

**Årlig melding 2011
for
Helse Midt-Norge RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**

Innhold

1	Innledning.....	4
1.1.	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.2.	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011	5
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011	10
2.1	Særskilte satsningsområder	10
	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd.....	10
	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	10
	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB).....	12
	Psykisk helsevern.....	14
	Kreftbehandling	16
	Innovasjon	17
2.2	Andre områder.....	17
	Habilitering og rehabilitering.....	17
	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.....	18
	Hjerteflimmerbehandling	19
	Behandling av sykkelig overvekt	19
	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).....	20
	Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser	20
	Ernæring og mattrygghet.....	20
	Beredskap og smittevern.....	20
2.3	Utdanning av helsepersonell	21
2.4	Forskning.....	23
2.5	Rapportering på tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011	23
	Jf. 6.4 Psykisk helsevern	23
	Jf. 8 Utdanning av helsepersonell	24
2.6	Prop. 154 S (2010-2011) Tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya og Innst. 21 S (2011-2012).	24
3	Rapportering på krav i foretaksprotokoll	25
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011	25
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011	28
3.3	Øvrige styringskrav for 2011	39
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2011.....	40

4	Styrets plandokument	41
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	41
	4.1.1. Utviklingen innenfor opptaksområdet	41
	4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	48
	4.1.3 Personell og kompetanse	49
	4.1.4. Bygningskapital – status og utfordringer	51
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer	53

1 Innledning

I henhold til Lov om helseforetak (§ 34) skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til Helse- og omsorgsdepartementet om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det forutsettes at meldingen skal:

- Gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett
- Inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige oppdragsdokumentet. Planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt legges frem for Stortinget
- Gi departementet rapportering på oppfølging av oppdragsdokumentet og krav i foretaksmøteprotokoll.

Årlig melding er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene og med medvirkning fra brukere og tillitsvalgte.

1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag og hovedoppgaver er gjort gjeldende for hele foretaksgruppen.

Visjon:

På lag med deg for din helse

Verdier:

- Trygghet
- Respekt
- Kvalitet

Hovedoppgaver:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende

Hovedmål:

Pasientbehandling og opplæring:

- Helse Midt-Norge skal gi likeverdige helsetjenester av god kvalitet og høy pasientsikkerhet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov.
- Helse Midt-Norge skal bidra til god samhandling innen spesialisthelsetjenesten og med andre deler av helsetjenesten uavhengig av tjenestenivå.
- Behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og effektivt for pasient og pårørende.
- Brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud.

Organisasjon og ledelse:

- Gjennom sine kompetente medarbeidere skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjoner.
- Helse Midt-Norge skal være en målrettet faglig utdanningsarena for studenter og egne medarbeidere.
- Virksomheten skal ivareta felles verdigrunnlag, etiske retningslinjer og medvirkning fra ansatte.

Forskning:

- Helse Midt-Norge skal holde høy faglig standard og kunne dokumentere det.
- Forskning og utvikling skal være en naturlig og høyt prioritert del av virksomheten i hele regionen.

Økonomi:

- Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal drives med god og pålitelig økonomistyring.
- Samordning, effektiv drift og investeringer skal bidra til bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes og utvikles.

1.2. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011

Hva har vi lykket med de første 10 år?:

Bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim

Landets største landbaserte byggeprosjekt er gjennomført til fastsatt tid, og til lavere enn beregnet kostnad.

Etablering av "det integrerte universitetssykehuset".

Det tok 7 år å etablere avtalen mellom NTNU og St. Olavs hospital HF om *sameiet St. Olavs Hospital*. Flere europeisk universitet har vist stor interesse for denne modellen.

Gjennomført opptrapping innen psykisk helsevern

De fleste år i planperioden har vi hatt større vekst i psykisk helsevern enn i somatikk.

Det er bygd DPS i Kolvereid, Stjørdal, Trondheim (Nidaros og Tiller), Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda, samt oppbygging av voksenpsykiatri i Ålesund og BUP i Levanger. Til sammen en investering på ca 700 mill kroner.

Etablering av Rusbehandling Midt-Norge HF og gjennomføring av rusreformen.

Helse Midt-Norge etablerte i 2004 et eget rusforetak for å kunne gjennomføre det nasjonale kvalitets- og kapasitetsløftet innen rusbehandling.

Gjennomført de viktige strategiprosessene, Strategi 2010 og Strategi 2020.

I prosessen med Strategi 2020 har Helse Midt-Norge lykket både med en bred forankring av hovedutfordringene, og en god samkjøring med nasjonale strategiske prosesser, jf.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Kortere ventetid og flere pasienter blir behandlet

Regionen hadde ved inngangen til reformen en gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter på 108 dager, mens tilsvarende ventetid ved utgangen av 2011 var på 72 dager. Samtidig behandles det langt flere pasienter per år. Dag- og poliklinisk behandling har økt med 60 %.

Økonomisk kontroll

Fra en situasjon med underskudd på flere hundre mill kroner per år, har regionen de siste 4 årene hatt god økonomistyring, med resultater som er bedre enn eiers krav. Det har gitt regionen forutsigbarhet og handlekraft i forhold til nødvendige investeringer.

Systematisk arbeid med pasientforløp

Alle helseforetakene har arbeidet systematisk med å utvikle nye standardiserte pasientforløp. Det pågår fast kursing av prosessveiledere i forløpsmetodikk. Det avvikles 2 kurs i året med ca 20-25 deltakere hver. Kursene arrangeres i fellesskap med Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF, mens Helse Møre og Romsdal HF arrangerer 2 kurs for sine sykehus. Alle helseforetakene har egne ressurser til å drive kursing og støtte til lokale veiledere. Et regionalt nettverk møtes to ganger i året for å sikre at opplæring og metodikk blir revidert og utført likt i regionen.

For gynekologisk kreft er det utarbeidet et pasientforløp som er standardisert for å gå på tvers av sykehusene i regionen. Det regionale fagnettverket for Gynekologi og obstetrikk medvirket i prosessen med å utvikle dette forløpet.

Hva har vi lykkes med i 2011?

Reduksjon av fristbrudd

Styret vedtok i 2010 å igangsette et systematisk arbeid for reduksjon av fristbrudd, i tråd med klare forventninger fra eier. Ved inngangen til 2010 ble det i hele foretaksgruppen registrert ca 5500 fristbrudd. Ved utgangen av 2011 var dette redusert til 400. Vårt mål er at det ikke skal forekomme fristbrudd ved utgangen av 2012, og Helse Midt-Norge RHF har innført økonomiske virkemidler overfor egne helseforetak for å sikre måloppnåelse hva gjelder fristbrudd og ventetider, enten via egne helseforetak eller ved kjøp fra private tilbydere.

Kvalitetsforbedring gjennom endret praksis

- Innføring av "Fast Track" som metode ved innsetting av kne- og hoftelddsprotese. Ved St. Olavs Hospital HF har bruk av metoden resultert i reduksjon av liggetid og redusert behov for opptrening i institusjon og raskere rehabilitering. Pasienttilfredshetsundersøkelser er en del av konseptet. Det er dokumentert høy pasienttilfredshet med den nye metoden. Metoden breddes nå i resten av regionen.
- For pasienter med hoftebrudd er det laget et eget behandlingsforløp som sikrer behandling innen 48 timer.
- En befolkningsrettet kampanje for å få flere raskere til behandling for hjerneslag som et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Helse Midt-Norge RHF. Slagenheten ved St. Olavs Hospital utviklet en folder (FAST) som angir de viktigste symptomene ved hjerneslag på en lettfattelig måte. Kampanjen har medført at flere kommer raskere til behandling, og metodikken i kampanjen breddes nå i regionen.
- Standardiserte pasientforløp innen kreftbehandling har vist stor kvalitetsforbedring.

Dokumentere og synliggjøre god kvalitet på helsetjenestene

Det er bygget opp system og felles sider på web for foretaksgruppen som sammenstiller kvalitetsindikatorer og utvikling av resultat. Det er etablert gode rutiner for rapportering til nasjonale oversikter (som www.helsenorge.no og www.frittsykehusvalg.no).

Forbedring av arbeidsmiljø

- Helse Nord-Trøndelag HF har mottatt pris for sitt arbeid med forbedring av arbeidsmiljøet
- St. Olavs Hospital HF har mottatt pris for sitt arbeid med seniorpolitiske tiltak
- Helse Møre og Romsdal HF har mottatt pris for sykefraværforebyggende arbeid

Systematisk arbeid med kapasitet og kompetanse på overordnet nivå

- gjennomført analyser på overordnet nivå vedrørende kapasitets- og kompetansebehov for alle grupper
- gjennomført inngående analyse knyttet til framtidig behov for leger fram mot 2030 gitt ulike forutsetninger og scenarier
- økt antall læreplasser for helsefagarbeidere i samarbeid med kommunene

God kontroll med bemanningsutviklingen

Planlegging og budsjettering av bemanning er nå etablert som en viktig og gjennomgående prosess i foretaksgruppen

- Faktisk bemanningsutvikling samsvarer med planlagt/budsjettert bemanning ved utgangen av året (avvik kun 0,4 %)
- økning i legeårsverk, sykepleierårsverk og årsverk for annet behandlingspersonell, reduksjon i administrativt personell
- overtid redusert med 3 % sammenlignet med 2010
- innleie fra vikarbyrå redusert med 23 % sammenlignet med 2010
- gjennomført aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i form av årsplaner i deler av foretaksgruppen
- gode tiltak for å øke heltidsandelen – ref ansettelse i bemanningspool

Gjennomført fusjon av to helseforetak

Helse Møre og Romsdal HF ble etablert 1. juli 2011 i tråd med foretaksprotokoll fra eier. Etter fusjonen er helseforetaket det niende største helseforetaket i Norge målt i dag- og døgnopphold. Fusjonsprosessen er gjennomført samtidig som Helse Møre og Romsdal HF har hatt god kontroll både på pasientbehandlingen/aktiviteten og kostnadene. Prosessen med samordning av klinikker og funksjoner vil pågå inn i 2012.

Etablering av eget helseforetak for ambulansedrift i tråd med styrets vedtak

Foretaket ble etablert for å kunne samkjøre overtakelse av bilambulansetjenesten og etablere den som en del av egen virksomhet. Helseforetaket er etablert for en 2-årsperiode før virksomheten skal overføres som en del av det enkelte sykehusforetak.

Forberedelse til innføring av Samhandlingsreformen

Det er etablert gode prosesser mot kommunesektoren både på regionalt nivå og i det enkelte HF. Intensjonsavtale mellom KS regionalt og Helse Midt-Norge RHF ble inngått i 2011. Arbeidet med nye avtaler mellom helseforetak og kommuner er påbegynt.

I samarbeid med kommunene er det utviklet flere distriktsmedisinske tilbud og lagt et godt grunnlag for gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Samarbeid over regionsgrensene

Som en del av Strategi 2020 vedtok styret å opprette tettere kontakt med de andre regionene for å kartlegge behovet for samarbeid over regionsgrensene for befolkningen i disse områdene. Det er i 2011 vedtatt egen intensjonsavtale med Helse Vest RHF for å etablere felles fødeavdeling i Volda i tråd med foretaksprotokoll fra eier.

I Fjellregionen (Rørøs/Tynset) ble det i 2011 etablert et eget prosjekt som skal kartlegge mulighetene for at man gjennom et tettere samarbeid kan etablere et felles planområde for spesialisthelsetjenesten der.

Innen hvilke områder har vi fortsatt utfordringer?

Dokumentere og synliggjøre kvaliteten på helsetjenestene

Vi har ennå ikke på plass gode indikatorer for kvalitet på pleie, samhandling og pasientforløp.

Fagmiljøene må delta for å utvikle gode indikatorer for flere behandlingstilbud.

Det er avdekket omfattende brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging vil være et viktig virkemiddel for å forebygge dette. Det vil også være behov for en nøye gjennomgang av behovet for tjenester med døgnvakt, siden det er her de fleste bruddene er registrert.

Nasjonale mål for reduksjon av deltidsstillinger er ikke nådd.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging er bare delvis gjennomført i foretaksgruppen.

Implementering av Strategi 2020 i større omfang

Det er utfordrende å overføre strategiske føringer til praktiske løsninger og strukturelle tiltak.

IKT som verktøy og virkemiddel

Utvikle IKT-strategi for samhandling, effektiv og sikker informasjonsutveksling samt standardisering og bruk av felles nasjonale løsninger for IKT i helsesektoren.

Sikre nødvendige økonomiske og organisatoriske forutsetninger for å implementere og utnytte IKT best mulig.

Etisk handel og miljøsertifisering

Helse Midt-Norge har sammen med de andre regionale helseforetakene sluttet seg til ”Initiativ for etisk handel (IEH)”. Bakgrunnen for dette er å se miljø og etikk i en global sammenheng. Det angår bl.a. nei til barnearbeid, miljøforurensning og utnyttning av fattige lands arbeidstakere.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet for å miljøsertifisere hele vår virksomhet innen 2014. Dette er en prosess som angår vårt eget ytre miljø.

Hovedområder for styring og oppfølging.

For å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, ta i bruk ny medisinsk teknologi, og utnytte de mulighetene som IKT gir er det nødvendig å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Langtidsplan og -budsjett har vist at dette krever betydelige omstillinger for foretaksgruppen. Dette er nødvendig for en bærekraftig utvikling. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning. Helse Midt-

Norge har i løpet av få år gått fra et betydelig driftsmessig underskudd til et resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler.

Året 2011 ble i stor grad preget av arbeidet med å implementere Strategi 2020.

Denne langsiktige og strategiske planen for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge peker på behovet for økt oppgave- og funksjonsfordeling mellom sykehus og helseforetak. Det er en forutsetning for omstillingsarbeidet at det gjennomføres konsekvens- og risikovurdering før iverksetting, og det regionale helseforetaket skal bidra med samordning av tiltakene for å sikre kvalitet og utvikling av et robust behandlingstilbud innad i det enkelte helseforetak og mellom/på tvers av helseforetakene. Ca 30 % av somatiske pasienter behandlet ved St. Olavs Hospital HF for eksempel er regionpasienter; dvs. pasienter med forløp hvor de kan få diagnostikk/behandling på flere sykehusnivå. En kvalitetssikring av de regionale pasientforløpene er viktig.

Et viktig strategisk virkemiddel er å omstille helsetjenesten slik at flere pasienter får hjelp poliklinisk. Utvikling av samarbeidet om helhetlige pasientforløp og kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten, vil gi pasienten lettere tilgang til helsehjelp på rett nivå og samtidig redusere et uønsket press på de spesialiserte helsetjenestene. Dette sikrer god ressursutnyttelse og gir god kvalitet på helsetjenestene på riktig omsorgsnivå. En slik utvikling vil sette det samlede helsevesenet bedre i stand til å møte utfordringene med store og voksende pasientgrupper i årene som kommer. Styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern skal fortsette.

Våre ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs. Utfordrende omstillings- og forbedringsarbeid, krever både tydelig ledelse og medvirkning fra de ansatte. Helse Midt-Norge skal utvikle medarbeiderskapet gjennom samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene. De ansatte skal stimuleres til innsats gjennom tilbud om personlig og faglig utvikling og nyskaping. Helsetjenesten har et betydelig potensial og behov for innovasjon, forskning og kompetansebygging. Dette er sentrale elementer i ”Strategi 2020” som må få stor oppmerksomhet framover.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011

2.1 Særskilte satsningsområder

Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetakene registrerer, kvalitetssikrer og rapporterer data om henvisninger til Norsk pasientregister.

Det vises til månedlige rapporteringer fra Helse Midt-Norges helseforetak til NPR.

Angående utfordringer med statistikk fra Norsk pasientregister basert på henvisninger, vises det til brev fra Helse Nord til Helsedirektoratet, datert 7.1.2011. Det er avgjørende at Helsedirektoratet og Norsk pasientregister påtar seg et lederansvar i den videre arbeidsprosessen med forbedringer av datakvaliteten på henvisningsstatistikk.

Målet er **nådd**.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitetsforbedring

- Helse Midt-Norge RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

Antall døgn med pasienter registrert som korridorpasienter har et lavt omfang i Midt-Norge. I desember 2011 dreide det seg om 228 døgn (0,72 %). Samlet sett var det også færre døgn i 2011 enn i 2010. Denne trenden har vært tydelig gjennom året og RHF`et har lagt vekt på ordinær ledelsesmessig oppfølging gjennom fagsjefmøter, direktørmøter og foretaksmøter. Økonomiske sanksjoner, i form av å holde igjen inntekt for så å tildele det tilbakeholdte ved måloppnåelse, har vært vurdert. Det lave omfanget av korridorpasienter har imidlertid gjort at økonomiske sanksjoner har vært vurdert som ikke nødvendig.

