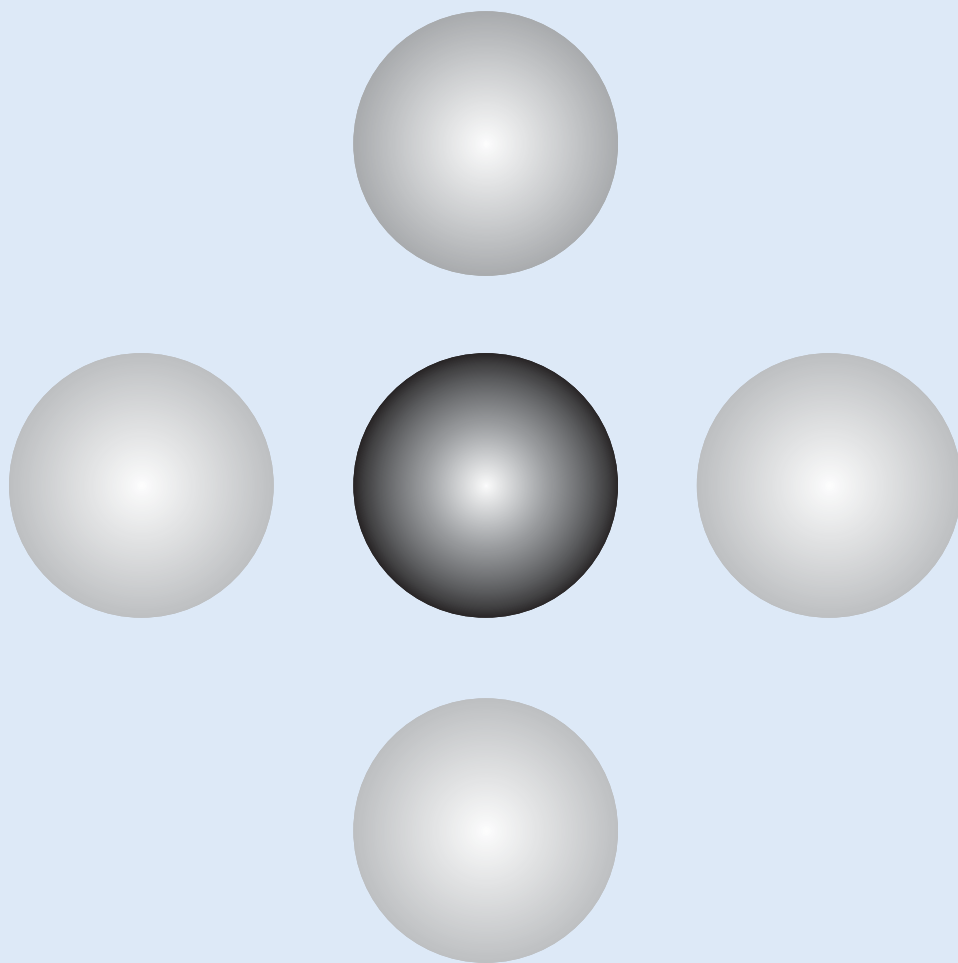


# ÅRSRAPPORT 2003



# Innhold

Styrets Årsberetning	3
Resultatregnskap	8
Balanse	9
Kontantstrøm	11
Noter	12
Revisjonsberetning	23

## Innledning

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.

Helse Midt-Norge RHF ble etablert 17. august 2001 i forbindelse med at Staten overtok ansvaret for alle offentlige norske sykehus 01.01.2002 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.

Hovedkontoret til Helse Midt-Norge ligger på Stjørdal. I 2003 besto Helse Midt-Norge av:

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

## Bedre samordning

Virksomheten i Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF ble med virkning fra 01.01.2003 overført til St. Olavs Hospital HF. Foretaket ble samtidig oppløst. Virksomheten i Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF er overført på samme måte fra og med 01.01.2004.

Fra 01.01.2004 er rusbehandlingen overført til de regionale helseforetakene, og hos oss er dette organisert i eget foretak, Rusbehandling Midt-Norge HF.

Interne IKT-tjenester i Helse Midt-Norge ble 2003 samordnet. Den nye enheten er fra 1. juli 2003 organisert som en avdeling i Helse Midt-Norge RHF, og underlagt et

eget prosjektstyre. De ansatte i den nye enheten vil på samme måte som tidligere ha ansvaret den daglige drift av IKT ved helseforetakene. I tillegg vil enheten ha en sentral rolle i utviklingen av nye og til dels store fellessystemer i regionen. I forbindelse med samordningen som skjedde i 2003 ble det overført ca. 100 ansatte fra helseforetakene til den nye avdelingen i Helse Midt-Norge RHF. Den nye enheten heter Helse Midt-Norge IT (HEMIT). I tillegg til administrasjonen for morforetaket og Hemit består også Helse Midt-Norge RHF av byggeorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge. Helsebygg har i oppgave å forestå utbyggingen av det nye universitetssykehuset ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

## Prioriterte mål for Helse Midt-Norge i 2003

Hovedmålene for Helse Midt-Norge RHF i 2003 var:

- ventetiden for de som har ventet over 120 dager skal reduseres med minimum 30 prosent, og ingen skal vente mer enn ett år
- ventelistene skal reduseres med 30 prosent, fra 39 000 til 27 000
- problemet med korridorpasienter skal være løst
- god økonomistyring skal være innført i alle helseforetak.

### Ventelister/ventetid

Ved inngangen til 2003 sto 38 702 pasienter på venteliste ved helseforetakene i Midt-Norge. I løpet av året ble antallet redusert med 17 prosent, til 33 192. Det har særlig vært lagt vekt på å gi behandling til de som har ventet lengst. Målet for 2003 var at antall pasienter som har ventet 120 dager eller mer skulle reduseres med 30 prosent. Dette ble oppfylt med god margin. Antallet ble redusert med 36 prosent fra 13 131 til 8 410.

For Helse Midt-Norge er det et mål at ingen skal vente mer enn ett år. Dette ble ikke nådd i 2003, men antall pasienter med ventetid på ett år eller mer ble redusert med 61 prosent fra 3 633 til 1 405. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter på venteliste ble i løpet av året redusert med 32 prosent fra 156 til 109 dager. De pasienter som fikk behandling 3. tertial 2002 hadde i gjennomsnitt ventet 120 dager. Det tilsvarende tall for 3. tertial 2003 var 85 dager. Reduksjonen i ventetider har vært betydelig også i 2003, men det er fortsatt et stykke igjen til målet om å eliminere unødig venting.

Ventetidsreduksjonene i 2003 er resultat av en målrettet satsning. Det ble satt konkrete resultatmål, og resultatene

ble fulgt opp ledelsesmessig gjennom året. Helse Midt-Norge har hatt avtaler med flere private sykehus som har gitt viktige kapasitetsbidrag på områder hvor ventelistene har vært lange. Også samarbeidet med trykdeetaten om kjøp av helsetjenester har bidratt til ekstra behandlingsskapasitet.

Helse Midt-Norge innførte 1. september 2003 en ordning med individuelle behandlingsfrister. Hensikten med ordningen er for det første å sørge for at alle pasienter får sine lovfestede rettigheter oppfylt, og dernest å gi sykehusene et verktøy som setter dem bedre i stand til å styre pasienttilgang, ventelister og ventetider. Denne ordningen gir Helse Midt-Norge et godt utgangspunkt når pasientrettighetslovens bestemmelser om individuelle behandlingsfrister trer i kraft 1. september 2004.

### **Korridorpasienter**

Det forhold at pasienter må ligge i korridor har vært et betydelig problem også i Midt-Norge, spesielt i Helse Sunnmøre (Ålesund) og ved St. Olavs Hospital. Etter at Ålesund sjukehus fikk en ny medisinsk sengepost i 2002, er problemet også der bragt under kontroll. Rapporterte tall viser en nedgang, men at korridorpasienter fortsatt er et betydelig problem ved St. Olavs Hospital, hvor det i 2003 ble registrert et snitt på 20-30 korridorpasienter daglig. Det er iverksatt flere tiltak for å redusere omfanget, noen i sykehusets regi og noen i samarbeid med Trondheim kommune. Det foreligger konkrete planer om flere sykehjemsplasser og om akuttsenger i sykehjem. En samarbeidsavtale om kommunal bruk av plasser i pasienthotell skal på kort sikt bidra til at utskrivningsklare pasienter ikke legger beslag på sykehusplasser.

Målet er at korridorpasienter som systematisk fenomen ikke skal forekomme i Midt-Norge. Ved samtlige sykehus bortsett fra St. Olavs Hospital HF har man i dag et daglig korridorbelegg på 0-4 pasienter, og er dermed i nærheten av dette målet.

### **Økonomistyring**

Samtidig med innføring av helsereformen i 2002 ble spesialisthelsetjenesten underlagt regnskapsloven. Åpningsbalansen pr. 01.01.2002 er endelig fastsatt først våren 2004, se beskrivelse i eget avsnitt om årsregnskapet. Bortsett fra dette forhold har regnskapsloven vært godt innarbeidet i foretaksgruppen gjennom regnskapsåret 2003.

Det er i 2003 lagt stor vekt på korrekt løpende regnskapsrapportering i de enkelte foretak i Helse Midt-Norge, og kvaliteten på rapporteringen har vært tilfredsstillende.

Fra Helsedepartementets side er det krav om at foretaksgruppen skal drives i økonomisk balanse i 2005. Med utgangspunkt i det betydelige underskuddet man oppnådde i 2003 og det underskuddet det er budsjettert med i 2004, ligger det store utfordringer i dette kravet. Det er nødvendig med vesentlig reduksjon i det enkelte foretaks kostnadsnivå, og det er påkrevet med stram økonomisk styring og kontroll. Basert på at driftsresultatet i 2003, korrigert for avskrivninger er noe bedre enn budsjettert, er det styrets oppfatning at det er mulig å nå eiernes krav.

De enkelte helseforetak har i 2003 arbeidet med samordning av driften mellom flere sykehus for blant annet å oppnå mer effektiv drift. Som en konsekvens av dette arbeidet har foretakene i 2003 innarbeidet nye organisasjonsmodeller.

Det pågår flere regionale prosjekter for samordning og effektivisering av administrative tjenester, og det forventes betydelige økonomiske gevinster av disse i 2004 og 2005.

### **Ledelsesreform**

I tillegg til å være en eierreform er helsereformen i stor grad en ledelsesreform. I erkjennelsen av dette igangsatte Helse Midt-Norge i 2002 et omfattende program for lederutvikling i regionen, og programmet ble videreført i 2003. Godt over 100 ledere fra våre helseforetak har gjennomført programmet. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF bistått foretakene i intern organisasjons- og lederutvikling. Vårt mål er å etablere felles ledelseskultur i regionen.

### **Åpenhet og medvirkning**

Vel to år etter at Helsereformen ble gjennomført har Helse Midt-Norge etablert kanaler for kommunikasjon og møteplasser for dialog med sentrale aktører. Brukerutvalgene gjør en svært viktig og aktiv jobb, både lokalt og regionalt. I 2003 ble det gjennomført to regionale brukerutvalgskonferanser, og erfaringene er gode.

Det gjennomføres jevnlig møter for å sikre god dialog med lokale og regionale myndigheter. Spesialisthelsetjenesten må utvikles i tett samhandling med de lokalsamfunnene vi er en del av og skal betjene. Skal Helse Midt-Norge kunne utnytte det handlingsrommet som er gitt gjennom reformen, krever det at foretakene opptrer klokt og har innsikt i lokalsamfunnene som skal betjenes. Derfor skal også dialogen med befolkningen, de lokale myndigheter og primærhelsetjenesten styrkes.

De kanaler som ble opprettet i 2002, blant annet magasinet Helse, nyhetsbrev, eget nettsted og pressemeldinger, ble videreutviklet i 2003.

### **Årsregnskapet**

Årsregnskapet for 2002 ble avlagt basert på foreløpige verdier på anleggsmidlene. Inngangsverdien på anleggsmidlene er nå endelig fastsatt. Endringene av inngangsverdien, samt revurdering av avskrivningsplanene har ført til høyere avskrivninger enn tidligere beregnet i 2002 og forutsatt i 2003. I regnskapet for 2003 er regnskapstallene omarbeidet for å vise avskrivninger i henhold til endelige verdier i åpningsbalansen.

I 2002 og 2003 har det vært usikkerhet knyttet til finansieringen av kapitalkostnadene. I statsbudsjettet for 2004 er nivået på finansieringen av avskrivningene fastsatt. I henhold til statsbudsjettet kan det ikke forventes at helseforetakene vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som inngår inn åpningsbalansen. Helsedepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på den delen av anleggsmidlene som ikke kan forventes gjenanskaffet i framtiden. Med unntak av foretakskapitalen som ble skutt inn ved stiftelsestids-

punktet, behandles egenkapital som annen innskutt egenkapital. Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF viser et underskudd på 554 millioner kroner, mens underskuddet i morforetaket var 765 millioner kroner. Årsaken til det store underskuddet er nedskrivning av investering i datterforetak med 766 millioner kroner. Nedskrivningen tilsvarer underskuddene i datterforetakene i 2002 og 2003. Totale driftsinntekter i foretaksgruppen var 8 592 millioner kroner. I 2002 foretok eier en avkorting i ISF-inntektene på 36 millioner kroner for foretaksgruppen begrunnet i forbedret DRG-koding. Av dette ble 25 millioner kroner tilbakeført og inntekstført i 2003.

Morforetakets varekostnader gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester fra egne datterforetak, andre regioner og private aktører. I andre driftskostnader på 270,7 millioner kroner inngår blant annet kostnader knyttet til luftambulans og diverse tilskudd i tillegg til morforetakets administrasjonskostnader. Av totale lønnskostnader på 53,5 millioner kroner gjelder 28,1 millioner kroner administrasjonen i morforetaket.

Inntekstført basisramme i 2003 er 165 millioner kroner høyere enn i 2002. Helse Midt-Norge overtok i 2003 ansvaret for en del nye oppgaver som medførte en økt overføring fra eier via basisrammen. Av den totale økningen på 477 millioner kroner i ISF-inntektene utgjør 196 millioner kroner omlegging av ISF-refusjon fra 55 prosent i 2002 til 60 prosent i 2003. Basisrammen er redusert med tilsvarende beløp. Økt aktivitet og kodeforbedring er årsaken til den øvrige økningen i ISF-inntektene. Denne produksjonsøkningen skyldes delvis høyere aktivitet i foretaksgruppen, men en vesentlig del av økningen har sammenheng med økte tjenester kjøpt av private sykehus. Polikliniske inntekter har økt fra 757 millioner kroner i 2002 til 826 millioner kroner i 2003. Økningen på 69 millioner kroner skyldes i hovedsak stor økning i polikliniske konsultasjoner. Dette gjelder både innenfor somatikk og psykiatri. Selv om det innenfor de økonomiske rammene ikke er rom for en generell økning i aktiviteten er det en ønsket utvikling at den polikliniske aktiviteten og dagbehandling skal øke mens omfanget på inneliggende pasienter bør reduseres.

Sammenlignet med 2002 har varekostnadene økt med totalt 237 millioner kroner. Kjøp av helsetjenester fra andre regioner og ikke minst fra private har økt vesentlig. Dette har blant annet sammenheng med kjøp av avtalte tjenester for å få ned ventelistene innenfor spesifikke områder, herunder røntgen og ortopedi. Videre omfattes private sykehus som har avtale med helseregionen av fritt sykehusvalg. Dette har ført til en økning i direkte henvisninger av allmennlegene. For å oppnå bedre mulighet for oppfølging av kvalitet og omfang med aktiviteten hos private aktører, vil det i inneværende år etter anbudskonkurranse bli inngått rammeavtaler med private aktører.

Totale lønnskostnader har økt fra 5 148 millioner kroner til 5 707 millioner kroner, en økning på 559 millioner kroner. Økningen skyldes delvis en økning i antall ansatte og delvis et høyere lønnsoppgjør enn forutsatt i 2003, spesielt for legegruppen.

Sum driftskostnader før avskrivninger er 8 656 millioner

kroner, en økning på 1 072 millioner kroner fra 2002. Driftsinntektene har økt fra 7 828 millioner kroner til 8 592 millioner kroner, en økning på 765 millioner kroner i samme periode.

Ved slutten av 2003 hadde foretaksgruppen totalt en positiv likviditet på 976 millioner kroner. Redusert forbundne midler på 226 millioner kroner, samt forskuddsuttbetalt lån til større investeringer som utbyggingen i Trondheim, hadde Helse Midt-Norge en forholdsvis svak likviditetsmessig situasjon ved slutten av 2003. Flere av datterforetakene hadde en negativ saldo på driftskonto ved årsskiftet, og likviditeten i 2004 er fortsatt anstrengt. Det viktigste tiltaket for å bedre likviditeten vil være å oppnå balanse i driften. På kort sikt er det innført utsettelse av enkelte investeringer. I tillegg er det gitt signaler fra eier om en viss økning i lånerammen og tilgjengelig kassekreditt for 2004.

Kontantstrømmen fra driften var på 23 millioner kroner for morforetaket. Tilsvarende tall for foretaksgruppen var -78 millioner kroner. Netto kontantstrøm benyttet til investeringsaktiviteter var henholdsvis -914 millioner kroner og -1 530 millioner kroner, og netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter var på 1 190 millioner kroner og 1 340 millioner kroner.

### **Investeringer**

Byggefase 1 i utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim er godt i gang. Tre større bygg, Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barnsenteret inngår i byggefase 1 sammen med pasienthotellet. Pasienthotellet skal være klart til innflytting i løpet av høsten 2004. Ved årsskiftet er byggefase 1 framdriftsmessig og økonomisk i tråd med plan. Planlegging av byggefase 2 er startet i 2004, men detaljer omkring utbyggingen er foreløpig ikke vedtatt.

I Helse Sunnmøre HF er det ved Ålesund sjukehus bygd ny kreftavdeling. Den nye avdelingen vil øke kapasiteten til Helse Midt-Norge innenfor kreftbehandling. I Helse Nord-Trøndelag er det i løpet av de siste årene gjennomført større byggeprosjekter ved Levanger Sykehus. Nytt distriktpsykiatrisk senter (DPS) er ferdigstilt i Kolvereid i 2003. Gjennom opptrappingsplanen for psykiatri er det planlagt og delvis igangsatt utbygging av ytterligere DPS-er flere steder i regionen.

### **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.

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

### **Arbeidsmiljø og personale**

Gjennomsnittlig antall ansatte i Helse Midt-Norge RHF var 176 ansatte mot 96 i 2002. Ved utgangen av 2003 var det 244 ansatte, hvorav 32 var ansatt i konsernledelsen,

100 i prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og 112 i HEMIT. Gjennomsnittlig antall ansatte i fortaksgruppen var 15 624 i 2003.

Sykefraværet i Helse Midt-Norge RHF var på totalt 1 467 dagsverk i 2003, noe som gir et sykefravær på 4 prosent hos Helsebygg, 3,6 prosent hos HEMIT og 0,6 prosent i morforetakets administrasjon. Tilsvarende tall for fortaksgruppen er på 237 094 dagsverk. Sykefraværet i datterforetakene varierer fra 7,0 prosent til 9,8 prosent. Sykefraværet er høyere for pleiegruppen enn for andre ansatte, og det vil derfor være større sykefravær blant kvinner.

Det arbeides med ulike tiltak i fortaksgruppen for å redusere sykefraværet. I 2003 ble det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen. Undersøkelsen var IT-basert og en forholdsvis høy andel av de ansatte svarte på spørsmålene. Resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen brukes til internt forbedringsarbeid.

Helse Midt-Norge har stor oppmerksomhet rettet mot HMS (helse, miljø, sikkerhet). Alle foretakene er IA-bedrifter (inkluderende arbeidsliv), og alle ledere med personalansvar skal føre et målrettet arbeid mot å redusere sykefraværet gjennom å tilby individuelt tilrettelagt arbeid der det er nødvendig. Seniorpolitikk med redusert vaktbelastning er også et tilbud ved flere helseforetak. Stor satsing på lederutvikling forventes også å bidra til bedret arbeidsmiljø og derigjennom redusert sykefravær.

På anleggsområdet ved St. Olavs Hospital har det både i 2002 og 2003 vært et nivå på skader som langt overstiger de mål byggherre Helsebygg Midt-Norge har satt for byggeperioden. Så langt har et fåtall av skadene vært av alvorlig karakter, men det arbeides aktivt med forbedringstiltak og krav rettet mot de impliserte entreprenører. Styret er meget opptatt av dette forholdet, og vil i 2004 følge skadesituasjonen og vurdere nødvendigheten av ytterligere tiltak.

Innenfor de øvrige deler av vår virksomhet er det ikke rapportert hendelser med alvorlig fysiske skade på personer eller anlegg. De fleste avviksmeldingene er knyttet til blodsmitte og stikkuehell, samt trusler om vold og utført vold mot ansatte. Forbedringer i rutine for håndtering av risikoavfall er et av tiltakene for å redusere omfanget av stikkskader. Ved flere institusjoner er det i 2003 registert en nedgang i tilfeller av vold mot ansatte.

I de valgte styrer i morforetaket og de tilknyttede datterforetak og prosjektstyrene i Hemit og Helsebygg Midt-Norge er det følgende kjønnsfordeling; 36 kvinner og 49 menn. I ledelsen i morforetaket er det 2 kvinner og 6 menn. Fordeling blant administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter er på 2 kvinner og 6 menn.

