det nye sykehuset. I FUEs sekretariat sitter personell fra St. Olav og Det medisinske fakultetet sammen med planleggere fra Helsebygg Midt-Norge. Ansvar er altså delt mellom FUE og Helsebygg Midt-Norge. I praksis arbeider personer fra flere miljø i grupper der sykehusbygging og framtidig drift kobles tett sammen.

### Endelig klarsignal

Stortinget vedtok 28.05.2002 å opprettholde lokalisering på Øya, og at byggefase 1 av en enhetlig utbygging kunne settes i gang i tråd med tidligere vedtatte kostnadsrammer med tillegg for Pasienthotellet og første fase av Forsynings-senteret. Pasienthotellet tas i bruk allerede i 2004, mens siste senter åpnes høsten 2006.

gjennomgås med hensyn til dimensjonering og bedre faglige og driftsøkonomiske løsninger. Sosialkomiteen ba om at Høyskolen i Sør-Trøndelag (HIST) sine behov for tilleggsareal blir vurdert.

### Full aktivitet

Grunnsteinen for det nye universitetssykehuset ble lagt ned 02.06.2002, som ledd i sykehusets 100-års jubileum. Johan Arnt Vatnan tok over som ny administrerende direktør fra 14.10.2002. 14.10.2002 startet endelig byggingen av Forsynings-senteret, og en knapp måned senere var det byggestart for Laboratoriesenteret. Straks etter årsskiftet stod Kvinne-barnsenteret for tur, og anbudene for Nevrosenteret og Pasienthotellet var under evaluering (oppstart mars -03).

### Hovedmål 2003

Fokus framover er rettet mot at byggefase 1 gjennomføres i tråd med planlagte tidsfrister og kostnader. Utbyggingen skal skje på en skånsom måte for St. Olavs Hospital og andre naboer. Byggefase 2 vil være konsentrert om planlegging og prosjektering.

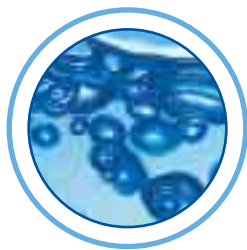
10

### Nye utredninger

Stortinget ba regjeringen utrede om et psykiatrisenter kan inkluderes i byggefase 2, samtidig som plangrunnlaget for fase 2



Nøkeltall	2002	2001
Ansatte	75	70
Innleide	30	20
Byggefase 0 (mill. kr)	0	30
Byggefase 1 (mill. kr)	284	247
Byggefase 2 (mill. kr)	32	5
Forskning og utvikling (mill. kr)	9	12



## St. Olavs Hospital HF

Styret ved St. Olavs Hospital HF definerte fire satsingsområder for 2002: Reduksjon av ventetider, reduksjon i antall korridorpasienter, bedre økonomistyring og forbedring av HMS-situasjonen.

Regionsykehuset i Trondheim skiftet 01.01.2002 navn til St. Olavs Hospital HF, universitetssykehuset i Trondheim. Både navneskiftet og feiringen av 100 års sykehusdrift på Øya dannet grunnlaget for et bredt kulturarbeid våren 2002. Samtidig vedtok Stortinget at nytt universitetssykehus skulle ligge på Øya.

### Reduserte ventelister

Foretaket har hatt høyere aktivitet i 2002 enn i 2001. Dette har bidratt til reduserte ventelister uten at det har medført negativ utvikling i antall korridorpasienter. Styrets tiltaksplan for korridorpasienter er fulgt opp, men er ikke nådd. Derfor vil tiltakspakken utvides i 2003.

Tilsyn innen HMS-området i 2002 har blant annet vist avvik i internkontrollen. Tiltak er iverksatt, og det rapporteres jevnlig til styret.

### Økonomi i fokus

Foretaket har hatt et sterkt fokus på rapportering og kontroll med den økonomiske situasjonen i 2002. Det er gjort et systematisk arbeid for å forbedre økonomistyringen, bl.a. gjennom intern omorganisering og desentralisering av støttefunksjoner.

Resultatregnskapet viser et underskudd på 61 mill. kr etter at ikke finansierte avskrivninger på 75,3 mill. kr er hensyntatt.

### Forskning, utvikling og undervisning

St. Olavs Hospital HF er et integrert universitetssykehus med kort vei mellom klinikk, forskning og utdanning. I 2002 la foretaket, sammen med universitetet, grunnlaget for økt satsing på forskning.

I 2002 hadde St. Olavs Hospital HF elleve nasjonale kompetansesentra, landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Sykehuset har ansvar for å veilede 100 nye medisiner-studenter pr. år og 350 studenter fra Høgskolen i Sør-Trøndelag.

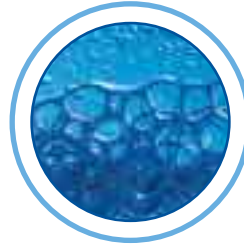
### Organisasjon, ledelse og prosjekter

Roar Arntzen tiltrådte som administrerende direktør 01.08.2002. I løpet av høsten ble organisasjonen noe endret. Hensikten var å forbedre vårt tilbud til pasientene gjennom desentralisering av myndighet og ansvar. De kliniske avdelingene ble omorganisert, slik at hovedledelsen fra årsskiftet 2003 består av administrerende direktør og 17 avdelingssjefer.

Forberedelse av fusjonen mellom St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern og Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus preget virksomheten i 2002.

Utvikling av det nye universitetssykehuset, og igangsetting av første byggefase, har hatt stort fokus i 2002. Arbeidet koordineres av Enhet for nytt sykehus ved St. Olavs Hospital HF, i samarbeid med NTNU og Helsebygg Midt-Norge.

Nøkkel tall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	922	926
Antall liggedøgn	284 625	289 586
Antall behandlede innlagte pasienter	44 581	43 330
Antall polikliniske behandlinger	260 486	260 300
Antall nyhenvisninger	100 857	96 271
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	195	323
Antall pasienter på venteliste	18 934	25 450
DRG-poeng totalt	59 612	54 500
DRG-poeng dagbehandling	7 125	5 870
DRG-indeks	1,25	1,17
Antall årsverk	4 507	4 276
Driftskostnader (mill. kr)	3 001	
Resultat (mill. kr)	-61	



## Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF

Økt budsjett og styrket bemanning gir resultater. Vi merker at opptrappingsplanen virkelig begynner å fungere.

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF er en del av St. Olavs Hospital HF fra 2003. Det legges til rette for bedre integrering av psykiatri og somatiske tilbud.

12

Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF oppnådde i 2002 et overskudd på 36 mill. kr. Resultatet skyldes langt på vei regnskapstekniske forhold knyttet til fusjonen med St. Olavs Hospital HF, bl.a. avskrivning og verdifastsettelse for bygninger og anlegg. I tillegg kommer utsatte investeringer i påvente av byggestart på flere prosjekter, og en del «sparte» lønnskostnader. Likevel; overskuddet fra 2002 gir oss anledning til å øke ambisjonene når det gjelder investeringer og aktivitetsnivå i 2003-budsjettet.

### Flere pasienter, økte inntekter

En markert økning i tallet på polikliniske konsultasjoner og høyt belegg ved sykehusavdelingene, spesielt ved den regionale sikkerhetsavdelingen på Brøset, har gitt økte inntekter. Dette kombinert med stram økonomisk styring, gjorde at vi også taklet et kostbart lønnsoppgjør og en ny ekstrapremie til Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

### Mangel på investeringsmidler

Opptrappingsplanen 1999 – 2006, som varsler 24 mrd. kr «ekstra» til psykisk helsevern i løpet av planperioden, har skapt optimisme i psykiatrien. Nå begynner det imidlertid å haste. Mangelen på investeringsmidler gjorde bl.a. at byggingen av nytt distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Orkdal måtte utsettes ett år, og psykiatrisentret på Øya står stadig på venteliste. Sentret er neppe på plass før tidligst om ti år.

Det vil ta tid før DPS-ene blir det de skal være, men for å sikre en smidig og effektiv iverksetting er de etablert som organisasjoner fra 01.01.2003. Dette innebærer også avvikling av en stor poliklinisk avdeling. Utdfordringen i 2003 blir å få til et godt samhandlingsmønster mellom

sykehusavdelingene og de tre DPS-ene (med poliklinikker), og i et litt lengre perspektiv etablere en behandlingsskjede som er «produksjonsmessig» effektiv – og samtidig til beste for pasientene. Her ligger en svært viktig oppgave.

### Planlegging og omstilling

2002 ble et år med mye planlegging og store omstillinger. Prosessen ble gjennomført raskt, og mange ansatte ble berørt. Det er gledelig at de ansatte har vært innstilt på omstillinger, og at de bidro på en konstruktiv måte.

Omstillingsarbeidet har ikke gått ut over den kliniske virksomheten. En særlig god utvikling har vi hatt innen barne- og ungdomspsykiatrien, der rekordmange nå får et behandlingstilbud, og hvor ventetiden er krympet til det akseptable.

### Fortsatt omstilling

2003 byr på enda flere omstillinger, ikke minst gjelder dette vår nye organisasjonsplan, der det skal trekkes et klart skille mellom kjernevirksomhet og støttefunksjoner.

Nøkkeltall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	311	321
Antall liggedøgn	97 291	98 328
Antall polikliniske konsultasjoner	52 789	44 902
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	87	111
Antall pasienter på venteliste	447	345
Antall årsverk	1 187	
Driftskostnader (mill. kr)	592	
Driftsresultat (mill. kr)	36	

## Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF

Når det nærmer seg virksomhetsoverdragelse, er det naturlig at enhetene oppløses og virksomheten blir mer enhetlig.

Etter den nye ledelsesmodellen vil lederkollegiet, dvs. adm. direktør og tre avdelingsledere, hver uke fatte de nødvendige overordnede beslutninger.

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF (OSS) hadde pr. 31.12.02 et overskudd på 6,9 mill. kr. Resultatet er 9,980 mill. kr bedre enn budsjett, noe som skyldes flere forhold:

- målene for antall sykehusopphold, dagkirurgiske behandlinger og DRG-poeng ble nådd
- streng kostnadskontroll
- aktivitetsvekst

### Pasientbehandling og kvalitet

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF har utviklet effektive informasjons- og samarbeidsrelasjoner for å sikre kvalitet og kontinuitet i behandlingsskjeden. Målet er at pasienten skal tilbys en kvalitativ behandling i alle ledd. I møte med sykehuset skal pasienter og pårørende oppleve respekt og medbestemmelse som sentrale verdier. Forståelig informasjon skal gis ut fra den enkeltes forutsetninger og tilstand.

### Forskning, utvikling og undervisning

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF er en viktig arena for utdanning av helsepersonell. Sykehuset er praksissted for medisins- og helsefagstudenter. Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF har et moderne undervisningsrom med fagbibliotek tilknyttet. Sykehuset har tverrfaglige undervisningstimer og fagundervisning for ansatte med lærekrefter fra internt og eksternt miljø.

### Organisasjon og ledelse

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF har brukt betydelig tid og ressurser på å planlegge virksomheten i relasjon til St. Olavs Hospital HF. Den nye ledelsesmodellen formulerer praktiske mål og ansvarliggjør avdelings- og enhetsledere i forhold til målene. Dette medfører at sengepostene styres av sykepleierne, og at legene styrer diagnostisering og behandling av pasientene.

Ledelsesmodellen vektlegger organisatorisk og personellmessig fleksibilitet. En fleksibel bruk av medarbeiderressursene forutsetter bedre koordinering og samarbeid på tvers av avdelings- og profesjonsgrenser.

Nøkkel tall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	119	119
Antall liggedøgn	36.182	37.804
Antall behandlede innlagte pasienter	6 672	6 652
Antall polikliniske konsultasjoner	17 878	16 480
Antall nyhenvisninger	9 961	
Gjennomsnitt ventetid (dager)	79	202
Antall pasienter på venteliste	1 004	1 840
DRG poeng totalt	7.319	7.149
DRG poeng polikliniske konsultasjoner	1799	1636
DRG indeks	0,897 *	0,965
Antall årsverk	406	
Driftskostnader (mill. kr)	251	
Økonomisk resultat (mill. kr)	7	

\* lavere indeks i 2002 fordi barn ved fødeavdelingen er med.







## Helse Nord-Trøndelag HF 2002

Helse Nord-Trøndelag HF ble kåret til Årets helseforetak 2002 i Helse Midt-Norge. Begrunnelsen lå i vårt arbeid med å korte pasientkøer og ventetid for behandling – og i vår satsing for å løse problemet med korridorpasienter. Innføringen av god økonomistyring ble også trukket fram.

Namdal sykehus og Innherred sykehus ble fra 1. januar 2002 sammenslått i et helseforetak med navn Helse Nord-Trøndelag HF. De to sykehusene skiftet også navn til Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

Helseforetaket har gjennom året hatt fokus på pasientbehandling og økonomistyring. Antall pasienter på venteliste for behandling er redusert med 33 % fra 8 873 til 5 926. Gjennomsnittlig ventetid har blitt mer enn halvert i løpet av året fra 252 dager til 121 dager. Årsregnskapet for 2002 er påvirket av føringer gitt av Helsedepartementet. Resultatregnskapet viser et underskudd på 15,9 mill. kr etter at ikke finansierte avskrivninger på 17,6 mill. kr er hensyntatt.

### FoU-institusjon

Helse Nord-Trøndelag HF tilbyr spesialiserte helsetjenester innenfor et bredt felt. I tillegg er vi også en utdanningsinstitusjon. Ved å legge til rette for forskning og faglig utvikling søker vi å forbedre kvaliteten på tjenestene. En FoU-avdeling er også et godt virkemiddel for å rekruttere og beholde spesialister.

Flere avdelinger er involvert i forskningsprosjekter som er initiert av farmasøytisk industri. Det er inngått en avtale med SINTEF UNIMED om koordinering av medisinsk oppdragsforskning. En andel av inntektene fra oppdragsforskningen blir tilbakeført til foretakets forsknings- og utredningsfond.

### Fra 2 til 1

Utviklingsprosjektet «Fra 2 til 1», som startet i oktober 2002, vil fortsette ut 2003. Prosjektet omhandler fusjonen mellom Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, og har som mål å bedre pasienttilbudet og få til en mer kostnads-effektiv drift. I løpet av året fattet styret vedtak om at det skulle være ett mikrobiologisk laboratorium i foretaket, og stabene ved de to sykehusene ble knyttet sammen og organisert i administrativ stab, økonomistab, helsefaglig stab og FoU-stab.

### Digital satsing

Helse Nord-Trøndelag HF har tatt steget inn i den digitale verden. Etter lang tids forberedelser startet man i 2002 arbeidet med å innføre et nytt bildebehandlingssystem for digitale røntgenbilder (PACS). Et system for lagring av elektroniske henvisninger og svar (RIS) blir også innført.

Mot slutten av 2001 ble avtalen mellom sykehusene i Midt-Norge om innføring av elektronisk pasientjournal, EPJ, inngått med Siemens. Begge sykehusene er delaktige, sykehuset Levanger har vært regional pilot for EPJ-prosjektet. EPJ-prosjektet skal erstatte papirjournalen og samle all relevant informasjon om pasienten i elektronisk form.

### Hovedoppgaver 2003

- Diagnostikk, behandling og pleie
- Forskning og utvikling
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet
- Ambulansetjenester

Nasjonale mål og satsingsområder prioriteres gjennom oppfølging av Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Nasjonal kreftplan som fullføres i 2003 og Utstyringsplanen som også avsluttes i 2003.

Nøkkeltall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	434	430
Antall liggedøgn	127 497	128 425
Antall behandlede innlagte pasienter	20 518	20 288
Antall polikliniske behandlinger	110 961	112 881
Antall nyhenvisninger	39 142	40 426
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	121	252
Antall pasienter på venteliste	7 130	8 954
DRG-poeng totalt	20 681	19 708
DRG-poeng dagbehandling	2 120	
DRG-indeks	1,0	1,0
Antall årsverk	1 900	1 850
Driftskostnader (mill. kr)	1 256	
Resultat (mill. kr)	-16	

## Helse Nordmøre og Romsdal HF 2002

I 2002 reduserte Helse Nordmøre og Romsdal HF ventetiden med 53 prosent i forhold til 2001, mens ventelistene ble redusert med 20 prosent.