Målet er **nådd**, og parameteren vil følges opp videre.

- Helse Nord RHF ved SKDE og Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT skal sikre at de elementer som må være på plass for at et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister skal settes i produksjon er utviklet i 2011, herunder fungerende innregistreringsløsning, driftsmiljø, pålogging/autentisering og rapportering. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF ved Hemit samarbeider med SKDE og de andre regionene om utvikling av teknologiske løsninger for medisinske kvalitetsregistre. Det er i tillegg samarbeid med Datatilsynet, Kreftregisteret, Folkehelseregisteret og Norsk helsenett. Arbeidet harmoniseres med Nasjonalt helseregisterprosjekt. RHF-oppdragets framdrift styres av en interregional styringsgruppe med medlemmer fra RHF-ledelsen og registeransvarlige fra hver region. Oppdraget er komplekst og har tatt noe lengre tid enn opprinnelig planlagt. Erfaringene viser at det er krevende å sikre god og stabil fremdrift i kombinerte IKT-/medisinskfaglige oppdrag med mange interessenter/fagmiljøer. Oppdraget har fokus på AD nivå i RHF-ene og det arbeides med å finne bedre løsninger på dette – et alternativ er å opprette en selvstendig juridisk enhet.

Målet er **ikke nådd** – grad av måloppnåelse vanskelig å vurdere – vil måtte arbeides med over lengre tid.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.

Helse Midt-Norges fagmiljøer tar i bruk registerdata etter hvert som rapporter og analyser foreligger. Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres for nye registre.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.

Dette gjøres på alle godkjente registre etter en plan godkjent og styrt av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres for nye registre.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Helse Midt-Norge deltar i utviklingen av registerløsninger som skal sikre målsettingen i samarbeid med SKDE, øvrige regioner, Datatilsynet, Krefregisteret, Folkehelseregisteret og Norsk helsenett. Helse Midt-Norge følger opp etter hvert som nye registre gjøres klart for registrering.

Helse Midt-Norge har ikke registrert i Diabetesregisteret for voksne. Dette følges opp i eget styringspunkt i oppdrag til helseforetakene i 2012.

Målet er **delvis nådd**. Grad av måloppnåelse anses som høy.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt på en nasjonal orientering på Kunnskapssenteret. Det er lagt en plan for iverksettelse for bruk av mini-HTA som vil gjennomføres i 2012.

Målet er **nådd**, og arbeidet videreføres i 2012.

Pasientsikkerhet

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at alle virksomhetene deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

Foretakene rapporterer som følger:

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har etablert en intern organisasjon for å følge opp pasientsikkerhetskampanjen. Det er utdannet et GTT-team for å gjennomføre en baseline på bakgrunn av gjennomgang fra journaler i 2010. Innrapportering av GTT-tall for 2011 vil være klart innen 1.3.2012.

Resultatene rapporteres til kampanjens sekretariat via databasen Extranet.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen og rapportert data til kampanjens sekretariat.

Rusbehandling Midt-Norge HF

GTT-opplæring er gjennomført på ledelsesnivå i foretaket. Innsatsområder for rus ble besluttet i november 2011. Kampanjestart for rusfeltet forventes høsten 2012.

I foretaket jobbes det parallelt med flere kvalitetstiltak i den hensikt at de gjensidig skal forsterke hverandre. Dette omfatter pasientsikkerhetskampanje, helhetlige pasientforløp, kvalitetskulturprosjekt (Strategi 2020) og lederopplæring.

Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal har gjennom 2011 deltatt i pasientsikkerhetskampanjen og fortsetter med arbeidet i 2012.

I 2011 opprettet foretaket egne team ved alle de 4 sykehusene. Disse teamene gransket 10 tilfeldig utvalgte pasientjournaler hver 14. dag for å kartlegge pasientskader. Resultatet fra granskingen skal brukes i forbedringsarbeid. Så langt har det vært jobbet med oppfølging på to innsatsområder: Trygg kirurgi og Samstemming av legemiddellister.

Arbeidet med rutiner for trygg kirurgi er enten startet opp eller under forberedelse på alle de fire sykehusene. For legemiddellistesamstemming har Helse Møre og Romsdal i samarbeid med Sykehusapotekene utviklet en metodikk for innføring av sømløs legemiddelhåndtering (Integrated Medisin Management - IMM). Helse Møre og Romsdal er også representert i den nasjonale gruppa for bredding av legemiddelsamstemming.

Helse Møre og Romsdal sin innsats i samband med ”I trygge hender” er samlet på ei egen side på intranettet. Det blir etter hvert opprettet nettverk innenfor de ulike innsatsområdene.

Sykehusapoteket i Midt-Norge HF

Sykehusapotekene er aktivt med i de to teamene (St.Olav og Ålesund) som er med i det nasjonale læringsnettverket på området legemiddelsamstemming. IMM modellen som vi jobber etter er også definert som nasjonal pilot.

Området riktig legemiddelgjennomgang i sykehjem er ikke breddet nasjonalt ennå. Sykehusapotekene har bidratt aktivt og IMM modellen er nå foreslått som mal for legemiddelgjennomgang i veilederen som Helsedirektoratet har ute på høring.

Helse Midt-Norge anser målet for **nådd** – alle helseforetak har deltatt aktivt i kampanjen og fortsetter med det i 2012.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

- Helse Midt-Norge RHF skal øke kapasiteten innen TSB

Psykisk helsevern innen St. Olavs Hospital HF bidrar til å øke andelen som utredes og som får tilbud om TSB ved:

1. Overføring av alle ruspasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp på Østmarka til Lade Behandlingscenter.
2. Søke pasienter hvor en tror det er indisert med TSB til vurdering ved Rusforetakets institusjoner.
3. Prosedyre og tidsfrister er nedfelt i avtale som i 2011 ble inngått mellom Rusforetaket og St. Olavs Hospital HF, Divisjon Psykisk Helsevern.

Helse Nord-Trøndelag HF har i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF satt i gang utredningsenhet for rusrelaterte lidelser, og hatt meget gode erfaringer etter oppstart. Pasienter og samarbeidspartnere sier seg fornøyd med tilbudet.

Tilbudet til ruspasienter generelt har bedret seg, da en egen rusenhet har forbedret samhandlingen rundt pasientene i klinikken og det totale behandlingsforløpet.

I Helse Møre og Romsdal HF jobbes det med å få på plass en prosjektleder som sammen med Rusforetaket skal jobbe med å øke kapasiteten innen TSB i 2012. Helse Møre og Romsdal har fått opptrappingsmidler til Assertive Community Treatment (ACT)-team og to samhandlingskonsulenter ved DPS.

Helse Midt-Norge har iverksatt tiltak for å øke kapasiteten innen TSB, men anser seg ikke i mål – det vil fortsatt arbeides med dette. Målet er **ikke nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.

Det er etablert 9 integreringstiltak med 10 kommuner og samhandlingsprosjektet "TOR" med Trondheim kommune og "Nærbehandling" ved Molde kommune som også defineres som behandlingsforberedende tiltak.

Samhandlingskoordinatorene ved våre enheter har et særskilt ansvar for å påstarte et samarbeid med pasient og henviser i påvente av oppstart i behandling. En av våre avtaleklinikker har opprettet ventegruppe.

Målet er **nådd**, og en vil videreføre arbeidet i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

St. Olavs Hospital HF venter at de tiltak som er iverksatt i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge referert over vil bidra til å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

I Helse Nord-Trøndelag HF er det stort fokus på å få pasienter til å fullføre behandling.

Det er opprettet en utredningsenhet som gir flere behandlingsmuligheter og letter motiveringen. Avdeling for Rusrelatert Psykiatri (ARP) arbeider for å starte opp et prosjekt for å få tak i de yngste pasientene.

Helse Møre og Romsdal HF har fått opptrappingsmidler til ACT-team og to samhandlingskonsulenter ved DPS., men har ikke iverksatt spesifikke tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

I Rusbehandling Midt-Norge HF rapporteres det månedlig på fullførte behandlingsløp med oppfølging i lederteam. Det er økt satsning på polikliniske tjenester inkludert ambulante tjenester.

Det etableres samhandlingsstillinger ved alle klinikker i fellesskap med psykisk helsevern. Arbeider med kartlegging av pasientforløp. Det er videreført satsning på opplæring i spesifikk metodikk relevant for å forebygge drop-out (Motiverende Intervju). I 2010 fullført 79,51 % TSB, mens i 2011 er andelen økt til 83,95 %. I Helse Midt-Norge arbeides det ulikt med problemstillingen, men de fleste pasienter har tilknytning til Rusbehandling Midt-Norge som har en høy andel som fullfører. Målet anses delvis **nådd**. Arbeidet vil videreføres i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken.

Rusbehandling Midt-Norge har deltatt i et Høringsmøte med helseregionene. KoRus har også svart ut med en større utredning som er utarbeidet etter innspill fra de regionale kompetansesentrene for rus. Rusbehandling Midt-Norge har hatt løpende kontakt med Helsedirektoratet i dette arbeidet. Målet er **nådd**, og en vil videreføre arbeidet i 2012.

Psykisk helsevern

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.

St. Olavs Hospital HF

Følgende er besluttet iverksatt i prioritert rekkefølge:

- 1) Styrking av Ambulerende Akutt Team (AAT) på dagtid slik at de vurderer alle pasienter
- 2) Styrking av døgnfunksjonen i DPS for akutt- og krisebehandling
- 3) Styrking av AAT på ettermiddag og kveld

Hensikt:

- Snu pasientstrømmen i retning med DPS som vurderings-/silings funksjon
- Flytte inngangen til psykisk helsevern fra sykehus til DPS der dette er mulig
- Inntak på dagtid skal skje i DPS der dette er mulig (bygning og personalmessig)
- God og tilstrekkelig vurderingskompetanse i front.

Den strategiske planen omfatter også:

Vaktsystemet og AAT skal koordineres/ samarbeide om felles mål

Fastleger skal få systematisk tilbud om bistand til vurdering.

Det er opprettet et forsterket tilbud for transport av psykisk syke pasienter: En ambulanse er utstyrt for å tåle utagerende atferd. Opplæring er gitt til ambulansepersonell. Psykisk helsevern og/ eller politiet forsterker transporten ved behov.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag har organisert sin akuttfunksjon i sykehuset. Dette fungerer tilfredsstillende. Det er ikke et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å kunne etablere akuttfunksjon ved DPS'ene på henholdsvis Stjørdal og Kolvereid.

Helse Møre og Romsdal HF

Akutt hjemmebehandling er etablert som del av DPS og er i full drift. Akuttsenger på DPS-ene, administrert av Akutt hjemmebehandling, er under etablering. Det jobbes med å vurdere hvorvidt det vil være mulig å utvide åpningstiden til akutteamene / de ambulante tjenestene.

Helse Midt-Norge anser **ikke** målet for å være 100 % **nådd** og vil arbeide videre med dette i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.

St. Olavs Hospital HF

En ny avtale om overføring av pasienter fra sykehus til DPS er inngått. Se også foregående punkt om styrking av akuttfunksjoner og i DPS, koordinering og samarbeid med sykehuset.

Helse Nord-Trøndelag HF

Oppfølging av nasjonal strategigruppe II er startet i Helse Nord-Trøndelag.

Det er ikke hensiktsfull ressursutnyttelse å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid. Helse Midt-Norge er enig i at den foreliggende funksjons- og arbeidsfordelingen er hensiktsmessig for Helse Nord-Trøndelag.

Helse Møre og Romsdal HF

Antall senger innen sykehuspsykiatrien er redusert med 8 sengeplasser. Ressursene er overført til DPS. Det er utvidet akutt ambulant team på Sunnmøre for å sikre at pasientstrømmen går om DPS.

I Nordmøre og Romsdal har man redusert antall døgnplasser både på sykehusnivå og DPS. Ressursene er flyttet fra sykehusnivå til DPS-nivå, og fra døgndrift til mer poliklinisk aktivitet inkludert ambulant arbeid.

Helse Midt-Norge anser **ikke** målet for å være 100 % **nådd** og vil arbeide videre med dette i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets gjennomgang av ressursbruk, prioriteringer og arbeidsmåter innen psykisk helsevern for barn og unge.

Det er Helsedirektoratet som har fått ansvaret og lager plan for dette arbeidet. Helse Midt-Norge deltok med to repr. i innspillsmøte 28. mars 2011 og har senere ikke vært innkalt til møter.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre ved forespørsel fra Helsedirektoratet.

- Helse Midt-Norge RHF skal bistå Helsedirektoratet i tilknytning til oppdrag vedrørende utarbeidelse av statusrapport og vurdering av status for ambulant virksomhet innen psykisk helsevern og TSB.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.

St. Olavs Hospital HF

En egen avtale av 23.3.09 regulerer overføring av pasienter fra Østmarka til DPS. Med denne avtalen skal det i prinsippet ikke være utskrivningsklare pasienter i sykehus som venter på plass i DPS.

Det er etablert rutiner for utskrivningsklare pasienter fra sykehus/DPS til kommuner (i hovedsak Trondheim kommune), og det rapporteres månedlig.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag har etablert rutiner for utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS.

Helse Møre og Romsdal HF

På Sunnmøre blir alle utskrivningsklare pasienter registrert i PAS, og blir dermed meldt til NPR. Koordinator sørger for overføring av pasienter fra sykehus til DPS. Pasienter fra sykehus er prioritert til opptak på DPS framfor pasienter fra venteliste. Utskrivningsklare pasienter til kommuner blir dessuten registrert og meldt til direktør hver måned.

I Nordmøre og Romsdal registrerer ikke alle døgnerheter utskrivningsklare pasienter til kommunene i PAS (og dermed meldt til NPR). I løpet av 2012 etableres en ordning der alle utskrivningsklare pasienter fra døgnerheten blir registrert i PAS og meldes NPR.

Helse Midt-Norge har **ikke nådd** målet 100 %, og det arbeides videre med dette i 2012.

- Det skal iverksettes et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i påvente av etablering av ny særreaksjonsordning i 2011 for utilregnelige som begår grove, vedvarende lovbrudd. Prosjektet skal gjennomføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og NAV. Formålet er å utvikle arbeidsmåter/vinne kunnskap som kan bidra til å forebygge dommer på ny særreaksjonsordning og som kan bidra til en bedre gjennomføring når dom foreligger. Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjektet.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

Kreftbehandling

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere systemer for å sikre at den vedtatte funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen følges opp.

Utkast til ny regional kreftplan forelå ved årsskiftet, og er ute til høring i helseforetakene i Midt-Norge. Utkastet legger føringer for funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen. Basert på regional kreftplan og i henhold til styrets vedtak vedrørende planen vil det i 2012 bli laget system for oppfølging.

Målet er **delvis nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetting av et pilotprogram for tykk- og endetarmskreft.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

Innovasjon

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.

Helse Sør- Øst RHF inviterte de tre andre regionene samt HINAS, Difi og Innovasjon Norge i en arbeidsgruppe med følgende oppgave: - Utarbeide opplegg for videre arbeid med innovasjon og før-kommersielle anskaffelser, herunder forslag til veiledning for videre arbeid og forslag til pilotprosjekter.

Med utgangspunkt i mandatet vil gruppen utarbeide en rapport med følgende innhold:

Utrede status for innovasjon og før- kommersielle anskaffelser i EU og noen av EU`s medlemsland.

Drøfte hvordan slike innkjøp kan integreres med anskaffelser.

Peke på utfordringer og risikoelement.

Foreslå potensielle områder for anvendelse av før- kommersielle anskaffelser.

Drøfte og foreslå mulig samordning mellom de regionale helseforetakene i Norge.

Rapporten ble ferdigstilt 15.2.2012.

Helse Midt-Norge vil bruke rapporten, samt videre arbeider med utgangspunkt i rapportens anbefalinger, som grunnlag for utvidet satsing på innovasjonstiltak i egen region og i samarbeide med øvrige helseaktører.

Målet er **nådd**.

2.2 Andre områder

Habilitering og rehabilitering

- Helse Midt-Norge RHF skal be samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene om å gjennomgå fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilrettelegging av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.

Det har gått brev til samarbeidsorganene Helse Midt-Norge / høyskoler og NTNU og det er tatt opp i møte med samarbeidsorganene.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal i 2011 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2010. Det forutsettes at det tas hensyn til forventet bruk av tjenester i disse institusjonene fra andre regionale helseforetak.

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner for perioden 2010-2013. Innen disse avtalene kjøpes det et omfang av tjenester i 2011 som tilsvarer det vi kjøpte i 2010.

Målet er **nådd**.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene.

