

Årsberetning 2002

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



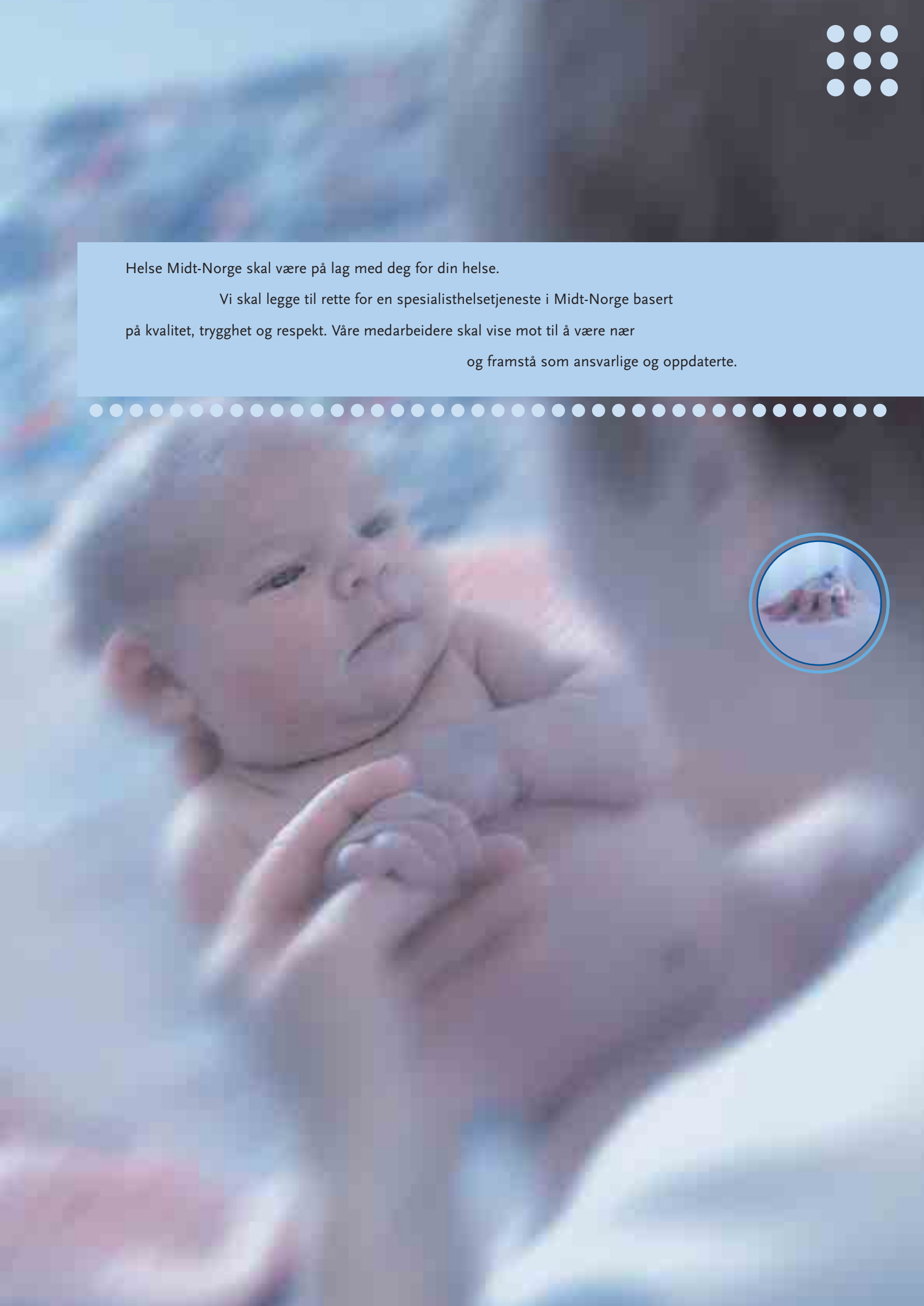
# Innhold

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



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

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





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

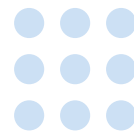
## På lag med deg for **din helse**

4

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

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

  
Paul Hellandsvik  
Adm. direktør



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

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

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

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

Helse Midt-Norge RHF organiserer virksomheten

# Dette er Helse Midt-Norge

6

## HELSE MIDT-NORGE RHF

### Administrasjonen

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

### IT-enheten

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

### Helsebygg Midt-Norge

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

## ST. OLAVS HOSPITAL HF

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

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

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

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

## PSYKISK HELSEVERN I SØR-TRØNDELAG HF

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

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

## ORKDAL SANITETSFORENING SJUKEHUS HF

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

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

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



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

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

Helseforetakene eies av Helse Midt-Norge RHF.