Helsevesenet har tradisjonelt vært en kvinnedominert arbeidsplass med sterke kjønnsstradisjoner i forhold til faggrupper. Legegruppen har fortsatt overvekt av menn, mens pleiegruppen er svært kvinnedominert. Tendensen i forhold til legeyrket er nå i ferd med å snu, mens det ikke ser ut til å være noen endring i forhold til rekruttering av menn til pleieyrket. Også når det gjelder merkantil personell er det i likhet med øvrige virksomheter i Norge, overvekt av kvinner. Denne skjevfordelingen av kjønn/faggruppe, gjenspeiles i alle våre virksomheter.

Lederstillinger er jevnt fordelt mellom kvinner og menn,

men hvis en betrakter nivåene, vil det være en betydelig overvekt av menn på direktør/avdelingssjef nivå. På utøvende nivå, er lederstillingene representert av kvinner. Her gjenspeiles yrkesgruppens skjevfordeling, hvor det i all hovedsak er sykepleiere som leder virksomheten ved sengeposter og poliklinikker.

Lønnsforskjeller er generelt regulert av tariffer i forhold til stilling og faggruppe og det vil således ikke være tilsiktede lønnsforskjeller ut fra kjønn. Lederlønn på direktør og avdelingssjef nivå ser ut til å være jevnt fordelt mellom kjønnene.

Arbeidstiden har vært styrt av pasientenes døgnbaserte behov for behandling og pleie, i mindre grad den enkelte medarbeideres ønsker. Fordi pleiegruppen er kvinnedominert, vil det også være flere deltidsarbeidende kvinner. Antall deltidsansatte har også vært påvirket av økonomi og et gitt antall stillinger ved hver enhet. Reglene rundt dette er nå i ferd med å endres og det er en bevisst politikk å tilby flere helstilling. Nye arbeidstidsordninger er under utprøving, og vil bli evaluert i løpet av 2004.

Mulighet for videre- og etterutdanning er likt fordelt mellom kjønn. Her vil det være enhetens (pasientenes) behov som vil være førende. Muligheten til å få permisjoner, vil således også følge det samme prinsipp.

## Ytre miljø

Sykehusdrift krever høyt forbruk av energi. Både av økonomiske og miljømessige årsaker jobbes det aktivt med å redusere den totale energibruken. Alle de store sykehusforetakene i regionen arbeider bevisst med dette, og hadde en positiv utvikling i sitt forbruk i 2003.

Helseforetakene belaster også miljøet ved at det i driften produseres store mengder 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.

Byggingen av nytt sykehus ved St. Olavs Hospital genererer store mengder avfall. Det er lagt stor vekt på at det meste skal gjenvinnes, og under 15 prosent er deponert til godkjente avfallsmottak. Siden bygging av nytt sykehus skjer innenfor samme område som det nåværende sykehuset har sin daglige drift har det vært spesielt viktig å redusere all form for forurensning til et minimum.

## Fremtidsutsikter

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

- det skal være orden og styring på økonomien
- all uverdig og unødvendig venting skal bort
- korridorpasienter skal bare forekomme rent unntaksvis.

Styret mener dette er ambisiøse, men realistiske mål og man er i godt gjenge når det gjelder oppnåelse av målene. Det vedtatte budsjett for foretaksgruppen for 2004 viser et samlet underskudd på 560 millioner kroner, mens det er et



krav fra eier om minimum 0-resultat i 2005. Dette vil prege foretaksgruppen i 2004 og 2005, og styret oppfatter eiers krav som meget krevende. Å kombinere kravet til økonomisk balanse med realisering av kvalitetsmål, stiller betydelige krav til effektivisering av vår virksomhet.

Innenfor de økonomiske rammebetingelser foretaksgruppen drives, vil følgende satsingsområder være de mest sentrale i 2004 og 2005:

- kvalitet
- effektivitet
- pasientopplæring
- samhandling med primærhelsetjenesten
- ledelse
- psykisk helsevern og rus
- rehabilitering og opptrening
- forskning
- prioritering av og mellom pasientgrupper.

### Disponering av årsresultat

Styret foreslår følgende disposisjoner i forbindelse med årsoppjøret for Helse Midt-Norge RHF:

Sum underskudd: kr 764 558 880  
Overføres til annen egenkapital kr 764 558 880

Underskuddet vil måtte dekkes inn av framtidige overskudd.

Stjørdal 09.06.2004

  
Per Sævik  
Styrets leder

  
Anne-Brit Skjetne  
Nestleder

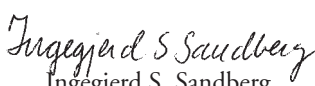
  
Egon Hestnes

  
Rigmor Austgulen

  
Anders Grimsmo

  
Marianne Bjerke

  
Ellen Marie Wøhni

  
Ingegjørd S. Sandberg

  
Helge Haarstad

  
Paul Hellandsvik  
Administerende direktør

**Resultatregnskap 01.01.03 - 31.12.03 (beløp i hele 1 000)**

Mor			Konsern			
2002	2003	Note	Note	2003	2002	
4 107 670	4 272 850	2	Basisramme	2	4 272 850	4 107 670
2 166 138	2 643 156	2	Aktivitetsbasert inntekt (ISF og polikliniske inntekter)		3 469 258	2 923 422
260 867	258 097	2	Andre salgsinntekter		722 848	665 518
	58 883		Andre driftsinntekter		127 472	131 007
6 534 675	7 232 986		<b>Driftsinntekter</b>		<b>8 592 428</b>	<b>7 827 617</b>
6 245 265	6 903 978	2,4	Varekostnad	4	1 593 553	1 322 256
24 790	53 466	5,6	Lønnskostnad	5,6	5 707 278	5 148 044
292 188	270 734	7,8,12	Annen driftskostnad	7,8,12	1 355 273	1 113 463
-27 568	4 808		<b>Driftsresultat før avskrivninger og nedskrivninger</b>		<b>-63 676</b>	<b>243 854</b>
3 781	16 165	9,10	Avskr. på varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	9,10	525 528	498 988
-31 349	-11 357		<b>Driftsresultat</b>		<b>-589 204</b>	<b>-255 134</b>
	766 410	14	Nedskrivning på verdier av datterforetak			
117	7 073		Renteinntekt fra foretak i samme konsern			
10 745	14 534		Annen renteinntekt		44 660	80 604
	20		Annen finansinntekt		576	1 095
4	8 404		Annen rentekostnad		10 086	7 264
4	14		Annen finanskostnad		274	53
-20 495	-764 558		<b>Årsresultat</b>		<b>-554 328</b>	<b>-180 752</b>
			<b>Anvendelse av årsresultatet</b>			
-20 495	-764 558	21	Overføring til annen egenkapital	21	-510 138	-136 147
			Dekning mot strukturfond	21	-44 190	-44 605
-20 495	-764 558		<b>Sum anvendelse</b>		<b>-554 328</b>	<b>-180 752</b>

Regnskapstallene for 2002 er omarbeidet slik at de er sammenlignbare med tallene for 2003, jf. note 1.



**Balanse** (beløp i hele 1 000)

Mor			Konsern			
01.01.03	31.12.03	Note	Eiendeler	Note	31.12.03	01.01.03
			<b>Anleggsmidler</b>			
			<b>Immaterielle eiendeler</b>			
39 181	83 432	9	EDB-programmer, lisenser etc	9	89 048	59 431
39 181	83 432		<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		89 048	59 431
			<b>Varige driftsmidler</b>			
			Anlegg under utførelse, tomter, bygninger			
860 139	1 698 019	10	og annen fast eiendom	10, 11, 13	7 955 071	6 966 663
8 805	24 530	10	Driftsløsøre, inventar, verktøy, kontormaskiner o.lign.	10	957 241	914 373
868 944	1 722 549		<b>Sum varige driftsmidler</b>		8 912 312	7 881 036
			<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
6 728 088	5 998 172	14	Investeringer i datterselskap			
	188 804	16	Lån til foretak i samme konsern			
	300	14	Investeringer i tilknyttet selskap	14	300	
188	733	15	Investeringer i aksjer og andeler	15	119 888	119 343
6 728 276	6 188 009		<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		120 188	119 343
7 636 401	7 993 990		<b>Sum anleggsmidler</b>		9 121 548	8 059 810
			<b>Omløpsmidler</b>			
0	0		Varer	4	172 617	178 359
			<b>Fordringer</b>			
10 752	17 205	8, 16	Kundefordringer	8	183 310	284 944
107 135	54 209	16	Andre fordringer		213 430	192 446
117 887	71 414		<b>Sum fordringer</b>		396 740	477 390
			<b>Investeringer</b>			
			Markedsbaserte obligasjoner			20 000
0	0		<b>Sum investeringer</b>		0	20 000
423 985	722 726	17	Bankinnskudd, kontanter og lignende	17	976 341	1 244 245
541 872	794 140		<b>Sum omløpsmidler</b>		1 545 698	1 919 994
8 178 273	8 788 130		<b>Sum eiendeler</b>		10 667 246	9 979 804

**Balanse** (beløp i hele 1 000)

Mor			Konsern			
01.01.03	31.12.03	Note	Egenkapital og gjeld	Note	31.12.03	01.01.03
			<b>Egenkapital</b>			
			<b>Innskutt egenkapital</b>			
100	100	21	Foretakskapital	21	100	100
		21	Strukturfond	21	505 745	549 935
6 724 076	6 761 403	21	Annen innskutt egenkapital	21	6 166 806	6 130 740
6 724 176	6 761 503		<b>Sum innskutt egenkapital</b>		<b>6 672 651</b>	<b>6 680 775</b>
			<b>Opptjent egenkapital</b>			
-20 495	-785 053	21	Annen egenkapital	21	-646 283	-136 145
-20 495	-785 053		<b>Sum opptjent egenkapital</b>		<b>-646 283</b>	<b>-136 145</b>
6 703 681	5 976 450		<b>Sum egenkapital</b>		<b>6 026 368</b>	<b>6 544 630</b>
			<b>Gjeld</b>			
			<b>Avsetning for forpliktelser</b>			
5 981	6 897	6	Pensjonsforpliktelser	6	133 324	323 544
932 813	1 281 141		Andre avsetninger for forpliktelser	20	1 488 317	1 115 853
938 794	1 288 038		<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>		<b>1 621 641</b>	<b>1 439 397</b>
			<b>Annen langsiktig gjeld</b>			
138 000	1 080 078	18	Gjeld til Helsedepartementet	18	1 080 078	138 000
40 635	129 106	16, 18	Øvrig langsiktig gjeld	18	61 569	32 685
178 635	1 209 184		<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>		<b>1 141 647</b>	<b>170 685</b>
			<b>Kortsiktig gjeld</b>			
33 562	47 477	16	Leverandørgjeld		436 742	369 431
6 721	8 144		Skyldige offentlige avgifter		437 467	430 723
316 880	258 837	16	Annen kortsiktig gjeld		1 003 381	1 024 938
357 163	314 458		<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>1 877 590</b>	<b>1 825 092</b>
1 474 592	2 811 680		<b>Sum gjeld</b>		<b>4 640 878</b>	<b>3 435 174</b>
8 178 273	8 788 130		<b>Sum egenkapital og gjeld</b>		<b>10 667 246</b>	<b>9 979 804</b>

Stjørdal 09.06.2004

  
 Per Sævik  
 Styrets leder

  
 Anne-Brit Skjetne  
 Nestleder

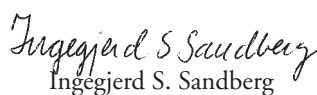
  
 Egil Hestnes

  
 Rigmor Austgulen

  
 Anders Grimsmo

  
 Marianne Bjerke

  
 Ellen Marie Wøhni

  
 Ingegjerd S. Sandberg

  
 Helge Haarstad

  
 Paul Hellandsvik  
 Administrerende direktør

**Kontantstrømoppstilling etter den indirekte metoden** (beløp i hele 1 000)

Mor			Konsern	
2002	2003		2003	2002
		<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>		
-20 495	-764 558	Resultat	-554 328	-180 752
		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	1 185	1 278
3 781	16 165	Ordinære avskrivninger	525 528	498 988
	766 410	Nedskrivning anleggsmidler, investering i datterforetak		
		Endring i varelager	5 742	-561
48 594	-6 453	Endring i kundefordringer	101 634	425 344
33 562	13 915	Endring i leverandørgjeld	67 311	208 432
-87	-1 146	Reduksjon pensjonsforpliktelse	-179 371	-299 669
	-545	Poster klassifisert som investerings- eller finansieringsaktiviteter	-545	
134 478	-901	Endringer i andre tidsavgrensningsposter	-49 341	530 987
199 833	22 887	<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>-85 566</b>	<b>1 184 047</b>
		<b>Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter</b>		
	39 988	Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler	1 158	3 073
-364 137	-954 007	Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	-1 550 003	-729 167
-700	-300	Utbetalinger ved kjøp av aksjer og andeler i andre foretak	-300	
		Utbetalinger ved kjøp av andre investeringer	20 000	-20 000
		Innbetalinger ved kjøp av andre investeringer	0	41
-364 837	-914 319	<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-1 525 764</b>	<b>-746 053</b>
		<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>		
138 000	946 860	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	970 962	170 685
415 091	348 328	Økte avsetninger og forpliktelser	372 464	498 957
-4 837		Netto endring i kassekreditt		-4 837
		Utbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-5 366
	100	Tilbakebetaling av egenkapital		
	-188 804	Utbetaling - utlån til datterforetakene		
40 635	83 689	Økning gjeld til datterforetak		
588 889	1 190 173	<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>1 343 426</b>	<b>659 439</b>
0	0	Effekt av valutakursendringer på kontanter og kontantekvivalenter	0	0
423 885	298 741	<b>Netto endring i kontanter og kontantekvivalenter</b>	<b>-267 904</b>	<b>1 097 433</b>
		<b>Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens begynnelse</b>	<b>1 244 245</b>	<b>146 812</b>
100	423 985			
423 985	722 726	<b>Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens slutt</b>	<b>976 341</b>	<b>1 244 245</b>

## Note 1 Regnskapsprinsipper

### Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - Andre forhold

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998, jf. lov om helseforetak. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder og retningslinjer gitt av eier.

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.

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT. 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 IT ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2003 følgende datterforetak:

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

### Åpningsbalansen

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 den 01.01.2002. Samtidig overførte staten formuesdisposisjonene knyttet til spesialisttjenesten i helseregion Midt-Norge til Helse Midt-Norge RHF. Virksomhetsoverføringen fra de tidligere institusjonene ble samme dag overført til våre datterforetak. Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn.

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler. I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffel-

seskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Regnskapet for 2002 ble avlagt basert på foreløpig kostpris for anleggsmidler fastsatt av Helsedepartementet. Differansen mellom foreløpig kostpris og bruksverdi er ført mot egenkapitalen. Resultatregnskapet for 2002 er omarbeidet slik at avskrivningene reflekterer bruksverdi fra 01.01.02. Tilsvarende viser balansen pr. 01.01.03 sammenlignbare tall.

I statsbudsjettet for 2004 er det uttrykt at det ikke kan forventes at helseforetakene framover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn pr. 01.01.02. Helsedepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i framtiden. For Helse Midt-Norge er overføringen til strukturfondet 9,25 prosent av bruksverdien.

### Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller 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 anskaffet etter 01.01.2002 vurderes til anskaffelseskost. Anleggsmidler med begrenset levetid skal avskrives planmessig.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

### Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter. Grunnfinansieringen består av basisramme drift og regionsykehus-tilskudd. Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattstyrkt 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.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene.

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. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Det er etablert konserkontoordning med Fokus Bank. Bankinnskudd er klassifisert som likvide midler pr. 31.12.03. Renteinntekter er behandlet som ordinære finansinntekter.

#### Valuta

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

### Note 2 Inntekter

	Totale inntekter i Mor	Inntekter vedr. aktiviteter i Mor	Midler til datterforetakene
Basisramme	4 272 850	303 434	3 969 416
Aktivitetsbaserte inntekter (her ISF)	2 643 156	209 336	2 433 820
Andre salgs- og driftsinntekter, inkl. øremerkede tilskudd	316 980	117 836	199 144
<b>Sum</b>	<b>7 232 986</b>	<b>630 606</b>	<b>6 602 380</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.

I 2003 er deler av basisrammen fordelt til datterforetakene som øremerkede midler. Beløpet inngår som en del av basisrammen i Helse Midt-Norge RHF, men inntektsføres i takt med forbruk i datterforetakenes regnskap.

Av inntektsført basisramme utgjør finansiering av avskrivninger totalt 385,4 millioner kroner. I 2002 og 2003 utgjør differansen mellom inntektsført investeringstilskudd og faktisk mottatt tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF (mor) i de enkelte helseforetak netto 94,818 millioner kroner. I mor er dette ført som langsiktig gjeld til datterforetakene, jf. note 16. Mellomværende forutsettes å bli gjort opp på lang sikt.

### Note 3 Resultat pr. virksomhetsområde i 2003

	Somatikk	Psykiatri	Totalt
Salgs- og andre driftsinnt.	6 261 112	1 274 613	7 535 725
Varekostnader	1 109 532	56 911	1 166 443
Lønn og sosiale utgifter	4 381 982	1 005 686	5 387 668
Andre driftskostnader	1 279 684	179 036	1 458 720
Fordeling av felleskostn. og -inntekter	35 533	52 668	88 201
Helse Midt-Norge RHF, ekskl nedskrivning på investering i datterforetak			1 852
Sykehusapotekene			9 127
<b>Årsresultat</b>	<b>-545 619</b>	<b>-19 688</b>	<b>-554 328</b>

Som i spesialisthelsetjenesten for øvrig er Helse Midt-Norge opptatt av den økonomiske situasjonen innenfor somatikk kontra psykiatri. Med henvisning til opptrappingsplanen innen psykiatri har eier ytet øremerkede midler til drift og investeringer innen psykiatri.

Kostnader og inntekter i Helse Midt-Norge RHF (mor) og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF er ikke fordelt på somatikk og psykiatri. Direkte kostnader ved de fire helseforetakene som yter helsetjenester både innenfor somatikk og psykiatri blir løpende henført til de ulike enhetene i foretakene. En del fellestjenester blir ikke løpende fordelt mellom avdelingene, og dermed heller ikke mellom somatikk og psykiatri. Hos noen foretak blir enkelte felleskostnader, herunder avskrivningskostnader, i sin helhet belastet somatikk.

For 2003 er disse kostnadene fordelt mellom somatikk og psykiatri ut fra de enkelte foretakenes interne fordelingsnøkler. Fordelingen av felleskostnader gjennomføres ikke etter samme metode hos foretakene, men alle legger til grunn at kostnadene i størst mulig grad skal fordeles i forhold til faktisk forbruk.

Alle øremerkede inntekter og inntekter direkte knyttet til aktivitet, inntektsføres på den enkelte avdeling som produserer tjenesten. Basisramme og andre salgs- og driftsinntekter er delvis fordelt mellom avdelingene, og vil dermed ikke gi et fullstendig bilde av inntektsfordelingen mellom somatikk og psykiatri.

#### Note 4 Varer

Konsern	31.12.03	31.12.02	Endring
Råvarer	612	364	248
Handelsvarer	19 811	18 303	1 508
Medisinske forbruksvarer	117 889	129 867	-11 978
Blodlager og væskelager	20 678	19 731	947
Øvrige lagerbeholdninger *	13 627	10 094	3 533
<b>Sum varebeholdning</b>	<b>172 617</b>	<b>178 359</b>	<b>-5 742</b>
Herav vurdert til anskaffelseskost	171 968	177 663	-5 695
Herav vurdert til virkelig verdi	649	696	-47
<b>Bokført verdi</b>	<b>172 617</b>	<b>178 359</b>	<b>-5 742</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. Morforetaket har ingen varebeholdning.

I totale varekostnader for konsernet på 1 594 millioner kroner inngår kjøp av helsetjenester fra private sykehus og andre regioner med 527 millioner kroner.

Varekostnadene i mor på 6 904 millioner kroner gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester. Kjøp hos egne datterforetak utgjør 6 602 millioner kroner, mens eksternt kjøp utgjør 302 millioner kroner.

#### Note 5 Lønn og personalkostnader samt godtgjørelse til ledende ansatte

Mor	2003	2002
Lønn, fast	39 430	16 486
Lønn, variabel	750	1 705
Andre personalkostnader	1 782	1 755
Pensjonskostnader *)	6 949	2 331
Arbeidsgiveravgift *)	5 581	2 635
Tilskudd og refusjoner	-1 026	-122
<b>Lønnskostnader</b>	<b>53 466</b>	<b>24 790</b>

Konsern	2003	2002
Lønn, fast	4 258 081	3 839 523
Lønn, variabel	459 452	431 134
Andre personalkostnader	116 247	104 285
Pensjonskostnader *)	575 595	430 550
Arbeidsgiveravgift *)	638 347	636 674
Tilskudd og refusjoner	-340 443	-294 122
<b>Lønnskostnader</b>	<b>5 707 279</b>	<b>5 148 044</b>

\*) Klassifisering av arbeidsgiveravgift knyttet til pensjonskostnader og trekk fra de ansatte ble ikke håndtert på en ensartet måte i konsernet i 2002, men i hovedsak ble arbeidsgiveravgiften kostnadsført som arbeidsgiveravgift og trekk fra de ansatte ble ført som en reduksjon av totale pensjonskostnader. I 2003 er trekk fra de ansatte ført som reduksjon av fast lønn og arbeidsgiveravgiften er ført som en del av pensjonskostnadene. Endringen medfører ingen endring i måten totale lønnskostnader mm er kostnadsført, men gjør sammenlignbarheten med de ulike elementene i lønnskostnaden mindre sammenlignbare for disse to regnskapsårene.