Det er fremdeles korridorpasienter i perioder. I 2003 skal organisasjonsutvikling og felles innsats på tvers av sykehusene gi oss enda bedre resultater.

Stor økning i KLP-avgifter skapte et vanskelig økonomisk utgangspunkt som delvis ble løst ved effektiviserings- og innsparingstiltak. I 2003 fortsetter utfordringene. Målet er balanse i regnskapet i 2004.

### Satsing for økt kvalitet

Kvalitetsarbeidet i 2002 har ført til etablering av et brukertilvalg, felles kvalitetsutvalg og et prosjekt for sikring av kvalitetsrutiner gjennom et nytt elektronisk kvalitetssystem. Før jul deltok Helse Nordmøre og Romsdal HF i Helse Midt-Norges pasienttilfredshetsundersøkelse PasOpp.

### FoU-arbeid

Forskning pågår på en rekke felter innen somatiske og psykiatriske avdelinger. Psykiatrien har utarbeidet en kompetanseutviklingsplan og fått styrket FoU-midler med 500 000 kroner. Forprosjekt for Lærings- og mestrings-senter (LMS) ble gjennomført i 2002.

### Organisasjonsutvikling

Et eget prosjekt ble startet for å skape en mer effektiv organisasjon med en enhetlig ledelse. Stabsfunksjonene ble omorganisert høsten 2002, og forslag til ny avdelingsstruktur er utarbeidet.

Styret ble i mai byttet ut av styret for Helse Midt-Norge RHF på grunn av manglende legitimitet. Det nye styret hadde sitt første møte 28.06.2002 og har vedtatt å ha åpne styremøter.

### Videre arbeid

I 2003 vil Helse Nordmøre og Romsdal HF følge opp Helse Midt-Norges hovedmål og fokusområder:

- iverksette ny avdelingsstruktur for å få en felles enhetlig ledelse
- styrke kvalitetsarbeidet, med fokus på nasjonale kvalitetsindikatorer
- utarbeide og gjennomføre en rekke effektiviseringstiltak
- prioritere fag- og kompetanseutvikling, forskning og spesialistutdanning
- utvide satsningen på pasientinformasjon og pasientopplæring
- styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten
- innføre individuelle behandlingsfrister
- avklare spørsmålet om fremtidig sykehusstruktur



Nøkkeltall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	445	438
Antall liggedøgn (somatikk)	87 006	85 176
Antall behandlede innlagte pasienter	21 125	19 666
Antall polikliniske behandlede pasienter	112 806	106 883
Antall nyhenvisninger	40 117	38 197
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	150	312
Antall pasienter på venteliste	7 308	9 122
DRG-poeng totalt	19 675	18 169
DRG-poeng dagbehandling	2 376	1 977
DRG-indeks	1,02	
Antall årsverk	1 906	
Driftskostnader (mill. kr)	1 235	
Resultat (mill. kr)	-29	



## Helse Sunnmøre HF 2002

Helse Sunnmøre HF arbeidde i 2002 aktivt for å nå måla i styringsdokumentet. Dei tri hovudmåla – reduksjon av ventelister og ventetider, reduksjon av tal korridorpasientar og god økonomistyring – har stått i fokus.

Ventelistene vart redusert med ca. 1 750 pasientar, medan den gjennomsnittlege ventetida vart redusert med 142 dagar. Vi er særdeles nøgd med den kraftige reduksjonen på ventetida, og nådde her godt målet om 30 prosent reduksjon. Med omsyn til reduksjon på ventelistene, kom vi ikkje heilt i mål. Målet var ein reduksjon på ca. 2 000 pasientar. Årsaka ligg truleg i den omfattande sjukepleiarstreiken Ålesund sjukehus var ramma av i starten av året.

### Korridorpasientar

Reduksjon på tal korridorpasientar har vore eit særdeles viktig mål for Helse Sunnmøre HF i 2002. Ein ny medisinsk sengepost medførte ein reduksjon på ca. 50 prosent. Målet vart dermed nådd. Tiltaket har også vore svært viktig med omsyn til det kvalitetsarbeidet som foretaket har arbeidd med i 2002.

### Infeksjonsrate og strykingar på operasjonsprogrammet

Helse Sunnmøre HF har systematisk registrering av infeksjonsraten knytta til innlagde pasientar og strykingar på operasjonsprogrammet. Tiltak for å betre desse områda blir kontinuerleg iverksett. Vi hadde i 2002 gjennomsnittleg prevalensrate ved Volda sjukehus på 5,3 prosent og ved Ålesund sjukehus på 6,3 prosent, noko som er på line med landsgjennomsnittet. Stryking på operasjonsprogrammet for dei to sjukehusa ligg under landssnittet.

### God økonomistyring

Å arbeide mot god økonomistyring, har vore viktig også dette året. Uforutsette hendingar har gjort at dette ikkje har vore enkelt. (Til dømes KLP-kostnader, lønsoppgjjer, nye ambulanseavtalar og opning av ny medisinsk sengepost.) Dette til trass har vi klart å halde god økonomi-

styring i foretaket. Sluttresultatet viste eit meirforbruk på ca. 5 mill. kr, noko vi vurderer som eit godt økonomisk resultat for 2002.

### Hektisk aktivitet

2002 var eit år med hektisk aktivitet for å tilpasse foretaksstrukturen innan dei rammene som vart gitt av eigar. Organisasjonsplanen er utarbeidd for å kunne trekkje ut dei synergieffektar som blir forventa som følgje av ny organisering av spesialisthelsetenesta.

Andre viktige hendingar i Helse Sunnmøre HF var byggjearbeid for den nye kreftavdelinga, etablering av MR nr. 2 og innkjøp av ny CT i Volda. Likeeins at ungdomspsykiatrisk avdeling hadde sitt første driftsår i 2002.

### Nye utfordringar

For 2003 vil dei største utfordringane bli omkring tilpassing av drifta mot balanse i rekneskapen i 2004. Vidare vil den store faglege utfordringa bli å ferdigstille kreftbygget og å rekruttere fagpersonell til avdelinga. Vidare er samarbeidet med primærhelsetenesta eit viktig satsingsområde for foretaket i 2003.

Nøkkeltall	2002	2001
Antall senger/døgnplasser	557	557
Antall liggedøgn	161 239	158 293
Antall behandlede innlagte pasienter	22 712	22 579
Antall polikliniske behandlede pasienter	125 167	
Antall nyhenvisninger	35 866	31 821
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	118	252
Antall pasienter på venteliste	7 130	8 954
DRG-poeng totalt	24 002	22 823
DRG-poeng dagbehandling	2 843	2 497
DRG-indeks	1,02	
Driftskostnader (mill. kr)	1 266	
Resultat (mill. kr)	-17	



## Sykehusapotekene i Midt-Norge HF 2002

Sykehusapotekene har legemiddelforsyning til sykehusene og publikumssalg som sin hovedvirksomhet.

Apotekene selger også til andre institusjoner og driver undervisning, kurs og tilsynsvirksomhet.



Sykehusapotekene i Midt-Norge HF skal medvirke til å nå de helsepolitiske mål myndighetene setter:

- Sikre sykehusene en legemiddelforsyning av høy kvalitet til lavest mulig pris
- Sikre regional farmasøytisk kompetanse og forsyningsberedskap
- Være et farmasøytisk kompetansesenter for helseinstitusjoner og private apotek, og slik bidra til å øke kvaliteten på tjenester som resten av helsevesenet yter
- Sikre kompetanse ved å ivareta kompetanse på legemiddelproduksjon
- Sikre utdanning av farmasøyter og tilgang på spesialister

### Kjerneoppgaver

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har i 2002 bestått av sykehusapotekene i Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund. Sykehusapoteket i Trondheim har fra 01.01.03 overtatt legemiddelleveransene til Orkdal Sanitetsforening Sjukehus HF.

Dette er kjerneoppgavene til Sykehusapotekene i Midt-Norge HF:

- Leveranse av legemidler/apotekvarer til sykehusene
- Salg av legemidler til publikum
- Salg av legemidler til kommunale og andre institusjoner
- Produksjon av legemidler
- Informasjon om legemidler
- Salg av farmasøytiske tjenester

### Utfordringer

Den nye apotekloven har medført nyetableringer og økt konkurranse for sykehusapotekene. Stadige endringer på legemiddelområdet skaper knappere marginer og har i sum en negativ effekt på apotekenes økonomi. Dette gjelder bl.a. endringer i prisfastsettelse og avansesatser og innføring av indeksspriser på en rekke legemidler fra 01.03.03. Videre er det foreslått å tillate salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek.

### Kundetilfredshet i fokus

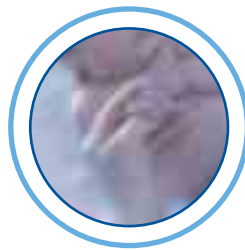
Foretaket vil i 2003 ha økt fokus på kundetilfredshet. Stikkord her er vareflyt/logistikk, innkjøpsavtaler og skolering av medarbeidere.

Nøkkeltall	2002
Antall kunder	218 000
Antall resepter	179 963
Antall produksjoner	261 789
Omsetning i Trondheim *	145
Omsetning i Kristiansund *	31
Omsetning i Molde *	42
Omsetning i Ålesund *	77
Salg til sykehus *	130
Salg til publikum *	149
Salg til institusjoner og andre *	16
Antall årsverk	89
Driftskostnader *	290
Resultat *	6

\*) Alle i mill. kr.

Hovedmålene for 2002 har vært å fjerne uverdige venting, unngå korridorpasienter og sikre god økonomistyring i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge

# Viktige hendelser i Helse Midt-Norge 2002



18

**Ved inngangen til 2002** var det oppnevnt styrer for alle de etablerte helseforetakene og de tilsatte administrerende direktører hadde tiltrådt sine stillinger. Unntaket var St. Olavs Hospital HF der administrerende direktør ble tilsatt i mars og tiltrådte i august 2002.

**Som eier er Helse Midt-Norge RHF** representert i alle styrene for helseforetakene i foretaksgruppen. Helseforetakene rapporterer til eier gjennom foretaksrådet og direktørene i foretaksgruppen har regelmessige møter sammen med den øvrige ledelsen av Helse Midt-Norge. Direktørmøtet har ingen formell status som gir grunnlag for å fatte beslutninger, men er utviklet til å bli en samhandlings-

arena for det operative nivå i foretaksgruppen.

**Tidlig i 2002** vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF et felles profilprogram. Foretaksgruppen skal bygge på en samordnet strategi og et felles verdigrunnlag. Forholdet mellom geografisk nærhet til sykehustjenester og kvalitet er kommet i fokus. Engasjementet er sterkt for lokale arbeidsplasser og opprettholdelse av lokale sykehustilbud.

**I Midt-Norge gir den vedtatte strukturen** for helseforetak grunnlag for samordning mellom sykehus på flere områder. Hvert helseforetak består av minst to sykehus. Sykehusene knyttes sammen både organisatorisk og i forhold til

pasientbehandlingen. Prosjektene ledes og gjennomføres i stor grad av egne ansatte, noe som gir økt ansvar, mulighet til aktiv deltakelse og bidrar dermed til å styrke lojaliteten.

**I juni 2002** ble det oppnevnt nytt styre for Helse Nordmøre og Romsdal HF. Begrunnelsen for å skifte ut styret var at det ikke lenger hadde den nødvendige legitimitet for å styre helseforetaket.

**Forskning skal bidra** til å utvikle ny kunnskap, spisskompetanse og fagmiljøer som møter pasienten med respekt og ydmykhet. Styret har vedtatt å sette av en prosent av den totale økonomiske rammen for Helse Midt-Norge til

forskningsvirksomhet. I august ble det undertegnet en samarbeidsavtale med NTNU og de første forskningsstipendene ble lyst ut på sommeren.

**Et eget prosjekt for forbedring** og utvikling av venteliste statistikk for sykehusene i Midt-Norge er iverksatt. I løpet av 2002 ble det etablert månedlig oppfølging av ventelister og ventetider for å følge utviklingen. I løpet av året ble gjennomsnittlig ventetid halvert og antall pasienter på venteliste ble redusert med 13 000 (25 prosent). Dette ble oppnådd på tross av streik og uro ved norske sykehus i første halvår.



**Helse Midt-Norge RHF innledet samarbeid** med Trygdeetaten i Trøndelag og Møre og Romsdal for å gi raskere behandling, og bidra til å få sykmeldte raskere tilbake i jobb. Rundt 5 000 personer dro nytte av ordningen.

**I løpet av 2002 er det inngått** avtaler med flere private tilbydere av spesialisthelsetjenester for å redusere ventelistene ved sykehus i Midt-Norge.

**Samordning av innkjøp** for virksomhetene i regionen har vært en prioritert oppgave for styret i Helse Midt-Norge RHF.

Helsedepartementet har dessuten tatt initiativ til en nasjonal innkjøpsfunksjon lagt til Vadsø. Hensikten er innsparinger som kan

frigjøre ressurser for å styrke pasientbehandlingen.

**Etablering av en felles regional IT-enhet** for helseforetakene i regionen fra juni 2003 har vært under arbeid siden høsten 2002.

**Ansatte er sikret** representasjon i styret for det regionale helseforetaket og styrene for helseforetakene. I tillegg er det etablert et konsernutvalg som samler tillitsvalgte fra alle enheter i foretaksgruppen Helse Midt-Norge. Konsernutvalget hadde sitt første møte 25.11.2002 med bl.a. valg av arbeidsutvalg.

**Personalpolitikken** for Helse Midt-Norge ble stadfestet gjennom vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF 27.11.2002. Et eget

program for lederutvikling var etablert tidligere i 2002 og første gruppe startet i september.

**Brukerutvalg er etablert** ved helseforetakene i regionen i løpet av 2002. De består av representanter fra pasientorganisasjoner i de tre midtnorske fylkene.

**Oppfølging av Nasjonal kreftplan** har gitt resultater. Kapasiteten for strålebehandling er økt og vil øke ytterligere så snart stråleterapienheten ved Helse Sunnmøre HF er ferdig og nyanskaffelsene ved St. Olavs Hospital HF tas i bruk. I løpet av 2002 er antall ventende til ikke-kirurgisk kreftbehandling mer enn halvert.

**Ny plan for det psykiske helsevern** ble sendt på høring i januar 2003. En felles psykiatriplan for regionen er utarbeidet for å gi det psykiske helsevern en reell opptrapping i tråd med nasjonale og regionale mål. En utredning av pre-hospitale tjenester i Midt-Norge ble startet i 2002 og rapporten ble sendt på høring 1. halvår 2003.

**En rekke distriktpsychiatriske senter** (DPS) forutsettes etablert i Helse Midt-Norge: To i Nord-Trøndelag, tre i Sør-Trøndelag og fire i Møre og Romsdal. I tilknytning til distriktpsychiatriske senter i Stjørdal vil det bli etablert et regionalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser.

Helsereformen som trådte i kraft 01.01.2002, er starten på en ny epoke i norsk helsevirksomhet.

Staten overtok sykehusene og det fulle ansvar for drift av spesialisthelsetjenestene i Norge. Det skjedde etter 32 års fylkeskommunalt eierskap, og rundt 100 000 ansatte ved 350 institusjoner fikk ny arbeidsgiver.

## Veien fram til en **ny epoke**

Organiseringen i fem regionale helseforetak bygger på de fem helseregionene som landet fikk i 1974. Samarbeidet mellom fylkene var fra først av basert på frivillighet, men i 1997 ble det lovfestet. Regionalisering var nødvendig for å ha tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for å utvikle og tilby tjenester av høy kvalitet og til akseptable kostnader. Debatten om statlig overtakelse løp parallelt med dette.

### **Statlig eierskap – ny lov**

Da Stortinget våren 1994 behandlet helsemeldingen, ble regjeringen bedt om å utrede statlig eierskap av sykehusene. Et utvalg la fram sin innstilling våren 1996 (Hellandsvikutvalget). Utvalget var samstemt med unntak i synet på eierskap. Mindretallet gikk inn for statlig overtakelse av landets sykehus kombinert med økt fristilling og overordnet statlig styring.