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

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

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

### HELSE NORD-TRØNDELAG HF

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

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

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

Helseforetakets forretningsadresse er Levanger.

### HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF

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

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

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

Helseforetakets forretningsadresse er Molde.

### HELSE SUNNMØRE HF

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

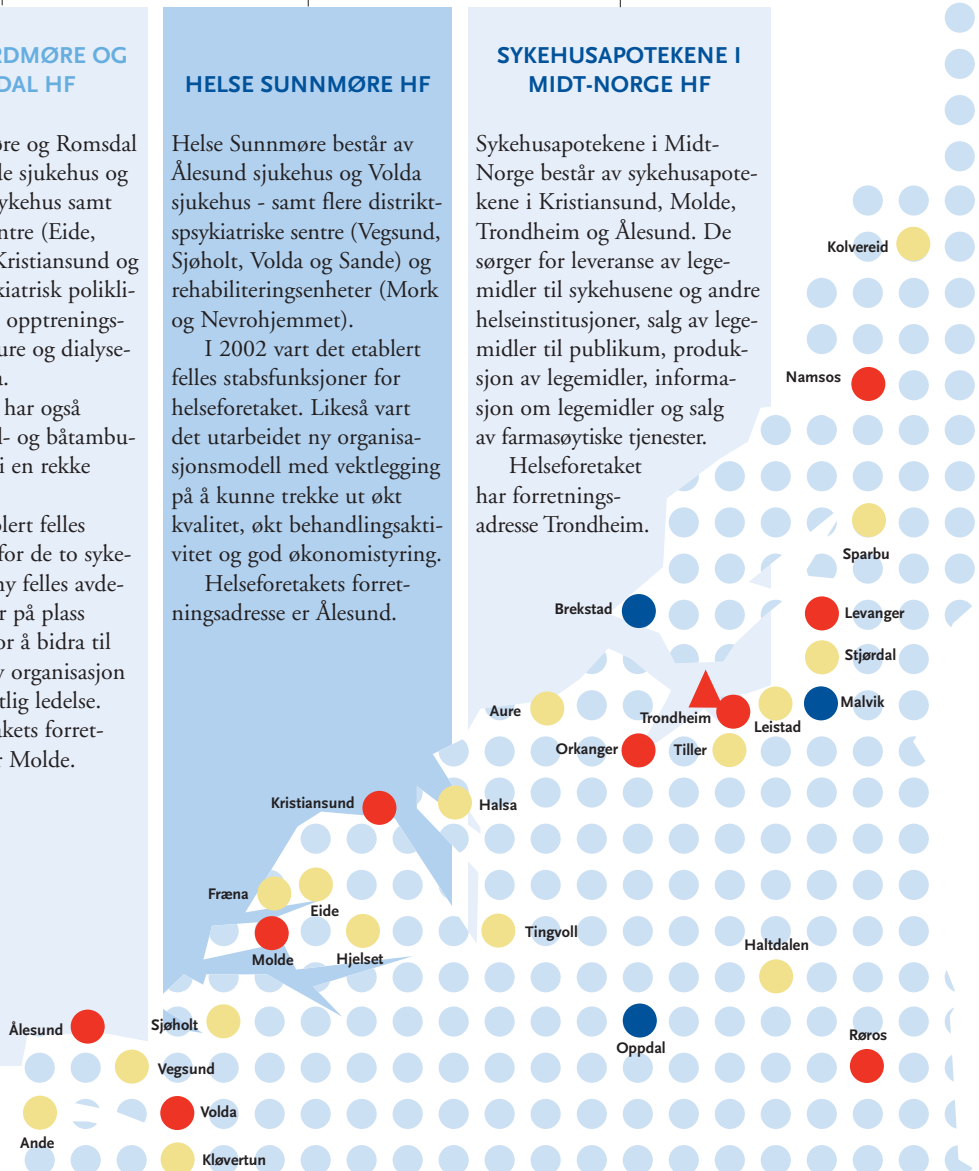
I 2002 vart det etablert felles stabsfunksjoner for helseforetaket. Likeså vart det utarbeidet ny organisasjonsmodell med vektlegging på å kunne trekke ut økt kvalitet, økt behandlingsaktivitet og god økonomistyring.