Lønnskostnadene i Helsebygg Midt-Norge, i alt kr 49,7 millioner kroner er aktivert på byggeprosjektene som en del av byggkostnadene, og inngår ikke i ovenstående lønnskostnader.

Ytelse til ledende personer	Adm. dir.	Styret
Lønn	1 120	815
Ytelse til pensjonsforpliktelse (kollektiv ordning)	72	
Pensjonskostnader (ut over kollektiv ordning)	322	
Andre fordeler og godtgjørelser	108	
<b>Sum lønn og godtgjørelser</b>	<b>1 622</b>	<b>815</b>

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet kr 815 000,-. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på kr 295 000,-. Administrerende direktør Paul Hellandsvik har i regnskapsperioden 2003 lønn på kr 1 120 454,- og andre direkte ytelser på kr 108 219,-. I tillegg kommer ytelser til kollektiv pensjon og kostnader vedrørende framtidig pensjon på kr 394 000,-. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT har totalt mottatt ca. kr 6 860 070,- i lønn og andre godtgjørelser.

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 oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Tilsvarende rettighet gjelder for de øvrige direktørene i konsernledelsen.

Pensjonsalder for Paul Hellandsvik i stilling som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 prosent av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norges pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til kr 652 445,- inkl arbeidsgiveravgift pr. 31.12.2003.

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.

Honorar til revisor	Mor	Konsern
Ordinær revisjon	124 000	1 103 600
Annen revisjon og beslektede tjenester	709 554	2 311 198
Honorar for andre tjenester fra vår revisor	324 327	848 293
<b>Samlet honorar</b>	<b>1 157 881</b>	<b>4 263 091</b>

Beløpene er inkl. merverdiavgift.



## Note 6 Pensjonskostnader, -midler og -forpliktelser

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, inkludert AFP behandles som ytelsesplan. Helse Midt-Norge RHF hadde pr. 31.12.2003 pensjonsordninger som omfattet i alt 135 aktive. Ordningen 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 Landspensjon). I tillegg har Helse Midt-Norge RHF en pensjonsavtale vedrørende administrerende direktør som ikke inngår i den kollektive ordningen.

I tillegg har Helse Midt-Norge gjennom KLP-ordningen et solidaransvar for G-regulering av fripoliser og pensjoner knyttet til disse. Dette er tatt hensyn til i beregningene (gjelder 14 personer).

Totalt i konsernet omfatter pensjonsordninger i alt ca. 19 150 personer (13 750 aktive og 5 400 pensjonister). Solidaransvaret omfatter 3 120 personer. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP og Statens Pensjonskasse. Ansatte i nyopprettet avdeling i Helse Midt-Norge RHF inngår pr. 31.12.2003 i beregningsgrunnlagene for tidligere arbeidsgivere, og ikke i tallene til Helse Midt-Norge RHF (mor).

### Sammensetning av samlede pensjoner og pensjonsforpliktelser

Mor*		Pensjonskostnad	Konsern*	
2002	2003		2003	2002
5 817	9 379	Nåverdi av årets pensjonsopptjening	465 346	459 387
1 767	2 286	Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	456 923	400 992
-1 339	-1 754	Avkastning på pensjonsmidler	-431 975	-386 779
107	115	Administrasjonskostnad	20 253	19 587
		Resultatføring av estimatavvik	402	-
		Avtalefestet AFP, 62-64	1 368	
	1 432	Arbeidsgiveravgift	68 228	
<b>6 352</b>	<b>11 458</b>	<b>Netto pensjonskostnad</b>	<b>580 545</b>	<b>493 187</b>

\*) Beregnede pensjonskostnader for Helse Midt-Norge RHF avviker i sammenlignet med tilsvarende tall i resultatregnskapet. I noten inngår beregnede pensjonskostnader for Helsebygg Midt-Norge. I regnskapet er disse kostnadene aktivert som en del av byggkostnadene og inngår dermed ikke i resultatregnskapet for 2003.

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

Mor				Konsern		
31.12.02	31.12.03	01.01.04		01.01.04	31.12.03	31.12.02
28 725	38 020	39 755	Beregnete opptjente pensjonsforpliktelser	7 524 509	7 393 366	5 809 440
23 288	30 252	31 045	Pensjonsmidler (til markedsverdi)	6 693 791	6 832 962	5 258 708
5 437	7 768	8 710	Netto påløpte pensjonsforpliktelser	830 718	560 404	550 732
			Ikke resultatført planendring			
0	-1 723	-2 665	Ikke resultatført estimatendring/-avvik	-713 870	-443 556	0
5 437	6 045	6 045	Balanseført netto forpliktelse før arb.giv.avg.	116 848	116 848	550 732
544	852	852	Arbeidsgiveravgift	16 477	16 477	72 481
<b>5 981</b>	<b>6 897</b>	<b>6 897</b>	<b>Balanseført netto forpliktelse etter arb.giv.avg.</b>	<b>133 325</b>	<b>133 325</b>	<b>623 213</b>

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 aktuarmessige 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.



Økonomiske forutsetninger:	2004	2003	2002
Diskonteringsrente	6,0 %	6,5 %	6,5 %
Forventet lønnsregulering	3,5 %	4,0 %	4,0 %
Forventet pensjonsøkning	3,5 %	4,0 %	4,0 %
Forventet G-regulering	3,5 %	4,0 %	4,0 %
Forventet avkastning på fondsmidler	6,3 %	7,0 %	7,0 %

Pensjonskostnaden for 2003 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn i 2002 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger pr. 01.01.2003. På grunn av den betydelige endringen i rentenivået gjennom 2003 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene pr. 31.12.2003. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelsen pr. 31.12.2003 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2003. Basert på avkastningen i KLP for 2003 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2003. Estimataavvik utover 10 prosent av det høyeste av pensjonsmidler eller - forpliktelser resultatføres over 15 år. Det nye estimataavviket som oppstod på slutten av 2003 amortiseres fra og med 2004.

#### Note 7 Tilskudd til rehabiliteringssenter

Helse Midt-Norge RHF (mor) mottok i 2003 et øremerket tilskudd på kr 3 360 000,- fra eier som i sin helhet er overført til Røros Rehabiliteringssenter. Helse Nordmøre og Romsdal HF har i sin basisramme fått øremerkede midler til finansiering av Aure Opptreningscenter på kr 1 580 000,-. I alt er det overført 21 millioner kroner til ulike rehabiliterings- og opptreningscenter i 2003.

#### Note 8 Kundefordringer

Mor		Konsern	
2002	2003	2003	2002
0	0	2 551	4 768
1	0	9 789	8 309
0	0	-96	-109
1	0	12 244	12 968

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetning til forventet tap pr. 31.12.03 er på 9,8 millioner kroner i konsernet.

## Note 9 Immaterielle eiendeler

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

Mor		Konsern
42 185	Anskaffelseskost pr. 31.12.2002	71 475
0	Korrigeringskost av anskaffelseskost 01.01.2002	0
42 185	<b>Anskaffelseskost 01.01.2003</b>	71 475
56 432	Tilgang kjøpte driftsmidler	47 533
0	Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	569
98 617	<b>Anskaffelseskost 31.12.2003</b>	118 439
3 003	Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.2002	12 036
0	Korrigeringskost av av- og nedskrivninger 2002	0
3 003	<b>Akkumulert av- og nedskrivninger 01.01.2003</b>	12 036
12 182	Årets ordinære avskrivninger	17 917
0	Akkumulerte avskrivninger på avgåtte driftsmidler	562
15 185	<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.2003</b>	29 391
83 432	<b>Bokført verdi 31.12.2003</b>	89 048
5 år	Estimert økonomisk levetid	5 år
20%	Avskrivningssats	20%
	<b>Årets avskrivninger på åpningsbalansen</b>	4 226

Utgifter til forskning og utvikling er kostnadsført, ut fra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader.

Det vesentligste av immaterielle eiendeler er i 2003 overført fra helseforetakene til Helse Midt-Norge RHF v/Hemit i forbindelse med etableringen av sentral ITK-enhet.

Det vises for øvrig til omtale av åpningsbalansen i note 1 regnskapsprinsipper og note 10 om varige driftsmidler.

## Note 10 Varige driftsmidler

Helse Midt-Norge RHF, mor	Driftsløsøre, inventar o.l	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. under utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.02	9 582	14 132		846 007	869 721
Korrigeringskost av anskaffelseskost 01.01.02					0
<b>Anskaffelseskost 01.01.2003</b>	<b>9 582</b>	<b>14 132</b>	<b>0</b>	<b>846 007</b>	<b>869 721</b>
Tilgang kjøpte driftsmidler	19 707	36 132		841 736	897 575
Overføring til ferdigstilte driftsmidler					0
Lånekostnad ved tilvirkning					0
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)		39 988			39 988
<b>Anskaffelseskost 31.12.03</b>	<b>29 289</b>	<b>10 276</b>	<b>0</b>	<b>1 687 743</b>	<b>1 727 308</b>
Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.02	777				777
Korrigeringskost av av- og nedskrivninger 2002					0
<b>Akkumulert av- og nedskrivninger 01.01.03</b>	<b>777</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>777</b>
Årets ordinære avskrivninger	3 982				3 982
Akkumulerte avskrivninger på avgåtte driftsmidler					0
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.03</b>	<b>4 759</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 759</b>
<b>Bokført verdi pr. 31.12.2003</b>	<b>24 530</b>	<b>10 276</b>	<b>0</b>	<b>1 687 743</b>	<b>1 722 549</b>
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	4 782				
Estimert økonomisk levetid	3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser	6,7 - 33,3 %				
<b>Årets avskrivninger på åpningsbalansen</b>					

Konsern	Medisinsk- teknisk utstyr	Driftsløsoere, inventar o.l	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. under utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.02	805 020	298 734	3 998 846	473 696	959 869	6 536 165
Korrigerings av anskaffelseskost 01.01.02	-1 184	-608	1 725 150	110 543		1 833 901
<b>Anskaffelseskost 01.01.2003</b>	<b>803 836</b>	<b>298 126</b>	<b>5 723 996</b>	<b>584 239</b>	<b>959 869</b>	<b>8 370 066</b>
Tilgang kjøpte driftsmidler *)	173 851	71 908	143 123	1 208	1 149 074	1 539 164
Overføring til ferdigstilte driftsmidler			65 682		-65 682	0
Lånekostnad ved tilvirkning					2 056	2 056
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	4 142	1 013	0			5 155
<b>Anskaffelseskost 31.12.03</b>	<b>973 545</b>	<b>369 021</b>	<b>5 932 801</b>	<b>585 447</b>	<b>2 045 317</b>	<b>9 906 131</b>
Akkum. av- og nedskrivninger 31.12.02	129 619	60 700	212 870			403 189
Korrigerings av av- og nedskrivninger 2002	-1 955	-779	88 569			85 835
<b>Akkumulert av- og nedskrivninger 01.01.03</b>	<b>127 664</b>	<b>59 921</b>	<b>301 439</b>		<b>0</b>	<b>489 024</b>
Årets ordinære avskrivninger	136 982	63 577	307 053			507 612
Akkum. avskrivninger på avgåtte driftsmidler	2 643	176	0			2 819
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.03</b>	<b>262 003</b>	<b>123 322</b>	<b>608 492</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>993 817</b>
<b>Bokført verdi pr. 31.12.2003</b>	<b>711 542</b>	<b>245 699</b>	<b>5 324 309</b>	<b>585 447</b>	<b>2 045 317</b>	<b>8 912 314</b>
- Herav bal.leieavtaler (fin. leasing)	56 787	4 782	0	0	0	61 569
Estimert økonomisk levetid	3-15 år	3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser	8,3 %	6,7-33,3 %	3,8 %			
Årets avskrivninger på åpningsbalansen	112 261	42 471	296 417			451 149

\*) Tingsinnkudd i forbindelse med overtakelse av Aure Opptreningscenter 01.01.2003 er inkludert i tilgang kjøpte driftsmidler med 36,594 millioner kroner. Anleggsmidlene ved Aure Opptreningscenter er overtatt vederlagsfritt, og overført til Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Finansiell leasing er benyttet som finansieringsform i forbindelse med kjøp av MR-maskiner ved Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre, lab.system, anesthesiapparat og angiolog. ved St. Olavs Hospital HF og IT-utstyr ved Helse Midt-Norge RHF. Forpliktelse som er balanseført under langsiktig gjeld ved utgangen av 2003 er på 62 millioner kroner.

Varige driftsmidler ble overført til Helse Midt-Norge RHF 01.01.2002 som et tingsinnkudd til en foreløpig verdi på kr 5 860 252,-. I statsbudsjettet for 2003 framgår det at endelig verdi skal fastsettes senest ved fastsettelsen av årsregnskapet for 2003. Endelig fastsetting av verdien pr. 01.01.02 er omtalt i note 1 under avsnittet om åpningsbalansen.

Formell overføring av fast eiendom fra fylkeskommunene til helseforetakene er pr. 31.12.2003 ikke gjennomført for alle eiendommene.

Større IT-utstyr er i forbindelse med etableringen av HEMIT overført fra helseforetakene til det Helse Midt-Norge RHF på samme måte som immaterielle eiendeler.

Varige driftsmidler anskaffet etter 01.01.2002 er ført i balansen til anskaffelseskost. Varige driftsmidler med levetid på 3 år eller mer og kostpris på kr 50 000,- eller mer balanseføres og avskrives.

Avskrivninger på anleggsmidler er gjennomført i henhold til foretakets avskrivningsplaner og god regnskapsskikk, og er fordelt lineært over antatt økonomisk levetid med utgangspunkt i historisk kostpris.

Nedskrivninger i 2002 er i sin helhet er tilbakeført som en del av endelig fastsettelse av verdien på anleggsmidlene. Det er ikke foretatt nedskrivninger i 2003.

## Note 11 Langsiktige byggeprosjekter

Konsernet har flere store byggeprosjekt gående. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2003 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkum. regnskap pr. 31.12.03	Akkum. regnskap pr. 31.12.02	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
St. Olav/Helsebygg, byggefase 1	Helse Midt-Norge RHF	1 593 000	790 000	5 201 000	5 323 000	-122 000
St. Olav/Helsebygg, byggefase 2	Helse Midt-Norge RHF	151 000	36 000	Ikke fastsatt ennå		
DPS Orkdal	St. Olavs Hospital HF	13 233	2 245	65 040	68 000	-2 960
DPS Tiller	St. Olavs Hospital HF	32 365	1 435	95 600	95 600	0
Sikkerhetsavd./psyk/ rus/tvungen omsorg	St. Olavs Hospital HF	4 646	1 095	267 000	267 000	0
Byggetrinn 2 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	157 450	156 733	162 000	157 450	4 550
Byggetrinn 3 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	58 768	25 325	122 532	122 532	0
DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF	4 025		73 000	73 000	0
BUP Levanger, byggetrinn 1	Helse Nord-Trøndelag HF	14 257	278	52 500	52 500	0
Nytt kreftbygg	Helse Sunnmøre HF	181 474	37 649	283 029	283 029	0
BUP/VPP poliklinikk	Helse Sunnmøre HF	1 333	164	83 000	83 000	0
Ny barneavd. Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF	167		150 000	150 000	0
<b>Sum</b>		<b>2 211 551</b>	<b>1 050 924</b>	<b>6 404 701</b>	<b>6 525 111</b>	<b>-120 410</b>

DPS = Distriktpsikiatrisk senter

Større byggeprosjekter er i hovedsak finansiert med øremerkede tilskudd til investeringer via kreftplan og opptrappingsplan for psykiatri og lån.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helsedepartementet og delvis av Utdannings- og forskningsdepartementet. Finansieringen fordeler seg med henholdsvis 73,46 prosent og 26,54 prosent, noe som igjen reflekterer endelig eierforhold mellom St. Olavs Hospital HF og NTNU i følge vedtatte planer pr. 31.12.2003. 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 millioner kroner vedrørende utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital HF gjelder merkostnader på grunn av utsatt byggestart fra mai 2001 til juni 2002. Finansieringen av merkostnadene er ennå ikke avklart.

## Note 12 Leasing- /leieavtaler – ikke balanseført

Årlige leiekostnader knyttet til ulike leieavtaler og operasjonell leasing, ikke balanseført:

Mor			Konsern	
2002	2003		2003	2002
2 446	3 299	Husleieavtaler	35 298	28 724
0	0	Leie av medisinskteknisk utstyr	2 821	6 094
594	132	Leie av inventar, utstyr, transportmidler mv	17 294	9 243
0	0	Andre leieavtaler	4 679	1 959

I morselskapets leiekostnad ligger leie av tomt på Øya i Trondheim. Hensikten med denne avtalen har vært å sikre eventuelle tilleggsarealer knyttet til utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital HF. Leiekontrakten utløp 30.04.2003 og er ikke videreført.

## Note 13 Universiteter og høgskolers 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: 8 400 kvm (herav er 830 kvm bruksrett, resten leie)

Disponert av HiST: 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 14 Datterforetak og tilknyttede selskaper

Datterforetak (som konsolideres)	Forr.-kontor	Eierandel	Stemmeandel	Prinsipp innarb. av andel	Innskutt verdi 31.12.03	Bokført egenkap. 31.12.03	Bokført verdi 31.12.03	Nedskrivning 31.12.03
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100 %	100 %	Konsolidert	1 472 779	1 339 992	1 339 992	132 787
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	2 230 345	1 913 587	1 913 587	316 758
Helse Sunnmøre HF	Ålesund	100 %	100 %	Konsolidert	1 927 437	1 790 008	1 790 008	137 429
Helse Nordm.og Romsdal HF	Molde	100 %	100 %	Konsolidert	1 091 158	917 470	917 470	173 688
Sykehusap. i Midt-Norge HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	21 912	37 174	37 174	
Orkdal Sanitetsforenings Sjukhus HF	Orkdal	100 %	100 %	Konsolidert	20 956	15 208	15 208	5 748
<b>Bokført verdi pr. 31.12.2003</b>					<b>6 764 587</b>	<b>6 013 439</b>	<b>6 013 439</b>	<b>766 410</b>

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF ble oppløst pr. 01.01.2003. Virksomheten i foretaket er overført til St. Olavs Hospital HF fra samme dato. Virksomheten i Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF er overført St. Olavs Hospital HF på samme måte fra 01.01.2004.

Rusbehandling Midt-Norge HF er stiftet i januar 2004, og er dermed ikke medtatt i oversikten.

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital. Datterforetakene hadde i 2002 og 2003 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Helse Midt-Norge RHF i helseforetakene er derfor skrevet ned tilsvarende underskuddene i 2002 og 2003. Verdien på investeringer i datterforetak er skrevet ned med totalt 766 millioner kroner. Herav gjelder 593 millioner kroner underskudd i 2003 og 173 millioner kroner underskudd i 2002.

Tilknyttede selskaper	Forretningskontor	Eierandel	Stemmeandel	Anskaffelseskost	Bokført verdi
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	100	100
Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	20 %	20 %	200	200

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) ble stiftet 09.05.2003, og eies med 20 prosent av hver av de fem regionale helseforetakene. Hver region har overført 1 million kroner til selskapet i 2003 til dekning av oppstartskostnader. Av dette er 1,8 millioner kroner inntektsført. Det har ikke vært annen inntektsgivende aktivitet i 2003. HINAS hadde et årsunderskudd på kr 2 864,- i 2003. Regnskapstallene er ikke innarbeidet i Helse Midt-Norges konsernregnskap.

Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansen ANS) ble stiftet 16.01.2004. De regionale helseforetakene eier 20 prosent hver. Egenkapital på kr 200 000,- ble innbetalt i 2003.

#### Note 15 Aksjer og andeler i andre selskaper

Egenkapitalinnskudd i KLP er bokført med henholdsvis 0,733 millioner kroner og 119,815 millioner kroner som andel i selskapet for morforetaket og konsernet.

Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP blir fordelt på kundene i forhold til de enkelte kunders andel av de totale pensjonsforpliktelsene. Egenkapitalinnskuddet blir utbetalt kun hvis konsernet flytter sin pensjonsordning fra KLP.

#### Note 16 Mellomværende med selskap i samme konsern

Totaloversikt over mellomværende med datterforetakene

	31.12.03	31.12.02
Langsiktig fordring	188 804	0
Kundefordringer	9 209	16
Andre fordringer	7 916	3 372
Langsiktig gjeld	-124 324	-40 635
Leverandørgjeld	-6 869	-4 627
Annen kortsiktig gjeld	-27 308	-11 798
<b>Sum</b>	<b>47 428</b>	<b>-53 672</b>

Med unntak av morforetakets kjøp av helsetjenester, jf. note 3 var internt salg og kjøp mellom helseforetakene på 269,8 millioner kroner i 2003 mot 195 millioner kroner i 2002.

#### Note 17 Bundne bankinnskudd

Mor			Konsern	
2002	2003		2003	2002
2 791	5 648	Bankinnskudd bundet til dekning av skattetrekk	221 201	202 233
0	0	Pasientmidler	5 214	2 475
<b>2 791</b>	<b>5 648</b>	<b>Sum bundne midler</b>	<b>226 415</b>	<b>204 708</b>

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. 31.12.2003 var 585 millioner kroner.