Det er arrangert workshop i regi av Helse Midt-Norge RHF hvor alle AMK-sentralene i regionen var representert.

Utvikling av språk og kulturkompetanse i AMK-sentralene ble grundig diskutert.

Det ble enighet om å avholde samlinger for alle ansatte i AMK-sentralene i løpet av høsten 2011. NTNU bidrar med ekspertise på fagområdet ved disse samlingene.

Samlingene er gjennomført med meget gode tilbakemeldinger.

Målet er **nådd**. Behov for videre oppfølging vurderes i samarbeidsfora for de prehospitaltjenester i Midt-Norge

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet i å utvikle nasjonale krav til ambulanserbiler, både de som brukes til akutte oppdrag og de som brukes til ordinær bærepassienttransport.

Helsedirektoratet har vært i dialog med HOD om dette og har signalisert at man planlegger videre oppfølging av saken sammen med de regionale helseforetakene.

I forbindelse med at HINAS har gjennomført en nasjonal anskaffelse (rammeavtale) for alle RHF ble det utarbeidet detaljert kravspesifikasjon for ambulanserbiler. Statens Vegvesen var også involvert i dette arbeidet. Dette er krav som alle RHF har stilt seg bak og som bygger på EU krav til ambulanserbiler.

Helsedirektoratet vil behandle deler av dette området i revisjon av forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre.

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data fra de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen for prosjektet med to deltagere. En fra Helse Midt-Norge RHF og en fra HEMIT.

Det ble gjennomført prøveuttrekk av data før sommeren 2011.

Etter dette er det laget en samlerapport for perioden 1.1.2011-1.10.2011.

Videre arbeid med revisjon av kodeverk/definisjonskatalog er startet og Helse Midt-Norge er representert i arbeidet. Dette vil bidra til bedre datakvalitet på fremtidige rapporter.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre.

Hjerteflimmerbehandling

- Det bes om statusrapportering for dette arbeidet med vurdering av pasienter med behov for ablasjon i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, innen utgangen av 1. tertial 2011.

Det ble rapportert på dette først i tilknytning til dialogmøte med HOD 14.6.2011. Pasientene vurderes etter forskrift. Antall ablasjoner i 2011 var 239, godt over måltallet på 210. Ventetiden er maksimalt 4 til 6 måneder, og antallet ventende ved utgangen av januar 2012 er 86.

Målet om rapportering innen utgangen av 1.tertial 2011 er **ikke nådd**, men det er rapportert jevnlig på status på forespørsel. Målet i forhold til antall ablasjoner er overoppfylt.

Behandling av sykelig overvekt

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå og eventuelt øke kapasiteten for utredning og behandling av sykelig overvekt.

Helse Midt-Norge har et regionalt senter for sykelig overvekt lagt til St. Olavs Hospital. Sentret koordinerer forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.

Kirurgisk behandling av sykelig overvekt tilbys i St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Namsos) og Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund Sjukehus). Det er operert ca. 315 pasienter for sykelig overvekt i 2011 (340 i 2010). St. Olavs Hospital: 85 pasienter. Helse Møre og Romsdal: 100 pasienter. Helse Nord-Trøndelag: ca 130 pasienter. I tillegg er 20 pasienter operert innen "Raskere tilbake".

St. Olavs Hospital har økt antall polikliniske konsultasjoner for voksne fra 2.368 i 2010 til 2.972 i 2011, en økning på 26 %. Ventetid til kirurgisk behandling (venter på kirurgisk utredning og operasjon) var første halvår 8-12 mnd. Siste halvår er ventetiden redusert og er nå 6-8 mnd.

Helse Møre og Romsdal rapporterer at utredningskapasiteten har vært noe bedre i 2011, mens kapasiteten på operasjoner er noe redusert.

Helse Nord-Trøndelag har i 2011 arbeidet med tiltak for å øke utredningskapasiteten. Det er jobbet med pasientforløp i team slik at "operasjons-forløpet" er effektivisert og tidsbruken er blitt redusert. Modellen "Bedre Flyt" blir presentert i regionale nettverksmøter.

Helseforetakene arbeider med pasientforløp, tverrfaglig overvektspoliklinikk og samhandling med kommunene (kompetanseøkning) for å fremme god kvalitet og effektiv behandling. Dette arbeidet vil fortsette i 2012.

Etter en gjennomgang av aktiviteten i 2011, vil Helse Midt-Norge i 2012 vurdere kapasiteten på plastikkirurgi etter vektreduksjon.

Helse Midt-Norge RHF har tatt initiativ til at det nasjonale fagdirektørmøtet har anmodet Helsedirektoratet om å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling av sykelig overvekt, spesielt den kirurgiske behandlingen. Retningslinjene vil være grunnlag for videre dimensjonering av kapasitet innen behandling av sykelig overvekt i regionen.

Målet er **nådd**, og arbeidet vil videreføres.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

- Tilbudet om diagnostikk, behandling, og rehabilitering, herunder lærings- og mestringstilbud til pasienter CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helse direktoratet skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helse direktoratet foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helse direktoratet komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

Helse Midt-Norge er kjent med rapporten fra SINTEF Teknologi og samfunn. Helse direktoratet har varslet at de for å sikre et bedre omsorgs- og behandlingstilbud vil utarbeide et rundskriv hvor sammenstilt forskning og erfaringsbasert kunnskap beskrives. Helse direktoratet anbefaler at de nye internasjonale diagnosekriteriene som er utviklet av en internasjonal ekspertgruppe for ME benyttes. Helse Midt-Norge ønsker å bidra til at denne pasientgruppen sikres et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser

- Helse Midt-Norge RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.

Helse Midt-Norge RHF vil sørge for at arbeidet med å opprette et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer blir ferdigstilt i 2012.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

Ernæring og mattrygghet

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.

Helse Midt-Norge følger opp rapporten og ulike tiltak er gjennomført på heleforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp tilsynsrapporten fra 2009 ved at det er laget egen prosedyre som ligger i kvalitetssystemet (EQS). Prosedyren skal følges opp både i avdelingskjøkkener og i sentralkjøkken.

Skjemaet "God ernæringspraksis" brukes i Rehabilitering sengepost. Det er gitt opplæring internt og til kommunene for enkeltpasienter.

St. Olavs Hospital HF har utarbeidet en egen Ernæringsstrategi for St. Olavs Hospital HF 2010 - 2020. Denne setter bl.a. mål for "Forsynings- og senterkjøkkenets ansvarsområder".

Målet er **nådd**.

Beredskap og smittevern

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med at det er iverksatt et arbeid for revidering av Nasjonal Pandemiplan. Helse Midt-Norge vil bidra ved behov. I 2011 ble det gjennomført en workshop med bla dette temaet. Helse Midt-Norge har brukt denne i sine revisjoner.

Mål om å følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

Det er gjennomført en workshop. Her ble erfaringer innhentet og systematisert. Det er utarbeidet en rapport med anbefalinger på punkter til oppfølging i planverket både på HF-nivå og regionalt. Helse Midt-Norge har brukt denne i sine revisjoner.

Målet er **nådd**.

2.3 Utdanning av helsepersonell

- Helse Midt-Norge RHF må analysere framtidig behov for legespesialister for å avdekke områder hvor det kan bli diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter. Regionale helseforetak bør samarbeide om denne oppgaven.

Det er gjennomført et omfattende analysearbeid mht framtidig behov for legespesialister. Dette er gjort til dels i samarbeid med andre regioner, Spekter, SSB og HOD/KD. Det er også iverksatt samarbeid med utdanningsinstitusjoner og KS i regionen med dialogmøter angående framtidig utdanning og kapasitet.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å drive ambulansetjenesten i egen regi fra 2013. Helse Midt-Norge RHF kartlegger i denne forbindelse behovet for ambulansepersonell fremover for å sikre framtidig dekning.

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er mange som avslutter utdanningen før den er fullført. Helse Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å styrke Helsefagarbeiderens plass i helsetjenesten gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene.

Målet er **nådd**. Arbeidet med rekruttering må videreføres.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten framover. Tilleggskompetanse utover grunnutdanningene skal ha et særlig fokus.

I første kvartal 2011 ble det gjennomført et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet har levert en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge. Rapporten ble styrebehandlet i april 2011.

Helse Midt-Norge RHF bidrar også i nasjonalt samarbeid med Helsedirektoratet, HOD/KD, SSB, Spekter og de øvrige regioner angående analyser og planlegging av hvordan man samlet sett skal møte utfordringen innenfor dette området.

I annet halvår 2011 er det i Helse Midt-Norge jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det bør spesielt vurderes om det kan opprettes stilling(er) i Helse Sunnmøre HF.

Administrerende direktører i Helse Midt-Norge RHF har besluttet at dette tas opp koordinert med UiB og UiO av Helse Vest. Det er ingen stillinger for LIS (leger i spesialisering) i helseregionen på dette fagområdet for tiden. Behovet vurderes i sammenheng med en pågående totalvurdering av spesialistbehovene.

Målet er **nådd**.

- De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner.
Helse Midt-Norge RHF skal påse at opplæringen gjennomføres i sin region.

RTVS rapporterer at arbeidet med å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner er i gang. RTVS-Øst fikk oppdraget med å lage de nasjonale foringene. RTVS-Midt har nylig satt sammen en gruppe for å utvikle regionale planer på bakgrunn av det som RTVS-Øst har gjort.

Helse Midt-Norge RHF er blitt kontaktet av Fosen DMS som ønsker å være med i dette arbeidet. Denne henvendelsen er rutet til RTVS-Midt for videre oppfølging.

Målet er **delvis nådd**. Arbeidet er godt i gang og er planlagt fullført i 2012

- Helse Midt-Norge RHF skal heve kompetansen innen steriltforsyning. De regionale kompetansesentre for smittevern kan være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av opplæringsprogram.

Regionalt kompetansesenter for smittevern har i 2011 gjennomgått organisasjonsendringer og oppgaven er overført til 2012. Dette arbeidet har høyt fokus også gjennom pasientsikkerhetskampanjen.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

- God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og

helsepersonell. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

Helseforetakene i Midt-Norge har etablert prosedyrer for internundervisning og implementert disse. Helseforetakene vurderer at de har god kompetanse i medisinsk fysikk. Helse Møre og Romsdal HF vil utarbeide ny felles prosedyre for det nye foretaket.

Målet er **nådd**.

2.4 Forskning

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene legge til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (norsk ECRIN) og søke om norsk deltagelse i ECRIN- nettverket.

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med de andre regionene lagt til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (ECRIN/NorCRIN). Dette er gjort gjennom at alle de regionale samarbeidsorganene har vedtatt videreutvikling av slikt nettverk. Det er også nedsatt en styringsgruppe for ECRIN gjennom vedtak i RHF-enes nasjonale strategigruppe for forskning, og det er oppnevnt personer fra alle regioner til styringsgruppen. Styringsgruppen skal i 2012 utarbeide mandat for videre arbeid med ECRIN.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes ressurser og kompetanse ved helseforetakene slik at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.

I 2011 ble CRISStin/NVI etablert i alle helseforetak i Midt-Norge. Institusjonsdata fra HF-ene ble overført til CRISStin og det ble gjennomført en prøverapportering av 2010-data i september 2011. Det er et arbeid på gang i Hemit med tanke på automatisk oppdatering av institusjonsdata fra HF-ene til CRISStin. HF-ene har oppnevnt kontaktpersoner i egne helseforetak som bidro til denne prøverapporteringen og som bidrar i ordinær rapportering av 2011-data som har frist 31.3.2012.

Målet er **nådd**.

2.5 Rapportering på tilleggskokument til Oppdragsdokument 2011

Det vises til tilleggskokument til Oppdragsdokument av 1.7.2011.

Jf. 6.4 Psykisk helsevern

I samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norsk forening for kognitiv terapi ble det i 2010 gjennomført en utredning om opplæringsprogram i eksponeringsterapi ved tvangslidelser. Departementet vil komme tilbake til dette i oppdragsdokumentet for 2012.

Iverksetting av opplæring og undervisning forutsetter planlegging på flere nivåer, og departementet ber om at forberedende arbeid starter høsten 2011. helsedirektoratet vil ta initiativ overfor de regionale helseforetak for å bistå i implementeringsarbeidet.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i forberedende arbeid med Helsedirektoratet. høsten 2011 og oppdrag til HF er lagt inn i styringsdokumentet for 2012. Opplæring av behandlere i metoden starter i 2013.

Målet er **nådd**.

Jf. 8 Utdanning av helsepersonell

Det vises til oppgave gitt i *Oppdragsdokument 2011* vedrørende analyser av fremtidig behov for legespesialister og iverksetting av tiltak på utsatte områder. En del arbeid er gjort på området nasjonalt, regionalt og til dels lokalt, men det bes med dette om at det regionale helseforetaket sammen med helseforetakene i regionen utreder helsepersonellbehovet i et perspektiv som strekker seg frem mot 2020. I tillegg skal det utarbeides en plan for hvordan riktig kompetanse og personell skal rekrutteres, ikke minst når det gjelder å kunne gjennomføre samhandlingsreformen.

Det er iverksatt et analyseprosjekt i Helse Midt-Norge for å identifisere sårbare fagmiljøer ut fra antall, alder og rekruttering (andel LiS). I tillegg er det gjort en del fremskrivninger og utviklet scenarier for bærekraftige fagmiljøer. Etter kvalitetssikring vil rapporten om sårbare fagmiljøer være en del av beslutningsgrunnlaget for styring av legeressursen.

Målet er **delvis nådd**, arbeidet er meget godt i gang. Dette området vil ha høyt fokus i vårt arbeid med å operasjonalisere Strategi 2020.

2.6 Prop. 154 S (2010-2011) Tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya og Innst. 21 S (2011-2012).

Helse Midt-Norge fikk en tilleggsbevilgning på 1,4 mill kr til dekning av utgifter som følge av angrepene mot Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli. Midlene er knyttet til økte kostnader til psykisk helsevern i etterkant av hendelsene. I vår region er det St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag som har registrert denne type kostnader. Merkostnadene er i hovedsak knyttet til mertid og overtid, pluss noen reisekostnader.

3 Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011

Rapportering – økonomi

- Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2011

Svar:

Foretaksgruppen har en prognose for årsresultat på omlag 390 mill kr i overskudd. Dette er 115 mill kr foran foretaksgruppens budsjetterte resultat.

Målet er **nådd**.

Likviditet og driftskreditter

- Helse Midt-Norge RHF må holde seg innenfor en driftskredittramme på 2 211 mill. kroner pr. 31. desember 2011.

Svar:

I Prop. 1 S (2010-2011) er det samlet for helseregionene lagt til grunn anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie i 2011 som innebærer at pensjonspremien er lavere enn anslått pensjonskostnad. Basert på disse anslagene, skal ramme for driftskreditt i Helse Midt-Norge reduseres med 84 mill kr (fra 2 295 mill kr ved inngangen av 2011 til 2 211 mill kr) ved utgangen av 2011. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ble det vedtatt en tilleggsbevilgning til dekning av pensjonskostnader der driftskredittrammen ble satt ned med 229 mill kr til 1 982 mill kr ved utgangen av 2011.

Trekk på driftskreditt i Norges Bank var pr utgangen av desember 825 mill kr. Netto innestående i Fokus Bank var på samme tidspunkt 442 mill kr, noe som gir netto likviditetsbeholdning på minus 383 mill kr.

Målet er **nådd**.

Styring og oppfølging

- Foretaksrådet presiserte at Helse Midt-Norge RHF må sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.

Svar:

Kravet er oppfylt i 2011, og gjeldende budsjettprinsipper anvendes også for 2012.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til departementet i henhold til det opplegg som er etablert i departementets oppfølgingssystem ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd.

Svar:

HMN har for rapporteringsåret 2011 rapportert økonomi, bemanning, aktivitet og bemanning i henhold til de frister som er satt av HOD gjennom oppdragsdokument og ØBAK. I tillegg er dette rapportert til styret i HMN gjennom faste statusrapporter

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at det gis tilbakemelding på tiltak for å unngå korridorpasienter på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Midt-Norge RHF også gi tilbakemelding på oppdraget med å utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

Svar:

Antall døgn med pasienter registrert som korridorpasienter har et lavt omfang i Midt-Norge. I desember 2011 dreide det seg om 228 døgn (0,72 %). Samlet sett var det også færre døgn i 2011 enn i 2010. Denne trenden har vært tydelig gjennom året og Helse Midt-Norge RHF har lagt vekt på ordinær ledelsesmessig oppfølging gjennom fagsjefmøter, direktørmøter og foretaksmøter. Økonomiske sanksjoner, i form av å holde igjen inntekt for så å tildele det tilbakeholdte ved måloppnåelse, har vært vurdert. Det lave omfanget av korridorpasienter har imidlertid gjort at økonomiske sanksjoner har vært vurdert som ikke nødvendig.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene deltar aktivt i et forpliktende samarbeid for å etablere felles standarder innenfor økonomi og logistikk, for å sikre effektiv drift, gi god og sammenlignbar ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte, samt bidra til øvrig gevinstrealisering.