Dette synet ble lagt til grunn da Stoltenberg-regjeringen ved helseminister Tore Tønne fremmet forslag til lov om helseforetak. Med loven fulgte også nye regnskapsprinsipper for norske sykehus.

Stortinget vedtok lovverket 06.03.2001. Samme dag ble det oppnevnt styre for Helse Midt-Norge RHF, og det ble besluttet at administrasjonen for det regionale helseforetaket skulle legges til Stjørdal.

### **Struktur for Midt-Norge**

13.09.2001 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF struktur for helseforetakene i de tre midtnorske fylkene. Utgangspunktet var et ønske om å samordne funksjoner som kan bidra til bedre kvalitet på tjenesten og bedre ressursutnyttelse. Geografisk nærhet var også viktig.

### **Trøndelagsfylkene**

I Sør-Trøndelag ble det etablert tre midlertidige helseforetak: Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester (PHST), Regionsykehuset i Trondheim (RiT) og Orkdal Sanitetsforening Sjukehus (OSS). Styret for Helse Midt-Norge

RHF forutsatte at PHST og RiT dannet ett helseforetak i løpet av ett år, og at OSS skulle inngå som en del av dette helseforetaket i løpet av to år. Det endelige navn på helseforetaket ble St. Olavs Hospital HF.

Nord-Trøndelag skulle samles i ett helseforetak: Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos).

### **Møre og Romsdal**

I Møre og Romsdal ble det etablert to helseforetak: Helse Sunnmøre HF (Ålesund sjukehus og Volda sjukehus) og Helse Nordmøre og Romsdal HF (Molde sjukehus og Kristiansund sykehus).

I tillegg ble sykehusenes apotek i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal organisert i et eget helseforetak: Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.

### **Foretaksgruppen Helse Midt-Norge**

Den endelige strukturen med fem helseforetak og ett regionalt helseforetak i foretaksgruppen vil være på plass i 2004.

Utbyggingen av nytt universitetssykehus er organisert i en utbyggingsorganisasjon i Helse Midt-Norge RHF med eget prosjektstyre. Den nødvendige avklaring i valg av byggested kom i form av et enstemmig vedtak i Stortinget 28.05.2002.

### **Ledelse**

I styremøte 20.10.2001 ble Paul Hellandsvik tilsatt som administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF. Han hadde til da vært styreleder for det regionale helseforetaket.

Helsedepartementet utnevnte fylkestrygdesjef i Møre og Romsdal, Ragnhild Berge, til ny styreleder.

Styremøtene i Helse Midt-Norge RHF holdes for åpne dører, og tilsvarende praksis er adoptert av de aller fleste styrene for helseforetakene.



Helse Midt-Norge skal ha helheten for øyet. Kvalitet for pasienten er totalopplevelsen av sykehus tilbudet, ikke bare den medisinske behandlingen.

Vi skal være en lærende organisasjon og klar i vår prioritering  
– ved å sette pasientens behov først og fremst.



# Brukernes medvirkning

**Brukerperspektivet står sentralt i Helse Midt-Norges arbeid. Vi ønsker at pasienter og pårørende skal ha innflytelse. Deres kunnskap kan føre til økt kvalitet på helsetjenestene.**

## **Brukernes erfaringer hentes inn**

Som ledd i utviklingsarbeidet driver vi systematisk innhenting av brukernes erfaringer med helsetjenestene. Tilbakemeldingene gir oss et bredere perspektiv. Det er viktig at brukerne medvirker både i planlegging og evaluering av virksomheten i helseforetakene.

Brukermedvirkning skjer på flere nivå, fra individ- til systemnivå. Kommunikasjonen mellom nivåene er viktig slik at tilbakemeldingene og kunnskapen påvirker møtet mellom pasient/pårørende og helsepersonell.

## **Brukerutvalg er etablert**

Helse Midt-Norge etablerte i 2002 brukerutvalg ved alle helseforetakene og for det regionale foretaket. Et brukerutvalg består av representanter fra ulike pasientorganisasjoner og foretakets administrerende direktør. Medvirkningen på regionalt- og foretaksnivå skjer gjennom disse utvalgene.

## **Tilfreds med tjenesten?**

På avdelingsnivå i sykehusene kan pasienttilfredshetsundersøkelser benyttes til forbedringsarbeid. PasOpp er en undersøkelse som nylig er gjennomført i Midt-Norge. Resultatene viser blant annet at pasientene får manglende informasjon fra helsepersonell. Slike undersøkelser hjelper oss å finne viktige områder for forbedring.

## **Brukerutvalgenes oppgaver**

Brukerutvalgene gir råd og veiledning. Utvalgene behandler høringer i forhold til helsetilbud og deltar i planarbeid. De oppnevner brukerdeltakere i utvalg og prosjekt, medvirker i brukerundersøkelser og gir innspill til kvalitetsarbeid. Medlemmer i utvalgene deltar på seminarer, konferanser og holder foredrag. Det regionale brukerutvalget samarbeider med helseforetakenes brukerutvalg og er bindeledd mellom Helse Midt-Norge og andre organisasjoner.

## **Regionale brukerutvalgskonferanser**

Dette er en arena hvor utvalgene kan lære av hverandre og utvikle brukermedvirkningen i regionen. I 2003 arrangeres to regionale brukerutvalgskonferanser. Hvilke områder er det viktig for brukerne å medvirke på? Hvordan kan foretakene best motta og benytte rådene fra brukerne? Slike spørsmål er sentrale for disse konferansene.

# Åpenhet og dialog

Helse Midt-Norge har bevisst valgt stor grad av åpenhet som rettesnor for virksomheten. Folks interesse for og engasjement omkring helsetilbudet er en kraft vi søker å utnytte.

## Levende debatt

Vi er avhengig av en levende og framtidsrettet offentlig debatt om hvordan sykehusstilbudet skal være. Det bidrar til legitimitet og styrker vårt beslutningsgrunnlag. Og vi får viktige innspill som ellers kunne ha gått tapt.

Aktiv kommunikasjon er ikke bare en mulighet til å synliggjøre virksomheten, men også en plikt. Helseforetakene er underlagt lov om offentlighet, og det regionale styret har også sluttet seg til prinsippet om meroffentlighet.

## Åpne styremøter

Styret bestemte tidlig i 2002 at møtene skulle holdes for åpne dører. Med unntak av Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF fulgte helseforetakene etter. Ingen andre helseregioner har valgt tilsvarende grad av åpenhet. Enhver som ønsker kan delta på styremøtene og følge

med i det omfattende arbeidet som pågår for å styrke og bedre helsetilbudet til folk i Midt-Norge.

## God kommunikasjon nødvendig

Kommunikasjon og dialog brukes som strategisk ledelsesverktøy i arbeidet med å gjennomføre sykehusreformen og nå overordnede mål. Helse Midt-Norge står midt i store omstillinger, og god kommunikasjon vil være en avgjørende faktor for å lykkes.

## Nye kanaler og arenaer

Det er i løpet av 2002 etablert rutiner for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper. Flere kanaler og arenaer er etablert, blant annet [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no), magasinet HELSE, eget nyhetsbrev og mediekontakt. Faste møtepunkter er opprettet med brukerne, primærhelsetjenesten, lokale og regionale myndigheter og utdanningsinstitusjonene.

Det ble i fjor også i noen grad annonsert om fritt sykehusvalg og ventetidene for behandling.





## Lange ventelister blir kortere

Ved inngangen til 2002 sto 51 428 pasienter på venteliste ved helseforetakene i Midt-Norge. Mange av disse hadde ventet i årevis på behandling. 11 783 hadde ventet mer enn ett år, og av disse hadde 1 955 ventet mer enn fire år.

### Tiltak nødvendig

Det var åpenbart behov for et krafttak. Dels var det viktig å hjelpe de pasientene som allerede hadde ventet alt for lenge, og dels måtte ventelister og ventetider bringes ned på et akseptabelt nivå så raskt som mulig. Helse Midt-Norge RHF satte seg som mål å redusere ventelister og ventetider med 30 prosent i løpet av året, og iverksatte tiltak for å oppnå dette.

### Feil og svakheter ved statistikken

Kvaliteten på ventelistedata har ofte blitt trukket i tvil. Norsk pasientregister (NPR) ble derfor engasjert for å gjennomgå helseforetakenes rutiner for ventelisterregistrering. Rapporten fra arbeidet ble presentert på en regional konferanse på Stjørdal i juni 2002. Den inneholdt forslag om 16 konkrete tiltak for å forbedre registreringen. Tiltakene er fulgt opp.

### Hva slags feil ble avdekket?

En ikke uvanlig feil i ventelistedata er at en del av pasientene som står på ventelister, ikke er reelle ventende. Noen er allerede behandlet uten at dette er blitt registrert, noen står på venteliste ved flere sykehus og er derfor talt med flere ganger, noen er blitt friske, noen ønsker ikke lenger behandling og noen er døde. Slike tilfeller er hyppigst blant de som har ventet lengst. Da foretakene gjennomgikk sine ventelister, viste det seg at en god del av pasientene som hadde stått lengst på listene, kunne fjernes.

### Rask hjelp til ventelistepasienter

Det store flertallet av de som står på venteliste, venter på spesialisthelsetjenester – mange for alvorlig sykdom og mange med betydelige plager. For at disse skulle få hjelp så raskt som mulig, ble det inngått avtaler med en rekke private aktører for å supplere kapasiteten i egne helseforetak.

Samtidig ble trygdeetatens ordninger for kjøp av helse-tjenester innenlands og utenlands (utenlandsmilliarden) aktivt utnyttet. 727 pasienter ble behandlet i private foretak, 5 000 gjennom trygdeetatens kjøp av tjenester innenlands og 1 216 gjennom utenlandsmilliarden. Hovedtyngden av pasientbehandlingen utenom egne foretak gjaldt ortopedi. Antall ventelistepasienter behandlet i egne foretak ble økt fra 125 700 til 128 227 fra 2001 til 2002. Dette tilsvarer ca. to prosent.

### Gode resultater

Ved utgangen av 2002 var antall pasienter på venteliste redusert til 38 702, som tilsvarer en reduksjon på 25 prosent. Antallet som hadde ventet mer enn ett år, var redusert til 3 635, ca. en fjerdedel av antallet ved begynnelsen av året. Antallet som hadde ventet mer enn fire år, var redusert til 305 – mindre enn 10 prosent av antallet ved starten av året.

Ventelistesituasjonen i Midt-Norge ble betydelig forbedret i løpet av 2002, selv om målet om 30 prosent reduksjon ikke ble fullt realisert. Det er fortsatt nødvendig med en betydelig innsats, og for 2003 er det satt nye og ambisiøse mål. Samtidig blir det fra 01.09.2003 innført en ordning hvor alle pasienter som settes på venteliste ved helseforetak i Midt-Norge, skal få avtale om en rimelig behandlingsfrist som maksimalt skal være ett år.



# Korridorpasienter ikke akseptabelt

Situasjonen for korridorpasientene ble stadig sterkere fokusert i 2002. Målet var å redusere omfanget med 30 prosent.

## Uverdig, men altfor vanlig

Helse Midt-Norge finner det uakseptabelt at pasienter systematisk blir liggende i korridoren på sykehus. Dette er uverdig, men dessverre en altfor vanlig situasjon ved enkelte sykehus. Det har særlig vært sykehusene i Ålesund og Trondheim som har hatt dette problemet.

## Ny sengepost i Ålesund

Etter at Ålesund sjukehus tok i bruk en ny sengepost ved medisinsk avdeling vinteren 2002, er problemet med korridorpasienter så godt som eliminert her. Samtidig ble også sykefraværet redusert.

## Aktiv satsing i Trondheim

Ved St. Olavs Hospital HF i Trondheim satte styret for helseforetaket seg det ambisiøse mål å fjerne problemet med korridorpasienter i løpet av 2002. Det er iverksatt flere tiltak, men oppgaven har vist seg å være mer krevende enn antatt. Det arbeides nå for å nå målet i løpet av 2003. Ett av tiltakene er å utvide sengetilbudet noe.

## Hold «trykket» oppe!

For 2003 er helseforetakene i Helse Midt-Norge pålagt å rapportere om korridorpasienter som en av flere kvalitetsindikatorer. Det betyr at situasjonen overvåkes kontinuerlig og at ledelsen får et bedre grunnlag for nødvendige tiltak.



# Psykisk helsevern - nasjonale planer følges opp

**Helse Midt-Norge RHF overtok ansvaret for spesialisthelsetjenester midt i den nasjonale opptrappingsperioden for psykisk helsevern (1999-2006). Gjennom nasjonale utredninger, reformer, lover og dokumenter var mål og retning for utviklingen gitt:**

- Tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser skal styrkes betydelig.
- Styrking av psykisk helsevern for barn og unge skal være et spesielt prioritert satsningsområde for Helse Midt-Norge RHF i perioden 2002-2006.
- Mer hensiktsmessig organisering og lokalisering av tjenestetilbudene, også på tvers av fylkesgrensene.
- Desentralisert utdanning, kompetanseheving og kunnskapsspredning.
- Mer bevisst prioritering. Grupper med størst bistandsbehov må prioriteres høyest, og tilbudene må bli bedre tilpasset behovene.

I arbeidet med å videreføre de fylkeskommunale planene pekte departementet særlig på problemstillinger knyttet til barne- og ungdomspsykiatri, lokalisering av distriktspsykiatrisk senter (DPS), investeringer, ressursutnyttelse og tvang.

## Ny plan

Helse Midt-Norge RHF satte ned et arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å vurdere de eksisterende planer og utarbeide en felles, regional psykiatriplan. Fylkesgrenser skulle ikke lenger være begrensende innad i regionen, ulikheter skulle jevnes ut og forslagene skulle gi det psykiske helsevern en reell opptrapping i tråd med de nasjonale og regionale mål. Planen ble ferdigstilt for høring i januar 2003.

## Andre tiltak

En rekke tiltak er iverksatt i helseforetakene rettet mot målene i den nasjonale opptrappingsplanen. Bredden kan eksemplifiseres med følgende:

Barne- og ungdomspsykiatri er fokusert som satsingsområde. Blant annet ga Helse Midt-Norge RHF prisen Årets avdeling nettopp til en av BUP-avdelingene (BUP-klinikk Trondheim) på bakgrunn av et bredt forbedringsarbeid.

Helse Midt-Norge RHF, departementet og NTNU har i samarbeid etablert desentralisert spesialistutdanning innen BUP. En modul er lagt til Helse Nordmøre og Romsdal HF ved Molde sykehus. Denne er rettet mot familievern i BUP og har stor lokal deltakelse.

Et gjennomgående satsingsprogram for etablering og utbygging av DPS startet med bygging av Kolværed DPS (Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos), det minste av DPS-ene i regionen. Programmet følges opp med bygging av nytt DPS i Orkdal (St.Olav, psykisk helsevern).

Det er etablert et regionalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser ved Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF. Noen av disse pasientene har behov for høyt spesialiserte tjenester og er gitt prioritet. I første fase ble det etablert en enhet for kompetanseoppbygging som videre er blitt utvidet med døgntilbud. (Sengepost åpnet primo 2003). Det regionale tilbudet inngår i et nasjonalt nettverk, og Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger, har ansvaret for koordinering på tvers av regionene.

Et sentralt mål i St.meld. nr.25, «Åpenhet og helhet» (1996-97), er å få til et tettere samvirke mellom somatikk og psykiatri. Den største tjenesten i omfang, Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag (PHST), har vært organisatorisk adskilt fra de somatiske sykehustjenestene. Ved årsskiftet 2002-2003 fusjonerte psykiatrien med det somatiske regionsykehuset.

# Kreftomsorg i utvikling

Arbeidet innen kreftomsorgen i Helse Midt-Norge har fulgt tre hovedlinjer: Oppfølging av sykehuseiers styringssignaler slik de er uttrykt i Styringsdokument 2002 for Helse Midt-Norge, oppfølging av Nasjonal kreftplan og kreftomsorg som er en del av foretaksgruppens generelle satsing.