## Note 18 Gjeld med forfall senere enn 5 år

Mor	31.12.03	31.12.02	Forfall 5-10 år	Forfall 10-15 år	Forfall 15-20 år
Langsiktig gjeld	1 080 078	138 000	270 019	270 019	270 019
Gjeld til datterforetakene	124 324	40 635	0	0	0
Finansiell leasing	4 782	0	0		

Konsern	31.12.03	31.12.02	Forfall 5-10 år	Forfall 10-15 år	Forfall 15-20 år
Langsiktig gjeld	1 080 078	138 000	270 019	270 019	270 019
Finansiell leasing	61 569	34 070	18 704	0	0

Helse Midt-Norge RHF (mor) tok opp et lån hos Helsedepartementet på slutten av 2002 på 138 millioner kroner. I løpet av 2003 er det tatt opp ytterligere lån på 918 millioner kroner. Lånene skal avdras over 20 år fra og med 30.06.2004. Inkludert i total gjeld til Helsedepartementet inngår kapitaliserte renter på 24,1 millioner kroner. Renten fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Helse Midt-Norge har pr. tiden en flytende rente på 3,06 prosent for første halvår 2004.

Lånemidlene er i forbindelse med finansiering av større investeringsprosjekter i noen grad videreført til datterforetakene i foretaksgruppen. Det vesentligste av lånet er forbeholdt finansiering av nye St. Olavs Hospital via Helsebygg.

Deler av basisrammen er likviditetsmessig fordelt på annen måte enn den inntektsmessige fordelingen mellom helseforetakene, jf. note 2. Avdragstid knyttet til dette mellomværende er ikke avtalt. Dette mellomværende er på 94,8 millioner kroner pr. 31.12.03. I forbindelse med samordning av IT-tjenestene i regionen ble anleggsmidler innenfor området overført fra helseforetakene til HEMIT. HEMIT har som følge av denne overføringen en langsiktig gjeld på 29,5 millioner kroner til datterforetakene pr 31.12.03.

## Note 19 Garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF (mor) fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge står som garantist for er på 73,8 millioner kroner. Herav gjelder 64,3 millioner kroner Lukas Stiftelsen, restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.03 på 33,9 millioner kroner mot 36,4 millioner kroner pr. 31.12.2002.

## Note 20 Usikre forpliktelser

### Overlegepermisjoner

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyelighet varierer både mellom foretakene, og de enkelte avdelingene hos foretakene. Ordningen er ikke aktuell for morforetaket.

	31.12.03	31.12.02
Avsatte midler til dekning av framtidige studiepermisjoner	99 547	92 293

## Note 21 Egenkapital

Mor	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretakskapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2002	100		4 891 397	-20 495	4 871 002
Verdijustering anleggsmidler			1 832 679		1 832 679
<b>Egenkapital 01.01.2003</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>6 724 076</b>	<b>-20 495</b>	<b>6 703 681</b>
Årets resultat				-764 558	-764 558
Egenkapitaltransaksjoner			37 327		37 327
<b>Egenkapital 31.12.2003</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>6 761 403</b>	<b>-785 053</b>	<b>5 976 450</b>

Konsern	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretakskapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2002	100		4 891 397	-94 911	4 796 586
Verdijustering anleggsmidler		594 540	1 238 136		1 832 676
Økte av- og nedskrivninger 2002		-44 605		-41 234	-85 839
Andre feil i tidligere års regnskap			1 204		1 204
<b>Egenkapital 01.01.2003</b>	<b>100</b>	<b>549 935</b>	<b>6 130 737</b>	<b>-136 145</b>	<b>6 544 627</b>
Årets resultat		-44 190		-510 138	-554 328
Egenkapitaltransaksjoner			38 404		38 404
Andre endringer			-2 338		-2 338
<b>Egenkapital 31.12.2003</b>	<b>100</b>	<b>505 745</b>	<b>6 166 803</b>	<b>-646 283</b>	<b>6 026 365</b>

Tingsinnskuddet / annen innskutt egenkapital pr. 01.01.2002 består av:	Mor			Innskudd i datterforetakene		
	Endelig verdsetting	Foreløpig verdsetting	Endring	Endelig verdsetting	Foreløpig verdsetting	Endring
Immaterielle eiendeler	20 365	20 365	0	18 795	18 795	0
Fast eiendom	6 805 464	4 970 956	1 834 508	6 263 497	4 428 989	1 834 508
Inventar, utstyr mv	887 503	889 295	-1 792	883 427	885 219	-1 792
Aksjer og andeler inkl EK-innskudd KLP	119 343	119 343	0	119 155	119 155	0
Varer	177 798	177 798	0	177 798	177 798	0
Pensjonsforpliktelser	-623 213	-623 213	0	-617 145	-617 145	0
Netto andre avsetninger og forpliktelser, kortsiktig gjeld og omløpsmidler	-663 184	-663 147	-37	-118 139	-118 102	-37
	<b>6 724 076</b>	<b>4 891 397</b>	<b>1 832 679</b>	<b>6 727 388</b>	<b>4 894 709</b>	<b>1 832 679</b>

Helsedepartementets netto tingsinnskudd til Helse Midt-Norge RHF pr. 01.01.2002 ble fastsatt til en foreløpig verdi på 4 891 millioner kroner i årsregnskapet for 2002. Ved endelig fastsettelse av åpningsbalansen er netto tingsinnskudd fastsatt til 6 724 millioner kroner.

Opprinnelig tingsinnskudd i Psykiske Helsevern i Sør-Trøndelag HF (PHST) ble i sin helhet skutt inn i St Olavs Hospital HF 01.01.2003.

Egenkapitaltransaksjoner i 2003 består i hovedsak av tingsinnskudd i forbindelse med overtakelse av Aure Opptreningscenter som ble overtatt 01.01.2003. Tingsinnskuddet på 36,594 millioner kroner ble samme dag overført til Helse Nordmøre og Romsdal HF.

## Note 22 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 2003

### Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2003, som viser et underskudd på kr 764 558 000 for morforetaket og et underskudd på kr 554 328 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

### 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 foretakets 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 foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2003 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 dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Trondheim, 21. juni 2004  
KPMG AS

Hallvard Strømme  
Statsautorisert revisor

#### Offices in:

Oslø  
Bodø  
Alta  
Arendal  
Bergen  
Elverum  
Finnsnes  
Hamar

Haugesund  
Kristiansand  
Lillehammer  
Mo i Rana  
Molde  
Røros  
Sandefjord

Sandnessjøen  
Stavanger  
Stord  
Tromsø  
Trondheim  
Tønsberg  
Ålesund

KPMG AS is the Norwegian member firm of KPMG International, a Swiss cooperative

Statsautoriserte revisorer - medlemmer av Den norske Revisorforening



Helse Midt-Norge RHF  
Strandvn. 1  
Postboks 464  
7501 STJØRDAL  
Telefon 74 83 99 00  
Telefaks 74 83 99 01  
postmottak@helse-midt.no  
www.helse-midt.no  
Adm.direktør Paul Hellandsvik  
Styreleder Per Sævik

Helse Midt-Norge IT (HEMIT)  
Elgesetergt 10  
7465 TRONDHEIM  
driftssenter@hemit.no  
www.hemit.no  
Direktør Bård Helge Hofstad  
Styreleder Sveinung Aune

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

Rusbehandling Midt-Norge HF  
Strandv. 1  
7500 STJØRDAL  
elise.solheim@helse-midt.no  
www.helse-midt.no/rus/  
Adm. direktør Dag Hårstad  
Styreleder Greta Herje

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF  
Olav Kyrresgt. 3  
MTFS Vest  
7489 TRONDHEIM  
sykehusapoteket.trondheim@apotek.no  
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

Trøndelag Ortopediske Verksted AS  
Elgeseter g 10  
7030 TRONDHEIM  
tov@tov.no  
Daglig leder Svein Sivertsen  
Styreleder Stein Sundmoen

## Innhold

Administrerende direktør Paul Hellandsvik har ordet	4
Visjon og overordnet strategi	8
Dette er Helse Midt-Norge	10
Virksomhetskart	10
Styre og ledelse	11
Helsebygg Midt-Norge	12
Helse Midt-Norge IT (HEMIT)	13
St. Olavs Hospital HF	14
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	15
Helse Nordmøre og Romsdal HF	16
Helse Sunnmøre HF	17
Helse Nord-Trøndelag HF	18
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	19
Rusbehandling Midt-Norge HF	20
2003 i korte glimt	22
Bedre kvalitet og medisinsk utvikling	24
Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge	26
Om åpenhet og tilgjengelighet	27
Ledelsesutvikling og nytt helseakademi	27
Individuelle behandlingsfrister styrker pasientrettighetene	28
Gjennomsnittlig ventetid redusert med over 70 prosent	29
Psykisk helsevern – hele tjenestetilbudet moderniseres	30
Helsetjenesten i endring	32
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag	33
Regional samordning av innkjøp	34
Styreleder Per Sævik: Lagspill og lokal forankring	36



# Kvalitet skal dokumenteres og synliggjøres

4

Helsereformen skulle fjerne uverdige venting og bidra til å styrke pasientenes rettigheter. Den skulle videre skape klarhet i ansvarslinjer og bidra til at lederne i våre sykehus medvirker til å utvikle spesialisthelsetjenesten for å møte morgendagens krav. Skal vi innfri må vi kunne dokumentere og synliggjøre kvalitet.

Administrerende direktør Paul Hellandsvik framhever arbeidet med ventelistene som en god illustrasjon på strategien Helse Midt-Norge har valgt.

- Her har vi stilt klare krav til kvalitet, og ledere på alle nivå er gjort ansvarlige. Før reformen var Midt-Norge en «versting» med landets lengste ventelister. I gjennomsnitt ventet pasientene i rundt 320 dager. Og det var misnøye med sykehusene blant folk flest på grunn av dette.

- Vi var på etterskudd, og det var behov for raske og synlige resultater, fortsetter Hellandsvik. For meg har det vært viktig å definere mål, slik at både vi selv og andre kan måle resultatet. Vi brøt statistikken ned på



**«Helsereformen er i rute. Etter vel to år konstaterer jeg at vi er på god vei mot målene som ble satt»**

avdelingsnivå og stilte lederne til ansvar. I dag er ventelistene reelle – og betydelig kortere.

Han legger til at Helse Midt-Norge i 2003 også hadde god effekt av de avtalene som er inngått med private.

## Viktige oppgaver – og resultater

Å fjerne uverdige venting, unngå korridorpasienter og oppnå god økonomistyring, har vært og er sentrale mål for Helse Midt-Norge. Hellandsvik viser til at redusert ventetid er dokumentert, og korridorpasienter, som et vanlig fenomen, er i ferd med å forsvinne. Samarbeidstiltak med kommuner og etablering av nye tilbud letter presset på avdelingene og gir pasientene et mer verdig opphold på sykehuset. Det er St. Olavs Hospital som har hatt de største utfordringene her.

- Der er planlagt og gjennomført flere tiltak som skal gi bedre økonomi for sykehusene våre. De stramme rammene som ble gitt i Statsbudsjettet for 2004 og kravet om balanse i 2005, er en kraftig utfordring for oss, understreker Hellandsvik.

Gjennomførte tiltak og tiltak under planlegging, viser i følge Hellandsvik, at det i foretaksgruppen både er vilje og evne til omstilling.

- Vi må evne å få driften i balanse og deretter skape oss rom for utvikling. Gjennom opptrappingsplanen for psykiatri, rusreformen og ikke minst gjennom bygging av det nye universitetssykehuset i Trondheim, tilføres Midt-Norge store verdier som vi skal vite å utnytte til pasientens beste.

## Behov for omstilling

Paul Hellandsvik mener at behovet for omstilling av sykehus og behandlingstilbud ikke først og fremst er drevet fram av helsereformen, men av andre trender. Nye lovverk har bygget ut individuelle pasientrettigheter gjennom Fritt







Sykehusvalg, behandlingsfrister og offentliggjøring av kvalitetsindikatorer. Men det er ikke bare kravstore konsumenter som øver påtrykk.

- De medisinske nyvinningene er i dag både grensesprengende og raske. De stiller oss overfor vanskelige valg og dilemmaer i vår hverdag, og de slår inn i planleggingen vi er avhengig av, for store og sammensatte organisasjoner som sykehus.

Det er mange måter å innrette seg når kravet om endring presser på. Hellandsvik berømmer måten ledelse

**Budskapet mitt er at vi må se sykehus-Norges budsjett i sammenheng med samfunnets totaløkonomi.**

og sykehusansatte i Orkdal har håndtert dette på ved å fokusere på mulighetene. På enkelte områder vil kravet til kvalitet trekke i sentraliserende retning, på andre områder er det desentralisering som bidrar både til økt effektivitet og bedre tilbud for pasienten, mener Hellandsvik.

Hellandsvik peker også på at sykehusene ikke kan være seg selv nok. Med de muligheter som medisinen skaper, er det nødvendig å foreta valg i forhold til hva som skal være et offentlig anliggende. I Helse Midt-Norges overordnede strategi er det i ett av hovedmålene sagt at det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

#### Åpenhet og kommunikasjon

Hellandsvik er opptatt av åpenhet og innsyn i det regionale helseforetakets arbeid. I dag er åpne styremøter et krav til helseforetakene, men han mener at dette ikke er nok.

Helse Midt-Norge har etablert brukerutvalg både regionalt og i forhold til helseforetakene, og erfaringen med disse er positive. Det er også etablert arenaer for dialog med fylkespolitikere og kommunalpolitikere.

**Vi er i dag på nivå med resten av landet når det gjelder ventetid. Målet er at ingen pasienter skal måtte vente mer enn et par måneder.**



Hellandsvik ønsker å legge større vekt på dialogen med lokalpolitikere og regner med at dette blir mer formalisert framover.

- Vår dialog med omverdenen og den offentlige debatten om helsevesenet er viktig for oss i et demokrati. Det er også viktig fordi dette er med på å kvalitetssikre våre egne prosesser og beslutninger. Vi må opptre slik at befolkningen kan føle trygghet for egen helse og de planer som legges for sykehusstilbudet i Midt-Norge, sier Hellandsvik.

- Vi har en stor utfordring i å kommunisere behovene for omstilling av våre sykehus og hvorfor dette skjer. Vi må stille oss spørsmålene: Blir behovet for omstilling forstått



av våre omgivelser? Hvordan kan vi være i dialog om dette med våre nære omgivelser, pasienter, lokalpolitikere og lokalsamfunn?

### Sykehus, en del av helheten

Hellandsvik er opptatt av å se helsevesen og sykehusdrift i et helhetsperspektiv.

- Når det er slik at stadig vekst i offentlige budsjetter kan true rentenivå og arbeidsplasser, bør vi tenke oss godt om før vi slutter oss til tradisjonelle klagekor for å karre til oss mer av felleskaka. Vi bør se sammenhengen mellom arbeidsledighet, sosiale problemer og helse. Kanskje er det slik at den viktigste helse-prioriteringen vi kan gjøre i dag, er knyttet til forebyggende arbeid gjennom en satsing på skole og

**De viktigste ressursene vi råår over er menneskene – de ansatte i våre sykehus og deres kunnskaper og engasjement.**

utdanning? På sikt er det kanskje nettopp det som vil bidra til at vi kan løse våre oppgaver i sykehus-Norge på en tilfredsstillende måte, sier han.

### Ledelse og fokus på kjerneoppgaver

I Midt-Norge handler det i vesentlig grad om å bygge en felles kultur. I denne forbindelse er Programmet for lederutvikling viktig. Her har rundt 400 medarbeidere i

helseforetakene deltatt så langt. Det etableres nettverk, og lederne tilføres kunnskaper og verktøy de vil ha nytte av.

- Lederskap handler ikke om kontroll og økonomisk kontroll. Det handler om å skape et arbeidsmiljø som virkelig makter å anvende vår viktigste ressurs, menneskene. Dette er også forutsetningen for å lykkes med kvalitetsarbeid, økonomistyring, effektiviseringstiltak og helhetlig planlegging.

Hellandsvik mener at et klart definert mandat og ansvarsområde er en forutsetning for godt lederskap. Dette er avgjørende for å få fokus på kjerneoppgaven, spesielt i en sammensatt organisasjon med så mange kontaktflater og gråsoner mellom avdelinger, behandlingsnivåer og funksjoner.

- Støttefunksjoner er til for å understøtte kjernevirksomheten: Gi pasientbehandling, drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende, sier Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.



# Visjon og overordnet strategi

Vår visjon og overordnede strategi skal bidra til at ledere og medarbeidere kan ta beslutninger og handle slik at foretaksgruppen når sine mål.

8

## Helse Midt-Norges visjon

*På lag med deg for din helse*

## Helse Midt-Norges hovedoppgaver

- pasientbehandling
- forskning
- undervisning av helsepersonell
- opplæring av pasienter og pårørende.

## Sentrale verdier

Helse Midt-Norges verdigrunnlag bygger på trygghet, respekt og kvalitet:

- vise ansvarlighet, omsorg og respekt for den enkelte pasient, og være ordentlig i alt vi gjør.
- være oppdatert og framtidsrettet og stille høye krav til kvalitet på tjenestene våre.
- være nær og engasjert, og la åpenhet og troverdighet prege vår dialog og samhandling.

## Fire målområder

Med bakgrunn i vår visjon og overordnede strategi er det blinket ut fire områder med hovedmål og delmål for hvert enkelt:

- pasientbehandling og opplæring
- organisasjon og ledelse
- forskning
- økonomi

## Hovedmål

### 1. Pasientbehandling og opplæring

Kvaliteten på tjenesten blir satt på prøve i møtet med den enkelte pasient. Helse Midt-Norge skal gi helsetjenester av god kvalitet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov. Det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

### 2. Organisasjon og ledelse

Helse Midt-Norge skal være en attraktiv arbeidsgiver som legger til rette for at ledere og medarbeidere tar ansvar og leverer resultater. Ved hjelp av kompetente medarbeidere som er nær, ansvarlig og oppdatert skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjoner.

### 3. Forskning

Helse Midt-Norge skal sørge for at foretakene holder høy faglig standard og kan dokumentere det. Dette forutsetter at foretakene driver forskning og utvikling som en naturlig del av sin virksomhet.

### 4. Økonomi

Helse Midt-Norge skal drives med god og pålitelig økonomistyring. Driftsresultatene skal sikre handlefrihet slik at Helse Midt-Norge kan gi bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes.

Se [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) for en mer fullstendig oversikt over Helse Midt-Norges mål.





# Dette er Helse Midt Norge

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 og gjennom årlige styringsdokumenter fra Helsedepartementet.

Helse Midt-Norge har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. De fire fylkene har til sammen 640 000 innbyggere.

Spesialisthelsetjenesten omfatter de offentlig eide sykehusene, institusjoner innen psykisk helsevern, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotekene, laboratorier og noen institusjoner innen rusbehandling.

Hovedoppgavene for helseforetakene i Midt-Norge er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vår visjon er «På lag med deg for din helse».

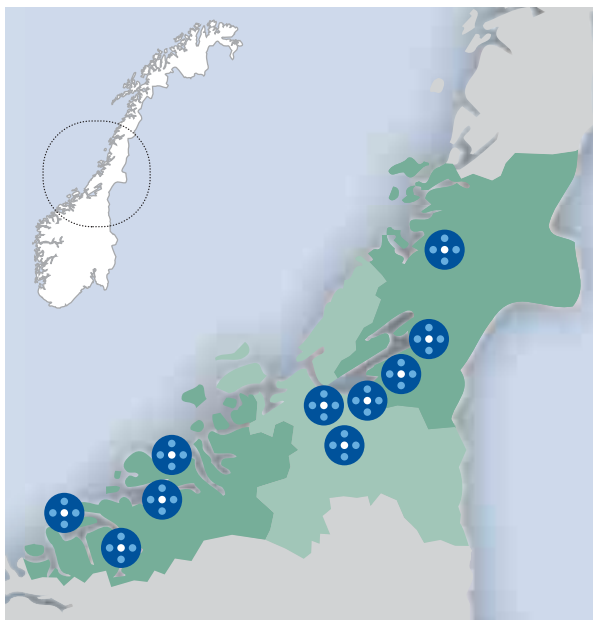
Virksomheten er organisert gjennom helseforetak med egne styrever og ansvar for økonomi og drift. Under finner du en oversikt over foretaksstrukturen. Den endelige strukturen er på plass fra 2004. Helseforetakene eies av Helse Midt-Norge. Rammen for virksomheten gis gjennom budsjett og årlige styringsdokumenter. Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal gjennom samordning bidra til økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse. Resultatet av vårt arbeid evalueres av foretaksmøtet innen utgangen av juni hvert år.

## Virksomhetskart i Helse Midt-Norge

**HELSE MIDT-NORGE RHF** har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjenestene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

Hovedkontoret ligger i Stjørdal. Dessuten er disse avdelingene en del av det regionale helseforetaket:

- Helsebygg Midt-Norge er en utbyggingsorganisasjon med ansvar for bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim.
- Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er en regional IT-enhet som leverer tjenester til helseforetakene i regionen og ivaretar utviklingen av Midt-Norsk Helsenett.



**HELSE NORD-TRØNDELAG HF** består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger samt distriktpsikiatriske sentre.

**ST. OLAVS HOSPITAL HF** er universitetssykehus med regionfunksjoner for de tre midnorske fylkene. Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag er en del av helseforetaket. Fra 2004 er også Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus innlemmet.

**HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF** består av Molde Sjukehus og Kristiansund Sykehus samt distriktpsikiatriske sentre.

**SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF** består av Sykehusapoteket i Kristiansund, Sjukehusapoteket i Ålesund, Sjukehusapoteket i Molde og Sykehusapoteket i Trondheim.

**RUSBEHANDLING MIDT-NORGE HF** i Stjørdal har ansvar for rusbehandling ved Vestmo Behandlingssenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidaros-klinikken (Trondheim) og Senter for medikament-assistert rehabilitering i Trondheim (MARiT) samt praktisering av avtaler med private institusjoner og behandlingstilbud.

**HELSE SUNNMØRE HF** består av Ålesund sjukehus og Volda sjukehus samt distriktpsikiatriske sentre.



# Ledelse

Styret for Helse Midt-Norge RHF er oppnevnt av Helsedepartementet. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har egne styrer med lokal forankring. Det regionale helseforetaket er representert gjennom ett styremedlem i hvert helseforetak. Virksomheten koordineres og ledes gjennom blant annet direktørmøtet der helseforetakenes direktører og direktørene i det regionale foretaket deltar.

## Styret for Helse Midt-Norge RHF



Styrets leder  
Per Rolf Sævik



Nestleder  
Anne-Brit Skjetne



Rigmor Austgulen



Marianne Bjerke



Anders Grimsmo



Egil Hestnes



Helge Haarstad



Ellen Marie Wøhni



Ingegjerd S. Sandberg

## RHF direktørene



Paul Hellandsvik  
administrerende  
direktør



Sveinung Aune  
organisasjonsdirektør



Per Holger Broch  
stabsdirektør



Synnøve Farstad  
kommunikasjons-  
direktør



Asbjørn Hofslid  
prosjektdirektør



Ragnhild Meirik  
direktør for ledelses-  
utvikling



Jan Morten Søraker  
økonomidirektør



Jan Eirik Thoresen  
fagdirektør



Bård Helge Hofstad  
direktør Helse Midt-  
Norge IT (HEMIT)



Johan Arnt Vatnan  
administrerende  
direktør Helsebygg  
Midt-Norge

## Helsebygg Midt-Norge

## HF direktørene



St. Olavs Hospital HF  
administrerende  
direktør  
Roar Arntzen



Rusbehandling  
Midt-Norge HF  
administrerende  
direktør  
Dag Hårstad



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

# Sykehuskunst – visuelle vitaminer

Kunsten skal tilhøre byggene i det nye universitetssykehuset. Den integreres i bygningsmiljøet og virker som visuelle vitaminer!

12

- Det er dette som er utsmykking. Hensikten er at bygg og kunst smelter sammen, sier sjefarkitekt Ragnhild Aslaksen, som leder Helsebyggs ambisiøse utsmykkingsprogram for utbyggingen på Øya.

- Vi ønsker ikke noe sykehusgalleri der man vandrer fra gjenstand til gjenstand. Vi tilstreber kunstnerisk utformede bygg, mer enn kunst for kunstens skyld.

### Pasientene velger selv

Det blir altså mindre av enkeltstående kunstverk, forteller Aslaksen. Innkjøp av såkalt løskunst er først aktuelt mot slutten av byggeperioden. Her inngår et artotek, det vil si en flyttbar samling der pasientene selv kan velge billedkunst på sine rom.

### Lys og natur

Lys og natur er sentrale tema i Helsebyggs helhetlige utsmykkingsplan for publikumsarealer og åpne rom i byggefase 1, opplyser Ragnhild Aslaksen.

- Nærmest i tid ligger Pasienthotellet, som åpner høsten 2004. Tre kunstnere er engasjert for å smykke ut resepsjon, oppholdsrom, restauranter og gårdsrom. I tillegg kommer oppdrag med større flater oppover i etasjene. Til pasientrommene blir det gjort innkjøp av grafikk, akvareller eller fotografier, sier hun.

### Omfattende program for utsmykking

Etter hvert vil en rekke kunstnere landet over få oppdrag som sykehusutsmykkere i Trondheim. Fra før er det gjennomført konkurranse om utsmykking utomhus, og i høst gikk Helsebygg bredt ut for å registrere kunstnere med ideer og interesse for utbyggingen på Øya. Hele tre hundre meldte seg. Rundt hundre betegnes som aktuelle i byggefase 1.

- Helsebygg legger vekt på å knytte til seg de kunstnerne som best kan løse oppdragene. Brukermedvikningen fra St. Olavs Hospital er omfattende, og som faste kunstkonsulenter virker billedkunstnerne Kristin Ytreberg og Grethe Fredriksen, sier Ragnhild Aslaksen.

Utsmykkingsprosjektet på Øya er omfattende. Til første byggefase er det avsatt 26,9 millioner kroner. Det er mer enn f.eks. for Rikshospitalet, men fremdeles under nivået i mange veiprosjekter.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall ansatte	75	100
Antall innleide	23	16
Byggefase 1 (mill. kroner)	284	803
Byggefase 2 (mill. kroner)	30	115
Forskning og utvikling (mill. kroner)	9	17

Helsebygg Midt-Norge er en prosjektorganisasjon under Helse Midt-Norge, med eget styre og ansvar for prosjektering, bygging og ferdigstilling av ny universitetssykehus i Trondheim. Byggefase 1 er i rute og vil bli ferdig i august 2006. Prosjektering av byggefase 2 er i gang, med sikte på stortingsbehandling og godkjenning av kostnadsrammer i mai 2005 og byggestart i 2006.



«Form og farge vil befri din pasient fra smertefulle tanker, bedre enn hvilket som helst argument.»

*Florence Nightingale*



FASADEUTSMYKKING: Edith Lundebrekkes teglfasade i vestibylene i Laboratoriesenteret.



## HEMIT

# Helse Midt-Norge IT

1. juni 2003 ble alle IT-avdelinger i Helse Midt-Norge slått sammen til en felles IT-enhet med til sammen 115 ansatte. Den nye enheten fikk navnet Helse Midt-Norge IT, forkortet HEMIT, og er organisert som en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på samme måte som Helsebygg Midt-Norge.

Som følge av etableringen er det inngått avtaler om tjenesteleveranser med alle helseforetakene. Disse avtalene inneholder også bestemmelser om at foretakene ikke skal bygge opp parallelle IT-tjenester i avtaleperioden fram til 31.12.05. Etableringen av en regional IT-enhet har to hovedmål:

- samordning av ressursbruk på IT
- reduserte kostnader gjennom rasjonalisering av IT-drift.

### Ressursbruken samordnes på flere måter

Flere av avdelingene var tidligere bemannet kun for drift, og hadde ikke kapasitet til f.eks. utvikling. Der man tidligere måtte spre ressursene på en lang rekke små og store driftsoppgaver, er personell i dag mer spesialiserte og kan sette av mer tid til krevende utviklingsoppgaver.

### IT-driften rasjonaliseres

Rasjonalisering skjer f.eks. ved reduksjon av antall servere som er nødvendig for å drive alle applikasjoner. Mens det tidligere var nødvendig å ha servere lokalt på hvert sykehus, kan antallet installasjoner nå reduseres. Dette reduserer kostnader både til maskinvare og til basisprogramvare. Nettverket er lagt om. Det har dermed fått både høyere kapasitet og reserveløsninger. Nettverket vil også videre framover legges om slik at det bedre kan understøtte moderne IT-anvendelser som samarbeidsløsninger og multimedia (f.eks. nettmøter).

Det er også igangsatt en rekke andre effektiviserings- og samordningsprosjekter.

### Nærhet til brukerne

IT infrastruktur og applikasjoner skal driftes med høy kvalitet og tilgjengelighet, og det skal ytes nær og god brukerstøtte. Nærheten til brukerne ivaretas ved at det fortsatt befinner seg HEMIT-ansatte på nesten alle steder hvor Helse Midt-Norge har virksomhet.

Vaktberedskap er i 2003 etablert som egen tjeneste, og behovet og bemanningen er dimensjonert på nytt i samarbeid med helseforetakene.

### Samhandling med primærhelsetjenesten

Som ledd i Helse Midt-Norges strategi om å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten, er det satset videre på Midtnorsk Helsenett og tjenester i dette nettet. Det er i løpet av året arbeidet med en rekke prosjekter som viderefører resultatene fra tidligere år.

For ytterligere å forenkle oppkobling av legekontor og omsorgsenheter er det etablert opplegg for tilkobling gjennom kommunenes eget IT-nett. For å forenkle kommunikasjon mellom primærleger og brukere av helsetjenester er det satset på egne publikumstjenester for timebestilling, reseptformidling og henvendelser om helseproblemer.

Helse Midt-Norge har vært ansvarlig for nasjonal uttesting av slike løsninger. Det er også etablert løsninger for helhetlige behandlingsplaner. Alle disse løsningene forutsetter kommunikasjon over et sikkert Helsenett.

### Gode IT-løsninger, en suksessfaktor

Velfungerende IT-løsninger er viktig for å lykkes på mange fronter, ikke minst i forbindelse med bygging og overgang til nytt universitetssykehus på Øya. En forutsetning for de planlagte løsningene er omlegging av nettverksinfrastrukturen i foretaket. Dette meget store løftet for HEMIT ble igangsatt i 2003, og vil fortsette gjennom mesteparten av 2004.

En annen viktig aktivitet knyttet til byggeprosjektet er oppgradering og videreutvikling av sentrale kliniske applikasjoner. Slik oppgradering har pågått gjennom hele 2003 og vil fortsette helt fram til innflytting. Elektronisk pasientjournal (EPJ) er levert i nye versjoner som legger til rette for papirløs journalføring. Et prosjekt for utvikling av ny analytisk plattform samt oppgradering av alle laboratorie-systemer er kommet godt i gang. System for digital røntgen (PACS/RIS) er etablert i alle helseforetak i regionen. St. Olavs Hospital kom på lufta sist - i april 2004.

### Kravene øker

Ny funksjonalitet og nye systemer må utvikles raskt og være tilpasset en stadig økende informasjons- og arbeidsflyt. Det er derfor igangsatt prosjekter for å definere en arkitektur og integrasjonsstrategi for alle IT-systemer i regionen. Det er også igangsatt arbeid for å utvikle bedre metodikk for prosjektgjennomføring.

### Fakta om HEMIT 2003

Tall for fire måneders full drift og for to måneder der virksomheten var under etablering

Driftsinntekter (mill. kroner)	73
Resultat (mill. kroner)	-0,4
Totalkapital pr. 31.12.03 (virksomhetens eiendeler) (mill. kroner)	137
Antall ansatte pr. 31.12	115



## Redder liv med ny kirurgi

En ny teknikk har reddet samtlige ni pasienter som har fått behandling for sprukket hovedpulsåre ved St. Olavs Hospital siden 1998. Dødeligheten ved slike inngrep er vanligvis drøyt 50 prosent.



Jan Lundbom og Staal Hatlinghus, landets fremste på innvendig behandling av sykdommer i åresystemet. Den nye metoden medfører langt mindre belastning for pasienten enn tradisjonell, åpen kirurgi.

Gjennom to små snitt i lysken fører overlegene Jan Lundbom og Staal Hatlinghus inn en karprotese (stentgraft) og plasserer den gjennom det syke området i åren. Det dreier seg om endovaskulær teknikk – innvendig behandling av sykdommer i åresystemet – en metode som medfører atskillig mindre belastning for pasienten enn tradisjonell, åpen kirurgi.

– Lundbom og Hatlinghus er de beste i landet på dette feltet, sier Hans Olav Myhre, overlege ved Kirurgisk avdeling og professor ved Det medisinske fakultet, NTNU.

### Tre på ei helg

Bare i løpet av ei helg på slutten av fjoråret ble tre personer behandlet av Lundbom og Hatlinghus etter at utposninger (aneurismer) på hovedpulsåren sprakk. Samtlige var i så dårlig forfatning at de neppe ville ha overlevd annen behandling. Nå har alle reist hjem fra sykehuset og er i fin form.

Når hovedpulsåren sprekker dør de fleste som rammes før de ankommer sykehuset. Selv om pasienten kommer til sykehus, er prognosen normalt svært dårlig. Av de som behandles, overlever rundt 50 prosent.

– Hvis pasientens tilstand er stabil nok, gjør vi en CT-undersøkelse for å se om anatomien gjør det mulig å gå inn med et stentgraft. Nesten alle med sprukket hovedpulsåre i brystet kan opereres med endovaskulær teknikk, og det samme gjelder for rundt halvparten av de som rammes i buken, forteller kirurg Lundbom.

– Før het det at en ikke skulle kaste bort noe tid ved sprukket aneurisme, men i dag kan vi hurtig gjøre en akutt CT, supplerer radiolog Hatlinghus.

### Mindre belastning

Siden 1997 har Lundbom og Hatlinghus operert nesten 200 personer for utposninger på hovedpulsåren, 26 av dem i brystkassen (thorakale aorta aneurismer) og de øvrige i buken (abdominale aorta aneurismer). Én av de 26 døde, mens dødeligheten ligger på snau to prosent i den andre gruppa. Ved åpen kirurgi er dødeligheten ved abdominale aorta aneurismer på 4-7 prosent, og noe høyere ved thorakale.

– Pasientene våre har en snittalder på 72 år, og mange av dem ville ikke tålt åpen kirurgi, sier Lundbom og utdypet:

– Ved en åpen operasjon er snittet mye større, og blodomløpet må stenges. Dette fører til økt trykk og dermed større belastning på organene. Samtidig fører den manglende sirkulasjonen til at avfallsstoffer samler seg i kroppen.

Ved bruk av endovaskulær teknikk er hjertet og øvrige indre organer i funksjon og kroppstemperaturen normal. Dette gjør metoden mer skånsom for pasienten.

### Halvert liggetid

Det er ressurser å spare på å anvende endovaskulær teknikk, selv om utstyret er kostbart. Ved planlagte inngrep er den gjennomsnittlige liggetiden på overvåkningsenhet redusert fra tre til ett døgn. Fra sengeposten reiser de fleste hjem den tredje dagen etter inngrepet, uten å trenge ytterligere rehabilitering. De gode resultatene har ført til at Jan Lundbom og Staal Hatlinghus får pasienter fra hele landet. Til og med en pasient som var oppgitt i Danmark er leget hos duoen ved St. Olavs Hospital.

– Den nye metoden krever mye teknisk finesse og et tett samarbeid mellom kirurg og radiolog. Måten å tenke på blir også annerledes enn ved åpen kirurgi, sier professor Myhre.

Operatørene benytter røntgengjennomlysning for å orientere seg i feltet som skal leges. Så føres hylsen med karprotesen inn, og med millimeterpresisjon plasseres den på rett sted i åren. Når hylsen trekkes tilbake, frigjøres protesen, foldes ut og fester seg til åreveggen. I tillegg er protesen utstyrt med små metallkroker for å holde seg på plass.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	1 233	1 233
Antall liggedøgn	381 916	383 747
Antall behandlede innlagte pasienter	46 202	46 179
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)	260 486	275 074
Antall polikliniske behandlinger (psykisk helsevern)	61 337	69 016
Antall nyhenvisninger (somatikk)	100 857	105 037
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)	-	7 994
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	195	137
Antall pasienter på venteliste	18 934	17 358
Korridorpasienter i gjennomsnitt	46	29
Andel epikriser sendt før 7 dager	-	36,6 %
DRG-poeng totalt	59 612	60 509
DRG-poeng dagbehandling	7 125	7 300
DRG-indeks	1,25	1,20
Antall årsverk	5 694	5 689
Driftskostnader (mill. kroner)*	3 593	4 052
Resultat (mill. kroner)*	-25	-281

Foreløpige tall for 2003, før endring av åpningsbalansen.

## Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF

# Felles legevaktsentral for 19 kommuner

Hele 19 kommuner har inngått samarbeid med Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus (OSS) om felles legevaktsentral. Den nye ordningen innebærer at alle forespørsler om legevakt fra innbyggerne i disse kommunene, går direkte til sentralen i Orkdal. Her blir henvendelsene vurdert av sykepleiere og tiltak koordinert og iverksatt.

- Målet er å sikre en tettere og bedre relasjon mellom første- og andrelinjetjenesten, sier samhandlingssjef Rolf J. Windspoll ved St. Olavs Hospital.

### Bedre for distriktene

På vel ett år har antall henvendelser i nedslagsfeltet for OSS økt fra 20 400 til 93 800. Avdelingsleder Ida Lise Salberg ved OSS er glad for at de har klart å etablere en stor og bærekraftig legevaktsentral for befolkningen.

- Nå kan kommunene yte bedre service. Med den nye ordningen får vakthavende leger i kommunene færre ledd å forholde seg til, og de får redusert antall henvendelser og utkallinger. I dag får pasienter og pårørende råd og veiledning av kvalifisert personell ved legevaktsentralen på sykehuset, sier Salberg.

### Mange kommuner er med

Fra før var Hitra, Frøya, Agdenes og Orkdal med i samarbeidet. Nå har 15 nye kommuner gjort avtale med Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus (OSS): Rissa, Åfjord, Bjugn, Ørland, Skaun, Melhus, Midtre Gauldal, Meldal, Rindal, Klæbu, Hemne, Snillfjord, Rennebu, Aure og Surnadal. Sykehuset er også i dialog med flere kommuner.



**TIL TJENESTE:** Kari Sundby er klar til å ta seg av henvendelser fra publikum som trenger legevakt. 19 kommuner samarbeider med OSS om felles legevaktsentral.

### Positive erfaringer

Kommunelege i Ørland kommune, Atle Hestnes, er så langt svært fornøyd med den nye ordningen. Ørland kom med i samarbeidet tidlig i 2003.

- Det siles, sier han. Det som er legevakt tas med en gang, og de som kan vente, blir bedt om å ringe dagen etter. Det medfører færre utkallinger.

- Når det virkelig gjelder, fungerer det også meget godt i forhold til ambulansebestilling og lignende, sier Hestnes, som ser for seg at samarbeidet fremover bare vil bli bedre og bedre.

### Trygghet, kvalitet og tilgjengelighet

Det er en lang prosess som nå viser et vellykket resultat. Arbeidet startet med et utvalg som skulle utrede mulighetene for et legevaktsamarbeid og felles akuttmottak for kommunene i nedslagsfeltet.

- Vi har bygd videre på legevaktsamarbeidet med de fire første kommunene, sier samhandlingssjef Rolf J. Windspoll ved St. Olavs Hospital. Han understreker at trygghet, kvalitet og tilgjengelighet har vært viktige verdier i samarbeidet med førstelinjenesten.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	119	
Antall liggedøgn	36 182	38 947
Antall behandlede innlagte pasienter	6 672	7 398
Antall polikliniske konsultasjoner	17 878	19 798
Antall nyhenvisninger	9 961	8 347
Gjennomsnitt ventetid (dager)	79	65
Antall pasienter på venteliste	1 004	855
DRG poeng totalt	7 319	
DRG poeng polikliniske konsultasjoner	1 799	
DRG indeks	0,897	0,82
Antall årsverk	406	402
Driftskostnader (mill. kroner)	251	
Økonomisk resultat (mill. kroner)	7	



## Helse Nordmøre og Romsdal HF Et begivenhetsrikt år

Helse Nordmøre og Romsdal HF reduserte i 2003 ventetiden med 43 prosent og ventetiden med 17 prosent i forhold til 2002. I løpet av 2003 er den nye organisasjonsplanen gjennomført. Dette sikrer enhetlig ledelse, samordnet pasienttilbud og mer effektiv drift. Helseforetaket går inn for en framtidig sjukehusstruktur med sjukehusstilbud i begge byer, der det skal bygges et nytt Molde sjukehus på Hjelset.

En krevende økonomisk situasjon gjør det viktig å bruke mest mulig av ressursene til pasientbehandling, gjennom omorganisering og nedbemanning.

I 2003 ble underskuddet om lag 112,2 millioner kroner. Eksklusiv avskrivning var det 79 millioner kroner; 6,2 millioner kroner bedre enn budsjett. I 2004 skal helseforetaket redusere kostnader med 44,2 millioner kroner i forhold til 2003-budsjettet uten å ramme pasienttilbud eller gå til direkte oppsigelser. I 2005 skal regnskapet gå i balanse.

### Kvalitet

Heldigital røntgenbildebehandling innført i 2003 gir raskere pasientbehandling. Elektronisk kvalitetssystem innføres 2003-2004.

I Pasienttilfredshetsundersøkelsen scoret Molde Sjukehus dårlig på bygningsmessig standard. Midlertidig utbedring er planlagt.

### Ny sykehusstruktur

Styret bestemte i oktober at sykehus på Hjelset og i Kristiansund gir den mest fleksible løsningen på framtidens helseutfordringer, og bedre samarbeid mellom sykehusene. Det er etablert et samarbeidsutvalg med vertskommunene for drøftelser av sykehusspørsmål.

### Organisasjonsutvikling

For å få en mer effektiv organisasjon med enhetlig ledelse ble foretaket i juni 2003 organisert i 13 linjeavdelinger på tvers av sykehusene, med felles lederteam.

Som første foretak i Midt-Norge startet vi mellomlederopplæring i 2003 for å skape felles forståelse for foretakets oppgaver og styrke mellomledernes evne til å løse dem.

### Informasjon

[www.helsenr.no](http://www.helsenr.no) ble lansert i juni. Nettstedet er godt besøkt og et viktig informasjons-verktøy, med en intranett-del fra desember 2003. Helseforetaket har åpne styremøter.

### FAO-satsing

Det forskes på en rekke felter innen somatiske og psykiatriske avdelinger, og det er laget kompetanseplaner. Lærings- og mestringssenter er etablert. Praksiskonsulentstillinger ved kirurgisk og medisinsk avdeling skal styrke samarbeid med primærhelsetjenesten og bidra til bedre pasientflyt.