Svar:

Helse Midt-Norge har både deltatt og ledet samarbeid med andre regioner i 2011. Dette gjelder blant annet både innenfor standardisering og utvikling av indikatorer for effektivitet i sykehus.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF gjennom kompetansenettverket arbeide videre med å utarbeide indikatorer for produktivitet og effektivitet med utgangspunkt i rapporten ”Intern effektivitet i sykehus – beskrivelse av pågående arbeid og forslag til tiltak”

Svar:

HMN etablerte i samråd med kompetansenettverket en arbeidsgruppe med en representant fra hvert RHF. Gruppen skulle utarbeide forslag til indikatorer og den hadde sitt først heldags arbeidsmøte mandag 6. juni. Det ble videre avholdt et drøftingsmøte 23. august mellom RHF-arbeidsgruppen, NPR og Helsedirektoratet/Samdata.

Et utkast til rapport ble lagt frem for AD-møtet 19. desember. Rapporten beskriver et konsept og en plan for å etablere et felles sett med indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet for de fire regionale helseforetakene:

Det nasjonale indikatorsettet skal inneholde

- indikatorer for de ulike tjenesteområdene (funksjoner)
- sentrale nøkkeltall (aktivitet, økonomi og HR) for å forstå forskjeller og endringer i indikatorene
- grunnlagstall og definisjoner

En pilot ble foreslått som neste steg.

AD-møtet har bedt om at fag-, HR- og økonomidirektører skal involveres i en vurdering av på hvilke områder det er størst behov for indikatorer og hvilke indikatorer som best bidrar til å måle økt intern effektivitet, og dernest få saken til ny behandling.

På bakgrunn av dette, og etter samråd med HOD, videreføres arbeidet inn i første halvår 2012.

Målet er **delvis nådd**. Arbeidet videreføres i 2012

- Foretaksmøtet ba om videreføring av arbeidet for å bedre intern effektivitet ved hjelp av standardisering av arbeidsprosesser, med sikte på læring på tvers av de regionale helseforetakene. Det skal rapporteres på arbeidet til oppfølgingsmøtet pr. 2. tertial 2011.

Svar:

Helse Midt-Norge har både deltatt og ledet samarbeid med andre regioner i 2011. Dette gjelder blant annet både innenfor standardisering og utvikling av indikatorer for effektivitet i sykehus.

Målet er **nådd**.

Investeringer og kapitalforvaltning

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF deltar i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg.

Svar:

Anbudsprosessene er gjennomført og det er inngått avtale med 4 leverandører med varighet til og med 2014.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF forelegger departementet konseptfasevurderinger for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner.

Svar:

Følges opp i foretaksprotokoll for helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglementet for bygg og eiendomssaker (o-sak til styret mars 2011)

HOD vil bli forelagt konseptfasevurderinger for byggeprosjekt større enn 500 mill. kroner som forutsatt.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at ny ekstern kvalitetssikring av konseptvalg tilsvarende den statlige KS-1 ordningen skal gjennomføres for alle investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt igangsatt.

Svar:

Tatt inn i foretaksprotokoll til helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglement for bygg og eiendomssaker (o-sak for RHF-styret i mars 2011)

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at nye retningslinjer for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter benyttes som en del av de samlede vurderinger av konseptplaner.

Svar:

Tatt inn i foretaksprotokoll til helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglement for bygg og eiendomssaker (o-sak for RHF-styret i mars 2011)

Målet er **nådd**.

| Låneopptak (kap. 732 post 82)

- Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme på 201 mill kroner kun benyttes til gjennomføring av fase to av nye St. Olavs hospital.

Svar:

Tildelt låneramme på 201 mill kr ble overført til Helse Midt-Norge RHF i slutten av 2011. Lånet er benyttet til gjennomføring av fase to av nye St. Olavs hospital. Det ble konvertert til serielån pr 31.12.11.

Målet er **nådd**.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011

Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom (regionale) helseforetak og kommuner.

Svar:

Helse Midt-Norge har undertegnet revidert samarbeidsavtale med KS i de tre fylkene.

Avtalen inneholder intensjoner for arbeidet med å inngå avtaler mellom helseforetakene og kommunene.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har fattet vedtak om å delegere ansvaret for å inngå de lovpålagte avtaler med kommunene.

Alle helseforetak er kommet til enighet med kommunene om anbefalte avtaler.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen.

Følges opp i forbindelse med salg av eiendom som forelegges Helse Midt-Norge RHF for behandling.

Målet er **nådd**. Følges opp videre.

- Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen.

Målet er **nådd**. Følges opp videre.

Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruksjer

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF, i et samarbeid med de andre regionale helseforetakene, sørger for at det utarbeides veileder for styrearbeid i helseforetakene.

Svar:

Veileder til styrearbeid i HF ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 24.06.11 i sak 61/11. Brev med veileder sendt ut til HF.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Midt-Norge RHF og styrene for helseforetakene har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok ny styreinstruks i styresak 94/11. Denne er oversendt til HF med anmodning om at de må se på egen instruks.

Målet er **nådd**.

Regjeringens eierskapspolitikk

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.

Svar:

Virksomheten har vedtatte etiske retningslinjer for innkjøp (2008). Utkast til generelle etiske retningslinjer basert på mal fra Moderniseringsdepartementet er ute til høring i foretakene og ventes vedtatt i løpet av våren 2012.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

- Foretaksmøtet forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.

Svar:

Det vises til utarbeidet veileder.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Midt-Norge RHF og styrene for helseforetakene årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjennomførte sin årlige egevaluering 2. november 2011. I forkant av evalueringen ble det sendt ut Questback til samtlige styremedlemmer.

Styreevalueringen var 3 delt:

1. orientering om HODs endringer i hht evaluering av styret og valg av nytt styre
2. Dialog - styrets egevaluering
3. Oppsummering av resultat av Questback.

Fokus var roller og forventninger, forhold til eier og samhandling styret som kollegium og forholdet til AD. Resultat av evalueringen ble oversendt HOD i brev datert 15.11.11

Alle helseforetak i Midt-Norge, med unntak av Helse Nord-Trøndelag HF har foretatt egne evalueringer. De opplyser til RHF at de har hatt fokus på løpende oppfølging og virksomhetsstyring, samfunnsansvar og lederlønnsutvikling samt egevaluering av styrets arbeid. Styret i Helse Møre og Romsdal HF hadde kort virketid i 2011 og valgte å fokusere på styreseminarer og opplæring framfor styreevaluering i 2011.

Målet er **delvis nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret og ledelsen i Helse Midt-Norge RHF og i helseforetakene forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal

være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).

Svar:

Eierskapspolitikken er gjort kjent i brev av 2007, og blitt fulgt opp i flere møter med direktører og i relevante regionale nettverk.

Styret er blitt orientert med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).

Styret har i 2010 gitt uttalelse til HOD om sitt syn på eierskapspolitikken og hvordan denne praktiseres i Helse Midt-Norge

Målet er **nådd**.

Tiltak på personalområdet

Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner

- Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetakene.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å drive ambulansetjenesten i egen regi fra 2013. Helse Midt-Norge kartlegger i denne forbindelse behovet for ambulanspersonell fremover for å sikre fremtidig dekning.

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er også mange som avslutter utdanningen før den er fullført. Helse Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å styrke Helsefagarbeiderens plass gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene.

Målet er **nådd**. Arbeidet med rekruttering må videreføres.

- bistår Helsedirektoratet i å vurdere og fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningene.

Svar:

I første kvartal 2011 var det intensivt arbeid med kartlegging av personell og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Dette ble gjennomført som et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet har levert en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge, og denne ble styrebehandlet i april 2011.

Helse Midt-Norge RHF bidrar også i nasjonalt samarbeid med Helsedirektoratet, HOD/KD, SSB, Spekter og de øvrige regioner angående videre analyser og planlegging av hvordan man samlet skal møte utfordringen innenfor dette området.

I annet halvår 2011 er det i Helse Midt-Norge jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell implementeres i helseforetakene i 2011.

Svar:

Dette er ivarettatt både gjennom beskrivelse av rutiner knyttet til rekrutteringsprosessen (kvalitetssystemet) og i rammeavtaler med leverandører.

Målet er **nådd**.

- sørger for at helseforetakene har gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsetninger".

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har foretatt en rekke tiltak for å kvalitetssikre rutinene og prosessene rundt tilsetting av helsepersonell.

Prosedyrene er i sin helhet lagt ut på felles kvalitetssystem.

Målet er **nådd**.

Faste stillinger og deltid

- Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).

Svar:

Helse Midt-Norge har i 2011 jobbet aktivt med å tilrettelegge for hele stillinger og redusere andelen deltid. I samarbeid med øvrige regioner er det utviklet indikatorer og delvis implementert deltidsindikatorer.

Deltidsreduksjon har hatt stor fokus i hele organisasjonen og det har både blitt jobbet systematisk med å etablere en kultur for hele stillinger, samt iverksatt konkrete tiltak for å redusere ufrivillig deltid. Eksempel på slike tiltak har vært å gi fast tilsetting i vikarpooler, vurdere noe større hyppighet på arbeidshelger og lengre arbeidstid i helgene. Erfaringene viser imidlertid at der det stilles krav til arbeidsplaner som innebærer arbeid på flere enheter/klinikker, er det forholdsvis få som ønsker utvidelse av stilling selv om disse i utgangspunktet har meldt slikt ønske. Reduksjonen i andel deltid i løpet av 2011 er marginal og andelen deltid i regionen var ved utgangen av 2011 på 43,9 %. Foreløpige analyser viser at hvis vi trekker fra de som har rettighetsbasert deltid og de som både arbeidsgiver og arbeidstager ønsker i deltid (kombinert stillinger mellom HF og utdanningsinstitusjoner og kombinasjonsstillinger med offentlige verv) vil andelen deltid reduseres til ca 30 %. Hvis vi i tillegg trekker fra de deltidsansatte som ikke ønsker økt stillingsandel, vil det være relativt få deltidsansatte som reelt sett ønsker seg økte stillinger. Dette viser at det må arbeides langsiktig med å øke stillingsandelene.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres og intensiveres.

- Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF bidrar i slutføringen av det igangsatte arbeidet om tilrettelegging for faste stillinger for leger i spesialistutdanning og at det sendes en felles rapport til departementet om arbeidet innen 1. mars 2011.

Svar:

HMN har bidratt i slutføringen av rapporten og har etablert et prosjekt som jobber med å utvikle bedre spesialiseringer for leger.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.

Svar:

Se første svar til Faste stillinger og deltid

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, arbeider med videreutvikling av indikatorer på HR-området, spesielt når det gjelder deltid.

Svar:

Se første svar til Faste stillinger og deltid

Inkluderende arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalen.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har satt som mål om å redusere sykefraværet i tråd med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv. Hvert foretak har etablert planer med måltall som skal føre til en sykefraværspersent for samlet foretaksgruppe på 7 % ved utgangen av 2013. Sykefraværet var høyt de første månedene i 2011, men ble deretter gradvis lavere fram til årets siste måneder der det ble en økning igjen. Gjennomsnittlig sykefravær for 2011 er 8,24 %, mot 8,25 % i 2010. Øvrige aktivitetsmål er Ledere som har gjennomført HMS-opplæring og gjennomført brannvernopplæring/øvelser. Nytt resultatmål er Skader på ansatte.

Målet om å sette aktivitets- og resultatmål er **nådd**, men sykefraværsmålet ble **ikke nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF utvikle indikatorer for målsettingene med IA-avtalen gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner – HR standardisering.

Svar:

Helse Midt-Norge har videreutviklet IA-indikatorer i samarbeid med øvrige regioner.

Målet er **nådd**.

Konsulentbruk

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.

Svar:

Eksterne konsulenter brukes kun når det kan dokumenteres behov for en kompetanse i utrednings- eller prosjektarbeid som foretaksgruppen selv ikke innehar.

Målet er **nådd**. Vil følges opp videre.

Nasjonal lederplattform

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet, og gjøre nødvendige tilpasninger til de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Foretaksmøtet ba spesielt om at programmet legger vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav

til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten.

Svar:

Det Nasjonale Topplederprogrammet (NTP) er vurdert av alle helseregioner. Det er enighet om at et overordnet mål må være å skape sammenheng mellom lederprogram på lokalt og regionalt nivå og det nasjonale lederprogrammet. Dette antas best å kunne ivaretas ved et nasjonalt nettverk på området med representanter fra de som er ansvarlig for programmene. Det er nedsatt en nasjonal gruppe for arbeid med nasjonal lederplattform hvor Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen og prosjektgruppen. Denne plattformen vil ligge til grunn for videre arbeid med lederutvikling på alle nivå. For mer informasjon om arbeidet med nasjonal lederplattform, se svar på punktet under.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF, gjennom sin deltakelse i styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, delta i arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.

Svar:

Som en følge av en evaluering av det nasjonale topplederprogrammet (NTP) ble det nedsatt en nasjonal gruppe for arbeid med nasjonal lederplattform hvor Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen og prosjektgruppen. I Helse Midt-Norge har en regional arbeidsgruppe jobbet med temaet høsten 2011. En rekke dialogaktiviteter med involvering av ledere på alle nivå, tillitsvalgte, vernetjeneste og HR-medarbeidere er gjennomført. Innspill fra disse aktivitetene er tatt med i den nasjonale prosjektgruppen. Et mål med lederplattformen er å komme frem til en ny forståelse av hva fremtidens helseledelse vil innebære, gitt utfordringsbildet. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Det vil bli arrangert en nasjonal konferanse om temaet 27.februar 2012. Plattformen vil bli styrebehandlet i alle regioner våren 2012, før leveranse til departementet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

Permisjonspraksis

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.

Svar:

Helse Midt-Norge har en slik permisjonspraksis.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid.

Svar:

Helse Midt-Norge har en slik permisjonspraksis.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

.

Intern kontroll og risikostyring

- Styret skal påse at Helse Midt-Norge RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringsystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

Svar:

Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF jobber systematisk med risikostyring gjennom løpende risikovurderinger som ledd i ISO-sertifisering av virksomheten.

Helse Midt-Norge RHF har i 2011 gjennomført et forprosjekt for å videreutvikle vårt konsept for risikostyring. Forprosjektet er nå avsluttet, og man vil nå beslutte hvordan felles metodikk for risikostyring skal implementeres i Helse Midt-Norge.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.

Svar:

Risikovurdering av årets oppgaver fra HOD i oppdragsdokument og foretaksprotokoll lagt frem for styret 3.2.11 - sak 22/11. og med ny gjennomgang 6.10.11 i tilknytning til statusrapportering - sak 81/11.

Status på saker som er behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF gjennomgås halvårlig - i 2011 i styremøte 24.6. og 1.12.11.

Det ble informert om helsetilsynssaker i statusrapport 6.10.11.

Styret er også blitt orientert om Arbeidstilsynets oppfølging av arbeidstidsbestemmelsene Internrevisjonen og revisjonskomiteen rapporterer jevnlig til styret om sitt arbeid.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser de planlagte endringene vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet og styrebehandlet prinsipper og verktøy for konsekvensvurdering og risikostyring som legges til grunn ved omstilling. Modellene for konsekvensvurdering omfatter vurdering av forhold innad i tjenestene, mellom tjenester og for ulike samfunnsfunksjoner som blir berørt av omstillingen.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF

Rapporteringsark vedrørende helsetilsynssaker er lagt inn i ØBAK med tertialvis rapportering.

Helsetilsynet har to ganger i året gjennomgang av tilsynssaker med ledelsen ved Helse Midt-Norge RHF.

St. Olavs Hospital HF

Styret for St. Olavs Hospital får i sine tertialrapporter også forelagt status for arbeidet med internkontroll herunder oversikt på utvikling i meldinger om avvik og tilsynsrapporter. Ledelsens gjennomgang av status i kvalitetssystemet og HMS (helse, miljø og sikkerhet) gjennomføres årlig.

Her gjennomgås status for og behov for endringer innen områdene

- Arbeidsmiljø
- Mattrygghet
- Ytre miljø
- Brannsikkerhet
- Strålevern
- Smittevern
- Informasjonssikkerhet
- Pasientsikkerhet
- Beredskap

Styret orienteres om resultatene.

Resultater fra tilsyn og revisjoner diskuteres i hovedledelsen og kommuniseres til hele foretaket via egen side på virksomhetsportalen.