## Halvert ventetid

I løpet av 2002 er antall ventende til ikke-kirurgisk kreftbehandling (cytostatika/strålebehandling) mer enn halvert. Ventetid for behandling er i dag blant de korteste i landet, i gjennomsnitt 29 og 17 dager til poliklinikk og innleggelse.

Strålebehandlingskapasiteten er økt, og vil bli ytterligere økt ved ferdigstillingen av stråleterapienheten ved Helse Sunnmøre HF (palliativ behandling fra 2004, sengeavdeling fra 2005) og ved nyanskaffelser av flere stråleterapienheter ved St. Olavs Hospital HF.

Mammografiscreening går som planlagt.

## Nasjonal kreftplan

Det er gjennom Nasjonal kreftplan gitt støtte til oppbygging og videreutvikling av:

- genetikk knyttet til onkologi (bl.a. onkogenetisk poliklinikk ved St. Olavs Hospital HF)
- kompetansesenter for arvelig kreft
- kompetansesenter for lindrende behandling
- kompetanseutvikling innen barneonkologi

## Samarbeid i regionen

Det arbeides med kartlegging av oppgavefordeling av kirurgisk kreftomsorg mellom regionens sykehus, og resultatvurdering av samme.

Regionen har egen utdanning for spesialsykepleiere i onkologi. Gjennom Nasjonalt Råd er legehjemler til faget prioritert, særlig til den nye enheten ved Helse Sunnmøre HF.

Det er inngått avtale med privatpraktiserende onkolog for desentraliserte, pasientnære behandlingstilbud (cytostatikakurer, kontroller o.a.).

## Onkologiske poliklinikker

Samtlige av regionens sykehus har onkologiske poliklinikker med spesialutdannet personale, men ved flere sykehus mangler egne onkologiske enheter, særlig for pasienter med behov for terminal pleie og omsorg.



# Forskning og fagutvikling

**Helse Midt-Norge RHF har inngått rammeavtale om samarbeid om universitetsklinikkfunksjonene med Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU). Avtalen bygger på lov om helseforetak, våre vedtekter og instruks for Helse Midt-Norge RHF fra foretaksmøtet.**

## Samarbeid

Det er etablert et samarbeidsorgan mellom Helse Midt-Norge RHF og NTNU på direktør- og dekannivå. (Operativt fra våren 2002.) Samarbeidsorganet har beslutningsmyndighet i disponering av forskningsmidler bevilget av det regionale styret og er ellers rådgivende overfor Helse Midt-Norge RHF og NTNU i forhold til rammeavtalen.

## Iverksatte tiltak

**Videreføring av tidlige aktiviteter:**

- 16 universitetslektorater (de fleste ved helseforetak utenom St. Olavs Hospital HF)
- støtte til regional spasiatutdanning (BUP/VOP/ anestesi/pediatri)
- støtte til enhet for anvendt klinisk forskning

## Nye tiltak i 2002

- opprettet fem forsknings- og doktorgradstipend
- påbegynt oppbygging av forskningsnettverk og kvalitetsregistre
- deltakelse i internasjonalt forskningssamarbeid
- etablert regionalt kompetansesenter for læring og mestring
- utarbeidet rammeavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og høyskolene
- påbegynt arbeid med regional kompetanseutviklingsplan
- gjennomført undersøkelse over pasientopplevelser og pasienterfaringer ved helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF

## Bevilget til virksomheten i 2003

Det er bevilget penger til følgende aktiviteter:

- videreføring av tiltakene under pkt. 2
- videreføring av kvalitetsregistrene
- regional satsing innenfor anvendt klinisk forskning
- støtte til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)
- støtte til helsetjenesteforskning NTNU/Helse Midt-Norge
- 10 nye doktorgrad- og postdok.-stipend
- utarbeidelse av regional strategiplan for forskning og fagutvikling
- investering i operasjonsstue og simulator for undervisningsformål

## Forskning, en naturlig del av helheten

Det regionale styret har vedtatt å sette av en prosent av brutto ramme for Helse Midt-Norge til forskningsvirksomhet. Det legges vekt på å stimulere til forskningsaktivitet ved alle helseforetakene i regionen, og å videreføre og styrke forskning knyttet til universitetssykehuset St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Forskning og utvikling er en del av strategiplanen for Helse Midt-Norge, og det er startet arbeid med en helhetlig plan for dette området. Planforslaget forventes ferdigstilt ved årsskiftet 2003/2004.



# Organisasjonsutvikling, ledelse og IT

Ved etableringen av Helse Midt-Norge RHF vedtok styret å organisere de ni sykehusene i Midt-Norge i seks helseforetak. Videre at de tre helseforetakene i Sør-Trøndelag i neste omgang skal fusjoneres til ett foretak. Dette innebærer at den medisinske kjernevirksomheten innen 01.01.2004 blir organisert i fire helseforetak. I tillegg utgjør sykehusapotekene ett eget foretak.

## «2 til 1-prosessen»

Beslutningen om etablering og fusjonering av helseforetakene har vært det viktigste grepet knyttet til organisasjonsutvikling i regionen. Det er lagt til rette for en prosess hvor helseforetakene skal kunne ta ut kvalitetsmessige og økonomiske gevinster. Dette skal skje gjennom bedre administrasjon og pasientbehandling, og gjennom bedre samspill sykehusene imellom. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger vekt på at «2 til 1-prosessen» også i tiden framover vil være viktig for å nå målene i helsereformen.

Alle helseforetakene er nå i ferd med å etablere gjennomgående avdelingsledelse for sykehusene innen foretakene. Ansvaret for å realisere gevinstene knyttet til «2 til 1-prosessen» er tydelig forankret i ledelsen for det enkelte helseforetak.

## Effektivisering av støttefunksjoner

I løpet av 2002 har det vært arbeidet med effektivisering av støttefunksjoner innenfor og mellom helseforetak. I organiseringen legges det opp til en rendyrking av støttefunksjonenes leverandørrolle. Både pris og kvalitet synliggjøres overfor kundene. Kundene, som er de enkelte kjernefunksjonene, må på sin side utvikle og profesjonalisere sin rolle som bestiller og vil i større grad regulere sin etter-spørsel i forhold til markedsmessige prinsipper.

I tillegg til effektiviseringsprosesser innenfor det enkelte helseforetak vil det i løpet av 2003 bli tatt initiativ til å vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å organisere flere administrative og medisinske støtteoppgaver i felles resultatenheter. Det er viktig at foretakene bidrar til gode analyser på dette området.

## Felles regional IT-enhet

Høsten 2002 vedtok styret å etablere en felles regional IT-enhet. Vedtaket var en videreføring av regional IT-strategi, og poenget var å få en god leverandør av IT støttetjenester. Etableringen var også begrunnet ut fra følgende:

- Bedre utnytting av kompetanse og kapasitet
- Helseforetakene kan bedre fokusere på kjernevirksomheten
- Stordriftsfordeler og markedsrett mot underleverandører
- Mer effektiv styring av investeringsprosjekter innenfor IT
- Utnytte vår IT-kompetanse til ekstern tjenesteyting innenfor helse – spesielt opp mot primærhelsetjenesten

Ansvaret for strategisk styring av IT vil fortsatt ligge til det enkelte foretak. Enheten organiseres som en egen avdeling med eget avdelingsstyre i Helse Midt-Norge RHF, og fra 01.03.2003 overføres alle ansatte i helseforetakenes IT-avdelinger og ansatte i Midt-Norsk helsenett til den regionale IT-enheten. Den regionale IT-enheten skal også eie og forvalte sentrale servere, felles programvare og felles infrastruktur som i dag ligger i det enkelte foretak.

## Realisering av gevinster innenfor IT

For Helse Midt-Norge RHF er det en prioritert oppgave å hente ut gevinster av alle de IT-investeringer som har vært gjennomført i regionen. Disse gevinstene oppstår i helseforetakene og må identifiseres og hentes ut av linjeorganisasjonen i det enkelte foretak.

Helse Midt-Norge har i 2002 gjennomført et gevinstrealiseringsprosjekt knyttet til investeringen i PACS/RIS. Gjennom prosjektet er det påvist gevinster i størrelsesorden 100 mill. kr. Gevinstene oppstår både i røntgenavdelingene og i de kliniske avdelingene som følge av at både leger, sykepleiere og kontorpersonale kan jobbe på en annen måte enn tidligere når røntgen blir digitalisert.

## **OMSTILLING, LEDER- OG PERSONALUTVIKLING**

Det ble igangsatt et regionalt ledelsesutviklingsprogram høsten 2002 med deltakere fra alle foretak for å skape en felles ledelseskultur med utgangspunkt i helsereformen. 27 deltakere har gjennomført programmet i 2002.

### **Samlinger for Direktørmøtet**

Det har vært gjennomført to lederutviklingsamlinger. Samlingen i juni 2002 (med respektive stedfortredere) la vekt på økonomistyring, ny finansieringsordning og prioriterte oppgaver framover. I desember var styrelederne samlet. Tema her var visjon, verdi- og måldokument, etikkaspektet i ledelse, kommunikasjon og forankring av endringsprosesser. Direktørmøtet har i seg selv en lederutviklende form gjennom erfaringslæring, målstyring og rapportering.

### **Nasjonalt program for ledelsesutvikling**

Helse Midt-Norge RHF har bidratt i utforming av nasjonalt program for ledelsesutvikling. Hensikten er å etablere felles holdninger til og kunnskap om ledelse i sykehus etter helsereformen, slik at ledelsesfunksjonen i sykehus bedres. Paul Hellandsvik leder styringsgruppen, Ragnhild Meirik er Helse Midt-Norges representant. Fem ledere fra Helse Midt-Norge deltok på en forberedende samling i november.

### **Utvikling og implementering av felles personalpolitikk**

Det er i 2002 arbeidet med å utvikle et felles nettverk mellom personalsjefene i helseforetakene. Formålet med nettverket er å drive erfaringsutveksling og å utvikle felles verktøy for personalarbeidet som kan bidra til å understøtte operative ledere med personalansvar.

Det er vedtatt en felles overordnet personalpolitikk for foretakene i Helse Midt-Norge. Foretaksledelsen er ansvarlig for at denne følges opp og implementeres på foretaksnivå. I dette arbeidet skal ledere på alle nivå involveres. Fagnettverk innenfor personal og organisasjon har ansvar for koordinering av felles oppfølgingstiltak.

## **Omstilling**

De effektiviserings- og forbedringstiltak som er igangsatt og planlegges igangsatt, vil i løpet av 2003 synliggjøre behovet for omstilling innenfor alle deler av virksomheten. Disse omstillingsprosessene gjennomføres med grunnlag i felles overordnet personalpolitikk, og det legges vekt på kontinuerlig dialog med tillitsvalgte. Som ledd i kvalitets-sikringen av omstillingsprosessene er det etablert felles retningslinjer og virkemidler og det arbeides i nettverk med kompetansehevende tiltak knyttet til gjennomføring av omstillingsprosesser.

### **Tillitsvalgtordning for helseforetaksgruppen**

En viktig forutsetning for å nå de mål og resultatkrav som er gitt av vår eier, er en god dialog med ansatte og ansattes representanter – først og fremst på foretaksnivå, men også på regionalt nivå. Det er etablert et koordinerende representativt utvalg av tillitsvalgte for å trekke disse inn i drøftinger knyttet til overordnede føringer, strategi, organisasjonsendringer m.m. Dette koordinerende utvalget har flere samlinger i året, og det er nedsatt et arbeidsutvalg som utgjør et kontinuerlig dialogforum mellom ledelsen for foretaksgruppen og tillitsvalgte.

## **IT**

Som følge av et godt styrt fylkeskommunalt samarbeid knyttet til IT-bruk i sykehusene, er Helse Midt-Norge blant de ledende i landet både når det gjelder å ta i bruk og samordne IT-systemer innenfor spesialisthelsetjenesten.

### **Ny IT-strategi**

Det ble i 2002 utarbeidet en ny IT-strategi for Helse Midt-Norge. Prioriteringene i strategien er:

- Ferdigstille etablering, innføring og integrasjon av tunge systemer knyttet til kjernevirksomheten (EPJ, PACS/RIS, Lab. m.m.)
- Utbygging av helsenettet opp mot primærhelsetjenesten, etablere innholdstjenester og delta i nasjonal helsenettsatsing
- IT-basert ledelsesstøtte
- Sikre god ledelsesforankring og styring av investeringsprosjektene



### Prosjekter og tiltak i 2003

Realiseringen av strategien er prioritert høyt av styret i Helse Midt-Norge RHF, og gjennom året er det arbeidet med en rekke viktige prosjekter og tiltak.

Gjennom Midt-Norsk helsenett er nå ca. 150 primærleger i Helse Midt-Norges område knyttet sammen i ett elektronisk nett. Helsenettet brukes i dag blant annet til å sende epikriser. I tillegg gjennomføres pilotprosjekter knyttet til timebestilling. Viktig satsningsområde videre er å tilby flere tjenester for primærlegene gjennom helsenettet, f.eks. ved å gi tilgang til elektronisk booking fra primærleger til spesialisthelsetjenesten. Også samarbeid med primærhelsetjenesten for øvrig vil bli prioritert framover for å etablere sømløse tjenester for brukerne.

Arbeidet med å innføre elektronisk pasientjournal (EPJ) er videreført gjennom året, og alle helseforetak har nå tatt i bruk systemet. Målet med prosjektet er å få på plass papirløse sykehus

Alle foretakene i Helse Midt-Norge har vedtatt å innføre digitalt røntgensystem (PACS/RIS).

Innføringsprosjektet skal slutføres tidlig i 2004.

Innføringen av felles personalressurssystem (PRS) er i slutfasen. Målet med prosjektet er å sikre effektiv håndtering av prosessene knyttet til personalressursene, bl.a. eliminere behovet for timelister og manuell håndtering i sykehusene knyttet til timeregistrering.



## Reform også på økonomistyring

**Overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til statlige helseforetak omfatter mye mer enn eierskap og ledelsesform. Også når det gjelder økonomiske prinsipper og regelverk skjedde en vesentlig endring, hovedsakelig fordi regnskapsloven legges til grunn for årsregnskapet.**

### Helhetlig rapportering av økonomiske drift

Hvert enkelt helseforetak skal avgi komplett årsregnskap i henhold til regnskapslovens bestemmelser. I forhold til tidligere regnskapspraksis for sykehusene gir dette en mer helhetlig rapportering av foretakets økonomiske drift og stilling. Den vesentligste forskjellen knytter seg til periodisering av investeringskostnader som tidligere ikke ble belastet driften i foretaket, men som nå fordeles over investeringsens levetid gjennom avskrivninger over resultatregnskapet.

### Avklaringer på veien mot bedre økonomistyring

En del av de grunnleggende forutsetningene for god økonomistyring er foreløpig ikke på plass. Dette gjelder først og fremst at de endelige åpningsbalanser og at finansiering av avskrivninger ikke er fastlagt. En klargjøring vil skje i løpet av kommende høst i forbindelse med framlegging av statsbudsjett for 2004.

Videre vil det i løpet av inneværende år (2003) bli vedtatt framtidig struktur for finansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette vil skje med utgangspunkt i rapporten som «Hagen-utvalget» la fram i desember 2002. Begge disse forhold vil i vesentlig grad påvirke økonomien og økonomistyringen i tiden framover.

### Et usikkerhetsmoment

Regnskapsmessig behandling av pensjonskostnader har vært et vesentlig usikkerhetsmoment i 2002. Først helt på tampen av året ble dette endelig avklart, og fram til da var det uklarthet omkring virkelig resultat.

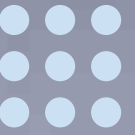
### Løpende rapportering av status

Helse Midt-Norge har i 2002 lagt vesentlig vekt på korrekt løpende rapportering av de økonomiske resultater i hvert enkelt foretak. Bortsett fra når det gjelder pensjonskostnader, har vi i løpet av året hatt en vesentlig framgang på dette området, og vi mener nå å ha en tilfredsstillende løpende rapportering av resultat og status.

### Rapportering fra hver enkelte enhet

Et viktig satsningsområde i 2003 er å bedre den økonomiske rapporteringen knyttet til hver enkelt enhet i hvert foretak, slik at den enkelte leder i større grad får grunnlag for sine beslutninger. Dette vil skje både gjennom tilførsel av økonomisk kompetanse og bedre styringssystemer.