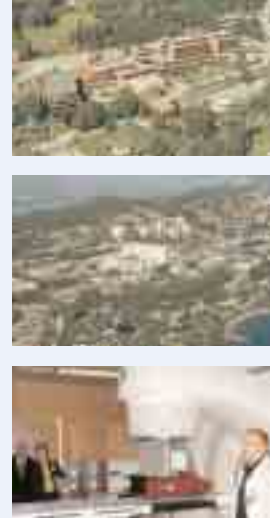
### Arbeidsmiljø og sykefravær

Helse Midt-Norges arbeidsmiljøundersøkelse viser også i vårt foretak at ledelse har betydning for arbeidsmiljø, effektivitet og kvalitet, og at det er behov for ryddigere organisering i avdelingene. Det er satt fokus på sykefravær, kommunikasjon og intern organisering. Ny undersøkelse gjennomføres juni 2004. Helseforetaket inngikk i februar avtale med Trygdeetatens arbeidslivssenter om Inkluderende Arbeidslivsbedrift (IA) for å redusere sykefraværet med 20 prosent, få flere med redusert arbeids- evne i arbeid, og øke reell pensjoneringsalder.

### Videre arbeid i 2004

- videreføre kvalitets, forsknings- og kompetansearbeid
- utarbeide og gjennomføre en rekke effektiviseringstiltak
- utvide satsningen på pasientinformasjon og pasientopplæring
- styrke og videreutvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten
- fortsette lederutvikling og få på plass avdelingenes organisasjonsplaner
- arbeide for å få realisert nytt Molde Sjukehus på Hjelset snarest mulig.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	445	445
Antall liggedøgn (somatikk)	87 006	86 976
Antall behandlede innlagte pasienter	21 125	
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)		97 759
Antall polikliniske behandlinger (psyk. helsevern)		29 730
Antall nyhenvisninger (somatikk)		36 72
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)		2 104
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	150	86
Antall pasienter på venteliste	7 308	6 088
Korridorpasienter i gjennomsnitt		4,6
Andel epikriser sendt før 7 dager		34 %
DRG-poeng totalt	19 675	22 482
DRG-poeng dagbehandling	2 376	2 358
DRG-indeks (heldøgns pasienter)	1,02	1,045
Antall årsverk	1 906	1 919
Driftskostnader (mill. kroner)	1 235	1 249
Resultat (mill. kroner)	-30	-112



Helse Sunnmøre HF

## Strålende nøgd med kreftavdelinga

Mykje har skjedd sidan styreleiaren i Helse Sunnmøre, Jacob Kjøde jr., tok det første spadetaket til det som skulle bli den nye kreftavdelinga i Helse Sunnmøre. Fredag 5. mars stod han for den offisielle opninga av avdelinga.

Kreftavdelinga blei etablert fordi det var stor underkapasitet av strålebehandling og mangel på tilbod i nærmiljøet. Kjøde framheva at det er ei stor belastning for kreftsjuke når dei må reise langt for å få behandling. Styreleiaren fortalte òg at dei tok over eit arbeid som allereie var godt i gang på grunn av innsatsen Møre og Romsdal fylkeskommune i si tid gjorde.

### Samarbeid for å løyse problem

Avdelinga er ei fullverdig kreftavdeling som er fagleg organisert under kreftavdelinga ved St. Olavs Hospital. Lagspelet mellom fagmiljøa i Helse Sunnmøre (HSM) og universitetssjukehuset i Trondheim, med professor Olbjørn Klepp i spissen, er godt. Klepp er no tilsett som avdelingssjef for kreftavdelinga i HSM.

Det er lagt til rette for eit nært fagleg samarbeid mellom avdelingane i Ålesund og Trondheim. Kreftpoliklinikken ved Volda sjukehus er òg ein del av kreftavdelinga. Klepp meiner at dette er eit praktisk eksempel på korleis vi kan samarbeide for å løyse problem i helseregionen.

### Smertefri prosess

Både planlegginga, avgjerdsprosessen og sjølve bygginga har gått raskt. Planlegginga starta i 1999, gravinga i byrjinga av juni 2002, og i romjula 2003 var bygget delvis i drift.

– Vi har klart å halde tidsfristane, og vi har halde oss godt innanfor dei økonomiske rammene. Vi har faktisk ikkje brukt opp dei øyremerkte midlane frå Nasjonal kreftplan, seier Olbjørn Klepp.

Det nye kreftbygget, rehabiliteringa av pasienthotellet og innkjøp av utstyr og inventar er halde innanfor det godkjende totalbudsjettet på knapt 265 millionar kroner. Staten har gitt lovnad om midlar til medisinsk prosjektering, rekruttering og opplæring av fagpersonell på til saman 19 millionar kroner.

– Også dette budsjettet er halde, og vi har fått på plass eit godt skulert og motivert fagpersonell, seier professor Klepp.

Om lag 70 årsverk blir knytt til avdelinga, som er tverrfagleg samansett av mellom anna onkologar, fysikarar, stråleterapeutar, medisinske serviceingeniørar og kreftsjukepleiarar.

– Fagleg sett er dette svært utviklande for Helse Sunnmøre fordi vi har opparbeidd ei rekruttering som vi elles ikkje ville fått, meiner Klepp.

### Topp moderne utstyr

Helse Sunnmøre overtok offisielt bygget 28. november 2003. Her er det poliklinikk og strålebehandlingsrom med topp moderne utstyr. Kreftpoliklinikken opna dørene på nyåret, stråleeeininga starta 24. mars 2004, og sengeposten kjem i drift på nyåret i 2005. Avdelinga får 24 einerom med svært høg standard. Avdelinga skal òg ha ein seksjon for lindrande behandling for pasientar med langt komen kreftsjukdom. I 2005 skal kreftavdelinga i Helse Sunnmøre dekkje ca. 80 prosent av all strålebehandling av pasientar i Møre og Romsdal.

Kreftbygget er bygt saman med sjukehotellet, som i startfasen skal ha 15 senger. Bygget ligg nydeleg til med utsikt over sjøen, og det skal bli eit fint grøntareal utanfor.

### Kunstnarisk initiativ

Torill Molnes er blant mange eldsjeler som har engasjert seg i framdrifta av den nye kreftavdelinga. Gjennom hennar engasjement har avdelinga fått inn kunst til ein verdi av om lag 450 000 kroner. Både foreiningar og enkeltpasientar har gitt svært kjærkomne kunstverk.

– Det emosjonelle er vesentleg, og både bilete, lys og musikk har mykje å seie, sa administrerande direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge under opninga.

Walter Andre Larsen demonstrerer CT-maskinen for fagdirektør Jan Eirik Thoresen og kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad i Helse Midt-Norge.

Nøkkeltall	2002	2003
Tal senger/døgnplassar	559	552
Tal liggedøgn	161 091	162 884
Tal behandla innlagde pasientar	22 697	23 655
Tal polikliniske behandlingar (somatikk)	106 172	119 496
Tal polikliniske behandlingar (psykisk helsevern)	18 995	26 884
Tal nyttilvisingar (somatikk)	34 181	41 396
Tal nyttilvisingar (psykisk helsevern)	1 685	2 251
Gjennomsnittlig ventetid (dagar)	118	67
Tal pasientar på venteliste	7 130	5 196
Korridorpasientar i gj.snitt	-	6
Andel epikriser sendt før 7 dagar	-	-
DRG-poeng totalt	24 002	25 727
DRG-poeng dagbehandling	2 843	3 463
DRG-indeks innlagte	1,02	1,051
Tal årsverk	1911	19251
Driftskostnader (mill. kroner)	1 299	1 423
Resultat (mill. kroner)	-49	-89



# Målbevisst innsats for å fremme god helse

Helse Nord-Trøndelag har de senere år prioritert helsefremmende arbeid. Det innebærer at et helhetlig helseperspektiv er lagt til grunn for virksomheten. Områder det er lagt særlig vekt på, er forebyggende virksomhet, helseopplysning, opplæring av pasienter og pårørende, rehabilitering og læring og mestring.



Som resultat av denne satsingen oppnådde Helse Nord-Trøndelag i mars 2003 status som helsefremmende sykehus etter Verdens Helseorganisasjons (WHO) kriterier. Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos er første sykehus nord for Dovre med slik WHO-ankjennelse for målbevisst helsefremmende virksomhet. Helseforetaket er dermed ett av seks medlemmer i sammenslutningen av Norske helsefremmende sykehus (NHFS), som igjen er en del av et internasjonalt nettverk; Health Promoting Hospitals.

## Tre helsebringende prosjekt

Som medlem i NHFS er Helse Nord-Trøndelag forpliktet til å utvikle og drive tre helsefremmende prosjekt. I 2003 har dette vært:

- røykfritt sykehus
- ledelse gjennom kunst og kultur
- familieprosjekt (Lærings- og mestringssenteret).

Mer informasjon og detaljerte opplysninger om Helse Nord-Trøndelags helsefremmende virksomhet finner du i foretakets egen årsrapport for 2003.

## Hovedoppgaver

Parallelt med den spesielle satsingen som helsefremmende sykehus har Helse Nord-Trøndelag naturligvis også konsentrert seg om de andre hovedoppgavene: Diagnostikk, behandling, pleie, utdanning av helsepersonell, ambulanse-tjenester, forskning, utvikling og opplæring av pasienter og pårørende.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	434	439
Antall liggedøgn	127 497	132 088
Antall behandlede innlagte pasienter	20 518	21 221
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)	85 437	93 429
Antall polikliniske behandlinger (psykisk helsevern)	29 378	32 034
Antall nyhenvisninger (somatikk)	37 203	38 346
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)	1 939	1 786
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	121	80
Antall pasienter på venteliste	5 926	4 896
Korridorpasienter i gjennomsnitt		7
Andel epikrise sendt før 7 dager		34,9 %
DRG-poeng totalt	20 681	21 981
DRG-poeng dagbehandling	2 120	3 042
DRG-indeks	1,0	0,983
Antall årsverk	1 900	1 983
Driftskostnader (mill. kroner)	1 274	1 375
Resultat (mill. kroner)	-33	-97

I 2003 var fokus særlig rettet mot følgende hovedmål:

- god økonomistyring
- fjerning av uverdig og unødvendig ventetid
- unngå at pasienter må ligge i korridorene

## Resultater

I starten av året ventet 5 926 pasienter på behandling i Helse Nord-Trøndelag. Ved årets slutt var intern ventetid redusert fra 121 dager til 80 dager og 4 896 var på venteliste.

Helse Nord-Trøndelag maktet ikke å unngå at pasienter måtte ligge på korridor – 2,3 prosent av våre pasienter har måttet gjøre det.

For 2003 budsjetterte Helse Nord-Trøndelag med et underskudd på 52 millioner kroner. Regnskapsresultatet viser et underskudd på 97 millioner kroner. 23 millioner kroner i økte avskrivninger, knyttet til endelig åpningsbalanse, er den største enkeltårsak til avviket mellom budsjett og regnskap.

**- Oppskriften på et sunt liv er svært enkel. Dødeligheten reduseres betraktelig bare ved å gå fram og tilbake til jobben eller til butikken. Vi vet at hvis du beveger deg 30 minutter daglig som voksen, reduseres risikoen for å dø betraktelig.**

*Per Egil Mjåvatn, forsker, NTNU*

**- Helse er fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom og lyte.»**

*WHO's definisjon av helse*

## Sykehusapotekene HF

# Nye metoder skal sikre riktig bruk av legemidler

Sykehusapotekene arbeider på bred front for å styrke kvalitetssikringen ved bruk og håndtering av legemidler. Arbeidet foregår i tett samspill med sykehusene, og pasientenes erfaring med bruk av legemidler inngår som en viktig del av prosjektene.

### Avdelingsfarmasi

Avdelingsfarmasi innebærer at farmasøyten kommer ut til sengepostene for å bidra mer aktivt i kvalitetssikringen. Farmasøytens oppgave vil variere med avdelingens behov, men kan f.eks. bestå av rådgiving ved behandling, undervisning av helsepersonell, veiledning til pasienter om bruk av legemidler, vurdering av bivirkninger m.v. Et pilotprosjekt er under planlegging ved St. Olavs Hospital.

Ved nyreavdelingen ved Ålesund sjukehus er det satt i gang et prosjekt hvor farmasøyter fra sykehusapoteket gir informasjon og undervisning om legemidler til helsepersonellet. Også dialysepasientene får tilbud om opplæring om legemidlene de bruker, mens de er under behandling.

### Farmasiservice i utskrivingsfasen

Prosjektet innebærer at sykehusapoteket leverer legemidler til pasienter før de skrives ut. Pasienten er dermed sikret at han/hun har legemidlet tilgjengelig og at det ikke oppstår avbrudd i behandlingen. Farmasøyten gir samtidig nødvendig informasjon om legemidlene og eventuelt opplæring i bruk av utstyr. Farmasiservice til pasienter i utskrivingsfasen er innført ved Sjukehusapoteket i Molde. Ved Sykehusapoteket i Trondheim / St. Olavs Hospital igangsettes et prosjekt i løpet av mai 2004.

### Tilbud om informasjon om legemidlene

Sykehusapotekene i Midt-Norge har gitt tilbud til Lærings- og mestringssentrene om spesielle opplegg for informasjon om legemidler. Dette kan være i form av generelle kurs om

legemidler og bruken av dem, kurs for spesielle pasientgrupper eller individuell veiledning/opplæring.

Ved Sykehusapoteket i Trondheim får alle pasienter/kunder tilbud om samtale med farmasøyt med tilpasset informasjon om legemidlene de bruker.

### Økonomisk legemiddelbruk

En av de viktigste oppgavene til Sykehusapotekene i Midt-Norge er å sikre at legemiddelforsyningen til sykehusene er av høy kvalitet og til rimeligst mulig pris. Sykehusapotekene i Midt-Norge deltar på vegne av Helse Midt-Norge i legemiddellinnkjøpsamarbeidet (LIS), som sikrer sykehusene rimelige priser. Sykehusapotekene i Midt-Norge har fokus på prissetting av varer og tjenester til sykehusene. Deler av overskuddet i Sykehusapotekene i Midt-Norge gis tilbake til sykehusene i form av bonus og investeringstiltak.

### SYKEHUSAPOTEKET I TRONDHEIM

Hovedoppgave: Å sikre god og riktig legemiddelforsyning til St. Olavs Hospital og å sikre pasienter, ansatte og andre tilgang til spesialiserte legemidler og gode farmasøytiske tjenester. Spesialkompetanse innen astma, ernæring og diabetes. Har en betydelig egenproduksjon av legemidler, bl.a. metadon og øyedråper. Egen undervisningsenhet som bl.a. tilbyr pasientundervisning, legemiddelkurs for hjelpepleiere og etterutdanningskurs for farmasøyter og annet helsepersonell.

### SJUKEHUSAPOTEKET I MOLDE

Hovedkunde er Molde Sjukehus. Leverer også til mange små og store kommunale institusjoner, hjemmetjeneste, legekontor og bedrifter. Spesialkompetanse på områder som inkontinens, stomi, diabetes, astma/allergi. Tilsyn og kursvirksomhet i sykehuset og i kommunehelsetjenesten.

### SYKEHUSAPOTEKET I KRISTIANSUND

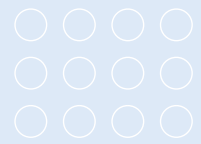
Basis i leveranser av legemidler m.v. til Kristiansund Sykehus, polikliniske og utskrevne pasienter. Leverer også legemidler og apotekvarer til hjemmesykepleiepasienter i Kristiansund kommune. I tillegg til ekspedisjon av farmasøytiske spesialpreparater, tilberedes cytostatikakurer for kreftpasienter tilhørende Kristiansund Sykehus. Apoteket har lokaler for egenproduksjon (ex temporeproduksjon) av legemidler. Spesialkompetanse bl.a. innen stomi, inkontinens og diabetes.

### SJUKEHUSAPOTEKET I ÅLESUND

Består av apoteket i Ålesund med alle funksjoner, samt avdeling i Volda som yter service til Volda sjukehus. Spesialkompetanse bl.a. innen stomi, inkontinens og diabetes. Fører alle hjelpe-midler for stomipasienter. Egen bandasjeavdeling. I tillegg bredt sortiment av legemidler, sykepleieartikler og andre apotekvarer.

Nøkkel-tall	2002	2003
Antall kunder	218 000	213 213
Antall ordrelinjer	337 164	326 214
Antall resepter	179 963	183 281
Antall produksjoner	261 789	330 104
Omsetning Trondheim*	145	171
Omsetning Kristiansund*	31	32
Omsetning Molde*	42	42
Omsetning Ålseund*	77	86
Varesalg sykehus*	128	154
Varesalg andre institusjoner*	8	7
Varesalg andre apotek*	2	4
Varesalg publikum*	152	163
Tjenester og andre inntekter*	5	4
Antall årsverk	89	100,1
Driftskostnader*	290	324
Resultat*	6	9





## Rusbehandling Midt-Norge HF

# Nytt helseforetak samler tilbudet for rusmisbrukere

Helse Midt-Norge opprettet et eget helseforetak for rusbehandling da Rusreform I og II trådte i kraft 1. januar 2004. Dermed holdes rusfeltet samlet, noe som skal bidra til en målstyrt utvikling av dette tjenestetilbudet - i tråd med et regionalt rusprogram som er under utarbeidelse.

20

Rusbehandling Midt-Norge har ansvar for fire institusjoner innen rusbehandling i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag. Helseforetaket skal også forvalte avtaler Helse Midt-Norge inngår med private. I Nord-Trøndelag er rusbehandling allerede en del av Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde.

### Ledelse

Ledelsen for Rusbehandling Midt-Norge HF har kontorer hos Helse Midt-Norge i Stjørdal. Ved inngangen til 2004 ble det vedtatt et budsjett på 120 millioner kroner for helseforetaket. Administrerende direktør er Dag Hårstad.

Det er oppnevnt eget styre for helseforetaket med Greta Herje som styreleder. Det er også opprettet eget brukerutvalg for Rusbehandling Midt-Norge.

### Fire egne institusjoner

*Vestmo behandlingssenter, Ålesund.* Senteret har 21 sengeplasser og en bemanning på 30 årsverk. I dag har senteret en klinikkavdeling (korttidsbehandling inntil 3 md.) og en avdeling for utredning. I 2004 åpnes en akutt-/utredningsavdeling med 12 plasser. Senteret har tilbud til både stoff- og alkoholmisbrukere og er godkjent for å ta imot tvangsinnleggelse.

Vestmo behandlingssenter har administrativ ledelse av Midt-norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK). Det er i alt sju kompetansesenter i et Norgesnett. Kompetansesenteret i vår region har bl.a. ansvaret for «Yngre rusmiddel-misbrukere» og forebyggende arbeid særlig rettet mot kommunene.

*Veksthuset, Molde.* Dette er et strukturert terapeutisk samfunn med plass til 17 klienter, hovedsakelig stoffmisbrukere fra 18-40 år. Bemanningen er på 20 årsverk. I 2004 åpnes en ny familieavdeling med fire enheter.

*Nidarosklinikken, Trondheim* er en klinikkavdeling med et strukturert behandlingsprogram for menn, kvinner og par. 20 sengeplasser. Hovedsakelig stoffmisbrukere i alderen 25-40 år. Bemanning på 20 årsverk.

*MARiT* (Medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, LAR) Har ansvaret for legemiddelassistert rehabilitering av tunge stoffmisbrukere i Helse Nord og Helse Midt-Norge. I løpet av 2004 vil Helse Nord overta ansvaret for LAR i sitt område. Senteret har 19 årsverk. Ca. 180 personer er inkludert i behandlingen.

### Samarbeid med andre

I tillegg til de egne institusjonene skal Helse Midt-Norge overta avtalene som fylkeskommunene har inngått med to institusjoner:

*Kvamsgrindkollektivet, Trondheim* eies av Norske Kvinners Sanitetsforening Sør-Trøndelag fylkeslag. Det er et bo- og behandlingsskollektiv for unge rusmisbrukere fra 15-24 år. 18 av plassene er etter Lov om sosiale tjenester. Fem plasser er for barnevernet.

*Lade Behandlingssenter, Trondheim* eies av Blå Kors Norge. Senteret har 36 sengeplasser, og en tvangspost med fire plasser skal stå ferdig i november 2004. Senteret har en bemanning på 47. Det er åpent for kvinner og menn. Akuttavdeling, avdeling for utredning, klinikkavdeling og poliklinikk. Senteret har en regional funksjon for tvangsbehandling av gravide rusmiddel-misbrukere etter Lov om sosiale tjenester.





Her er 2003

# I korte glimt

22

## **Psykisk helsevern og Orkdal Sanitetforenings Sjukhus inn i St. Olavs Hospital**

Det midlertidige helseforetaket for Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag ble avviklet ved utgangen av 2002 og aktiviteten ble fra 1. januar 2003 en del av St. Olavs Hospital. Fra 2004 er også Orkdal Sanitetforenings Sjukhus en del av St. Olavs Hospital. Dermed er prosessen med å organisere sykehusene i Midt-Norge i fire helseforetak gjennomført.

## **Nye lokaler tas i bruk**

Ved inngangen til 2003 flyttet Helse Midt-Norge RHF inn i permanente lokaler på Tangen i Stjørdal. Det regionale foretaket hadde før dette tilhold i en brakkerigg på nabotomta.