Helseforetakets forretningsadresse er Ålesund.

### SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF

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

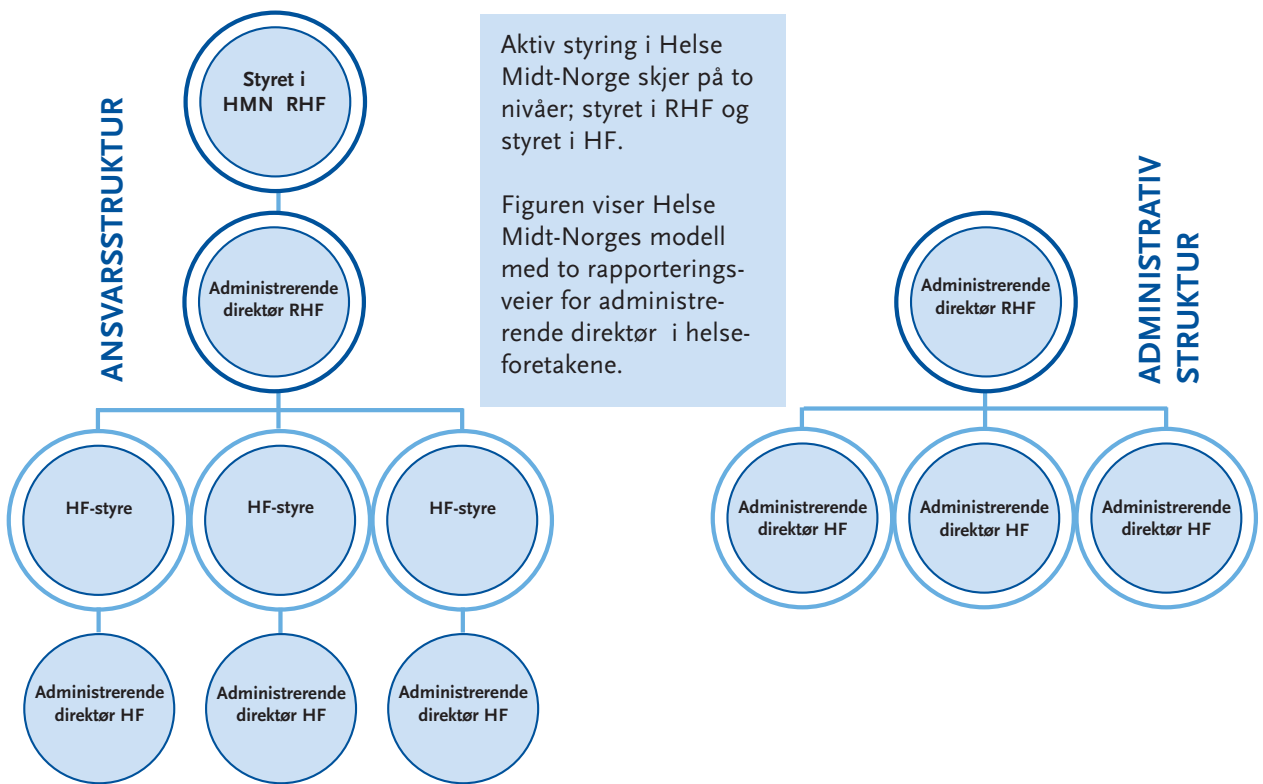
Helseforetaket har forretningsadresse Trondheim.



# Styring i Helse Midt-Norge

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

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



## Styret for Helse Midt-Norge RHF



Styrets leder  
Ragnhild Berge



Nestleder  
Gry Hege Sølsnes



Kolbjørn Almlid



Gunnar Bovim



Greta K. Herje



Jonhild Joma



Helge Haarstad



Ellen Marie Wøhni



Ingegjerd S. Sandberg

## RHF direktørene



Paul Hellandsvik  
administrerende  
direktør



Sveinung Aune  
organisasjonsdirektør



Per Holger Broch  
stabsdirektør



Synnøve Farstad  
informasjonsdirektør

## IT



Bård Helge Hofstad  
direktør

## Helsebygg



Johan Arnt Vatnan  
administrerende  
direktør



Asbjørn Hofslid  
prosjektleder



Ragnhild Meirik  
direktør for ledelsesut-  
vikling



Jan Morten Søraker  
økonomidirektør



Jan Eirik Thoresen  
fagdirektør

## HF direktørene



St. Olavs Hospital HF  
administrerende  
direktør Roar Arntzen



Orkdal  
Sanitetsforenings  
Sjukehus HF  
administrerende  
direktør  
Olav S. Illøkken