Helse Nord-Trøndelag HF

Risikovurdering av alle punkter i Styringsdokument, Foretaksprotokoll og egendefinerte overordnede risikoelementer gjøres tertialvis og legges frem for styret. Foretaket er inne i en prosess hvor virksomheten ISO-sertifiseres. Det er iverksatt system for å sikre risikostyring.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Risikovurdering av alle punkter i Styringsdokument, Foretaksprotokoll og egendefinerte overordnede risikoelementer gjøres tertialvis og legges frem for styret.

Månedlig rapport på avvik fra klinikkene. Avvikene blir gjennomgått i Regionalt Kvalitetsutvalg (RKU).

Løpende oppfølging av kvalitetsindikatorer i lederteam.

Ledelsens gjennomgang av avvikssituasjonen gjøres årlig både i styret og i ledermøte.

Helsetilsynet har gjennomført varslet tilsyn ved tre enheter i 2011. Gjennomgang i lederteam av avvik og merknader for læring på tvers. Plan for videre oppfølging etablert.

Det er påstartet et strategiarbeid for ytterligere kvalitetsutvikling i 2012.

Helse Møre og Romsdal HF

Foretaket legger fram for styret en egen sak om styringsdokumentet der de har konsekvensvurdert tiltakene. Alle viktige oppgaver og vedtak blir konsekvensvurdert og ROS-analyser gjennomført. Melderutinene og det å lære av feil/avvik internt og på tvers av avdelingene var ett satsingsområde i 2011. Gjennom pasientsikkerhetskampanjen arbeider vi m.a. med dette. Ved etablering av Helse Møre og Romsdal vil de arbeide videre med å samordne og videreutvikle styringssystemet.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

I henhold til foretakets prosedyre for tilsyn fra eksterne kreves det at apotekene bruker et felles oppfølgingsverktøy etter gjennomførte tilsyn. Alle apotek skal ta stilling til de avvik som avdekkes i egen og i øvrige enheter i foretaket og det legges vekt på læring på tvers av apotekene. Gjennom sitt arbeid med klinisk farmasi får Sykehusapotekene innsikt i sykehusenes rutiner og eventuelle avvik i disse. Det utredes p.t. hvordan sykehusapotekenes ansatte kan sikre rapportering av oppdagede avvik i sykehusenes kvalitets-/avvikssystemer.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har fokus på arbeidet med systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter. En erkjenner at en fortsatt har mer å gå på i forhold til å lære på tvers av avdelinger, sykehus og foretak.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

Kvalitet i anskaffelsesprosessen

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF følger anbefalingene fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.

Svar:

Det er etablert et eget prosjekt under ledelse av Helse Sør-Øst RHF om etisk handel der det er utarbeidet en egen handlingsplan. Helse Midt-Norge RHF er for øvrig medlem i Initiativ for etisk handel og kontrollmedlem i Grønt Punkt Norge. Det er gjennomført opplæring om etisk handel for våre innkjøpsrådgivere. Styret er orientert om arbeidet med etisk handel i sak 84/11.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF tar hensyn til særlig de ideelle institusjonenes behov for forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser, og at det legges til grunn avtalelengder som er på linje med andre samfunnssektorer.

Svar:

Det er inngått avtaler med alle aktuelle ideelle organisasjoner innen spesialisert rehabilitering til og med 2013. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk er det inngått nye avtaler med maksimal varighet på 6,5 år og kun med ideelle organisasjoner. For øvrige områder innen kjøp av helsetjenester er ingen ideelle organisasjoner aktuelle som tilbydere/leverandører.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester sikrer en tilfredsstillende geografisk tilgjengelighet til tjenester for befolkningen.

Svar:

Ved anskaffelser av helsetjenester er det inngått avtaler med leverandører som er lokalisert slik at behovene blir dekket i hele regionen.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF gjennomfører eksterne evalueringer av sine anskaffelser av helsetjenester. Evalueringer må omfatte hele anskaffelsesprosessen

Svar:

Rambøll Management Consulting er engasjert for å gjennomføre evalueringen av følgende områder: 1. Spesialisert rehabilitering. 2. Tverrfaglig spesialisert behandling for

rusmiddelmisbruk (TSB). 3. Bildediagnostiske undersøkelser. 4. Private sykehustjenester. Midtveisrapportering skjer for områdene 1 og 2 ved årsskiftet 2011/12. Sluttrapport leveres etter at ny anskaffelse av område 3 og 4 er gjennomført primo 2012. Prosjektet ledes av en styringsgruppe i Helse Midt-Norge RHF.

Målet er **delvis nådd** i 2011, og vil fullføres i 2012.

- Foretaksmøtet la til grunn at ved eventuell konkurranseutsetting av ikke-medisinske funksjoner skal Helse Midt-Norge RHF sikre at de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikke svekkes.

Svar:

I slike situasjoner påses det at kravet følges.

Målet er **nådd**.

Utvikling av IKT-området

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter.

Svar:

Helse Midt-Norge deltar aktivt i nasjonale programmer for kjernejournal, meldingsløft, helseportal og e-resept.

- For kjernejournal avventes nasjonal oppfølging
- Meldingsløftet følges opp gjennom deltakelse i nasjonal styringsgruppe og prosjektgruppe og gjennom egen regional programorganisering
- e-Resept utvikles i tilknytning til regionalt program for medisinerer (KMF)

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i løpet av første halvår 2011 oversende en strategi for realisering av eResept, herunder avklare valg av autentiseringsløsning og i løpet av tredje kvartal 2011 fremlegge planer for innføring av eResept i Helse Midt-Norge RHF.

Svar:

Helse Midt-Norge har utarbeidet et eget forslag for realisering av e-resept (vedlagt). I samråd med e-reseptgruppen i Helsedirektoratet og med Nasjonal IKT, utvikles en egen modul i vårt journalsystem for dette.

Autentiseringsløsning vil sannsynligvis baseres på personlige sertifikater (PKI). Det er igangsatt eget prosjekt for å belyse omfang av dette.

Målet er **delvis nådd**, og arbeidet er kommet langt og videreføres i 2012.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i arbeidet med videreutvikling av regelverk om informasjonssikkerhet.

Svar:

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet med å videreutvikle nasjonalt regelverk for informasjonssikkerhet. Arbeidet har vært koordinert for alle RHF-ene gjennom Nasjonal IKT og med felles høringsvar. Nytt regelverk skal være tatt i bruk pr 1.7.2012. Det vil ta tid å få videreutviklet eksisterende og nye systemer slik at regelverket kan komme til full anvendelse, spesielt på området deling av informasjon.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering.

Svar:

Helse Midt-Norge, gjennom HEMIT, leder det nasjonale arbeidet for spesialisthelsetjenesten på arkitekturområdet. Arbeidet koordineres gjennom Nasjonal IKT og det er etablert samarbeid med andre nasjonale aktører som Difi.

Helse Midt-Norge deltar i standardiseringsarbeidet gjennom Nasjonal IKT og Helsedirektoratet/KITH.

Arkitektur og standardisering er to helt sentrale elementer i forbindelse med arbeidet med ny IKT-strategi for Helse Midt-Norge.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene gjennom Nasjonal IKT, bidrar til å sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. I Helse Midt-Norge foregår en kontinuerlig utvikling av eksisterende systemer, men det deltas også aktivt i Nasjonal IKTs "Klinisk fagforum" for å definere "neste generasjons" pasientjournalssystem.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

Nødnett

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF bidrar til ferdigstillingen av første byggetrinn for Nødnett.

Svar:

Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen for prosjekt nødnett helse.

Helse Midt-Norge har bidratt i dette arbeidet med ferdigstilling av fase 0 i prosjektet.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la videre til grunn at Helse Midt-Norge RHF deltar i planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett dersom dette blir vedtatt i Stortinget. Departementet vil legge føringer for arbeidet når saken er avklart, herunder styring av utbyggingen og driften av sambandsnettet.

Svar:

Utbygging av Nødnett i Midt-Norge er beskrevet i eget kapittel i prehospitalet plan for Midt-Norge. Planen ble vedtatt av det regionale styret i møte i mai 2011.

Det er etablert egen prosjektlederstilling ved Helse Midt-Norge RHF for utbygging av Nødnett i Midt-Norge.

Man har startet arbeidet med forberedelse av installasjoner ved regionens AMK-sentraler og akuttmottak.

Målet er **nådd**. Videre detaljplanlegging fortsetter i 2012.

3.3 Øvrige styringskrav for 2011

- **Miljø- og klimatiltak**

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.

Svar:

St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF er piloter i forbindelse med sertifiseringen og det forutsettes at arbeidet er sluttført i 2012. Det er etablert et regionalt nettverk/faggruppe for miljø- og klimaarbeidet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport.

Svar:

Helse Midt-Norge deltar aktivt i det interregionale prosjektet med representanter i prosjektgruppen og i arbeidsgruppene. Helse Midt-Norge har prosjektlederansvaret for bygg og miljøarbeidet som forutsettes sluttført i 2012.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og be helseforetakene gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen bl.a. gjennom det etablerte regionale energinettverket. Saken blir også fulgt opp i delprosjekt bygg og miljø i det interregionale miljø og klimaprojektet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- **Nasjonalt profileringsprogram**

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.

Svar:

Det reviderte profilprogrammet er mottatt og ivaretatt. Justering av maler skjer fra start av i 2012.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- **H-reseptordningen**

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, om å vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept.

Svar:

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet i den interregionale gruppen nedsatt av fagdirektørmøtet som har gått igjennom hele HF-legemiddelfeltet, både reseptutforming, forskrivning, bruk, oppfølging, oppgjør, koding mm.

Helse Midt-Norge har fulgt opp dette arbeidet gjennom å delta i arbeidsgruppen som ble nedsatt med Helsedirektoratet, RHF-ene og Apotekforeningen og ledet av Helsedirektoratet. Målet er **nådd**.

- **KPP-regnskap**

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene i 2011 skal delta med minst et helseforetak i KPP-prosjektene. Helsedirektoratet iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter.

Svar:

Helse Midt-Norge stilte med deltaker, men Helsedirektoratet har ikke iverksatt prosjektet. Målet er **nådd**

- **Parkering**

- Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.

Svar:

Helseforetakene er bedt om at nye avtaler skal utarbeides i tråd med føringene der det er praktisk mulig.

Målet er **nådd**.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2011

Organisering av sykehusene i Møre og Romsdal

- Foretaksmøtet ber om at det etableres ett felles helseforetak i Møre og Romsdal innen 1. juli 2011.

Svar:

Helse Møre og Romsdal HF ble stiftet 3. mars 2011, og overtok alt driftsansvar fra Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF fra 1. juli 2011. Ny direktør i foretaket ble ansatt 1. juli 2011, og felles stab/ledelse var på plass i september 2011. Gjennomgang av klinikkstruktur og klinikkledelse ventes fullført medio 2012. De fleste felles IKT-løsninger og administrative støttesystemer var på plass 1. juli 2011, mens en del øvrige systemendringer vil tilpasses ny organisasjonsstruktur og ferdigstilles i 2012/2013.

Målet er **nådd**.

4 Styrets plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

4.1.1. Utviklingen innenfor opptaksområdet

Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2011 var den samlede befolkningen på ca 680 000 innbyggere.

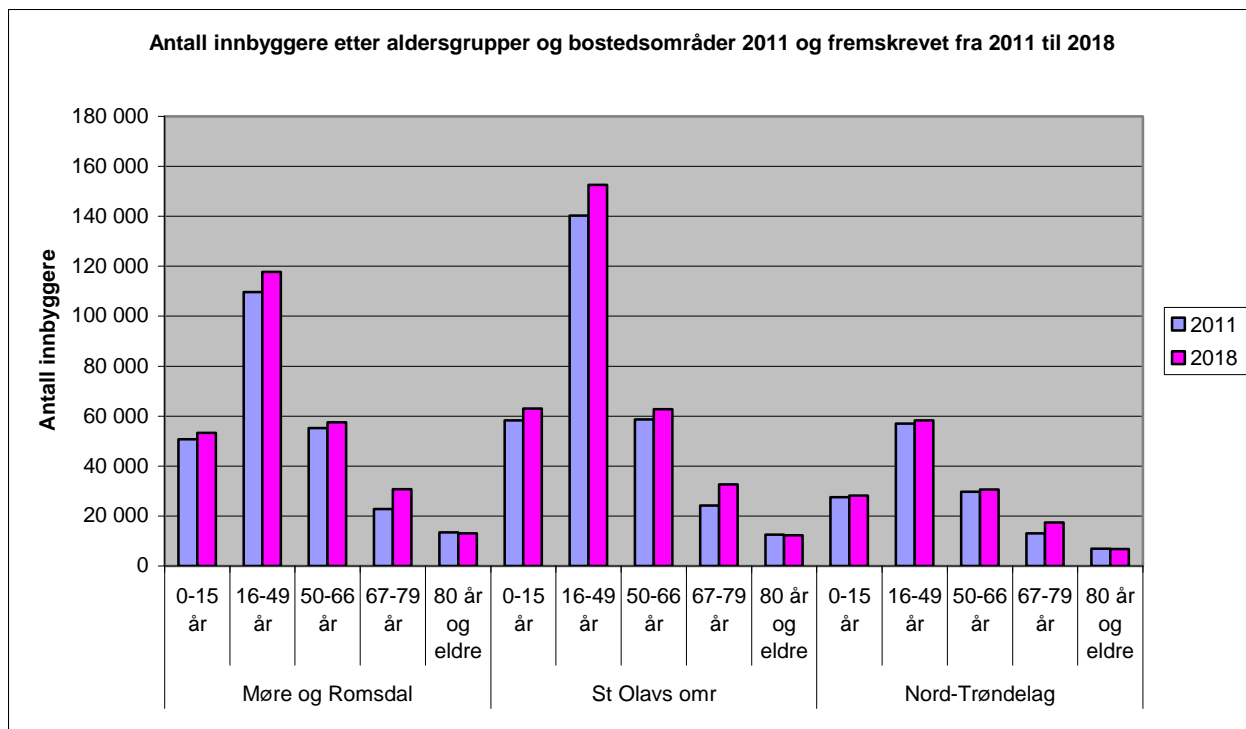
Det er et spredt bosettingsmønster i Midt-Norge. Kommunikasjonene er gode i regionen. En andel av befolkningen bor på øyer, men mange av de store øyene er etter hvert blitt knyttet til fastlandet gjennom bro eller tunnel, og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten. Den kommende samhandlingsreformen skal bidra til å gjøre dette samarbeidet enda tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene vil ha betydning for hvordan samarbeidet skal utvikles. Tabell 1.1 viser at 51 av Helse Midt-Norges 85 kommuner har færre enn 5 000 innbyggere.

Tabell 1.1 *Kommunene i Midt-Norge etter folketall i foretaksområdene*

Bostedsområder	Befolkning per 1. jan 2011	Antall kommuner etter folketall					Antall kom- muner totalt
		0-2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000+	
Møre og Romsdal bostedsomr	251 843	5	13	13	1	3	35
St.Olav Hospital bostedsomr	294 108	3	10	7	3	1	24
Nord-Trøndelag bostedsomr	134 159	11	9	1	3	2	26
Sum Helse Midt-Norge	680 110	19	32	21	7	6	85

Fram til 2018 forventes det relativt små endringer i befolkningen samlet sett i regionen. Figur 1.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2011 til 2018 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Fremskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) ”middels nasjonal vekst”.