## **Helse Midt-Norge IT (HEMIT) ser dagens lys**

I juni 2003 ble den regionale IT-enheten opprettet. Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på samme måte som Helsebygg Midt-Norge.

## **Viktige IT-prosjekter på gang**

En lang rekke IT-prosjekter er under arbeid. Elektronisk pasientjournal, utvikling av Helsennett og effektiv kommunikasjon med primærhelsetjenesten, digitalisert røntgen, telemedisin og etablering av eksperimentelle operasjonsstuer ved St. Olavs Hospital er noen eksempler.

## **Tilfredse pasienter**

I april ble resultatene fra HELTEF-undersøkelsen om pasienttilfredshet kunngjort. Svarene viste at pasientene ved sykehusene i Helse Midt-Norge i stor grad er godt fornøyd.

## **Fritt Sykehusvalg**

I mai kom Fritt Sykehusvalg på nett med informasjon om kvalitetsindikatorer og ventetider for alle sykehus i Norge.

## **Samordning og effektivisering av innkjøp**

Prosjektet for samordning og effektivisering av innkjøp og logistikk for sykehusene i Midt-Norge ble etablert i mai. De regionale helseforetakene samarbeider også gjennom et felles innkjøpskontor på nasjonalt plan.

## **Helt nytt styre**

Helse Midt-Norge RHF fikk nytt styre i juni 2003. Helsedepartementet valgte å oppnevne et helt nytt styre etter at styreleder Ragnhild Berge hadde bedt seg fritatt fra vervet. Ny styreleder ble Per Sævik.

## **Revidert plan for utbygging**

I juni vedtok styret for Helse Midt-Norge det reviderte hovedfunksjonsprogrammet for fase to av utbygging av nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim.

## **Fortsatt satsingen på pasientnær forskning**

I juli 2003 ble det tildelt 12 nye forskningsstipend i samarbeid med Det medisinske fakultet (NTNU). Nye stipend er tildelt også i 2004.

## **IT-systemer for laboratorietjenester**

I august ble det etablert et regionalt prosjekt for innføring av nye og effektive IT-systemer for sykehusenes laboratorietjenester. St. Olavs Hospital er pilot.



#### **Individuelle behandlingsfrister**

I september 2003 ble det innført individuelle behandlingsfrister ved sykehusene i regionen. Helse Midt-Norge var først i landet med å innføre dette. Ny lov om pasientrettigheter som trår i kraft i september 2004 gjør dette til en rettighet for alle pasienter.

#### **Prehospitale tjenester i regionen**

Etter en omfattende høringsrunde tok styret for Helse Midt-Norge stilling til organisering av prehospitale tjenester i regionen. I etterkant av dette har helseforetakene bl.a. gjennomført samordning av akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og det ble startet et arbeid for harmonisering og samordning av beredskapsplanene i Helse Midt-Norge.

#### **Handlingsprogram for psykisk helsevern**

Høsten 2003 ble Handlingsprogrammet for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge lansert. Programmet omtaler bl.a. satsingen på og utbygging av distriktpsychiatriske sentre og en opptrapping og omlegging av tjenestetilbudet.

#### **Arbeidsmiljøundersøkelse**

Det ble gjennomført en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse ved sykehusene i Midt-Norge høsten 2003. Undersøkelsen viste at avdelinger med høy effektivitet også er de som gir best kvalitet.

#### **Pris for åpenhet og medvirkning**

I november ble Helse Midt-Norge tildelt pris for åpenhet og medvirkning fra Kommunalansattes fellesorganisasjon.

#### **Midtnorsk helseakademi**

I desember ble det vedtatt å opprette et midtnorsk helseakademi. Helse Midt-Norge har gjennom hele 2003 drevet sitt eget program for ledelsesutvikling. Nær 400 ledere på ulike nivå i organisasjonen har deltatt i lederopplæring. Programmet fortsetter og akademiet vil bidra til å utvikle nettverk og kompetansebyggingen videre. Helse Midt-Norge er også en aktiv bidragsyter i det nasjonale programmet for ledelsesutvikling for spesialisthelsetjenesten, og adm.dir. Paul Hellandsvik leder styringsgruppen.

#### **Gjennomføring av rusreformen**

Høsten 2003 ble det etablert et prosjekt som forberedte gjennomføringen av rusreformen i Midt-Norge. Man valgte å organisere dette tilbudet i et eget helseforetak, Rusbehandling Midt-Norge HF som var operativt fra 1. januar 2004.

#### **Handlingsplan for smittevern**

Mot slutten av 2003 ble den regionale handlingsplanen for smittevern lansert. Den skal bidra til å styrke smittevernarbeidet i regionen.

#### **Redusert ventetid**

I løpet av 2003 ble gjennomsnittlig ventetid ved sykehus i Midt-Norge redusert fra 156 til 109 dager.

# Bedre kvalitet og medisinsk utvikling

I 2003 startet Helse Midt-Norge for alvor arbeidet med å vurdere de medisinske tilbudene ved sykehusene i regionen. Målet er bedre kvalitet på tjenestene og en mer effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser.

Det er kommet opp flere spørsmål der det er formålstjenlig å se hele regionen i sammenheng. På noen områder kan sentralisering bidra til bedre kvalitet, mens det på andre vil være mer naturlig å desentralisere og flytte tilbudene ut og nærmere pasienten.

## Systematisk innsats for forbedring

Helseforetakene har ansvar for å utvikle sin egen virksomhet, og skal samtidig delta i prosessene som Helse Midt-Norge tar initiativ til, i samspill med andre foretak. Arbeidet skal skje i tråd med målene i den overordnede strategien for foretaksgruppen. Utviklingsarbeidet gjelder all vår aktivitet, både somatiske sykehus, psykisk helsevern, rehabilitering/habilitering og rusbehandling.

## Kreftbehandling

Antallet nye pasienter og antall operasjoner innen kreftkirurgien må være tilstrekkelig stort for at kirurgene skal opparbeide, opprettholde og videreutvikle sin kompetanse. Det må også være utført et høyt nok antall operasjoner dersom det skal være mulig å måle kvaliteten på tilbudet. Forskning har dokumentert at det er en sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet.

Kreftkirurgi har til nå blitt utført ved alle sykehus i Midt-Norge og strålebehandling ved to av dem. For kreftkirurgi er det nå gjort en faglig vurdering av hva som er rett å beholde på det enkelte sykehus og hva som bør sentraliseres. Styret for Helse Midt-Norge tar stilling til dette i juni 2004.

## AMK

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i 2003 å redusere antall AMK-sentraler til én per helseforetak. Fagmiljøene bidro i utredningen om de prehospitaltjenestene i regionen. Omleggingen skal bidra til å utvikle faglig sterke akuttmedisinske kommunikasjonssentraler og en harmonisering gjennom standarder som gjelder for alle.

## Hjertemedisin

I andre deler av landet er det allerede tatt grep for å samordne funksjoner innenfor fagfeltet hjertemedisin. Helse Midt-Norge har satt ned tre arbeidsgrupper som arbeider med problemstillinger som griper inn i hverandre.

- Den ene problemstillingen er knyttet til utvikling og bruk av PCI-intervensjon (utblokkning av blodårer i hjertet). I dag brukes denne metoden med stort hell i Trondheim.

Spørsmålet er hvordan det totale tilbudet til hjertepasienter skal organiseres.

- Det andre temaet gjelder bruken av EKG og overføring av 12-kanalimpulser over mobiltelefon til en sentral. Der kan det gis fortløpende vurdering og tilbakemelding om behandling, som kan starte i hjemmet hos pasienten eller i ambulansen i form av trombose (injisering for å løse opp blodpropp). Samtidig kan kardiologen tidlig velge ut pasienter for angiografi/PCI-behandling og forberede dette mens pasienten er på vei til sykehuset.
- Den tredje problemstillingen det arbeides med, handler om digital lagring av EKG som en del av pasientens ordinære journal.

## Intensivmedisin for tidlig fødte

Alle landets regionale helseforetak har kartlagt tilbudet som gis til nyfødte før 26. svangerskapsuke. Målet er å sikre høy kvalitet og utvikling av intensivmedisin for denne gruppen for tidlig fødte. I dag gis det tilbud til de aller minste av de minste i Trondheim og Ålesund.

## Laboratorietjenester

Det er lagt fram en rapport om samordning og utvikling av laboratorietjenesten for sykehusene i Midt-Norge som leverandør av medisinsk informasjon og kunnskap.

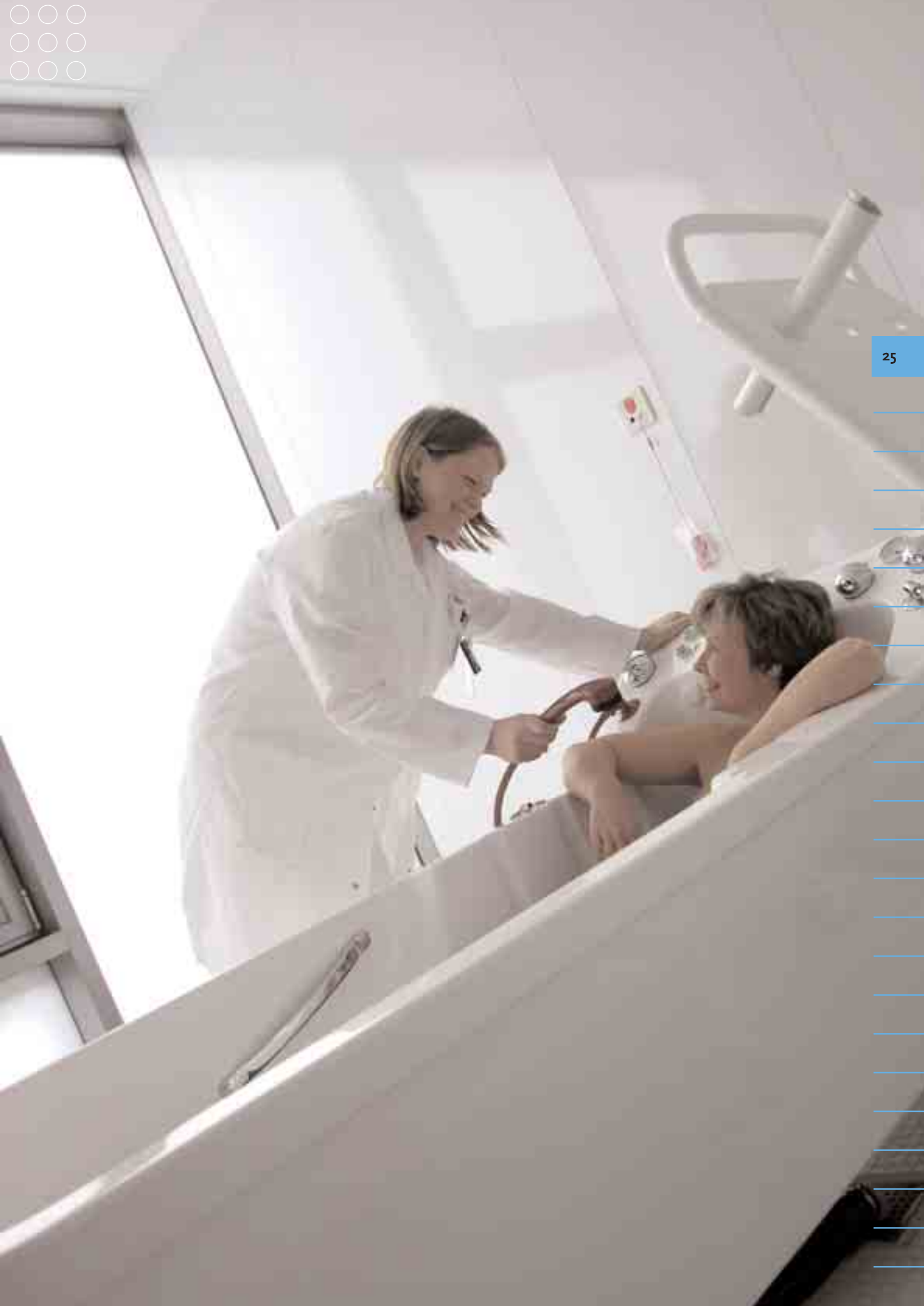
Regionalisering betyr harmonisering av metoder, referanseverdier, statistikk og IT-verktøy. Endring av finansieringsgrunnlaget vil også få betydning for organisering av virksomheten. Rekruttering er et fokusområde for laboratorietjenestene. I dag er det patologer i Trondheim, Ålesund og Molde.

## Rehabilitering/habilitering

En samlet beskrivelse og kartlegging av tilbudene innen rehabilitering/habilitering, skal våren 2004 kunne ut i en plan om utvikling og oppjustering av tilbudene. Nye løsninger kommer som følge av at man ser hele regionen under ett. Helse Midt-Norge har prioritert rehabilitering/habilitering gjennom å stimulere til forskning og faglig utvikling bl.a. gjennom tildeling av doktorgradsstipender.

Innenfor rehabilitering/habilitering er det behov for å utvikle tjenestene og samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvikling av ambulante tilbud og forholdet til private opptreningsinstitusjoner hører med i vurderingene. Det samme gjelder forholdet til trygdeetaten.









# Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge legger vekt på brukerperspektivet i sin virksomhet. Brukernes kunnskap er et viktig bidrag for økt kvalitet på helsetjenestene. Brukerutvalgene er ett virkemiddel, et annet er systematisk bruk av pasientenes opplevelser og erfaringer, bl.a. slik det kommer til uttrykk gjennom spørreundersøkelser. I løpet av 2004 blir en ny stor PasOpp-undersøkelse gjennomført.

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

## Brukermedvirkning på alvor

Det er opprettet brukerutvalg for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Lederen for Regionalt brukerutvalg, Annlaug Stavik, mener arbeidet er godt i gang. Hun viser til at hennes utvalg er rådgivende for styret, og dermed en aktiv medspiller ved utforming av tjenestetilbudet.

- Vi blir hørt og tatt på alvor, men det stilles også store krav til oss, sier Annlaug Stavik. Det er utfordringer hele tiden, og vi må kunne ta raske beslutninger. Nå er det opp til oss å bevise at vi virkelig vil og kan!

## Fra planlegging til evaluering

Brukerne skal medvirke ved alle tiltak som påvirker tjenestetilbudet til brukerne. Dette kan eksempelvis være i innledende planarbeid, ved korrigeringer underveis, videreføring og evaluering. Blant viktige saker hvor brukerne har medvirket, kan nevnes individuell behandlingsfrist, pasient- og pårørendeopplæring, psykiatriplanen og plan for forskning og utvikling.

Det er oppnevnt nye representanter til brukerutvalgene i 2004. Behovet for dyktige representanter er stort, og gjennom rotasjon bringes stadig ny erfaring og kompetanse inn.



Med enkle grep kan vi få til et mye bedre tilbud til pasientene, sier Annlaug Stavik, leder for Regionalt brukerutvalg.

- Det er verdifullt at mange får delta, sier Annlaug Stavik. Hvert enkelt medlem vil få bruk for sin spesialkompetanse. Samtidig er det viktig å være klar over at medlemmene ikke skal representere sin egen organisasjon eller gruppe, men alle brukerne. En bruker er enten pasient eller pårørende, ikke en ansatt i systemet.

## Lærings- og mestringssentre

I de nye Lærings- og mestringssentrene i regionen blir brukerkompetanse sidestilt med fagkompetanse. Her fokuseres det på god dialog, bedre løsninger og tiltak.

Det er også viktig å få til gode tjenester til de svakeste – de som mer enn andre trenger hjelp for å få oppfylt sine rettigheter.

- De mest ressurssterke vil alltid kunne «shoppe» tjenester landet over. Mennesker med sammensatte lidelser, f.eks. kronikere, personer med rusproblemer eller psykiatriske lidelser, trenger ofte spesiell oppfølging, sier Annlaug Stavik.

## Utfordringer framover

Videre framover ser Annlaug Stavik en rekke oppgaver hvor brukerutvalgene bør uttale seg og bidra til å legge premissene for et bedre behandlingstilbud.

- Det må bli slutt på uverdigg venting. Vi vil ha bedre samhandling, her er for mange «tidstyver». Med enkle grep kan vi få til et mye bedre tilbud til pasientene, som ofte blir kasterballe mellom avdelingene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

# Velkommen inn...

## Om åpenhet og tilgjengelighet

Å gjennomføre endringer i sykehusene er krevende. Alle har et forhold til sykehusene, og mange engasjerer seg i hvordan sykehustilbudet skal utvikles. Derfor legger vi også mye krefter i å ha god kommunikasjon med de som berøres av endringene.

Åpenhet skal være en ledetråd for prosessene vi gjennomfører. Det skal være lett å få innsyn i det som pågår. Det er vårt ansvar å etablere arenaer for dialog med omverdenen, og det er et lederansvar å legge til rette for å involvere medarbeidere i omstillingene.

### Møteplasser og dialog

Vel to år etter at helsereformen ble gjennomført har Helse Midt-Norge etablert møteplasser for dialog med sentrale aktører. Brukerutvalgene gjør en svært viktig og aktiv jobb, både lokalt og regionalt. I april 2004 ble den tredje regionale brukerkonferansen arrangert, og erfaringene er gode.

Det gjennomføres jevnlig møter for å sikre god dialog med lokale og regionale myndigheter. Spesialisthelsetjenesten må utvikles i tett samhandling med de lokalsamfunnene vi er en del av og skal betjene. Skal vi kunne utnytte det handlingsrommet som er gitt gjennom reformen, krever det at vi opptrer klokt og at vi har innsikt i lokalsamfunnene. Derfor vil vi styrke denne dialogen med befolkningen, lokale myndigheter og primærhelsetjenesten.

### Gode kanaler ut og inn

I 2003 ble kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper videreutviklet og styrket. Nettstedet [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) fikk flere nye funksjoner, og statistikkene viser godt besøk. Magasinet HELSE har et opplag på 16 000 og distribueres bredt. Et eget nyhetsbrev er etablert og brukes til enklere kommunikasjon.

I vår kommunikasjon skal vi synliggjøre resultater og rettighetene pasientene har. Vi skal være orientert mot muligheter. Når det gjelder mediekontakt, er målet at vi selv skal være aktive, også i saker som setter Helse Midt-Norge i negativt lys.

Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Åpenhet handler om tilgjengelighet. Det første besøkende møter i Helse Midt-Norge, er dette blide trekløveret i resepsjonen. Fra venstre Kirsti Rossbach, Oddny Heimstad og Anne R. Aasland.



## Ledelsesutvikling og nytt helseakademi

Programmet for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge er et svært viktig virkemiddel for å styrke kulturen og utvikle en resultatorientert organisasjon i helseforetakene i regionen. Programmet løper kontinuerlig og vil bli en del av helseakademiet som nå etableres. Ved utgangen av 2003 hadde rundt 400 ledere medvirket i ulike opplegg innenfor dette utviklingsprogrammet

Programmet er svært praktisk rettet. Økonomisk styring, jus, målsetting og kommunikasjon er blant emnene som er å finne på timeplanen. Andre tema som kan nevnes, er rekruttering av gode medarbeidere og den vanskelige samtalen.

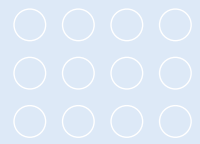
### Praktisk bruk av IKT

Helse Midt-Norge satser på kompetanseoppbygging gjennom kontinuerlig læring. Kunnskap om bruk av IKT blir ett av fokusområdene framover. Avansert informasjonsteknologi er til liten nytte dersom nødvendig kunnskap om bruk mangler. Opplegg som det kan være aktuelt å komme i gang med, er simulator trening, opplæring av ambulanspersonell og gjennomgang av nye behandlingsformer.

### Flere program for opplæring

Det skal utvikles flere opplæringsprogram på linje med det som er etablert for ledelse. Noen kurs vil bli holdt i Trondheim, andre ganger kommer kursene ut til de ansatte i foretakene.

Kursene vil ha en viktig rolle i å bygge og utvikle nettverk og samarbeid på tvers i regionen. I stor grad vil kursene utnytte interne krefter i helseregionen.



# Individuelle behandlingsfrister styrker pasientrettighetene

Helse Midt-Norge innførte individuelle behandlingsfrister allerede høsten 2003. Dette har gitt oss verdifull erfaring i forkant av at ordningen fra september 2004 blir landsdekkende, som følge av endringer i pasientrettighetsloven.

28

## Hva ordningen innebærer

Sykehusene skal nå gi pasienten en konkret frist for når utredning eller behandling skal gjennomføres. Fristen skal være medisinsk forsvarlig og rimelig ut fra situasjonen pasienten er i, og skal ikke overskride ett år.

Hvis sykehuset ikke har kapasitet til å behandle pasienten innen fristen, er sykehuset forpliktet til å bistå pasienter som bor i Midt-Norge, med henvisning til et annet sykehus. I sjeldne tilfeller kan det forekomme at det ikke finnes tilbud i Norge som oppfyller dette kravet. Da kan det være aktuelt at det regionale helseforetaket trer inn, slik at behandling kan ordnes i utlandet.

## Rusmisbrukere og pasientrettigheter

Den nye pasientrettighetsloven gir også rusmisbrukere som ønsker behandling, rett til individuell behandlingsfrist – og som andre, rett til å få vurdert sin helse-tilstand innen 30 virkedager.

Etter at ansvaret for behandling av rusmiddelbruk ble overført til helselovgivningen og til staten ved de regionale helseforetakene, har rusmiddelbrukere de samme rettigheter som andre pasientgrupper. Rusmiddelbrukernes nye pasientrettigheter er utdypet i et rundskriv fra Helsedepartementet våren 2004.