Sykehusapotekene i  
Midt-Norge HF  
administrerende  
direktør  
Gunn Fredriksen



Helse Nord-  
Trøndelag HF  
administrerende  
direktør  
Reidar Tessem



Helse Sunnmøre HF  
administrerende  
direktør  
Astrid J Eidsvik



Helse Nordmøre og  
Romsdal HF  
administrerende  
direktør  
Eirik Heggemsnes

## Helsebygg Midt-Norge

Grunnsteinen for det nye universitetssykehuset i Trondheim

ble lagt ned søndag 02.06.2002.

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

### Stor oppgave, delt ansvar

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

### Endelig klarsignal

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

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

### Full aktivitet

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

### Hovedmål 2003

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

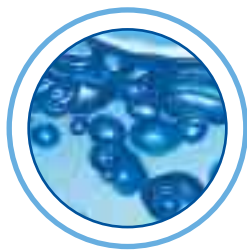
10

### Nye utredninger

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



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



## St. Olavs Hospital HF

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

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

### Reduserte ventelister

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

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

### Økonomi i fokus

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

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

### Forskning, utvikling og undervisning

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

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

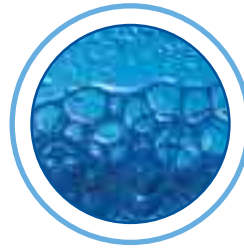
### Organisasjon, ledelse og prosjekter

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

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

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

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



## Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF

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

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF er en del av St. Olavs Hospital HF fra 2003.

Det legges til rette for bedre integrering av psykiatri og somatiske tilbud.

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

### Flere pasienter, økte inntekter

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

### Mangel på investeringsmidler

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

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

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

### Planlegging og omstilling

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

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

### Fortsatt omstilling

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

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

## Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF

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

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

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

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

### Pasientbehandling og kvalitet

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

### Forskning, utvikling og undervisning

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

### Organisasjon og ledelse

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

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

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

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





## Helse Nord-Trøndelag HF 2002

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

14

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

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

### FoU-institusjon

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

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

### Fra 2 til 1

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

### Digital satsing

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

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

### Hovedoppgaver 2003

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

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

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

## Helse Nordmøre og Romsdal HF 2002

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

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



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

### Satsing for økt kvalitet

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

### FoU-arbeid

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

### Organisasjonsutvikling

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

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

### Videre arbeid

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

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



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



## Helse Sunnmøre HF 2002

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

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

### Korridorpasientar

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

### Infeksjonsrate og strykingar på operasjonsprogrammet

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

### God økonomistyring

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

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

### Hektisk aktivitet

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

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

### Nye utfordringar

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

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

## Sykehusapotekene i Midt-Norge HF 2002

Sykehusapotekene har legemiddelforsyning til sykehusene og publikumssalg som sin hovedvirksomhet.

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



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

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

### Kjerneoppgaver

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

Dette er kjerneoppgavene til Sykehusapotekene i Midt-Norge HF:

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

### Utfordringer

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

### Kundetilfredshet i fokus

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

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

\*) Alle i mill. kr.

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

# Viktige hendelser i Helse Midt-Norge 2002



18

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

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

arena for det operative nivå i foretaksgruppen.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

frigjøre ressurser for å styrke pasientbehandlingen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Statlig eierskap – ny lov**

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

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

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

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

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

### **Trøndelagsfylkene**

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

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

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

### **Møre og Romsdal**

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

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

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

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

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

### **Ledelse**

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

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

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



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

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



# Brukernes medvirkning

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

## **Brukernes erfaringer hentes inn**

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

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

## **Brukerutvalg er etablert**

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

## **Tilfreds med tjenesten?**

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

## **Brukerutvalgenes oppgaver**

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

## **Regionale brukerutvalgskonferanser**

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

# Åpenhet og dialog

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

## Levende debatt

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

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

## Åpne styremøter

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

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

## God kommunikasjon nødvendig

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

## Nye kanaler og arenaer

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

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



## Lange ventelister blir kortere

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

### Tiltak nødvendig

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

### Feil og svakheter ved statistikken

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

### Hva slags feil ble avdekket?

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

### Rask hjelp til ventelistepasienter

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

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

### Gode resultater

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

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

# Korridorpasienter ikke akseptabelt

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

## Uverdig, men altfor vanlig

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

## Ny sengepost i Ålesund

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

## Aktiv satsing i Trondheim

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

## Hold «trykket» oppe!

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



# Psykisk helsevern - nasjonale planer følges opp

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

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

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

## Ny plan

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

## Andre tiltak

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

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

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

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

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

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

# Kreftomsorg i utvikling

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

## Halvert ventetid

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

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

Mammografiscreening går som planlagt.