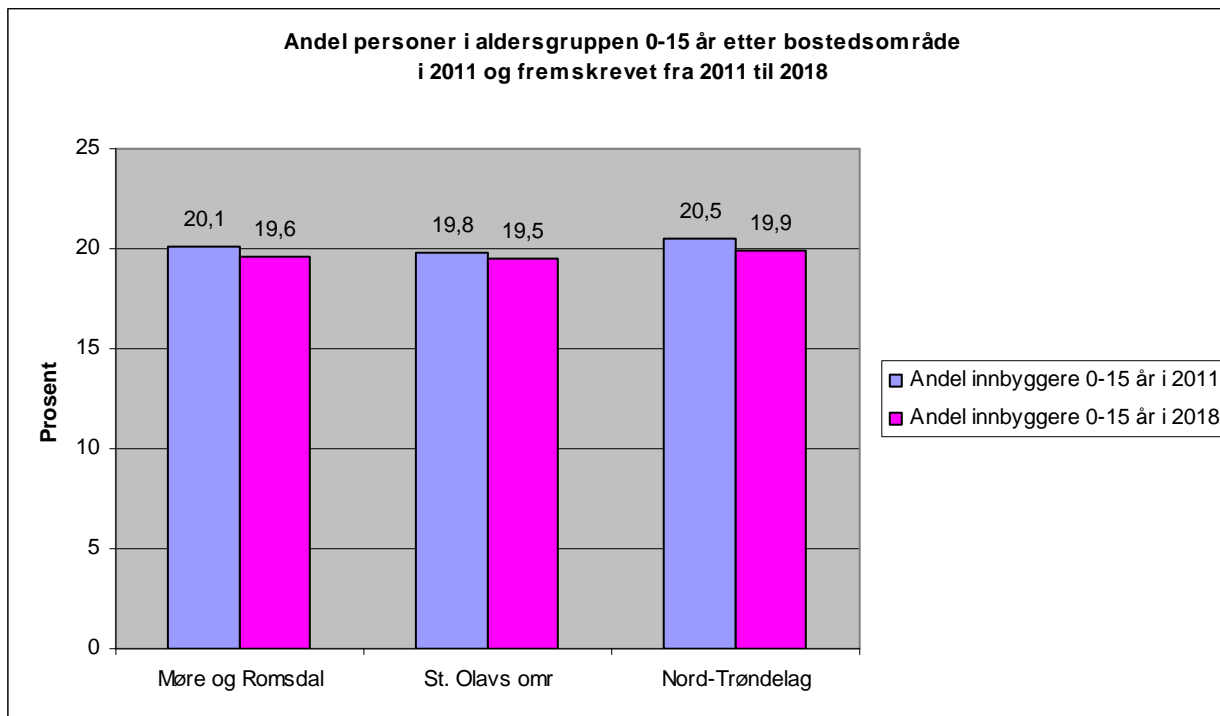


Figur 1.1 *Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter aldersgrupper og bostedsområder*

For alle bostedsområdene er det spesielt aldersgruppen 67 – 79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2011 til 2018, mens økningen i *antallet* innbyggere er høyt også for gruppen 16-49 år. Den prosentvise veksten for gruppen 67-79 år ligger på 30-35 prosent i alle tre bostedsområder. For innbyggere eldre enn 80 år er det en nedgang i befolkningstallet fra 2011 til 2018. Nedgangen er på omtrent to prosent. Det er en viss sentraliserende tendens i regionens befolkningsutvikling i den forstand at den prosentvise veksten for aldersgruppene under 67 år er høyest i St Olavs bostedsområde. Samlet sett er det beregnet en vekst fra 2011 til 2018 på åtte prosent i Helse Midt-Norges befolkning, noe som gir en årlig vekst på om lag en prosent. Det er imidlertid en dreining i retning av at aldersgruppen 67 – 79 år har en betydelig høyere prosentvis vekst enn de andre aldersgruppene. Dette er starten på en trend med at alderssammensetningen endres i retning av at det blir stadig flere eldre i befolkningen. Da forbruksratene¹ i somatisk sektor er høyere for de eldste pasientgruppene betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelses vil bli betydelig høyere enn det veksten i befolkningen samlet sett tilsier, dersom forbruksratene fortsetter å være på samme nivå som i 2010. I figur 1.2 og 1.4 er endringen i alderssammensetningen illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører henholdsvis aldersgruppen 0-15 år og 67 år og eldre i 2011 og fremskrevet til 2018.

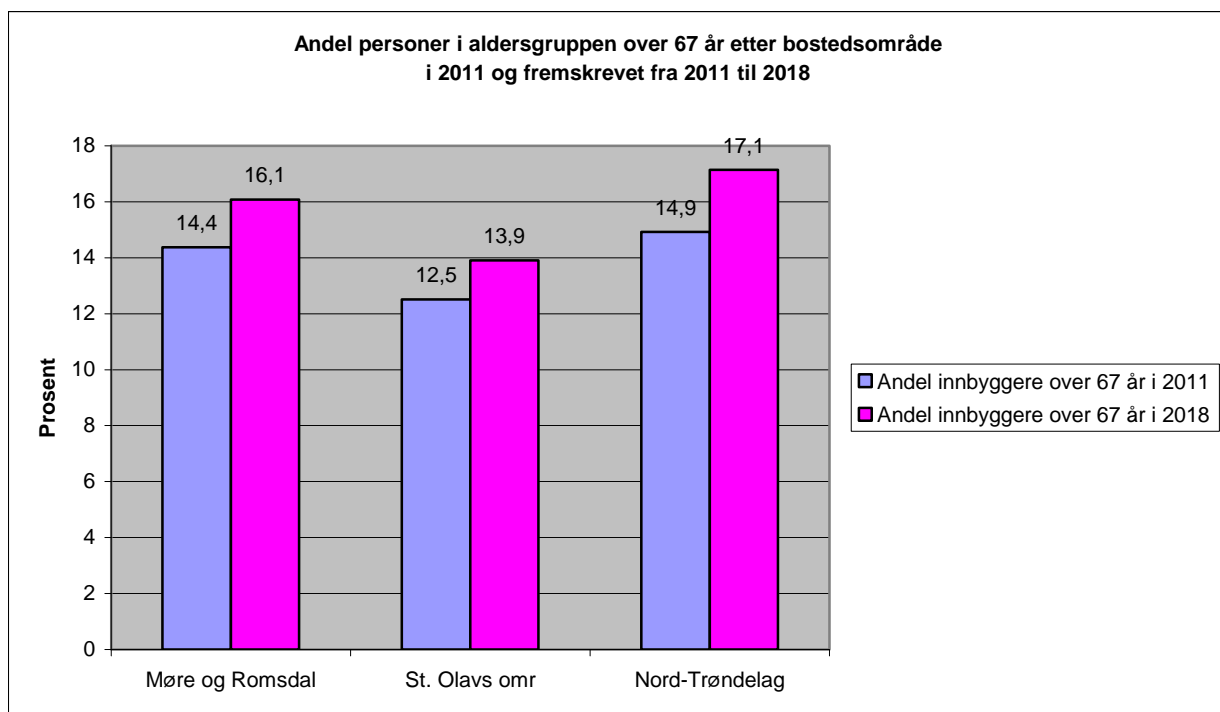
□

¹ Forbruksrater er antall sykehusopphold per 1000 innbyggere. Disse forbruksratene øker med økende alder i befolkningen. For aldersgruppen 0-15 år var forbruksraten i 2010 på 156 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere i somatisk sektor i Helse Midt-Norge. Tilsvarende tall for de to eldste aldersgruppene var 587 og 868 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere. For psykisk helsevern og rusbehandling er det imidlertid ikke samme



Figur 1.2 *Andel i aldersgruppen 0-15 år i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter bostedsområder*

Alle bostedsområdene får en nedgang i denne aldersgruppen, men nedgangen er lavest i St Olavs Hospital HF bostedsområde.



Figur 1.3 *Andel i aldersgruppen over 67 år i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter bostedsområde.*

Figuren viser at alle det i alle foretaksområdene i Helse Midt-Norge forventes en økning i andelen eldre innbyggere i perioden 2011-2018. Økningen er lavest i St Olavs Hospital HF område. Denne dreiningen i alderssammensetning i perioden forventes å føre til at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester øker mer enn økningen i befolkningens mengde totalt sett (jf. den eldste befolkningens forbruksrater er høyere enn forbruksratene til den yngre befolkningen). I tabell 1.2 og 1.3 presenteres en oversikt over hvordan forventet antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner blir i 2018 når forbruket innenfor aldersgruppene er lik nivået i 2010.

Tabell 1.2 Forventet antall sykehusopphold (dag- og døgnopphold) i 2018 og prosentvis endring fra 2010 til 2018 med forbruksrater lik nivået i 2010.

Aldersgruppe	Antall sykehusopphold 2010	Antall sykehusopphold 2018	Endring i antall sykehusopphold	Pst. endring 2010-2018
0-15 år	21 358	22 597	1 239	5,8 %
16-49 år	53 765	57 529	3 764	7,0 %
50-66 år	42 291	44 448	2 157	5,1 %
67-79 år	35 284	47 351	12 067	34,2 %
80 år +	28 586	28 014	-572	-2,0 %
Sum	181 284	199 939	18 655	10,3 %

Tabell 1.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner i 2018 og prosentvis endring fra 2010 til 2018 med forbruksrater lik nivået i 2010.

Aldersgruppe	Antall polikliniske konsultasjoner 2010	Antall polikliniske konsultasjoner 2018	Endring i antall polikliniske konsultasjoner	Pst. endring 2010-2018
0-15 år	83 347	88 181	4 834	5,8 %
16-49 år	268 152	286 923	18 771	7,0 %
50-66 år	202 811	213 154	10 343	5,1 %
67-79 år	126 649	169 963	43 314	34,2 %
80 år +	56 037	54 916	-1 121	-2,0 %
Sum	736 996	813 137	76 141	10,3 %

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 18 500 sykehusopphold (dag- og døgnopphold) og 76 000 polikliniske konsultasjoner fra 2010 til 2018 dersom forbruksratene innenfor pasientgruppene holdes på 2010-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på over 10 prosent eller om lag 1,3 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold og konsultasjoner per år blir større enn veksten i den samlede befolkningen i perioden (ca en prosent per år). Fremskrivningen per bostedsområde vil variere i forhold til de forskjellene i befolkningssammensetning som er beskrevet ovenfor.

For psykisk helsevern er det vanskeligere å beregne forventet forbruk, da det er mer begrensede datagrunnlag i forhold til å beregne forbruksrater i ulike aldersgrupper. Dersom det tas utgangspunkt i aldersgruppen 0-17 år, så øker befolkningstallet med 5,1 prosent fra 2011 til 2018. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og over er 9,3 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsoøkningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette en årlig vekst på om lag 0,7 prosent, mens det for voksne betyr en årlig vekst på om lag 1,3 prosent.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007). I perioden 2011-2018 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 9,3 prosent for denne aldersgruppen, eller om lag 1,3 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen. I henhold til oversikter over befolkningens bruk av TSB fremkommer det imidlertid at Helse Midt-Norge har et noe lavere forbruk av tjenester enn landsgjennomsnittet, også etter korrigering for behov (jfr. Magnussenutvalgets behovsindekser). Dersom dette uttrykker reelle forskjeller i behovsdekningen vil det være nødvendig med en vekst utover befolkningsveksten de neste årene.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker i forhold til 2010-nivået, fører dette til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester i forhold til det som er presentert i tabell 1.2 og 1.3. Istedenfor å øke, vil det innen somatisk spesialisthelsetjeneste derimot være et behov for å redusere veksten i bruken av spesialisthelsetjenester blant de eldre pasientene. Dette betyr at det blir viktig å sørge for at samhandlingsreformen fører til etablering av tiltak som kan bidra til dette. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i Helse Midt-Norge, kreves det et spesielt fokus på samarbeid både horisontalt mellom kommuner og mellom grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Å bidra til at spesialisthelsetjenesten får sin plass innenfor en mer helhetlig helsepolitisk strategi blir derfor viktig i de nærmeste årene.

Behovsdekning

Som omtalt i de regionale helseforetakenes innspill til Statsbudsjett for 2013, vil nye behov og økt grad av behovsdekning også påvirke aktivitetsbehovet. Utviklingen og implementeringen av ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette i årene som kommer, og føre til økte behov for tjenester. Nye behandlingsmetoder vil også føre til at pasientene i en del pasientgrupper vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette, inklusive helsepolitisk opprioritering av enkelte pasientgrupper, vil føre til en behovsvekst ut over den som er demografisk betinget.

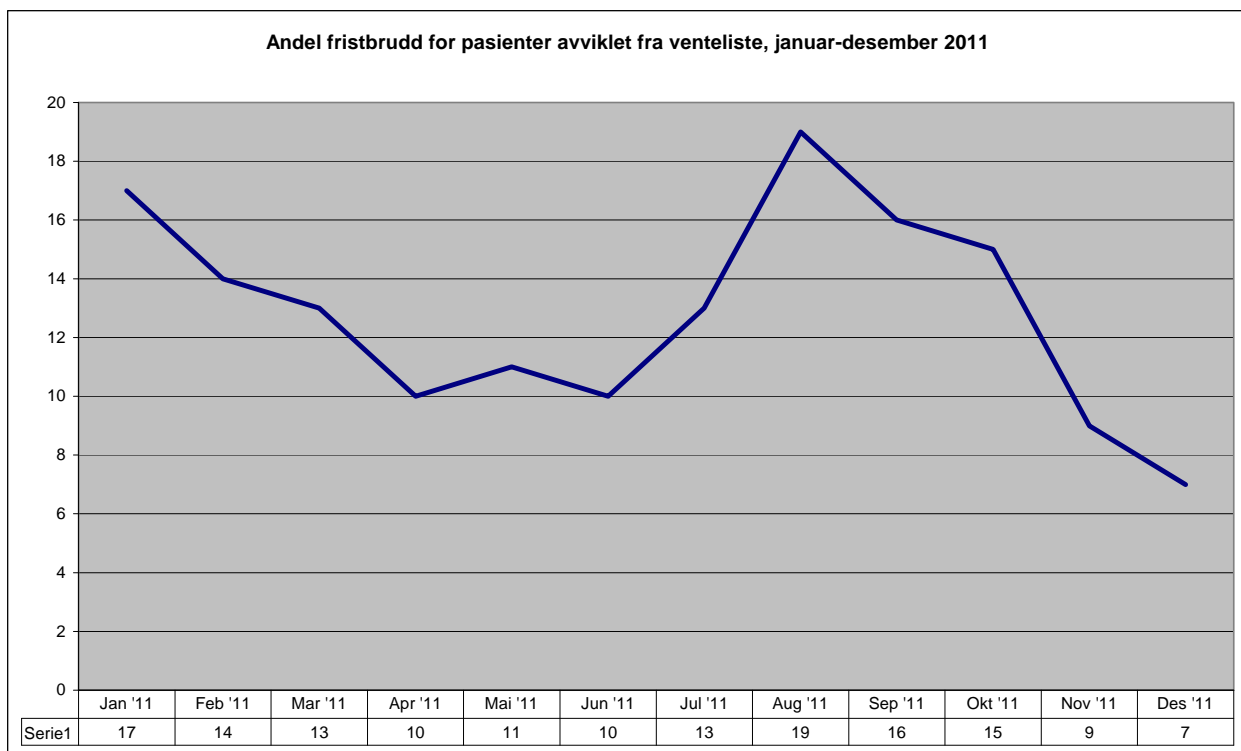
Parallelt med denne utviklingen forventes det at samhandlingsreformen vil få stor betydning for hvor helsetjenestene til pasientene skal tilbys i fremtiden. Det er et mål å øke fokuset på forebygging og flytte deler av det tjenestetilbudet som i dag er en del av spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I den forbindelse blir det av stor betydning å evaluere effekten av etablerte samhandlingstiltak.

Lange og økende ventetider har tradisjonelt blitt sett på som tegn på manglende behovsdekning. I neste avsnitt presenteres oversikter over utviklingen i fristbrudd og ventetider i Helse Midt-Norge.

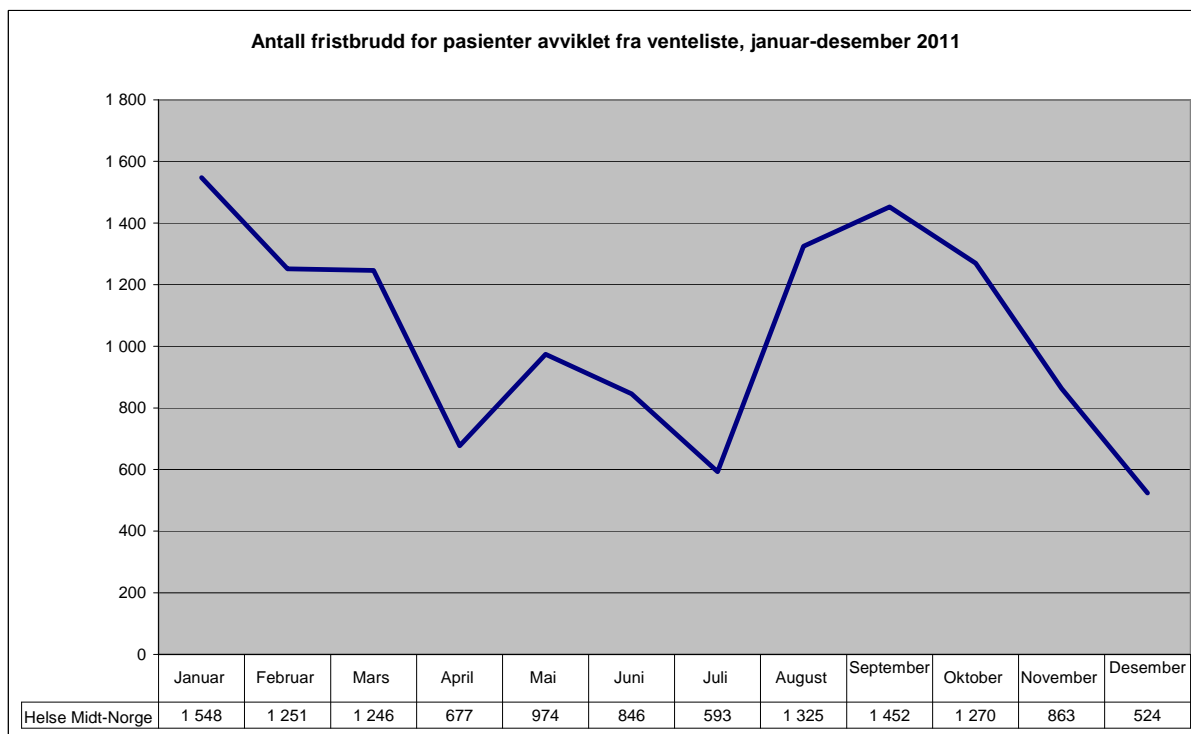
Fristbrudd og ventetider

Det er sentrale mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at ventetiden til behandling skal være innenfor de nasjonale normene. I 2011 har det blitt jobbet målrettet for å oppnå dette.