Beholde god helse lengst mulig i livet.

Bli frisk når sykdom rammer

Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger

Møte livets slutt på en trygg og verdig måte.



## Styrets Årsberetning **2002** Helse Midt-Norge RHF

Staten overtok ved årsskiftet ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge RHF er et av disse og omfatter spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I tillegg ble sykehusapotekene i regionen overtatt og organisert i et eget helseforetak.

### *I 2002 besto foretaksgruppen Helse Midt-Norge av følgende helseforetak:*

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF
- Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

### *Helse Midt-Norge skal i samvirke med helsetjenesten forøvrig bidra til å forbedre befolkningens helse og dermed livskvalitet. Helsetjenestens generelle ambisjon er å gi befolkningen en bedre evne til å:*

- Beholde god helse lengst mulig i livet
- Bli frisk når sykdom rammer
- Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
- Møte livets slutt på en trygg og verdig måte

Dette er også de overordnede mål som Helse Midt-Norge skal legge til grunn for sitt arbeid.

Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Regionen har et pasientgrunnlag på 637 500 innbyggere.

### **Hovedmål 2002**

#### *Hovedmålene for Helse Midt-Norge i 2002 var:*

- å bli kvitt uverdigg venting
- eliminere korridorpasienter som gjennomgående fenomen
- innføre god økonomistyring

### **Ventelister**

Ved inngangen til 2002 sto 51 428 pasienter på venteliste ved helseforetakene i Midt-Norge. Mange av disse hadde ventet i årevis på behandling; 11 783 hadde ventet mer enn ett år, og av disse hadde 1 955 ventet mer enn fire år. Det var åpenbart behov for et krafttak; dels var det viktig å hjelpe de pasientene som allerede hadde ventet alt for lenge, og dels måtte ventelister og ventetider bringes ned

på et akseptabelt nivå så raskt som mulig. Helse Midt-Norge RHF satte seg som mål å redusere ventelister og ventetider med 30 % i løpet av året.

Helse Midt-Norge RHF iverksatte flere tiltak for å oppnå dette. For det første var det tvil om kvaliteten på venteliste-statistikken, det ble ofte hevdet at statistikken var misvisende og at den virkelige situasjon var vesentlig bedre enn tallene tydet på. Norsk pasientregister (NPR) ble engasjert for å gjennomgå helseforetakenes rutiner for venteliste-registrering, og det ble avdekket mange feilkilder og svakheter. Rapporten fra dette arbeidet ble presentert på en stor regional konferanse i juni. Den inneholdt forslag om 16 konkrete tiltak for å forbedre venteliste-registreringen, og disse er blitt fulgt opp etter hvert.

En ikke uvanlig feil i venteliste-statistikken er at en del pasientene som står på ventelister ikke er reelle ventende.

Det store flertall av de som står på ventelister venter imidlertid på spesialisthelsetjenester, mange for alvorlig sykdom og mange med betydelige plager. For at disse skulle få hjelp så raskt som mulig ble det, som et supplement til kapasiteten i egne helseforetak, inngått avtaler med en rekke private aktører. Samtidig ble trygdeetatens ordninger for kjøp av helsetjenester innenlands og utenlands («utenlandsmilliarden») aktivt utnyttet. Ved utgangen av 2002 var antall pasienter på venteliste redusert til 38 702, som tilsvarer 25 % reduksjon. Antallet som hadde ventet mer enn ett år var redusert til 3 635, til ca. en fjerdedel av antallet ved begynnelsen av året, og antallet som hadde ventet mer enn fire år var redusert til 305 – mindre enn 10 % av antallet ved starten av året.

Ventelistesituasjonen i Midt-Norge ble betydelig forbedret i løpet av 2002, og den gjennomsnittelige ventetid gikk ned fra 294 dager ved begynnelsen av året til 156 dager ved slutten av året. Det er fortsatt nødvendig med en betydelig innsats, og for 2003 er det satt nye og ambisiøse mål for reduksjon av ventelister og ventetider. Samtidig blir det fra 1. september 2003 innført en ordning hvor alle pasienter som settes på venteliste ved helseforetak i Midt-Norge skal få avtale om en rimelig medisinsk behandlingsfrist.

### **Korridorpasienter**

Pasienter som systematisk ligger i korridorer på våre sykehus har også vært et uverdigg og altfor vanlig problem; i Midt-Norge stort sett i Ålesund og Trondheim. Målet for 2002 var å redusere dette problemet med 30 %. Helse Sunnmøre HF tok i bruk ny sengepost ved medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus vinteren 2002 og har etter dette på det nærmeste eliminert problemet, samtidig som også sykefraværet hos ansatte ble redusert.

Styret ved St. Olavs Hospital HF hadde som mål å fjerne problemet i 2002. Pågående aktivitet og tiltak på St. Olavs Hospital HF bedret situasjonen i 2002, men en konstaterer at målet ikke ble nådd for 2002, men skal nåes i 2003. Det har blant annet tatt tid å utvide sengetilbudet noe.

### Økonomistyring

God økonomistyring er en sentral forutsetning for at forventningene til helsereformen skal kunne innfris. Det har gjennom hele 2002 vært usikkerheter knyttet til flere av de grunnleggende elementer i god økonomistyring, og enkelte av disse er fremdeles ikke avklart – langt inn i 2003. Vår åpningsbalanse er ennå ikke endelig fastlagt, og dermed heller ikke det framtidige nivå på avskrivninger. Dette vil skje kommende høst i forbindelse med framleggelse av statsbudsjett 2004, hvor også metode for finansiering av avskrivninger vil bli klarlagt.

Forslag til framtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten ble framlagt av Hagen-utvalget ved siste årsskifte og er nå under videre bearbeiding. Eventuelle endringer i finansieringssystemene vil bli iverksatt fra 2004.

Etter styrets oppfatning er det av vesentlig betydning for Helse Midt-Norge RHF's videre arbeid at ovennevnte forhold snarest blir endelig avklart, da framtidige finansielle og økonomiske rammebetingelser er en avgjørende faktor for de strategiske valg man i den videre drift må foreta. Dette er tatt opp med vår eier i egen ekspedisjon.

Både størrelsen på og den regnskapsmessige behandling av pensjonspremie og pensjonskostnader har vært en stor usikkerhet i 2002. Premien ble som følge av sviktende inntjening i finansmarkedet og et godt lønnsoppgjør for våre ansatte, langt høyere enn normalt og medførte dermed en stor likviditetsmessig belastning. Den kostnadsmessige belastning av pensjoner ble klarlagt først på slutten av året, og ligger langt under pensjonspremien.

Helse Midt-Norge RHF har lagt vesentlig vekt på korrekt løpende rapportering av de økonomiske resultater for de enkelte foretak. Bortsett fra de problemer ovennevnte usikkerheter har medført, har vi i løpet av året hatt stor framgang når det gjelder kvaliteten på den økonomiske rapportering.

### Andre forhold

Helsereformen er ikke bare en eierreform, den er ikke minst en lederskapsreform. Det er i 2002 igangsatt et omfattende program for lederutvikling i våre foretak. Det primære målet med opplegget er å etablere felles holdninger til og kunnskap om hva ledelse i sykehus innebærer etter helsereformen, slik at utøvelse av ledelsesfunksjonen i våre foretak kan bedres og bli mer enhetlig. I 2002 har 27 ledere fullført programmet, mens vi i 2003 forventer at ytterligere ca. 100 vil ha gjennomført tilsvarende.

### Utviklingstrekk i helseforetakenes virksomhet

Det har i 2002 vært betydelige utfordringer for helsefore-

taksgruppen knyttet til de mange og vesentlige endringer som har skjedd i forbindelse med overgang fra fylkeskommunalt eierskap til statlig eierskap gjennom egne foretak. Det er en krevende omstilling å gå fra direkte politisk styring til den nye modellen, og det stiller betydelige krav til kulturelle og lederskapsmessige endringer.

Hvert helseforetak har en konkret utfordring knyttet til samordning av driften mellom flere sykehus. Styring av virksomheten som én enhet gir potensiale for en mer effektiv drift og for å hente ut synergieffekter. Ved utgangen av 2002 var hovedtrekkene i nye organisasjonsmodeller klar, og arbeidet med implementering og utvikling av disse vil fortsette i 2003.

Fra 1.1.2003 ble St. Olavs Hospital HF og Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag HF et foretak, og om ytterligere ett år blir også Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF en del av det nye foretaket.

### Redegjørelse for årsregnskapet / økonomiske resultater i 2002

Som nevnt ovenfor har det vært betydelige uklarheter knyttet til vesentlige kostnadsposter i 2002, og enkelte av disse er avklart først i forbindelse med ferdigstillelse av årsregnskapet. Dette har medført store utfordringer knyttet til rapportering gjennom året.

Den foreliggende åpningsbalanse, samt størrelse på og finansiering av ordinære avskrivninger er ennå ikke fastlagt. Av denne grunn er det fra vår eier klart tilkjenngitt at det vesentligste målekriterium i 2002 er resultat før avskrivninger og investeringstilskudd, og for foretaksgruppen Helse Midt-Norge gir dette i 2002 et overskudd på 35,2 mill. kr.

Det positive resultatet i foretaksgruppen har delvis sammenheng med økt aktivitet uten tilsvarende kostnadsøkning. Aktivitetsbaserte inntekter utgjør til sammen 2 923,4 mill. kr og er 73,3 mill. kr over planen. Merinntekten består av polikliniske inntekter på 38,6 mill. kr og DRG-refusjon på 34,6 mill. kr. I tillegg er det på grunn av god likviditet i 2002 inntektsført 74,3 mill. kr i netto finansinntekter.

Sum driftskostnader før avskrivninger er 7 583,7 mill. kr og er dermed 307,7 mill. kr over budsjett. Dette fordeles seg med et merforbruk på 118,8 mill. kr i varekostnader, et merforbruk på 72,5 mill. kr på lønnskostnader og et merforbruk på 116,5 mill. kr på andre driftskostnader.

En stor del av økningen i varekostnadene gjelder kjøp av medisinske forbruksvarer og kjøp av varer for videre salg. Denne økningen har direkte sammenheng med sykehusenes merproduksjon og Sykehusapotekenes økte omsetning. Videre har vi høyere kostnader enn forutsatt på kjøp av helsetjenester. Denne kostnadsøkningen er spesielt knyttet til ekstraordinære kjøp fra private aktører blant annet for å få ned ventelistene. Av den totale varekostnaden på 1 163 mill. kr utgjør kjøp av helsetjenester fra andre offentlige og private sykehus 172 mill. kr.

Merforbruket på lønn kan i sin helhet tilskrives årets lønnsoppgjør, samt ekstra pensjonsutgifter knyttet til lønnsoppgjøret og lavere avkastning på fondsmidlene i pensjonsordningen.

Merforbruket på andre driftskostnader fordeler seg på mange forskjellige grupper. Noe er merkostnader knyttet til reparasjoner og vedlikehold, kjøp av eksterne tjenester, bl.a. IT-relaterte kostnader, reisekostnader med mer.

Likviditet har vært tilfredsstillende gjennom året, og dette har gitt vesentlig høyere finansinntekter enn budsjettet.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten baserer seg i hovedsak på basisrammer, øremerkede driftstilskudd og stykkprisfinansiering (egenandeler, poliklinisk refusjon og DRG-refusjon). Ingen av disse inntektene tar høyde for finansiering av kapitalkostnader. I tråd med praksis i landets øvrige helseforetak, har foretaksgruppen inntektsført mottatt investeringstilskudd på 283 mill. kr. Investeringstilskuddet anses som finansiering av avskrivningskostnadene. Kostnadsførte avskrivninger er på 404,6 mill. kr. I tillegg er det foretatt nedskrivninger med 8,6 mill. kr. Differansen mellom mottatt investeringstilskudd og bokførte avskrivninger medførte at årets resultat for foretaksgruppen ble på -94,911 mill. kr.

Det arbeides med tiltak for å etablere bedre samsvar mellom kostnader og økonomiske rammeforutsetninger for foretaksgruppen i 2003. Bedre kontroll av variabel lønn, blant annet med spesielt fokus på sykefravær, er også et av tiltakene som noen av helseforetakene arbeider med.

Underskuddet i morforetaket var 20,494 mill. kr. Totale driftsinntekter var 6 534,7 mill. kr etter at ISF-inntektene er redusert med varslet avkorting for 2002 på 36,3 mill. kr for foretaksgruppen. Avkorting er i sin helhet belastet Helse Midt-Norge RHF (mor). Avkorting er begrunnet med forbedret DRG-koding, og faktisk økning av pasientbehandling. Morforetakets varekostnader gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester, hovedsakelig fra private aktører. I andre driftskostnader på 292,2 mill. kr inngår blant annet kostnader som gjestepasientutgifter, luftambulans og diverse tilskudd i tillegg til morforetakets administrasjonskostnader. Lønnskostnadene på 24,79 mill. kr gjelder hovedsakelig administrasjonen i morforetaket.

Kontantstrømmen fra driften var på 199,8 mill. kr for morforetaket. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var 1 184 mill. kr. Netto kontantstrøm benyttet til investeringsaktiviteter var henholdsvis -364,8 og -746 mill. kr, og netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter var på 588,9 og 659,4 mill. kr. Den likviditetsmessige situasjonen var pr 31.12.2002 god både for morforetaket og foretaksgruppen. I løpet av 2003 vil det bli gjennomført betydelige investeringer som forventes å føre til en strammere likviditetsmessig situasjon.

## Investeringer

Foretaksgruppen Helse Midt-Norge er i gang med gjennomføringen av betydelige investeringer. Det største investeringsprosjektet er nytt sykehus ved St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Fram til 1.1.2002 var prosjektorganisasjonen med ansvar for utbyggingen organisert i fylkeskommunalt foretak, RIT2000. Utbyggingsorganisasjonen er nå en avdeling av Helse Midt-Norge RHF, og benevnes Helsebygg Midt-Norge. Fase 1 i utbyggingen ble startet i 2002, og virksomheten går helt i tråd med vedtatte planer. Fase 1 skal være ferdigstilt i 2006, mens hele utbyggingen planlegges ferdigstilt i 2012.

Hos flere av de andre foretakene pågår det også til dels stor byggevirksomhet. I Nord-Trøndelag er et av byggetrinnene gjennomført, og det skal gjennomføres ytterligere utbygging av Sykehuset Levanger. Ved Ålesund sjukehus er ny kreftavdeling under bygging. Kreftavdelingen er et ledd i den Nasjonale kreftplanen, og skal være ferdig ved utgangen av 2003.

Ved flere av våre bygg er det behov for betydelige vedlikeholds- og oppgraderingstiltak, og det vil i løpet av de kommende år være nødvendig å prioritere ressurser til gjennomføring av dette. Av de bygg med størst behov for vedlikehold, vil styret vil spesielt framheve Molde sjukehus.

Innen psykiatrien vil det ved flere foretak bli gjennomført utbygging av flere DPS (distriktpsykiatriske senter) i løpet av kommende år. Flere av disse byggeprosjektene er igangsatt, og utbyggingen er et ledd i statens opptrappingsplan innenfor psykiatrien.

Helse Midt-Norge RHF har i 2002 mottatt 708,99 mill. kr i investeringsmidler fra Staten. Av dette er 283 mill. kr inntektsført som en del av basisrammen. Resten av investeringsmidlene er direkte tilskudd til Helsebygg Midt-Norge på 380 mill. kr og tilskudd gjennom kreftplanen med 45,99 mill. kr som går til finansiering av ny kreftavdeling ved Helse Sunnmøre. Totalt var det planlagt investeringer for 865,9 mill. kr i 2002. På grunn av forsikninger i noen av prosjektene var det ikke behov for lånefinansiering i 2002.

Spesialisthelsetjenesten vil i framtiden normalt ikke motta spesifikke investeringstilskudd, men i stedet få en styrking av basisrammen for å kunne dekke kostnader ved låneopptak.