## Nasjonal kreftplan

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

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

## Samarbeid i regionen

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

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

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

## Onkologiske poliklinikker

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



# Forskning og fagutvikling

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

## Samarbeid

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

## Iverksatte tiltak

**Videreføring av tidlige aktiviteter:**

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

## Nye tiltak i 2002

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

## Bevilget til virksomheten i 2003

Det er bevilget penger til følgende aktiviteter:

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

## Forskning, en naturlig del av helheten

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



# Organisasjonsutvikling, ledelse og IT

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

## «2 til 1-prosessen»

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

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

## Effektivisering av støttefunksjoner

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

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

## Felles regional IT-enhet

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

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

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

## Realisering av gevinster innenfor IT

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

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

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

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

### **Samlinger for Direktørmøtet**

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

### **Nasjonalt program for ledelsesutvikling**

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

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

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

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

## **Omstilling**

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

### **Tillitsvalgtordning for helseforetaksgruppen**

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

## **IT**

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

### **Ny IT-strategi**

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

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

### Prosjekter og tiltak i 2003

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

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

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

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

Innføringsprosjektet skal slutføres tidlig i 2004.

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



## Reform også på økonomistyring

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

### Helhetlig rapportering av økonomiske drift

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

### Avklaringer på veien mot bedre økonomistyring

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

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

### Et usikkerhetsmoment

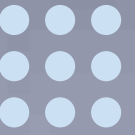
Regnskapsmessig behandling av pensjonskostnader har vært et vesentlig usikkerhetsmoment i 2002. Først helt på tampen av året ble dette endelig avklart, og fram til da var det uklarthet omkring virkelig resultat.

### Løpende rapportering av status

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

### Rapportering fra hver enkelte enhet

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



Beholde god helse lengst mulig i livet.

Bli frisk når sykdom rammer

Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger

Møte livets slutt på en trygg og verdig måte.



## Styrets Årsberetning 2002 Helse Midt-Norge RHF

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

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

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

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

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

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

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

### **Hovedmål 2002**

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

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

### **Ventelister**

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

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

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

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

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

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

### **Korridorpasienter**

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

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

### Økonomistyring

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

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

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

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

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

### Andre forhold

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

### Utviklingstrekk i helseforetakenes virksomhet

Det har i 2002 vært betydelige utfordringer for helsefore-

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

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

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

### Redegjørelse for årsregnskapet / økonomiske resultater i 2002

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Investeringer

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

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

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

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

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

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

## Fortsatt drift

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

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

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

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

### Arbeidsmiljø

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Ansatte

Omorganisering, omstillinger, prosjekter og kostnadsbesparelser har stilt store krav til fleksibilitet og samarbeid hos de ansatte i foretaksgruppen. Forbedringer i inntektsgrunnlaget for foretaksgruppen er svært begrenset.

Arbeidet med å oppnå resultater må skje gjennom en organisasjonsutvikling som utløser medarbeidernes kompetanse, skaperkraft og effektivitet, og representerer store muligheter og løpende utfordringer for konsernet. Vi retter en takk til alle ansatte for deres bidrag og det gode samarbeidet vi har hatt i en krevende periode.

### Ytre miljø

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

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

### Framtidsutsikter

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

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

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

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

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

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

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

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

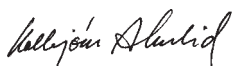
*I 2003 vil foretaksgruppen rette oppmerksomheten mot følgende fire fokusområder som er valgt særlig med sikte på at de skal understøtte arbeidet med å nå våre hovedmål:*

- Kvalitet
- Effektivitet
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Ledelse

#### **Disponering av årsresultat**

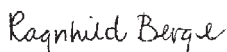
Helse Midt-Norge RHF fikk et årsunderskudd på kr 20 494 333,67, og overfor foretaksmøtet foreslår styret at beløpet overføres annen egenkapital. Underskuddet vil måtte dekkes inn av framtidige overskudd eller annen kapitaltilførsel.