## Behandlingsfrist mer og mer vanlig

Ved utgangen av 2003 hadde over 20 000 pasienter ved midtnorske sykehus fått en individuell frist for utredning og behandling i Helse Midt-Norge. Etter hvert som ventelistene i Helse Midt-Norge er blitt kortere, opplever stadig flere pasienter å få en konkret frist å forholde seg til. Andelen pasienter uten individuell behandlingsfrist er betydelig redusert. Fristen skal være forpliktende for sykehuset, og helseforetakene har ansvar for at det ikke skjer brudd på fristene som er satt.





## Gjennomsnittlig ventetid

# redusert med over 70 prosent siden høsten 2001

- Klokken halv tolv var jeg hos fastlegen min og fikk henvisning til røntgen. Derfra dro jeg rett opp til røntgenavdelingen. I løpet av en drøy time har jeg vært både hos legen og tatt røntgen på sykehuset, forteller Harald Ulimoen etter å ha tatt røntgenbilder av en vond hånd.

### Ny tidsalder

Radiografene på Kristiansund sykehus har latt seg inspirere av frisøren på hjørnet og tar i mot pasienter på «drop-in». Ikke alt kan gjøres like raskt som i Ulimoens tilfelle, men når den gjennomsnittlige ventetiden har krympet med over 70 prosent siden høsten 2001, blir det merkbart for pasienter flest. Og det får konsekvenser for hvordan sykehusene organiserer sine tilbud.

### På god vei

I løpet av 2003 ble gjennomsnittlig ventetid i Helse Midt-Norge redusert til 109 dager. Målet for 2004 er 85 dager. I løpet av første halvår 2004 er gjennomsnittlig ventetid ved Helse Sunnmøre, Helse Nord-Trøndelag og Helse Nordmøre og Romsdal allerede godt under dette måltallet. Størst er utfordringen ved St. Olavs Hospital, men også ved dette største helseforetaket i regionen er både ventelister og ventetider betydelig redusert i 2003 og første halvår 2004.



Harald Ulimoens historie er ikke unik. Kortere ventetid og nye løsninger gir pasienten et bedre tilbud.

### Uverdige venting

Helse Midt-Norge har hatt særlig fokus på uverdige venting. Antallet pasienter som hadde ventet over ett år på behandling, var nærmere 12 000 da helsereformen trådte i kraft. Dette var ved inngangen til 2004 redusert til 1 400 pasienter. Målet for 2004 er at ingen skal måtte vente i over ett år. Utfordringen er størst innen ortopedisk kirurgi.

### Ventelistene krymper

Antallet pasienter som venter på behandling ved midtnorske sykehus, var ved utgangen av mars 2004 rundt 30 000. Det betyr at ventelistene er redusert med 20 000 pasienter siden helsereformen trådte i kraft. Og med betydelig kortere ventetid for pasientene, er ventelistene i dag mer å betrakte som en ordrebok for sykehusenes avdelinger. Innføringen av individuelle behandlingsfrister skal bidra til å gi pasienten en garanti om behandling så raskt som mulig, og ingen skal måtte vente ut over det som er medisinsk forsvarlig.



## Psykisk helsevern

# - hele tjenestetilbudet moderniseres

Gjennom Handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge som ble vedtatt i 2003, tilføres det nå økte ressurser både til investering og drift av tiltak innen det psykiske helsevernet. Hele tjenestetilbudet moderniseres for å gi pasienter og pårørende et bedre tilbud.

30

### Nye distriktpsikiatriske sentre (DPS)

I tråd med tidligere fylkeskommunale planer og myndighetenes intensjon prioriterer Helse Midt-Norge bygging av nye DPS. Disse utgjør grunnmuren i tilbudet til pasienter med allmennpsykiatriske problemer, og til pasienter med kroniske lidelser.

I 2003 åpnet DPS Nærøy i Kolvereid. Et moderne bygg til døgn- og dagbehandling ved DPS Orkdal ble påbegynt i 2003. Det har skjedd en oppgradering av BUP Tiller, og også andre DPS er under planlegging.

Bygging av BUP-enheter skal bidra til at barn og unge tilbys tjenester i hjemmemiljøet uten innleggelse. Innleggelse er likevel nødvendig for noen. Ny døgnenhet i Levanger erstatter midlertidige og lite hensiktsmessige lokaler. Her får også tilbudet om familiebehandling plass.

### Styrker driften

Helseforetakene har fått, og vil få, økte øremerkede midler for å styrke allmennpsykiatritilbudet og særlig prioriterte tiltak. Helse Nord-Trøndelags regionale tjenestetilbud til pasienter med spiseforstyrrelser er styrket, og i 2003 ble åtte døgnseger frigjort for formålet. Allerede ved oppstart overstiger etterspørselen kapasiteten.

Det ble i 2003 også gitt ekstra tilskudd til private avtale-spesialister. Helse Midt-Norge vil gjennom disse midlene gi pasienter muligheter til å velge mellom private og offentlige tjenesteytere i tråd med opptrappingsplanens mål. De nye

avtalehjemlene fordeles til geografiske områder med lavest dekning.

Et moderne psykisk helsevern krever god og vitenskapelig forankring. Helse Midt-Norge RHF og NTNU har prioritert psykisk helsevern ved tildeling av stipend i 2003.

### Omstilling

Med etablering av moderne DPS starter en omstillingsprosess i hele behandlingsskjeden. Tilbud som preges av bo- og omsorgsoppgaver, overføres til kommunene. Arbeidet med å fase ut langtidsplasser skjer gradvis og innenfor rammene av det som er forsvarlig overfor den enkelte pasient.

Sykehusene legger tilsvarende om tilbudene sine og regionale spisskompetansetilbud bygges gradvis ut i tråd med strukturen i den regionale planen. I BUP er det etablert et tidligintervensjonsnettverk med Helse Nordmøre og Romsdal som knutepunkt.

Kravene til produktivitet er skjerpet. Poliklinikktilbudet økte betydelig i 2003. Antall ansatte har økt, men også effektiviteten per ansatt. Samtidig øker etterspørselen, men uten at dette har medført lengre ventetid. Arbeid med rapportering av resultater og utvikling skal gjøre det lettere å planlegge, styre og synliggjøre innsatsen innen psykisk helsevern.









# Helsetjenesten i endring, et nytt perspektiv gror fram

Styringsdokument for 2003 og 2004 pålegger spesialisthelsetjenesten å iverksette systematisk opplæring av pasienter ved alle foretak. I lov om spesialisthelsetjenester framgår det at opplæring er en av hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten.

32

Pasientens lovfestede rett til informasjon, medvirkning og opplæring bidrar til et skifte av perspektiv i helsetjenesten. Helsetjenesten skal ikke bare utrede, diagnostisere og behandle sykdom. Nå legges det vekt på at vi skal lære å mestre sykdom, og at vi trenger opplæring til dette.

Alle helseproblemer lar seg ikke løse gjennom medisinsk behandling. Særlig for mennesker med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig. Pasienten må få innsikt i egen sykdom, vite hva som kan hindre forverring av helsetilstanden, og hva han eller hun selv kan gjøre for å forebygge. Pasientopplæring er ikke bare viktig, men en forutsetning for at en behandling skal bli vellykket.

## Behov for ny kompetanse

Det er ikke lenger nok med medisinsk faglig kompetanse. Dersom pasientens medvirkning skal bli reell, må helsearbeideren også ha pedagogisk kompetanse.

Fagpersonell skal legge forholdene til rette slik at pasienten selv kan mestre sin situasjon. Helsearbeideren skal kunne motivere pasienten til å endre livsstil og mestre egen sykdom - være en hjelper og veileder. Det handler om å forstå hva som fremmer læring og mestring, og hva som er til hinder for dette.

Fagområdet som får økende innflytelse, omtales som helsepedagogikk. I 2003 etablerte Høgskolen i Volda et studium i helsepedagogikk.

## Lærings- og mestringssentre

I 2003 hadde alle helseforetak i Midt-Norge etablert lærings- og mestringssentre.

Ansatte i lærings- og mestringssentrene har helsepedagogisk kompetanse

Prosjektet «Leva Livet» på Bjorli i Rauma kommune, er et godt eksempel på tilrettelagt aktivitet for læring og mestring. To ganger i året inviterer Helse Nordmøre og Romsdal til en uke med aktiviteter som bidrar til å sprengre grenser og gi ny læring for livet.

og bistår de kliniske avdelingene i opplæringsarbeidet. Læring og mestring er vesentlig i alle faser av behandlingen og de kliniske avdelingene har ansvar for at opplæringen blir en integrert del av behandlingen.

## Å mestre sin egen hverdag

Pasientopplæring handler om å hjelpe hele mennesket til å leve med en sykdom eller funksjonshemming. Læringens hensikt er å fornye pasienters kunnskap, holdninger og ferdigheter. Opplæringen lykkes dersom pasienten lærer nye strategier for å mestre daglige smerter, stress og angst eller når pasienten greier å planlegge og gjennomføre de oppgavene i hverdagen som betyr mye.

Dette forutsetter at fagpersoner samarbeider på tvers av fagområder og nivåer i helsetjenesten for å se sammenhengene mellom de forhold som pasienten opplever som vanskelig. I opplæringen inngår pasienten som en ressurs. Kunnskap fra mennesker med sykdomserfaring er viktig for pasienter og helsepersonell. Med opprettelse av lærings- og mestringssentre blir pasient- og fagkompetanse satt i system.

## Et lærings- og mestringssenter er

- en felles arena på tvers av fag og nivå
- et lærested for pasienter og deres pårørende
- et lærested for fagpersonell
- et informasjonssenter.

## Strategi

I 2004 ferdigstilles Helse Midt-Norges strategi for å ivareta pasientens rett til informasjon og opplæring (2004-2007). Målet er at alle pasienter og pårørende som har behov for opplæring, skal få et godt tilbud. Utvikling av lærings- og mestringssentre er en vesentlig del av den regionale opplæringsstrategien.

I 2002 etablerte Helse Midt-Norge et regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring i Volda. Senteret skal støtte opp under Helse Midt-Norges strategi.



## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)

# - omfattende og verdifull forskning gjennom 20 år

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT, omfatter alle innbyggere i fylket som er 13 år og eldre. Dette gjør HUNT til den mest omfattende helseundersøkelsen i Norge. Internasjonalt er den også en av de største.

En ny omgang HUNT er nå under planlegging. HUNT 3 kan bli gjennomført i 2006-2008. Så langt har HUNT 2 mer enn 80 delprosjekter, og over 100 forskere jobber med datafilene.

- HUNT er unik på flere måter, bl.a. fordi undersøkelsen dekker et helt fylke. Det har vært et meget høyt framferte, og datakvaliteten er generelt meget god, sier professor dr. med. Jostein Holmen. Han er daglig leder ved HUNT forskningssenter og har vært med fra starten.

- HUNT er sentrert om de store folkehelseproblemene, men utmerker seg med et langt bredere faglig program enn andre befolkningsundersøkelser både i Norge og i andre land. I HUNT har vi studier innen etikk, livskvalitet, sosialmedisin, mental helse og helsetjenestebruk.

### HUNT favner vidt

Holmen forteller at det pågår studier innen de fleste kliniske fagfeltene, og viser til en rekke konkrete områder: Hjerter- og karsykdommer, diabetes, nefrologi, lungesykdommer, osteoporose, endokrinologi, nevrologi, hemokromatose, andre gastrointestinale sykdommer, urologi, kvinnehelse og flere studier innen ungdomsmedisin.

Andre fagmiljøer har også engasjert seg i HUNT, som f.eks. geografer, molekylærbiologer, genetikere, informatikere og matematikere. I tillegg til dette regionale og nasjonale nettverket, er det utviklet et relativt bredt internasjonalt nettverk omkring HUNT.

- I dag strekker derfor HUNT-samarbeidet seg til forskere i Sverige, Danmark, Finland, Nederland, Irland, Skottland, England, USA, Canada og Australia. HUNT har vist seg å ha potensial langt ut over det vi trodde bare for få år siden, sier Holmen.

### Av stor betydning og verdi

- Knapt noe sykehus utenom universitetssykehusene kan i dag måle seg med Helse Nord-Trøndelag når det gjelder forskningsaktivitet, sier administrerende direktør Reidar Tessem i Helse Nord-Trøndelag. Han mener at HUNT har hatt stor betydning for det medisinske miljøet i Nord-Trøndelag. Tessem viser til at en rekke leger ved sykehusene i fylket har engasjert seg i forskning, ikke minst på grunn av det unike datamaterialet og det aktive forskningsmiljøet omkring HUNT forskningssenter midt i fylket.

- Dersom et helseforetak som vårt skal rekruttere og beholde dyktige fagfolk, er gode og aktive fagmiljøer i avdelingene helt avgjørende. Forskning er en av forutsetningene for å oppnå dette, understreker Tessem.

- HUNT har betydd mye også for resten av regionen. Ved St. Olav har mange medarbeidere gjennom flere år vært engasjert i HUNT, og det arbeides nå aktivt for at HUNT-databasen også skal kunne utnyttes i helseforetakene i Møre og Romsdal, sier Tessem.

### Ny kunnskap gjennom 20 år

Det er i år 20 år siden den første helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag startet, og et forskningssenter ble etablert i Verdal. Fra 2001 har HUNT vært tilknyttet Det medisinske fakultet ved NTNU. Helse Midt-Norge bidrar med finansiering gjennom samarbeidsorganet med NTNU.

Ny kunnskap er publisert gjennom en rekke vitenskapelige artikler de siste årene. De er knyttet til fagområder som hjerte/kar, diabetes, luftveier og allergi, muskel/skjelett, sanseorganer, urinveier, mental helse, genetikk m.m.



# Regional samordning av innkjøp

Sommeren 2003 etablerte Helse Midt-Norge et innkjøpsprosjekt for å forbedre og samordne innkjøp og logistikk i regionen. Prosjektet involverer alle helseforetakene, og ambisjonen er å spare 50 millioner kroner i 2004. Det forventes ytterligere innsparinger i 2005.

Alle sykehusene i Helse Midt-Norge har som mål å ha en meget høy driftseffektivitet, og det legges stor vekt på nytenkning både i pasientnære flytprosesser og i vareforsyningen. Forutsetningen for å lykkes er bl.a. en bedre intern logistikkprosess og en forbedret samordning og standardisering av logistikkprosessen mellom helseforetakene.

## Mye å tjene på effektiv vareforsyning

Sykehusreformen åpner for å effektivisere vareforsyningsprosessene. I Helse Midt-Norge har fremdeles hvert sykehus sitt eget sentrallager, mens innkjøpsorganisasjonen er i ferd med å bli felles. Arbeidet med å få til en samordnet strategi på logistikk og forsyning foregår kontinuerlig. I den forbindelse utredes sentrallagerfunksjon på regionnivå og felles organisasjon for varelogistikk.

## Mot et helhetlig system

Innkjøpsprosjektet arbeider for et samordnet opplegg for logistikk i regionen og har fokus på fire områder; innkjøp, lager, forsyning og beredskap. De viktigste utfordringene er:

- å etablere en innkjøpsfunksjon som legger bedre til rette for kjøp av riktige produkter til riktig pris
- å etablere en lager- og forsyningsfunksjon som legger bedre til rette for effektiv bestilling, lagerhold, transport og distribusjon
- å legge til rette for en tilstrekkelig forsyningsberedskap for hele regionen

Områdene innkjøp, forsyning og beredskap skal i sum bidra til at det etableres helhetlige system som effektiviserer organisasjonen i alle faser.

## Oppgaver på alle nivå

Innkjøpsprosjektet arbeider for å avklare hva som kan og bør gjøres på ulike nivå i organisasjonen. På foretaksnivå er det viktig å samordne arbeidsrutiner, leverandøravtaler og produktsortiment.

På avdelingsnivå søker prosjektet å redusere kostnader, redusere avdelingens ressursbruk knyttet til anskaffelsesprosessen, redusere kapitalbindingen på lagervarer, utnytte IKT på en optimal måte og oppnå bedre regnskapsmessig kontroll over innkjøpene.





# Lagspill og lokal forankring

36

- Lokal forankring er viktig for oss i omstillingsarbeidet som pågår i våre sykehus. Helse Midt-Norge har valgt en modell som åpner for kreativitet og lokalt handlingsrom. Våre endringsprosesser kjøres innenfra og ut.

De er ikke et resultat av direktiver fra oven. Slik forsøker vi å legge til rette for et lagspill der våre ansatte er viktige aktører, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Per Sævik.

Sævik minner om at helsereformen er stor og omfattende – og fortsatt en ung reform. Etter to år kan det allerede vises til resultater bl.a. gjennom redusert ventetid og kortere ventelister, men han mener at det vil ta tid før den nye strukturen har funnet sin form.

- Våre ansatte gjør en svært god jobb i en tid med store endringer. Omstillingsprosessen som vi er midt i, vil fortsette, og tempoet er høyt. Men vi må se til at tempoet ikke blir så høyt at det går ut over systemets evne til å absorbere og ta opp i seg endringene. Glipper vi på dette, blir det også vanskeligere å nå de mål vi har satt oss, sier Sævik.

## Lokal forankring viktig

Det at Helse Midt-Norge RHF ikke har valgt gjennomgående styrerepresentasjon i sine helseforetak, er en utfordring. Alternativet ville vært at det regionale helseforetaket hadde ivaretatt oppgaven som styreleder i alle helseforetakene. Men slik er det altså ikke. I stedet er styrene rekruttert lokalt med personer som har bred kontaktflate og kompetanse.

- På denne måten oppnår vi at styrene for helseforetakene får en bedre lokal forankring. Helseforetaket får større handlingsfrihet og kan dermed utnytte de lokale forutsetningene bedre. Vi er opptatt av å forankre virksomheten i lokalmiljøet – den befolkningen vi er satt til å betjene. Styret for det regionale helseforetaket kommer til å prioritere møter med lokalpolitikere. Vi må skape flere lytteposter slik at vi kan fange opp brukernes og lokal-



Per Sævik fikk oppgaven som styreleder i Helse Midt-Norge i juni 2003 da Helsedepartementet valgte å skifte ut hele styret for Helse Midt-Norge.



samfunnenes oppfatning av sykehus-tilbudet, sier Sævik.

Retningslinjene for virksomheten som kommer fra regjering og storting, gir føringer for styret for det regionale helseforetaket. Sævik sier at man må ha forståelse for at sykehusene, i kraft av den betydning de har for befolkning og samfunn, ikke kan styres på samme måte som enhver annen virksomhet eller bedrift. Dialogen med eier vil også involvere administrasjon og departementets eieravdeling.

- Dette er en balansegang mellom politisk, administrativt og praktisk nivå som krever at vi er lydhøre på hver vår kant, sier han.

## Utfordringer framover

Med et årsbudsjett på over 9,5 milliarder kroner i 2004, forvalter helseforetakene i Midt-Norge store verdier på vegne av fellesskapet. Sævik mener at hovedutfordringen er å bruke disse midlene på en god måte for pasientene, at de ansatte opplever omstillings tiltakene som meningsfylte, og at endringene også bidrar til å gjøre deres hverdag bedre.

- Hverdageeffektivisering er viktig for oss hvis vi skal evne å nå våre mål

om økt kvalitet og framtidsrettet satsing innen pasientbehandlingen. Noen av bidragene vil komme fra innkjøpsprosjektet og de investeringene som gjøres i IT, sier Sævik.

Oppgavene framover er mange og alle lar seg ikke løse over natten. På kort sikt mener Sævik at det er nødvendig å sikre tilgang på nok lånemidler slik at opptrappingsplanen





for psykisk helsevern kan realiseres. Han legger ikke skjul på at han mener det var uheldig å ta et hvileskjær ved å stoppe planlagte investeringer på grunn av manglende finansiering første halvår 2004.

Fra nyttår 2004 overtok Helse Midt-Norge ansvaret for den spesialiserte rusbehandlingen og opprettet Rusbehandling Midt-Norge som et nytt helseforetak. Sævik setter sin lit til at denne reformen også sikres finansiering, og at Stortinget, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, sørger for dette. Vi må settes i stand til å kunne gjøre en skikkelig jobb på dette feltet, mener han.

- Så lenge vi har en pågående gigantutbygging av nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim, har vi begrensede muligheter til å løfte andre store prosjekter. Situasjonen krever en beinhard prioritering. Styret for det regionale helseforetaket vil måtte ta fatt i utfordringene som er knyttet til behovet for et nytt sykehus i Molde, som helst bør være på plass før 2014. Dette er en stor utfordring som vi ikke har en fullgod løsning for i dag, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Per Sævik.





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 Per Sævik

Helse Midt-Norge IT (HEMIT)  
Elgesetergt 10  
7465 Trondheim  
driftssenter@hemit.no  
www.hemit.no  
Direktør Bård Helge Hofstad  
Styreleder Sveinung Aune

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

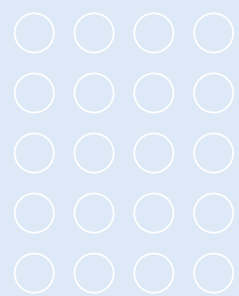
Rusbehandling Midt-Norge HF  
Strandv. 1  
7500 Stjørdal  
e-post  
www.helse-midt.no/rus/  
Adm. direktør Dag Hårstad  
Styreleder Greta Herje

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



Kvaliteten på tjenesten  
blir satt på prøve i møtet med  
den enkelte pasient