## Fortsatt drift

I henhold til regnskapslovens § 3-3, bekrefter vi at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningen om fortsatt drift. Til grunn for antagelsen ligger forventninger om en framtidig finansiering som er dekkende i forhold til de løpende driftskostnader som er nødvendig for å opprettholde det aktivitetsnivå som fra eiers side kreves av foretaket.

Virksomhetens kapitalbase er ennå ikke avklart av Helsedepartementet. Størrelsen på tingsinnskuddet ved overføring av virksomheten fra fylkeskommunene er ikke

fastsatt. Foretakets egenkapital er således basert på en foreløpig vurdering.

Til grunn for antagelsen om fortsatt drift ligger også den lovregulering av helseforetak som slår fast at helseforetak ikke kan gå konkurs.

### Arbeidsmiljø

Det er satt spesielt fokus på arbeidsmiljø. Flere av foretakene har i løpet av 2002 inngått avtale om å bli en «inkluderende arbeidslivsbedrift». Målet er først og fremst å redusere sykefraværet, men også å beholde eldre arbeidstakere lengre i arbeid og få langtidssykemeldte tidligere tilbake i jobb.

Inkluderende arbeidsliv er en intensjonsavtale mellom partene i arbeidslivet, Sosialdepartementet og Trygdeetaten, og går til utgangen av 2005.

2002 var Helse Midt-Norge RHF's første driftsår, og det er lagt vekt på å iverksette de tiltak som er nødvendig for å skape gode arbeidsforhold og godt arbeidsmiljø for den enkelte ansatte.

Sykefraværet i datterforetakene i 2002 varierer fra 4,7 % til 9,1 %. Sykefraværet var totalt 4,8 % i Helsebygg Midt-Norge og 1 % i resten av morforetaket.

Det er ikke rapportert hendelser med alvorlige fysiske skader så langt i 2002, men det er imidlertid rapportert om flere episoder knyttet til stikkuehell. Innen psykiatrien er det satt spesielt fokus på skader påført av pasienter. Det foreligger liten dokumentasjon på slitasje- og belastningsskader. Ut fra alminnelige kunnskap om helsesektoren er det imidlertid grunn til å tro at en del av sykefraværet har sammenheng med slike skader.

Implementering og utvikling av HMS-dokumentasjon og fokus på reduksjon av sykefravær er viktige satsningsområder innenfor arbeidsmiljøet i tiden framover. Videre vil det være en stor utfordring å ivareta ansatte i forbindelse med fusjonsprosjektet mellom St. Olavs Hospital HF og Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF, og senere Orkdal Sanitetsforenings Sjukelhus HF, slik at overtallige ansatte får arbeidsoppgaver som de opplever som meningsfulle. Tilsvarende utfordringer gjelder også for Helse Sunnmøre HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF som har to sykehus der det pågår samordning av tjenestetilbudet og ulike sammenslåinger av fellesfunksjoner.

Helsebygg Midt-Norge har en HMS-profil for planlegging, bygging og drift av det nye sykehuset. Det er fire prioriterte områder, hvorav «Ingen alvorlige ulykker eller skader på byggeplass» er ett.

Det er entreprenørene som har ansvar for bygningsarbeidernes sikkerhet på byggeplassen, men Helsebygg Midt-Norge stiller krav om at systematiske tiltak, f.eks. verneinspeksjoner, gjennomføres. Våre representanter varsler entreprenøren når risikoforhold oppdages. Helsebygg Midt-Norge avholder HMS-introduksjonskurs for alle som skal arbeide innenfor byggeområdet. På dette kurset er sikkerhet for bygningsarbeiderne en viktig del.

LO har en egen person i Helsebygg Midt-Norge som har HMS og byggeplassansattes sikkerhet som sine oppgaver. Denne er daglig ute på plassen.

Det er ikke meldt om alvorlige skader på bygninger og utstyr i 2002.

### Ansatte

Omorganisering, omstillinger, prosjekter og kostnadsbesparelser har stilt store krav til fleksibilitet og samarbeid hos de ansatte i foretaksgruppen. Forbedringer i inntektsgrunnlaget for foretaksgruppen er svært begrenset. Arbeidet med å oppnå resultater må skje gjennom en organisasjonsutvikling som utløser medarbeidernes kompetanse, skaperkraft og effektivitet, og representerer store muligheter og løpende utfordringer for konsernet. Vi retter en takk til alle ansatte for deres bidrag og det gode samarbeidet vi har hatt i en krevende periode.

### Ytre miljø

Helseforetakene belaster miljøet ved at driften krever stor tilførsel av vann og energi, og produksjon av store mengder av avfall, herunder spesialavfall. Det er funnet ulike løsninger for håndtering av avfallet. Kildesortering, egne forbrenningsanlegg og miljøstasjoner er noen av tiltakene som benyttes for å få ned omfanget av avfallet. Håndtering av risiko- og spesialavfall skjer på en forskriftsmessig måte. Det er fokus på å begrense energi- og vannforbruket.

Deler av byggevirksomheten er av en slik art at ytre miljø vil påvirkes. Dette vil i særlig grad gjelde utbyggingen av nytt sykehus ved St. Olavs Hospital HF, som vil pågå i mange år. Prosjektet har en høy miljøprofil som blant annet skal sikre at utforming og materialvalg i det framtidige sykehuset tar hensyn til brukere, ansatte og omgivelsene for øvrig. Det er en egen enhet som påser at prosjektering og bygging tar hensyn til kravene nedfelt i eget miljøoppfølgingsprogram.

### Framtidsutsikter

*Våre viktigste utfordringer vil være knyttet til følgende områder:*

- Pasienten vil stadig øke sin medinnflytelse gjennom at vi setter pasienten i sentrum kombinert med større egenkompetanse og økte rettigheter for den enkelte pasient.
- Større andel av pasienten har kroniske lidelser.
- Større andel av eldre pasienter.
- Økt behov for psykiatriske tjenester.
- Endret ansvar for behandling av rusmisbrukere.
- Samlet ressurstilgang antas å ville bli relativt stabil.
- Større andel av private aktører i helsetilbudet.
- Videreutvikling av samarbeidet med brukerorganisasjonene gjennom brukerutvalg og -medvirkning.



*Vår holdninger til disse utfordringer vil innebære endring og utvikling knyttet til blant annet:*

- Utvikling og synliggjøring av kvalitet i alle ledd i våre organisasjoner.
- Forpliktelser knyttet til våre leveranser, for eksempel gjennom individuelle behandlingsfrister.
- Samarbeide med private aktører.
- Effektivisering av egne tjenester gjennom mer målrettede behandlingsopplegg, for derved å frigjøre ressurser til større innsats innenfor våre primære målområder.
- Utvikle nærmere samarbeide med primærhelsetjenesten.
- Øke satsing på klinisk forskning for blant annet å sikre optimale behandlingsmetoder både når det gjelder resultat og ressursforbruk.

*I tråd med styringssignalene fra eier satte styret i Helse Midt-Norge RHF i 2002 følgende hovedmål foretaksgruppen for de kommende år:*

- Det skal være orden og styring på økonomien
- All uverdig og unødvendig venting skal bort
- Korridorpasienter skal forekomme rent unntaksvis

Styret mener dette er ambisiøse, men realistiske mål. Styret har godkjent at helseforetakene kan gå med under-

skudd på 428 mill. kr i 2003 før avskrivninger og tilhørende finansiering. Det negative resultatet har hovedsakelig sammenheng med konsekvensene av lønnsoppgjøret i 2002 og en videre satsning på å få redusert ventelistene. Det arbeides med organisasjonstilpasninger, effektiviserings- og omstillingstiltak i alle helseforetak for å oppnå balanse mellom inntekter og kostnader, noe det er stilt krav om fra eier fra og med inntektsåret 2004.

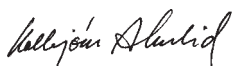
*I 2003 vil foretaksgruppen rette oppmerksomheten mot følgende fire fokusområder som er valgt særlig med sikte på at de skal understøtte arbeidet med å nå våre hovedmål:*

- Kvalitet
- Effektivitet
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Ledelse

#### **Disponering av årsresultat**

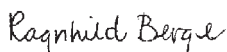
Helse Midt-Norge RHF fikk et årsunderskudd på kr 20 494 333,67, og overfor foretaksmøtet foreslår styret at beløpet overføres annen egenkapital. Underskuddet vil måtte dekkes inn av framtidige overskudd eller annen kapitaltilførsel.

Stjørdal 01.06.2003

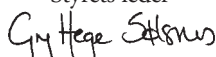
  
Kålbjørn Almlid

  
Greta K. Herje

  
Ellen Marie Wøhni

  
Ragnhild Berge

Ragnhild Berge  
Styrets leder

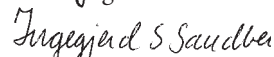
  
Gry Hege Sølsnes  
Nestleder

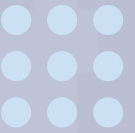
  
Jonhild Jorma

  
Paul Hellandsvik  
Administerende direktør

  
Gunnar Bovim

  
Helge Haarstad

  
Ingegjerd S. Sandberg



Helse Midt-Norge RHF har lagt vesentlig vekt på korrekt løpende rapportering av de økonomiske resultater for hvert enkelt foretak. I løpet av året har vi oppnådd en klar forbedring av kvaliteten på dette området.



**Resultatregnskap 17.08.2001 - 31.12.2002** (beløp i hele 1 000)

Mor	Note		Note	Konsern
		<b>Driftsinntekter</b>		
4 107 670	2	Basisramme	2	4 107 670
2 166 138	2	Aktivitetsbasert inntekt (ISF og polikliniske inntekter)		2 923 422
260 867	2	Andre salgsinntekter		665 518
		Andre driftsinntekter		131 007
6 534 675		<b>Sum driftsinntekter</b>		7 827 617
		<b>Driftskostnader</b>		
6 245 265	2, 3	Varekostnad	3	1 162 854
24 790	4, 5	Lønnskostnad	4, 5	5 148 044
292 188	6, 10	Annen driftskostnad	6, 10	1 272 865
-27 568		<b>Driftsresultat før avskrivninger og nedskrivninger</b>		243 854
3 781	7, 8	Avskrivning på varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	7, 8	404 577
	8	Nedskrivning av varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	8	8 570
-31 349		<b>Driftsresultat</b>		-169 293
10 745		Annen renteinntekt		80 604
		Annen finansinntekt		1 095
4	4	Annen rentekostnad		7 264
4	4	Annen finanskostnad		53
-20 495		<b>Årsresultat</b>		-94 911
		<b>Anvendelse av årsresultatet</b>		
20 495		Overføring til annen egenkapital		94 911
20 495		<b>Sum anvendelse</b>		94 911



Balanse (beløp i hele 1 000)

Mor			Konsern			
01.01.2002	31.12.2002	Note	Eiendeler	Note	31.12.2002	01.01.2002
<b>Anleggsmidler</b>						
<b>Immaterielle eiendeler</b>						
20 365	39 181	7	EDB-programmer, lisenser etc	7	59 454	20 365
20 365	39 181		<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		59 454	20 365
<b>Varige driftsmidler</b>						
4 970 956	860 139	8, 9	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	8, 9	5 219 549	4 970 956
889 295	8 805	8	Driftsløsøre, inventar, verktøy, kontormask. og lign.	8	913 420	889 295
5 860 251	868 944		<b>Sum varige driftsmidler</b>		6 132 969	5 860 251
<b>Finansielle anleggsmidler</b>						
	4 895 409	12	Investeringer i datterselskap			
119 343	188	13	Investeringer i aksjer og andeler	13	119 343	119 343
41			Obligasjoner og andre fordringer			41
119 384	4 895 597		<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		119 343	119 384
6 000 000	5 803 722		<b>Sum anleggsmidler</b>		6 311 766	6 000 000
<b>Omløpsmidler</b>						
177 798	0	3	Varer	3	178 359	177 798
<b>Fordringer</b>						
59 346	10 752	6	Kundefordringer	6	284 944	710 287
60	107 135		Andre fordringer		192 446	304 562
59 406	117 887		<b>Sum fordringer</b>		477 390	1 014 849
<b>Investeringer</b>						
			Markedsbaserte obligasjoner		20 000	
0	0		<b>Sum investeringer</b>		20 000	0
88 974	423 985	15	Bankinnskudd, kontanter og lignende	15	1 244 245	146 812
326 178	541 872		<b>Sum omløpsmidler</b>		1 919 994	1 339 459
6 326 178	6 345 594		<b>Sum eiendeler</b>		8 231 760	7 339 459

Balanse (beløp i hele 1 000)

Mor			Konsern		
01.01.2002	31.12.2002	Note	Note	31.12.2002	01.01.2002
<b>Egenkapital og gjeld</b>					
<b>Egenkapital</b>					
Innskutt egenkapital					
100	100	21	21	100	100
4 891 397	4 891 397	16	8, 16	4 891 397	4 891 397
Annen innskutt egenkapital					
4 891 497	4 891 497			4 891 497	4 891 497
Sum innskutt egenkapital					
Opptjent egenkapital					
0	-20 495	16	16	-94 911	0
Annen egenkapital					
0	-20 495			-94 911	0
Sum opptjent egenkapital					
4 891 497	4 487 002			4 796 586	4 891 497
Sum egenkapital					
<b>Gjeld</b>					
Avsetning for forpliktelser					
623 213	5 981	5	5	323 544	623 213
618 809	932 813		19	1 115 853	618 809
Pensjonsforpliktelser					
Andre avsetninger for forpliktelser					
1 242 022	938 794			1 439 397	1 242 022
Sum avsetning for forpliktelser					
Annen langsiktig gjeld					
	138 000	17	17	138 000	
0	40 635	14, 17	8, 17	32 685	0
Gjeld til Helsedepartementet					
Øvrig langsiktig gjeld					
0	178 635			170 685	0
Sum annen langsiktig gjeld					
Kortsiktig gjeld					
4 837					4 837
Gjeld til kredittinstitusjoner					
0	33 562			369 431	160 998
Leverandørgjeld					
2 820	6 721			430 723	351 410
Skyldige offentlige avgifter					
185 002	316 880			1 024 938	688 695
Annen kortsiktig gjeld					
192 659	357 163			1 825 092	1 205 940
Sum kortsiktig gjeld					
1 434 681	1 474 592			3 435 174	2 447 962
Sum gjeld					
6 326 178	6 345 594			8 231 760	7 339 459
Sum egenkapital og gjeld					

Stjørdal 01.06.2003

*Kølbjørn Almlid*  
Kølbjørn Almlid

*Greta K. Herje*  
Greta K. Herje

*Ellen Marie Wøhni*  
Ellen Marie Wøhni

*Ragnhild Berge*  
Ragnhild Berge  
Styrets leder

*Gry Hege Søsnes*  
Gry Hege Søsnes  
Nestleder

*Jonhild Joma*  
Jonhild Joma

*Paul Hellandsvik*  
Paul Hellandsvik  
Administerende direktør

*Gunnar Bovim*  
Gunnar Bovim

*Helge Haarstad*  
Helge Haarstad

*Ingegjerd S. Sandberg*  
Ingegjerd S. Sandberg

**Kontantstrømoppstilling 2002**

Kontantstrømoppstilling etter den indirekte metoden	Mor	Konsern
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>		
Resultat	-20 495	-94 911
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		1 278
Ordinære avskrivninger	3 781	404 577
Nedskrivning anleggsmidler		8 570
Endring i varelager		-561
Endring i kundefordringer	48 594	425 344
Endring i leverandørgjeld	33 562	208 432
Reduksjon pensjonsforpliktelse	-87	-299 669
Endringer i andre tidsavgrensningsposter	134 478	530 987
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>199 833</b>	<b>1 184 047</b>
<b>Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter</b>		
Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler		3 073
Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	-364 137	-729 167
Utbetalinger ved kjøp av aksjer og andeler i andre foretak	-700	
Utbetalinger ved kjøp av andre investeringer		-20 000
Innbetalinger ved kjøp av andre investeringer		41
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-364 837</b>	<b>-746 053</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	138 000	170 685
Økte avsetninger og forpliktelser	415 091	498 957
Netto endring i kassekreditt	-4 837	-4 837
Utbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-5 366
Økning gjeld til datterselskap	40 635	
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>588 889</b>	<b>659 439</b>
Effekt av valutakursendringer på kontanter og kontantekvivalenter	0	0
<b>Netto endring i kontanter og kontantekvivalenter</b>	<b>423 885</b>	<b>1 097 433</b>
<b>Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens begynnelse</b>	<b>100</b>	<b>146 812</b>
<b>Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens slutt</b>	<b>423 985</b>	<b>1 244 245</b>

**Note 1 Regnskapsprinsipper**

**Grunnleggende prinsipper**

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998 jf. Lov om helseforetak, og god regnskapsskikk.

Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.08.2001 og datterforetakene 13.12.2001 i forbindelse med at Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal og prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge. Helsebygg Midt-Norge er en byggeorganisasjon som har i oppgave å ivareta planlegging og bygging av nytt sykehus ved datterforetaket St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2002 følgende datterforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF
- Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Den 01.01.2002 overtok Helse Midt-Norge RHF formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge fra fylkeskommunene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Virksomhetsoverføringen fra de tidligere institusjonene ble samme dag overført til våre datterforetak. Virksomhetsoverføringen er forutsatt gjennomført ved et tingsinnskudd til virkelig verdi. Den endelige verdien av tingsinnskuddet er ennå ikke fastsatt og i regnskapet presenteres foreløpige verdier for anleggsmidler og egenkapital.

Siden 2002 er første året foretaket avlegger regnskap etter regnskapsloven presenteres det ikke sammenligningstall for resultatregnskapet. Balansen vises med sammenligningstall 01.01.2002 slik tingsinnskuddet ble lagt inn. Regnskapet gjelder for perioden 17.08.2001 til 31.12.2002.

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

**Klassifisering og vurdering av balanseposter**

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som faller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost, men nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som ikke forventes å være forbigående.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

**Prinsipper for inntektsføring**

Driftsinntektene til konsernet kan hovedsakelig deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter. Grunnfinansieringen består av basisramme drift og region-sykehusstilskudd. Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering) og polikliniske inntekter.

I tillegg kommer andre salgsinntekter, som blant annet består av øremerkede statstilskudd og salg av andre varer og tjenester.

Hovedregelen er at inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Basisrammen fordeles jevnt over året, mens ISF anses opptjent når pasienten skrives ut.

I 2002 har Helse Midt-Norge mottatt direkte investeringstilskudd til delvis dekning av investeringskostnadene. Fra og med regnskapsåret 2003 er dette tilskuddet falt bort og erstattet med en styrking av basisrammen som skal finansiere verdireduksjon på anleggsmidlene (avskrivningskostnadene). Basert på en vurdering av de reelle forhold knyttet til dette tilskuddet er deler av tilskuddet inntektsført. Investeringstilskudd som er utbetalt via krefteplanen og til finansiering av bygging av nytt sykehus ved St. Olavs Hospital HF er ikke inntektsført.

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av rammetilskuddet.

**Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling**

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

**Kontantstrømoppstilling**

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

**Valuta**

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

**Konsolidering av datterforetak**

Konsernregnskapet omfatter alle datterforetakene i konsernet. Alle helseforetakene er 100 % eid av Helse Midt-Norge RHF. I konsernregnskapet er alle vesentlige mellomværende, transaksjoner gjennom året og intern fortjeneste eliminert.

## Note 2 Inntekter

	Totale inntekter i Mor	Inntekter vedr. aktiviteter i Mor	Midler til datterforetakene
Basisramme	4 107 670	185 305	3 922 365
Aktivitetsbaserte inntekter (her ISF)	2 166 138	60 927	2 105 211
Andre salgsinntekter, inkl. øremerkede tilskudd	260 867	60 916	199 951
<b>Sum</b>	<b>6 534 675</b>	<b>307 148</b>	<b>6 227 527</b>

Inntekter som går via Helse Midt-Norge RHF (mor) og videreføres til datterforetakene er inntektsført som basisramme, øremerkede tilskudd og ISF i morforetaket. Ved fordeling til datterforetakene er dette kostnadsført som varekostnader, nærmere bestemt kjøp av helsetjenester.

Inntektsført investeringstilskudd utgjør totalt 283 mill. kr. Investeringstilskuddet er inntektsført som en del av basisrammen. Differansen mellom inntektsført investeringstilskudd og faktisk mottatt tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF (mor) i de enkelte helseforetak utgjør netto 40,635 mill. kr. I mor er dette ført som langsiktig gjeld til datterforetakene. Mellomværende forutsettes å bli gjort opp på lang sikt.

## Note 3 Varer

	31.12.02	01.01.02	Endring
Råvarer	364	157	207
Handelsvarer	18 303	17 935	368
Medisinske forbruksvarer	129 867	128 648	1 219
Blodlager og væskelager	19 731	19 765	-34
Øvrige lagerbeholdninger *	10 094	11 293	-1 199
<b>Verdi i balansen</b>	<b>178 359</b>	<b>177 798</b>	<b>561</b>

\* Kjøkkenmateriell, matvarer, kontor-/datamateriell, annet forbruksmateriell

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans. Innskutt varelager pr. 01.01.2002 ble i sin helhet overført fra Helse Midt-Norge RHF (mor) til datterforetakene samme dag. Morforetaket har ingen varebeholdning pr. 31.12.2002.

I totale varekostnader for konsernet på 1 162 mill. kr inngår kjøp av helsetjenester med 172 mill. kr. Varekostnadene i mor på 6 245,3 mill. kr gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester. 6 227,6 mill. kr gjelder kjøp hos egne datterforetak, mens eksternt kjøp utgjør 17,7 mill. kr.

## Note 4 Lønn og personalkostnader samt godtgjørelse til ledende ansatte

	Mor	Konsern
Lønn, fast	16 486	3 839 523
Lønn, variabel	1 705	431 134
Andre personalkostnader	1 755	104 285
Pensjonskostnader *)	2 331	430 550
Arbeidsgiveravgift *)	2 635	636 674
Tilskudd og refusjoner	-122	-294 122
<b>Lønnskostnader</b>	<b>24 790</b>	<b>5 148 044</b>

\*) Klassifisering av arbeidsgiveravgift knyttet til pensjonskostnader og trekk fra de ansatte er ikke håndtert på en ensartet måte i konsernet.

Det har vært ansatt gjennomsnittlig 14 973 personer i konsernet i 2002. I 2001 var det 5 innleide personer som arbeidet i Helse Midt-Norge RHF. I 2002 har det i gjennomsnitt vært 96 ansatt.

Ytelse til ledende personer	Adm.dir.	Styret
Lønn	1 222	1 163
Ytelse til pensjonsforpliktelse	12	
Andre fordeler	109	
Annen godtgjørelse	14	378
<b>Sum lønn og godtgjørelser</b>	<b>1 357</b>	<b>1 541</b>

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet kr 1 541 424,-. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på kr 365 000,-. Administrerende direktør Paul Hellandsvik har i regnskapsperioden 2002 mottatt lønn og andre godtgjørelser på kr 1 356 979,-. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl daglig leder av Helsebygg Midt-Norge har totalt mottatt ca. kr 5 572 000,- i lønn og andre godtgjørelser. Sluttvederlag tilsvarende åtte måneders lønn til tidligere daglig leder i Helsebygg Midt-Norge er inkludert i beløpet.

Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter Paul Hellandsvik har oppbeholdt som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Tilsvarende rettighet gjelder for direktørene Asbjørn Hofslie, Jan Eirik Thoresen, Synnøve Farstad, Sveinung Aune, Jan Morten Søraker, Per Holger Broch og Ragnhild Meirik.

Pensjonsalder for Paul Hellandsvik i stilling som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 % av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold.

Det er ikke ytet lån til noen av de ansatte i morforetaket.

Lån til ansatte i datterforetakene dreier seg om korttids likviditetslån. Det kreves ikke renter eller sikkerhet for disse lånene. Lånene er begrenset til en måneds lønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder.

I notene er alle tall i tabellene i hele 1 000 når ikke annet er angitt.

## Revisor

Honorar fra Helse Midt-Norge RHF (mor) til ekstern revisor for 2002 utgjorde kr 698 795,- for revisjon, herav gjelder kr 124 000,- ordinær revisjon og kr 574 795,- andre revisjonsrelaterte tjenester. I tillegg er det kostnadsført kr 79 112,- i konsulenttjenester, samt kr 7 440,- i revisjonshonorar til ekstern revisor for 2001.

Totalt honorar til ekstern revisor for konsernet utgjorde kr 1 909 943,- for revisjon, herav gjelder kr 1 103 600,- ordinær revisjon og kr 806 343,- andre revisjonsrelaterte tjenester. I tillegg utgjorde konsulenttjenester kr 1 162 776,-.

Beløpene er inkl. merverdiavgift.

## Note 5 Pensjonskostnader, -midler og -forpliktelser

Pensjonsordningene behandles regnskapsmessig i henhold til foreløpig NRS. Regionens pensjonsordning behandles som en ytelsesplan. Helse Midt-Norge RHF har pensjonsordninger som omfatter i alt 104 aktive. Ordningene gir rett til definerte framtidige ytelser. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP (Kommunal Landspensjonskasse).

I tillegg har Helse Midt-Norge RHF gjennom KLP-ordningen et solidaransvar for G-regulering av fripoliser og pensjoner tilknyttet disse. Dette er tatt hensyn til i beregningene (gjelder 8 personer).

Totalt i konsernet omfatter pensjonsordninger i alt ca. 18 300 personer (13 500 aktive og 4 800 pensjonister.) Solidaransvaret omfatter 2 750 personer. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP og Statens Pensjonskasse.

## Økonomiske forutsetninger:

Diskonteringsrente	6,5 %
Forventet lønnsregulering	4,0 %
Forventet pensjonsøkning	4,0 %
Forventet G-regulering	4,0 %
Forventet avkastning på fondsmidler	7,0 %

Som aktuariemessige forutsetninger for demografiske faktorer og avgang er lagt til grunn vanlig benyttede forutsetninger innen forsikring.

## Sammensetning av samlede pensjoner og pensjonsforpliktelser

Pensjonskostnad	Mor	Konsern
Nåverdi av årets pensjonsopptjening	5 817	459 387
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	1 767	400 992
Avkastning på pensjonsmidler	-1 339	-386 779
Administrasjonskostnad	107	19 587
<b>Netto pensjonskostnad *)</b>	<b>6 352</b>	<b>493 187</b>

\*) Netto pensjonskostnader viser pensjonskostnader før reduksjon for ansattes andel, avtalefestet pensjon og endring i avsetning for arbeidsgiveravgift. I Helse Midt-Norge RHF sine tall inngår Helsebygg sine pensjonskostnader som er aktivert som en del av verdien på anlegg under utførelse.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuariemessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler.

Netto pensjonsforpliktelser er balanseført som langsiktig rentefri gjeld.

## Avstemming av pensjonsordningenes finansierte status mot beløp i balansen:

	31.12.2002		01.01.2002	
	Mor	Konsern	Mor	Konsern
Beregnete pensjonsforpliktelser	28 725	6 469 777	5 809 440	5 809 440
Pensjonsmidler (til markedsverdi)	23 288	6 179 608	5 258 708	5 258 708
Arbeidsgiveravgift	544	33 375	72 481	72 481
<b>Netto pensjonsforpliktelser</b>	<b>5 981</b>	<b>323 544</b>	<b>623 213</b>	<b>623 213</b>

Netto pensjonsforpliktelser pr. 01.01.2002 i mor ble samme dag overført til datterforetakene med 617,145 mill. kr. Netto pensjonsforpliktelse på 6,068 mill. kr er knyttet til ansatte i Helse Midt-Norge RHF (mor) pr. 01.01.2002.

## Note 6 Kundefordringer

Årets tap i regnskapet framkommer som følger:

	Mor	Konsern
Årets endring i avsetning til tap på krav (delkrederavsetning)	0	4 768
+ Reelt tap på fordringer i år	1	8 309
- Inngått på tidligere avskrevne fordringer	0	-109
<b>Sum tap på fordringer i resultatregnskapet 1</b>		<b>12 968</b>

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetning til forventet tap pr. 31.12.02 er på 6,188 mill. kr i konsernet.

## Note 7 Immaterielle eiendeler

Immaterielle eiendeler består av konsesjoner, patenter, lisenser, kjøp- og utviklingskostnader knyttet til EDB-programmer mv.

	Mor	Konsern
Beregnet kostpris tingsinnskudd pr. 01.01.	20 365	20 365
Tilgang	40 615	48 843
Avgang (til kostpris)	0	0
Overført tingsinnskudd til datterforetakene	18 795	0
Foreløpig anskaffelseskost. pr. 31.12.	42 185	69 208
Akkum. avskrivninger pr. 31.12.	3 004	9 754
Akkum. nedskrivninger pr. 31.12.	0	0
<b>Balansført verdi pr. 31.12.</b>	<b>39 181</b>	<b>59 454</b>
Økonomisk levetid	3-8 år	3-8 år
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær

For immaterielle eiendeler har Helse Midt-Norge valgt å fastsette foreløpig kostpris 01.01.2002 til samme verdi som beregnet kostpris 01.01.2002. Årets avskrivninger er lik akkumulerte avskrivninger. Det vises for øvrig til omtale av varige driftsmidler i note 8.

Utgifter til forskning og utvikling er kostnadsført. Sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balansført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil blant annet si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjon i framtidige kostnader. Dette gjelder blant annet enkelte IT-investeringer.



**Note 8 Varige driftsmidler**

Helse Midt-Norge RHF, mor	Medisinsk- teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l	Bygninger	Tomter	Anl. under utførelse	Sum
Beregnet kostpris tingsinnskudd pr. 01.01.	662 991	226 304	6 532 823	726 740	663 086	8 811 944
Justering iht retningslinjer fra eier	0	0	-2 701 156	-250 536	0	-2 951 692
Foreløpig verdsettelse av kostpris IB	662 991	226 304	3 831 667	476 204	663 086	5 860 252
Tilgang kjøpte driftsmidler	2 853	2 653	3 856	0	314 316	323 678
Lånekostnad ved tilvirkning	0	0	0	0	0	0
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)						0
Overført tingsinnskudd til datterforetakene	662 991	222 228	3 821 391	476 204	131 395	5 314 209
Foreløpig anskaffelseskost pr. 31.12.	2 853	6 729	14 132	0	846 007	869 721
Akkumulerte avskrivninger pr. 31.12	547	230	0	0	0	777
Akkumulerte nedskrivninger pr. 31.12.	0	0	0	0	0	0
<b>Bokført verdi</b>	<b>2 306</b>	<b>6 499</b>	<b>14 132</b>	<b>0</b>	<b>846 007</b>	<b>868 944</b>
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	0	0	0	0	0	0
Økonomisk levetid	4-15 år	3-15 år	- 50 år			
Avskrivningssatser	6,67-25 %	6,67-66,7 %	2 - %			
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær	Lineær			

Konsern	Medisinsk- teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l	Bygninger	Tomter	Anl. under utførelse	Sum
Beregnet kostpris tingsinnskudd pr. 01.01.	662 991	226 304	6 532 823	726 740	663 086	8 811 944
Justering iht retningslinjer fra eier	0	0	-2 701 156	-250 536	0	-2 951 692
Foreløpig verdsettelse av kostpris IB	662 991	226 304	3 831 667	476 204	663 086	5 860 252
Tilgang kjøpte driftsmidler	146 492	69 815	167 179	224	449 263	832 973
Overført til bygninger			0	0	152 473	152 473
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	1 551	188	0	2 730	0	4 469
Foreløpig anskaffelseskost pr. 31.12.	807 932	295 931	3 998 846	473 698	959 876	6 536 283
Årets avskrivninger	129 923	60 338	204 560		0	394 822
Avgang avskrivninger på solgte driftsmidler	44	33				
Akkumulerte avskrivninger pr. 31.12.	129 879	60 305	204 560	0	0	394 744
Akkumulerte nedskrivninger pr. 31.12.	259	0	8 311	0	0	8 570
<b>Bokført verdi</b>	<b>677 794</b>	<b>235 626</b>	<b>3 785 975</b>	<b>473 698</b>	<b>959 876</b>	<b>6 132 969</b>
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	26 210	7 700	0	0	0	33 910
Økonomisk levetid	4-15 år	3-15 år	8 - 50 år			
Avskrivningssatser	6,67-25 %	6,67-66,7 %	2 - %			
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær	Lineær			

Finansiell leasing er benyttet som finansieringsform i forbindelse med kjøp av MR-maskiner ved Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre, og IT-investeringer ved St. Olavs Hospital. Forpliktelsen som er balanseført under langsiktig gjeld ved utgangen av 2002 er på 33,9 mill. kr.