Figur 1.4 og 1.5 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i løpet av 2011.



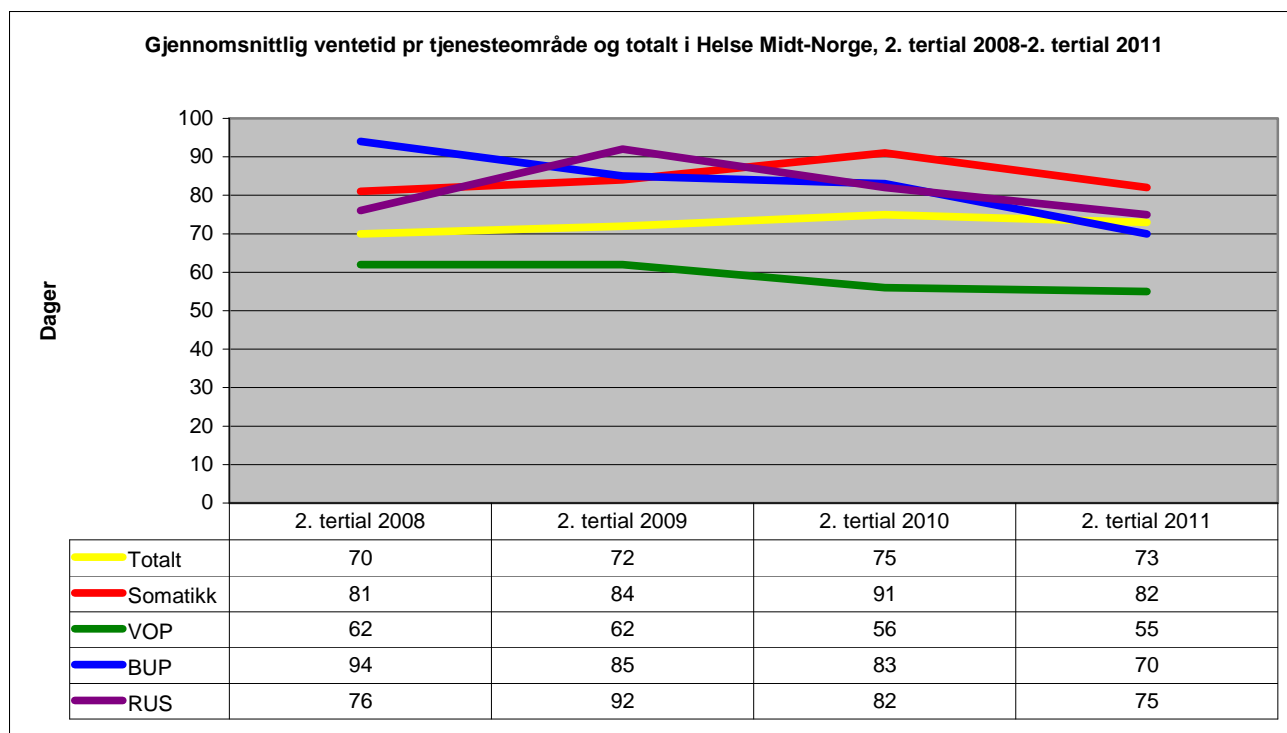
Figur 1.4 *Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011.*
(Kilde: NPR)



Figur 1.5 *Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011.*
(Kilde: NPR)

Figurene viser at utviklingen i både antall og andel fristbrudd første halvår av 2011 i all hovedsak var positiv. Etter sommeren økte antallet og andelen fristbrudd igjen, mens trenden nå er på riktig vei igjen. Figurene viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2011 ikke ble innfridd. Utviklingen har likevel gått i riktig retning og målet er at de siste fristbruddene skal være eliminert i løpet av de første månedene av 2012.

I likhet med det sterke fokuset på fristbrudd, har det også blitt satt spesielt fokus på å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Figur 1.6 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i perioden fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2011. Ventetider for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt totaltall, er inkludert i figuren.



Figur 1.6 *Utvikling i gjennomsnittlig ventetid pr. tjenesteområde og totalt for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge, 2. tertial 2008-2. tertial 2011. (Kilde: NPR, Rapport IS-1930)*

Figuren viser at ventetiden i psykisk helsevern har utviklet seg i riktig retning. Ventetiden for voksne (grønn kurve) har gått ned fra et gjennomsnitt på 62 dager til 55 dager fra 2008 til 2011, og ventetiden ligger dermed lavest av alle tjenesteområdene. I psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har også ventetiden sunket i løpet av perioden. Fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2011 har den gjennomsnittlige ventetiden blitt redusert med 24 dager, fra 94 til 70 dager. For den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen (TSB) er den gjennomsnittlige ventetiden i 2011 på nivå med ventetiden i 2008. Samtidig har det vært en betydelig aktivitetsøkning i løpet av samme periode. For det somatiske tjenesteområdet er den gjennomsnittlige ventetiden i 2011 82 dager. Dette er omtrent på nivå med snitttiden i 2008, 81 dager. Den totale ventetiden i spesialisthelsetjenesten er i 2. tertial 2011 på 73 dager, tre dager høyere enn i 3. tertial 2008. Det er dermed en differanse på åtte dager

ned mot det nasjonale kravet om at den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter tatt til behandling skal være 65 dager.

Helse Midt-Norge: utfordringer og strategi

For Helse Midt-Norge øker nok behovet for helsetjenester innen somatisk sektor mer enn den generelle befolkningsøkningen skulle tilsi. Dette skyldes en endring i retning av at det blir en høyere andel eldre i årene fremover, og at gruppen eldre har et betydelig høyere forbruk av sykehustjenester enn de yngste gruppene. For psykisk helsevern for voksne er ikke sammenhengen mellom alder og forbruk like klar og her er det rimelig å forvente en vekst i tråd med befolkningsveksten. Det samme gjelder for rusbehandlingen. Samtidig vet vi at Helse Midt-Norge har et betydelig lavere forbruk av spesialisthelsetjenester enn landsgjennomsnittet innen psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling. Dersom dette uttrykker reelle forskjeller i forhold til behov, vil det være nødvendig med en vekst som er høyere enn befolkningsveksten i de nærmeste årene.

Trenden med at befolkningen får en voksende andel eldre starter i denne langtidperioden (fram til 2018). Den store endringen på dette feltet kommer rundt midten av 2020-årene. Det er likevel viktig allerede nå å unngå at forbruket av spesialisthelsetjenester blant de eldste pasientgruppene øker mye i årene fremover. Betydningen av å lykkes med samhandlingsreformen de neste årene er derfor stor. Mange kommuner i Helse Midt-Norge har relativt lavt innbyggertall, noe som krever et samarbeid mellom kommuner i tillegg til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge har ikke nådd målet om å fjerne alle fristbrudd innen utgangen av 2011. Dersom trenden fra siste del av 2011 fortsetter vil imidlertid samtlige fristbrudd være avvirket tidlig i 2012. Utviklingen i gjennomsnittlige ventetider har gått i riktig retning i 2011, men det er fortsatt et stykke igjen til å nå målet om 65 dager gjennomsnittlig ventetid. Det er iverksatt spesifikke handlingsplaner ved helseforetakene og det skaffes kontinuerlig tilleggskapasitet hos private aktører der det er behov for det.

Det er innført økonomiske virkemidler overfor våre egne helseforetak fra 2012 både hva gjelder fristbrudd og ventetider. Dette for å sikre at Helse Midt-Norge RHF i et ”sørge-for”-perspektiv kan sikre at pasientenes rettigheter overholdes dersom våre egne helseforetak ikke er i stand til å innfri disse. Det er sentrale mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at den gjennomsnittlige ventetiden for pasientbehandlingen ikke skal overstige 65 dager. Som et ledd i arbeidet med å nå disse målene tilbakeholder Helse Midt-Norge i 2012 et antall DRG-poeng med tilhørende ramme fra hvert enkelt helseforetak. Dersom helseforetakene ikke innfrir ventetidskravene og kravet om eliminering av samtlige fristbrudd, vil det være aktuelt å bruke de tilbakeholdte DRG-poengene med ramme til å utvide kjøpet av spesialisthelsetjenester hos private tilbydere, hos andre helseforetak i egen region og/eller hos andre RHF, slik at man på den måten kan unngå fristbrudd og uakseptable ventetider for pasientene.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

En av utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor i årene fremover er at den økonomiske veksten år for år blir mindre. Demografisk sett blir den yrkesaktive delen av befolkningen mindre og det blir flere eldre i årene som kommer. Dette har betydning for sykdomspanorama og gir begrensninger i forhold til rekruttering og bemanning. Ny kunnskap og teknologi vil føre til endringer innen diagnostikk, behandling og organisering av helsetjenestene.

Langtidsplan og – budsjett for foretaksgruppen har vist at det er behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Dette er nødvendig for å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning. Helse Midt-Norge har i løpet av få år gått fra betydelige driftsmessige underskudd til resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler.

Målet om en helsetjeneste av god kvalitet, høy pasientsikkerhet og god tilgjengelighet for alle - uavhengig av bosted, kjønn, alder, etnisk bakgrunn og sosial klasse er godt forankret i nasjonal helsepolitikk, og i vår egen Strategi 2020. For å kunne svare opp dette også i kommende langtidsperiode, vil spesialisthelsetjenesten stå overfor betydelige omstillingsbehov. Strategi 2020 er vår viktigste veileder i hvordan spesialisthelsetjenesten må utvikles for å møte befolkningens behov med en bærekraftig utvikling.

En viktig helsepolitisk føring er å utvikle spesialisthelsetjenesten på en bærekraftig måte innenfor tilgjengelige rammer. Etter administrerende direktørs vurdering, vil det innebære en fortsatt omprioritering fra drift til investering. En økt investeringsramme skal gi oss handlingsrom til å bygge nytt, utvikle og vedlikeholde bygningsmassen samtidig som vi skal sikre nødvendige investeringer innen IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Våre fagmiljø skal være i stand til å ta i bruk ny kunnskap for å endre våre behandlingsmetoder på en slik måte at det gir bedre kvalitet og mer rasjonell drift. Ny slagbehandling og omlegging til såkalt ”Fast Track Surgery” for kne- og hofteproteser er begge driftsomlegginger som samlet sett vil spare samfunnet for betydelige summer. Praksisnær forskning er viktig. Administrerende direktør vil anbefale at den planlagte forskningsopptrappingen videreføres mot et mål på 3 % av vår bruttoramme.

Samhandlingsreformen er et av flere virkemiddel for å møte endrede behov i befolkningen. Endret oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, økt innsats på folkehelse og forebyggende arbeid, skal gi oss en friskere befolkning. Samhandlingsreformens intensjon er at behovet for helsetjenester skal øke mindre enn det vi har sett til nå, og at spesialisthelsetjenesten skal konsentrere innsatsen om de mer spesialiserte tjenestene. Kommunene i Midt-Norge er kommet godt i gang. Mange kommunegrupper ligger i front når det gjelder utvikling av de nye kommunale tjenestene. Som region bør vi derfor ha de beste forutsetninger for å lykkes med reformarbeidet.

4.1.3 Personell og kompetanse

Helse Midt-Norge har kartlagt fremtidig behov for kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten. De overordnede funnene viser:

Leger:

Nasjonale tall viser at det ikke er kritisk for legedekning fram mot 2030, men en fremskrivning av demografi og forbruk viser behov for opp mot 20 nye hjemler pr. år forutsatt samme organisering og effektivitet. For øvrig er det behov for erstatningsrekruttering som følge av naturlig avgang med gjennomsnittlig om lag 17 årsverk pr. år. Hvis vi sammenligner legetettheten i Helse Midt-Norge med øvrige regioner ser vi at det er dårligere dekning innen indremedisin, karkirurgi, onkologi,

patologi, psykiatri og nevrologi i Helse Midt-Norge. Innen ortopedisk kirurgi og anesthesiologi har Helse Midt-Norge statistisk sett en bedre dekning enn øvrige regioner.

Det er identifisert en rekke tjenestetilbud som ikke er / vil være bærekraftig i regionen. Konklusjonen bygger på en rekke analyser som omfatter antall leger, alderssammensetting av legene, utdanningskapasitet av spesialister ved enheten, vaktbelastning i enheten, brudd på arbeidstidsbestemmelsene og vikarstafetter. Dagens struktur er ikke bærekraftig når det gjelder forvaltning av legerressurser, jf styresak om Langtidsbudsjett og – plan.

Sykepleiere:

Helse Midt-Norge har best dekning av sykepleiere og størst utdanningskapasitet av regionene. Tilgangen til sykepleiere er neppe kritisk frem mot 2025. Fremskrivning av demografi og forbruk viser behov for rundt 55 nye stillinger pr. år forutsatt samme organisering og effektivitet. For øvrig er det behov for erstatningsrekruttering som følge av naturlig avgang med gjennomsnittlig om lag 50 årsverk pr. år. Videre fremover er det viktig å ha fokus på viktige spesialfunksjoner som anestesi, operasjon og intensiv.

Hjelpepleiere:

Fremskrivning av behovet viser stor underdekning av hjelpepleiere/helsefagarbeidere totalt i helsetjenesten (15000 i 2020). Helse Midt-Norge er den region som har minst dekning i helseforetak og størst andel på attføring eller uførhet. Hjelpepleiergruppen har høy gjennomsnittsalder og det er behov for erstatningsrekruttering på om lag 46 årsverk for å opprettholde andelen i 2009. Andelen bør sannsynligvis økes.

Bioingeniører

Det er underdekning nasjonalt for bioingeniører. Det er ikke like kritisk i Helse Midt-Norge, fordi vi har en stor utdanningskapasitet og en større andel i helsetjenesten.

Øvrige grupper:

Overordnet er det neppe kritisk for øvrige grupper. Det kan oppstå noe mangel på jordmødre fram mot 2020.

Videre planer:

Analysene underbygger Helse Midt-Norges overordnede strategi frem mot år 2020 og understreker betydningen av å utvikle en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom enhetene. Vaktintensive funksjoner bør sentraliseres og polikliniske tilbud desentraliseres.

For å sikre at foretakene har riktig kompetanse og kapasitet vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Implementere et felles gjennomgående system for kompetanseplanlegging og kompetansestyring på kort og lang sikt.
- Beskrive reelle kompetansebehov for de forskjellige aktiviteter i standardiserte pasientforløp og arbeidsprosesser
- Legge til rette for kompetansedeling og strategisk samarbeid mellom helseforetak, kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre regioner.
- Ivareta framtidig utdanningsbehov for hele helsetjenesten i regionen, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene
- Sikre rekruttering av kompetente ledere og nøkkelpersonell

- Lederopplæring og kompetansebygging for stab innenfor HR (kompetanse, ressursstyring og arbeidsmiljø)

For å sikre at foretakene til enhver tid har riktig bruk av personalressurser i forhold til planlagte aktiviteter vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Utvikle og etablere standardiserte prosesser for aktivitets- og bemanningsplanlegging, der alle aktiviteter som lar seg planlegge gjennom året legges inn.
- Sikre tilgjengelighet til ressursene i foretakene, ved at:
 - Sykefraværet reduseres i samsvar med IA - avtalen.
 - Gjennomsnittlig faktisk pensjonsalder økes
 - Andel heltid økes
 - Passiv vaktteneste reduseres

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at foretakene når sine mål. Derfor vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Gjennomføre systematisk kartlegging og evaluering av hvilke faktorer som påvirker arbeidsmiljøet
- Vedlikeholde og videreutvikle det systematiske HMS – arbeidet
- God arbeidsplanlegging som sikrer at turnuser og vaktplaner er tilpasset aktiviteten og innenfor lov- og avtaleverk.