Stjørdal 01.06.2003

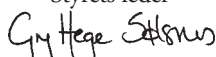
  
Kålbjørn Almlid

  
Greta K. Herje


  
Ellen Marie Wøhni

  
Ragnhild Berge

Ragnhild Berge  
Styrets leder

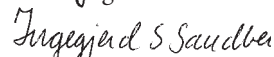
  
Gry Hege Sølsnes  
Nestleder

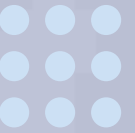
  
Jonhild Joma

  
Paul Hellandsvik  
Administerende direktør

  
Gunnar Bovim

  
Helge Haarstad

  
Ingegjerd S. Sandberg



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



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

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

Balanse (beløp i hele 1 000)

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

Balanse (beløp i hele 1 000)

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

Stjørdal 01.06.2003

*Kølbjørn Almlid*  
Kølbjørn Almlid

*Greta K. Herje*  
Greta K. Herje

*Ellen Marie Wøhni*  
Ellen Marie Wøhni

*Ragnhild Berge*  
Ragnhild Berge  
Styrets leder

*Gry Hege Søsnes*  
Gry Hege Søsnes  
Nestleder

*Jonhild Joma*  
Jonhild Joma

*Paul Hellandsvik*  
Paul Hellandsvik  
Administerende direktør

*Gunnar Bovim*  
Gunnar Bovim

*Helge Haarstad*  
Helge Haarstad

*Ingegjerd S. Sandberg*  
Ingegjerd S. Sandberg

**Kontantstrømoppstilling 2002**

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

**Note 1 Regnskapsprinsipper**

**Grunnleggende prinsipper**

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

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

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

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

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

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

**Klassifisering og vurdering av balanseposter**

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

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

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

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

**Prinsipper for inntektsføring**

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

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

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

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

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

**Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling**

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

**Kontantstrømpstilling**

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

**Valuta**

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

**Konsolidering av datterforetak**

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

## Note 2 Inntekter

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

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

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

## Note 3 Varer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Revisor

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

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

Beløpene er inkl. merverdiavgift.

## Note 5 Pensjonskostnader, -midler og -forpliktelser

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

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

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

## Økonomiske forutsetninger:

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

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

## Sammensetning av samlede pensjoner og pensjonsforpliktelser

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

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

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

Netto pensjonsforpliktelser er balanseført som langsiktig rentefri gjeld.

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

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

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

## Note 6 Kundefordringer

Årets tap i regnskapet framkommer som følger:

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

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

## Note 7 Immaterielle eiendeler

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

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

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

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

**Note 8 Varige driftsmidler**

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

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

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

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

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

For 2002 er akkumulerte avskrivninger lik årets avskrivninger.

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

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

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

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

## Note 9 Langsiktige byggeprosjekter

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

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

DPS = Distrikpsykiatrisk senter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Note 12 Datterforetak**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Note 15 Bundne bankinnskudd

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

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

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

## Note 16 Endring i egenkapital

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

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

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

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

## Note 17 Gjeld med forfall senere enn 5 år

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

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

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

## Note 18 Garantiansvar

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

## Note 19 Usikre forpliktelser

### Overlegepermisjoner

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

## **Note 20 Betingede eiendeler**

### **Momskompensasjon**

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

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

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

### **Note 21 Eierinformasjon**

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



## KPMG AS

Fjordgata 68  
N-7010 Trondheim

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

Til Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

### REVISJONSBERETNING FOR 2002

#### Ledelsens ansvar og revisors oppgave

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

#### Grunnlag for vår uttalelse

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

#### Uttalelse

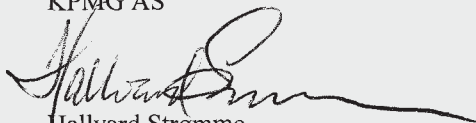
Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et uttrykk for helseforetakets og helseforetaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2002 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapsskikk
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

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

Trondheim, 1. juni 2003

KPMG AS



Hallvard Strømme  
Statsautorisert revisor

#### Offices in:

Oslo  
Bode  
Alta  
Arendal  
Bergen  
Elverum  
Finnsnes  
Hamar

Haugesund  
Kristiansand  
Lillehammer  
Mo i Rana  
Molde  
Roros  
Sandefjord

Sandnessjøen  
Stavanger  
Stord  
Tromsø  
Trondheim  
Tønsberg  
Ålesund



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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