Varige driftsmidler ble forutsatt overført til Helse Midt-Norge som et tingsinnskudd til virkelig verdi bl.a. basert på taksering av eiendommer, bygninger og lignende. På grunn av at Helsedepartementet ennå ikke har fastsatt framtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten, er endelig verdi på

tingsinnskuddet ikke avklart. Som et foreløpig estimat for tingsinnskuddet pr 01.01.2002 er verdien på tomter, bygninger satt til en redusert verdi av takst etter retningslinjer gitt av eier. Øvrige driftsmidler er verdsatt til opprinnelig takst. I følge Statsbudsjettet for 2003 kan verdien på anleggsmidlene forbli uavklart fram til fastsettelsen av årsregnskapet for 2003. Helsedepartementet har imidlertid uttalt at endelig fastsettelse skal skje i løpet av høsten 2003.

For 2002 er akkumulerte avskrivninger lik årets avskrivninger.



Avskrivninger på anleggsmidler er gjennomført i henhold til foretakenes avskrivningsplaner og god regnskapskikk. Årets avskrivninger er gjennomført på grunnlag av den foreløpige verdsettelsen. Avskrivningene er som hovedregel fordelt lineært over antatt økonomisk levetid med utgangspunkt i historisk kostpris.

Varige driftsmidler anskaffet etter 01.01.2002 er ført i balansen til anskaffelseskost. Varige driftsmidler balanseføres og avskrives over driftsmidlets levetid, der de har en levetid 3 år eller mer og kostpris over kr 50 000,-.

Bokførte nedskrivninger gjelder bygning som er revet i 2002. I påvente av endelig fastsettelse av verdien på tingsinnskuddet er nedskrivninger ut over dette ikke vurdert.

Formell overføring av fast eiendom fra fylkeskommunene til helseforetakene var pr. 31.12.2002 ikke gjennomført. Det pågår forhandlinger mellom fylkeskommunene og Staten om hvem som skal eie deler av eiendomsmassen. Så lenge dette er uavklart er det knyttet usikkerhet både til verdien på eiendommene, og framtidige inntekter og kostnader knyttet til driften av disse eiendommene.

## Note 9 Langsiktige byggeprosjekter

Helse Midt-Norge har flere store byggeprosjekt gående. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2002 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 mill. kr.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert regnskap pr 31.12.2002	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
St Olav/Helsebygg, byggefase 1	Helse Midt-Norge RHF	790 000	5 058 000	5 180 000	-122 000
St Olav/Helsebygg, byggefase 2	Helse Midt-Norge RHF	36 000		Ikke fastsatt ennå	
DPS Orkdal	Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF	2 245	68 000	68 000	0
DPS Tiller	Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF	1 435	95 600	95 600	0
Sikkerhetsavd./psyk/rus	Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF	1 095	267 000	267 000	0
Byggetrinn 2 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	156 733	162 000	162 034	-34
Byggetrinn 3 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	25 325	122 535	122 532	3
DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF	278	68 000	68 000	0
Ny kreftavdeling	Helse Sunnmøre HF	37 649	283 029	283 029	0
BUP/VPP pol.	Helse Sunnmøre HF	164	101 000	101 000	0
<b>Sum</b>		<b>1 050 924</b>	<b>6 225 164</b>	<b>6 347 195</b>	<b>-122 031</b>

DPS = Distrikpsykiatrisk senter

Større byggeprosjekter er i hovedsak finansiert med investeringstilskudd og basisramme. Helse Midt-Norge RHF tok opp et lån på 138 mill. kr på slutten av 2002 for videre finansiering av byggeprosjekter.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helsedepartementet og delvis av Forsknings- og utdanningsdepartementet. Finansieringen fordeler seg med henholdsvis 73,46 % og 26,54 %, noe som igjen reflekterer endelig eierforhold mellom St. Olavs Hospital HF og NTNU i følge vedtatte planer pr 31.12.2002. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Aktiverte kostnader og bokførte tilskudd i Helsebygg Midt-Norge overføres til St. Olavs Hospital HF og NTNU sitt regnskap i henhold til avtalt eierforhold av den enkelte bygningen samtidig med overtakelse av ferdigstilte bygg og anlegg.

Avvik fra budsjett på 122 mill. kr gjelder merkostnader ved utsettelsen som Stortinget vedtok i juni 2001. Finansieringen er ennå ikke avklart.

**Note 10 Leasing-/leieavtaler – ikke balanseført**

Avtale	Årlig leiekostnad Mor	Årlig leiekostnad Konsern
Husleieavtaler	2 446	28 724
Leie av med medisinskteknisk utstyr	0	6 094
Leie av inventar, utstyr, transportmidler mv	594	9 243
Andre leieavtaler	0	1 959

I morselskapets husleiekostnader ligger leie av tomt på Øya i Trondheim med 1,645 mill. kr. Hensikten med avtalen har vært å sikre eventuelle tilleggsarealer knyttet til utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital HF.

**Note 11 Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak**

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette gjelder særlig for St. Olavs Hospital HF, og innebærer at foretaket stiller arealer til disposisjon til Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST).

Arealer disponert av NTNU og HIST er:  
 Disponert av NTNU: ca. 8 400 kvm (herav er 830 kvm bruksrett, resten leie)  
 Disponert av HIST: ca. 1 000 kvm (leie)

Avtalene er i hovedsak inngått i perioden 1993 til 1996, og de har varighet på omkring 10 -15 år med visse muligheter for forlengelse.

**Note 12 Datterforetak**

Datterforetak (som konsolideres)	Forretningskontor	Eierandel	Stemmeandel	Prinsipp for innarb. av andel
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100 %	100 %	Konsolidert
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert
Helse Sunnmøre HF	Ålesund	100 %	100 %	Konsolidert
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde	100 %	100 %	Konsolidert
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	Orkdal	100 %	100 %	Konsolidert
Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF er oppløst pr 01.01.2003. Virksomheten i foretaket er overført til St. Olavs Hospital HF fra samme dato.

**Note 13 Aksjer og andeler i andre selskaper**

Egenkapitalinnskudd i KLP er bokført med henholdsvis kr 188 000,- og 19,271 mill. kr som andel i selskap for morforetaket og konsernet.

Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP blir fordelt på kundene i forhold til de enkelte kunders andel av de totale pensjonsforpliktelsene. Dette fører til at andelen av det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP endrer seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Egenkapitalinnskuddet blir utbetalt kun hvis Helse Midt-Norge flytter sin pensjonsordning fra KLP.

**Note 14 Mellomværende med selskap i samme konsern**

31.12.2002	Mor
Langsiktig fordring	0
Kundefordringer	16
Andre fordringer	3 372
Langsiktig gjeld	-40 635
Leverandørgjeld	-4 627
Annen kortsiktig gjeld	-11 798
Sum	-53 672

Med unntak av morforetakets kjøp av helsetjenester, jf. note 3 var internt salg og kjøp mellom helseforetakene på 195 mill. kr i 2002.

## Note 15 Bundne bankinnskudd

	Mor	Konsern
Bankinnskudd bundet til dekning av skattetrekk	2 791	202 233

Helseforetakene har egne bankkonti hvor midler vedrørende fonds og gavekonti er satt av. Disse midlene er en del av foretakenes disponible likviditet, men blir behandlet som om det var bundne midler. Det finnes ikke slike konti i morforetaket.

Bevilget kassekreditt for Helse Midt-Norge pr. 31.12.2002 var 260 mill. kr. På grunn av god likviditet i konsernet var det ikke behov for bruk av kassekreditten i løpet av 2002.

## Note 16 Endring i egenkapital

Helse Midt-Norge RHF (mor)	Fore-takskapital	Annen inn-skutt EK	Annen EK	Sum
EK 17.08.2001	100			100
Tingsinnskudd / annen innskutt EK 01.01.2002		4 891 397	4 891 397	
Resultat			-20 495	-20 495
<b>Utgående balanse</b>	<b>100</b>	<b>4 891 397</b>	<b>-20 495</b>	<b>4 871 002</b>

Konsern	Fore-takskapital	Annen inn-skutt EK	Annen EK	Sum
EK 17.08.2001	100			100
Tingsinnskudd / annen innskutt EK 01.01.2002		4 891 397	4 891 397	
Resultat			-94 911	-94 911
<b>Utgående balanse</b>	<b>100</b>	<b>4 891 397</b>	<b>-94 911</b>	<b>4 796 586</b>

	Innskudd i datterforetakene	
Tingsinnskuddet / annen innskutt egenkapital består av:	Mor	foretakene
Immaterielle eiendeler	20 365	18 795
Fast eiendom	4 970 956	4 428 989
Inventar, utstyr mv	889 295	885 219
Aksjer og andeler, inkl EK-innskudd KLP	119 343	119 155
Varer	177 798	177 798
Fordringer	75	75
Likvide midler	88 874	88 874
Pensjonsforpliktelser	-623 213	-617 145
Andre avsetninger og forpliktelser	-752 096	-207 051
<b>Sum innskutt EK</b>	<b>4 891 397</b>	<b>4 894 709</b>

Helsedepartementets netto tingsinnskudd til Helse Midt-Norge RHF pr 01.01.2002 er foreløpig verdsatt til 4 891,397 mill. kr. Samme dag overførte Helse Midt-Norge RHF (mor) netto tingsinnskudd til en verdi på =4 894,709 mill. kr til datterforetakene.

## Note 17 Gjeld med forfall senere enn 5 år

Mor	31.12.2002	01.01.02	Forfall 5-10 år
Langsiktig gjeld til eier	138 000		
Gjeld til datterforetakene	40 635		0

Konsern	31.12.2002	01.01.02	Forfall 5-10 år
Langsiktig gjeld	138 000		
Finansiell leasing	34 070		7 735

Helse Midt-Norge RHF (mor) tok opp et lån hos Helsedepartementet på slutten av 2002. Det foreligger per dato ingen avtale på hvor lang avdragstiden skal være. Løpetiden vil bli fastsatt som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene som det er tatt opp lån til, dog maksimalt 20 år. Renten fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Nominell rente er pr. dato 6,84 %.

## Note 18 Garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge står som garantist for er på 73,8 mill. kr. Herav gjelder kr 64 272 000,- Lukas Stiftelsen, restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.2002 på 36,4 mill. kr.

## Note 19 Usikre forpliktelser

### Overlegepermisjoner

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Avsatt forpliktelse pr. 31.12.2002 er estimert til 92,3 mill. kr i konsernet. Ordningen er ikke aktuell for Helse Midt-Norge RHF.

## Note 20 Betingede eiendeler

### Momskompensasjon

Helseforetakets virksomheter var under fylkeskommunal eie underlagt regler som gav rett til kompensasjon for merverdiavgift ved kjøp av visse kategorier varer og tjenester. Effekten av ordningen var å unngå vridningseffekt i konkurranseforholdet mellom produksjon av varer og tjenester i egen regi kontra å kjøpe dette fra det private næringsliv.

I forbindelse med helsereformen er det foreløpig ikke avklart om ordningen skal gjøres gjeldende for foretakets virksomhet i 2002. Disse uavklarte rammevilkårene gjør at det på tidspunktet for regnskapsavslutningen ikke er lagt til rette for å rapportere nøyaktig omfang av en eventuell refusjon av merverdiavgift. Ut fra foreløpige beregninger utgjør momskompensasjonen ca. 27 mill. kr i 2002. På grunn av denne uklarheter er beløpet ikke ført som kostnadsreduksjon eller reduksjon på anskaffelser av anleggsmidler i 2002.

En beslutning som konkluderer med refusjon vil medføre konsekvenser for påfølgende regnskapsår.

### Note 21 Eierinformasjon

Helse Midt-Norge RHF er 100 % eiet av Staten v/Helsedepartementet.



## KPMG AS

Fjordgata 68  
N-7010 Trondheim

Telephone +47 73 80 21 00  
Fax +47 73 80 21 20  
www.kpmg.no  
Enterprise NO 935 174 627 MVA

Til Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

### REVISJONSBERETNING FOR 2002

#### Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2002, som viser et underskudd på kr 20 494 000,- for morforetaket og et underskudd på kr 94 911 000,- for helseforetaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av helseforetakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

#### Grunnlag for vår uttalelse

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

#### Uttalelse

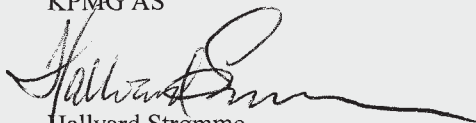
Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et uttrykk for helseforetakets og helseforetaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2002 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapsskikk
- 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.

Uten at det har betydning for konklusjonene i avsnittet over, presiserer vi at kostpris for anleggsmidlene er fastsatt av Helsedepartementet og er en foreløpig verdifastsettelse av anleggsmidlene og egenkapitalinnskuddet. Videre er avskrivninger beregnet med utgangspunkt i foreløpig kostpris. Endelig fastsettelse av verdier og tilhørende avskrivninger vil bli fastsatt innen avleggelsen av regnskapet for 2003. Vi viser til beskrivelsen i noter og årsberetningen.

Trondheim, 1. juni 2003

KPMG AS



Hallvard Strømme  
Statsautorisert revisor

#### Offices in:

Oslo  
Bode  
Alta  
Arendal  
Bergen  
Elverum  
Finnsnes  
Hamar

Haugesund  
Kristiansand  
Lillehammer  
Mo i Rana  
Molde  
Roros  
Sandefjord

Sandnessjøen  
Stavanger  
Stord  
Tromsø  
Trondheim  
Tønsberg  
Ålesund



Helse Midt-Norge RHF  
Strandvn. 1  
Postboks 464  
7501 STJØRDAL  
Telefon 73 83 99 00  
Telefaks 73 83 99 01  
postmottak@helse-midt.no  
www.helse-midt.no  
Adm.direktør Paul Hellandsvik  
Styreleder Ragnhild Berge

Regional IT-enhet  
Elgesetergt 10  
7465 Trondheim  
Direktør Bård Helge Hofstad

Helsebygg Midt-Norge  
Schwachs gt.1,  
7030 Trondheim  
prosjekt@helsebygg-midt.no  
www.helsebygg.no  
Adm. direktør Johan Arnt Vatnan  
Styreleder Olaf Melbø

St. Olavs Hospital HF  
Olav Kyrres gate 17,  
7006 TRONDHEIM  
postmottak.dir@stolav.no  
www.stolav.no  
Adm.direktør Roar Arntzen  
Styreleder Arent M. Henriksen

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF \*  
7300 Orkanger  
postmottak@orkdal-sykehus.no  
www.stolav.no  
Adm.direktør: Olav S. Illøkken  
Styreleder Ole Johan Lund

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF  
Olav Kyrresgt. 3  
MTFS Vest  
7489 TRONDHEIM  
e-post:  
www.sykehusapoteket.no (Trondheim)  
Adm.direktør Gunn Fredriksen  
Styreleder Torild Bjørlykke

Helse Nord-Trøndelag HF  
Kirkegt. 2,  
7600 LEVANGER  
postmottak@hnt.no  
www.hnt.no  
Adm.direktør Reidar Tessem  
Styreleder Lars Peder Brekk

Helse Sunnmøre HF  
Åse  
6026 ÅLESUND  
postmottak@helse-sunnmore.no  
www.helse-sunnmore.no  
Adm. direktør Astrid J Eidsvik  
Styreleder Jacob Kjøde jr.

Helse Nordmøre og Romsdal HF  
Byfogd Motzfeldts gate 6  
6405 MOLDE  
postmottak@helsenr.no  
www.helsenr.no  
Adm.direktør Eirik Heggemsnes  
Styreleder: Tore Skåltveit

\* Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF blir fra  
01.01.04 en del av St. Olavs Hospital HF