4.1.4. Bygningskapital – status og utfordringer

Generelt

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på 671.781 kvm pr 31.12.2010 hvorav snaut 600.000 kvm til formålsbygg. I 2002 var den samlede bygningsmassen 699.757 kvm.

Bokført verdi av bygg i eget eie er pr. 31.12.2010 ca 13 mrd. kr.

Eiendomsmassen har varierende kvalitet, og er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. 60 % av bygningsmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Ca 1/3 del av bygningsmassen vurderes som utilfredsstillende. 3 % vurderes som veldig dårlig.

Det er anslått et totalt teknisk oppgraderingsbehov på 2,8 mrd. kr. Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold som manglende egnethet pga endrede funksjonskrav.

De planlagte og tidligere vedtatte investeringene i perioden 2011 – 2016 utgjør ca 5,8 mrd hvorav de vedtatte byggetiltakene (Nye St. Olavs Hospital, psykiatribygg Namsos, barneavdeling Ålesund, nytt sykehus i Møre og Romsdal) representerer investeringer i størrelsesorden 4,2 mrd. kr.

Samlet har en p.t. ca 400 ansatte knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendom i Helse Midt-Norges foretaksgruppe. Halvparten er yrkeskategori Fagarbeider renhold. Hertil kommer (p.t.) ca 20 ansatte ved Helsebygg Midt-Norge. Helsebygg Midt-Norge forutsettes å være avviklet i 2014.

Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge har som mål

- å legge til rette for en optimal tjenesteproduksjon gjennom bygg og anlegg som er tilpasset behovet og de økonomiske rammebetingelsene
- sikre realkapitalen

- sørge for utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold med en tilfredsstillende kvalitet og til en lavest mulig kostnad.

Hovedutfordring mht de to førstnevnte målene er todelt:

- tilpasse investeringsomfanget til helseforetakenes økonomiske bæreevne og investeringsstakten til tilgang på investeringsmidler
- ta igjen vedlikeholdsetterslepet slik at en ikke får en raskere avskrivning av bygningsmassen enn forutsatt

Som ledd i ovennevnte har en bedt helseforetakene om å redusere eiendomsmassens størrelse og å frigjøre kapital som kan benyttes til reinvesteringer samt å utarbeide systematiske vedlikeholdsplaner.

Organisering av eiendomsforvaltningen

Organiseringen av eiendomsforvaltningen er utredet i et eget delprosjekt i Helse Midt-Norges strategiprojekt "Eierstrategi 2010", jfr. sak 83/07 Eierstrategi 2010 – Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge. Med bakgrunn i utredningen ble innført husleieordning i foretaksgruppen. Husleieordningen og organiseringen av bygge- og eiendomsvirksomheten ble evaluert i 2011.

I 2012 vil en utrede nærmere organisering av fellestjenester herunder bygg og eiendomsforvaltningen i helseregionen.

Helse Midt-Norge RHF har også tatt opp til drøfting nasjonalt hvordan en kan utnytte ervervet kompetanse knyttet til gjennomføring av store byggetiltak og sikre best mulig bruk av verktøy og metoder og felles databaser. Helse Midt-Norge RHF deltar i et interregionalt prosjekt som utreder samhandlingsområder og mulig organisering.

Implementering av klassifikasjonssystemet

For å forbedre oversikten over arealbruk og mulighetene for systematisk sammenstilling av areal- og produksjonsdata har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at en gjennomfører en systematisk arealregistrering i henhold til et felles klassifikasjonssystem. Dette arbeidet er igangsatt og samordnes med de øvrige regionale helseforetakene og forutsettes slutført i løpet av 2012.

Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal

Helse Midt-Norge RHF er i foretaksmøtet juni 2011 bedt om å sørge for at det utarbeides en plan for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Møre og Romsdal HF og at en i den sammenheng utreder mulige løsninger for sykehus i Nordmøre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal HF har iverksatt utarbeidelse av en utviklingsplan – "HMR Utviklingsplan" – en plan for utvikling av virksomheten herunder oppgave og funksjonsfordeling og deretter utvikling av bygningsmassen. Arbeidet forutsettes slutført i 2012 og er lagt til grunn for det videre sykehusplanarbeidet.

Miljø- og klimaprojekt

Helse Midt-Norge har deltatt i prosjektet "Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten" som ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. I tråd med anbefalingene i prosjektet og føringer gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet, vil en i løpet av de nærmeste årene gjennomføre miljøsertifisering av helseforetakene. For øvrig vil en rekke tiltak bli fulgt opp innenfor områdene avfall, transport, bygg og miljø og innkjøp.

Forøvrig er det utarbeidet handlingsprogram på regionalt nivå mht avfall og energi og det er vedtatt en strategisk plan for energibruk. I tråd med styrevedtak er det avsatt og disponert 10 mill kr til ENØK-tiltak årlig. ENOVA er oversendt søknad om tilskudd for perioden 2011 – 2014. Gjennomføring av prosjektet har som hovedmål å oppnå en besparelse på 15 GWh/år. Kostnadsrammen er 99 mill kr.

Landsverneplan helse

Forskrift til Helse- og omsorgsdepartementets Landsverneplan helse vil foreligge i løpet av 2012. Arbeidet med forvaltningsplaner er igangsatt og forventes slutført i 2011 (2012).

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Strategi 2020 - Utvikle kvalitative gode tilbud innenfor økonomiske rammer

Strategi 2020 legger føringer for utvikling av en kvalitativ god spesialisthelsetjeneste med høy pasientsikkerhet. Dette skal gjøres innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling. Sentrale elementer i arbeidet med å nå målsettingen vil være:

1. Samhandle bedre

Ressursene må utnyttes bedre:

- a) mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
- b) innad i helseforetakene
- c) innad i spesialisthelsetjenesten

ad a) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har fokus på en bedre integrert helsetjeneste der pasienten får riktig behandling på riktig nivå til rett tid. Dette vil gi en bedre utnyttelse av ressursene.

Samhandlingsreformen og Strategi 2020 vil gi flere pasienter tilbud nærmere sitt bosted. Kapasiteten ved sykehusene vil i større grad kunne nyttes til aktiv pasientbehandling gjennom at utskrivingsklare pasienter overføres til kommunene i rett tid.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal omfatte standardiserte og helhetlige behandlingsforløp. Tallet på kontroller i spesialistpoliklinikkene på sykehusene kan reduseres ved at fastlegene overtar flere kontroller og ivaretar mer av oppfølgingen. Med bedre samarbeid mellom nivåene vil kvaliteten og sikkerheten for pasientene bli like godt ivaretatt som før. Dette vil frigjøre behandlingsskapitet og redusere ventetid for pasientene.

ad b) innad i helseforetakene

I henhold til Strategi 2020 skal ressursene i størst mulig grad nyttes til aktiv pasientbehandling. Det elektive tilbudet i sykehusene skal vurderes med tanke på endringer til mer rasjonell drift.

Behandlingen skal fortsatt dreies mot poliklinikk og dagbehandling. Det skal legges til rette for god og forutsigbar kvalitet gjennom robuste vaktordninger.

Foretaksgruppen har i 2011 arbeidet mye med utredninger knyttet til kompetanse og rekruttering av personell. Arbeidet påviser sårbare vaktssystem, og at på enkelte helt sentrale fagområder vil vi kunne stå overfor mangel på fagfolk. I henhold til Strategi 2020 skal færre sykehus ha vaktssystemer innenfor enkelte fagområder. Dette vil bidra til mer robuste fagmiljø og legge til rette for en bedre ressursbruk. Kravet til arbeidsmiljøloven skal ivaretaes.

Den nye organisasjonen Helse Møre og Romsdal HF er i gang med å utarbeide en ”HMR Utviklingsplan” for det framtidige tjenestetilbudet i fylket. Sentralt i dette arbeidet står antall akuttenheter innen de ulike fagområdene. Det skal vurderes om det er mulig å samle vaktfunksjoner eller utvikle samarbeidsrelasjoner om vakt samarbeid.

Gjennom prosjektet ”Trøndelagsfunksjoner” skal samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag utvikles. Flere elektive pasienter enn i dag skal i fremtiden få behandling ved Sykehuset Levanger. Dette gjelder også pasienter fra Sør-Trøndelag som i dag behandles ved St. Olavs Hospital, men aller mest gjelder dette pasienter fra Nord-Trøndelag som i dag bruker St. Olavs Hospital og ikke Sykehuset Levanger. Det er et mål at St. Olavs Hospital skal ha noe færre lokalsykehuspasienter, og i større grad bruke sine ressurser på regionale funksjoner. Slike regionale funksjoner omfatter pasientbehandling, men også forskning og utdanning.

ad c) innad i spesialisthelsetjenestene

Bruken av avtalespesialister er ulik i foretaksgruppen. Dette gjelder både fordelingen av avtalespesialister, hvilke fagområder de representerer og hvilke pasienter de tar seg av. I fremtiden skal bruken av avtalespesialister vurderes og planlegges på en bedre måte. Gjennom prosjektet ”små fag” er målsetningen å utvikle samarbeidet mellom sykehusene og avtalespesialistene. Desentraliserte avtalespesialisthjemler vil gi et bedre tilbud nærmere der pasientene bor. Avtalespesialistene skal få en bedre oppfølging fra det regionale helseforetaket.

2. Utnytte ressursene bedre ved den enkelte enhet

Ressursene kan fortsatt nyttes bedre ved den enkelte enhet. Helseforetakene og fagmiljøene er svært sterke på hver sine felt. De er betydelig svakere når det gjelder samhandling og koordinering av innsats og ressurser. Helseforetakene har fremdeles et stort potensial i å lære mer av beste praksis på ulike områder. Dette har betydning for ventetid, fristbrudd og strykninger. Det er flere muligheter som kan tas i bruk:

- a) Nye behandlingsmetoder
- b) Jobbglidning
- c) Bedre ressursstyring

ad a) Nye behandlingsmetoder

Eksempler fra mange sykehus viser at behandlingsskapiteten i noen tilfeller kan økes betydelig uten bruk av mer personell. ”Bedre flyt” i operasjonsstuene og ”Fast Track Surgery” gjør at flere pasienter kan opereres i løpet av en dag og uten økt ressursbruk.

Det er ulikheter i liggetid for flere av pasientgruppene ved sykehusene. Det er ikke alltid lett å se at det er noen spesiell grunn til det. Sammenligningsstudier bør gjennomføres for å finne optimal liggetid. Gode utskrivningsrutiner er viktig for å nå kortest mulig liggetid.

ad b) Jobbglidning

Oppgaver som utføres av en profesjon vil i noen tilfeller overtas og utføres av en annen profesjon. Dette kan skje fordi behandlingen har blitt enklere å gjennomføre på grunn av tekniske nyvinninger, eller det kan skje fordi opplegget rundt behandlingen er blitt standardisert og innebærer lav risiko. Jobbglidning skjer over tid på en naturlig måte i alle fagmiljø. Gjennom systematisk leting og utforskning kan mulighetene for ressursutnyttelse i forbindelse med jobbglidning økes. Dette er et arbeid som bør skje i alle fagområder og mellom alle profesjoner. Helse Midt-Norge har i 2012 satt av 20 mill kroner i stimuleringsmidler for prosjekter som skal bidra til økt ressursutnyttelse særlig gjennom jobbglidning.

ad c) Bedre ressursstyring

Det er kjent at forekomsten av feil bruk av medisiner er for høy. Dette må det gjøres noe med. Det har stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet at legemiddelhåndteringen blir gjort riktig. Gjennom bedre rutiner, bedre kontroll og bedre oppfølging kan forekomsten av feilmedisinering reduseres betydelig. I tillegg til den betydningen dette har for pasientene vil det ha store positive kostnadseffektive virkninger. Prosjektet e-kurve skal starte innføring i 2012. Dette vil bidra til mer riktig legemiddelhåndtering.

Helse Nord-Trøndelag har hatt god effekt av en bedre årsplanlegging som sikrer bedre koordinert kompetanse på sykehusene. Koordinert planlegging av personalressursen gir bedre flyt i arbeidet, mindre ventetid og lavere kostnader.

Helse Midt-Norge RHF stiller krav til at alle helseforetak i regionen skal innføre årsplanlegging i 2012 for dermed å sikre bedre ressursstyring samtidig som det vil påvirke flere andre målområder i positiv retning.

Oppsummering

I Strategi 2020 har Helse Midt-Norge identifisert fire hovedutfordringer som den samlede helsetjenesten i Norge vil møte i kommende år:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Basert på utfordringsbildet ble fem overordnede strategiske mål lagt for helseregionen:

- Rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Omfordeling til voksende pasientgrupper
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
- Økonomisk bærekraft

I 2012 og de nærmeste årene vil Helse Midt-Norge jobbe systematisk gjennom ulike prosjekter og oppgaver på regionalt og lokalt nivå for å operasjonalisere strategien og derigjennom bevege oss i retning av de overordnede strategiske målene. Tiltak settes i gang for å bidra til at hele helseregionen utvikles i en retning som sikrer at vi er i stand til å håndtere de identifiserte hovedutfordringene på en god måte til det beste for pasientene i Midt-Norge. For 2012 vil vi trekke fram følgende prosjekter/oppgaver som er ledd i vårt langsiktige strategi- og planarbeid: HMR HF Utviklingsplan,

Regional kreftplan, Regionalt traumesystem, IKT-strategi i et 2020-perpektiv, Årsplanlegging i alle sykehus, ”Trøndelagsprosjektet” og ”Fast Track Surgery”

Litteraturliste

Lilleeng, S. E. (2007). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006. Rapport 4/07. Trondheim: SINTEF Helse.

Årsregnskap og årsberetning 2011

Innhold:
Årsberetning
Resultatregnskap
Balanse
Kontantstrømanalyse
Noter

Årsberetning for 2011

Om Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge som eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet er å sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialiserte helsetjenester når man trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn.

Helse Midt-Norges visjon er "På lag med deg for din helse" og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Midt-Norge RHF eier de offentlige sykehusene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt Rusbehandling Midt-Norge HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS. I 2011 ble Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF omorganisert til Helse Møre og Romsdal HF. Foretaket Ambulanse Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011 som et midlertidig tiltak i forbindelse med at Helse Midt-Norge overtar driften av ambulansetjenesten i regionen fra 01.01.2013.

Avtaler om pasientbehandling hos avtalespesialister, ved private sykehus og opptrenings- og rehabiliteringssentre inngår i Helse Midt-Norges samlede tilbud til pasientene. Sammen med de andre regionale helseforetakene er Helse Midt-Norge RHF medeier i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS.

Helse Midt-Norge RHF's hovedkontor ligger i Stjørdal. Helse Midt-Norge IT (Hemit) og Helsebygg Midt-Norge er avdelinger i Helse Midt-Norge RHF, og er begge lokalisert i Trondheim. Helse Midt-Norge legger stor vekt på å utvikle organisasjonen gjennom utvikling av framtidsrettede IKT-løsninger. Prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge står for planlegging, gjennomføring og oppfølging av utbyggingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Utbyggingsprosjektet er nå i sin siste fase, og organisasjonen ble redusert i størrelse i 2011.

Årsberetningen for Helse Midt-Norge RHF beskriver både aktiviteten i det regionale helseforetaket, og for alle helseforetakene samlet, inklusive Helse Midt-Norge RHF. For å lette forståelsen brukes begrepet "Foretaksgruppen" hver gang aktiviteten i hele regionen blir omtalt.

Organisering

Styret for Helse Midt-Norge RHF ble oppnevnt for to år i foretaksmøte 25. januar 2010. Følgende medlemmer ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Kolbjørn Almlid (leder), Toril Hovdenak (nestleder), Merethe Storødegård, Asmund Kristoffersen, Olav Georg Huseby, Joar Olav Grøtting, Jan Magne Dahle, Perny-Ann Nilsen og Kirsti Leirtrø. Fram tom 30.04.2011 var Ellen Marie Wøhni, Ingegjerd Sandberg, Ivar Gotaas og Bjørg Henriksen ansattrepresentanter. Det var i 2011 valg på ansatte representanter i styret. Ansatte i helseforetakene i Midt-Norge valgte Ellen Marie Wøhni, Tore Brudeseth, Bjørg Henriksen og Nils Håvard Dahl som sine representanter i styret fom 01.05.2011. Funksjonstiden er to år.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 30.01.2012 nytt styre i Helse Midt-Norge RHF. Styret er valgt for en periode på to år og består av Marthe Styve Holte (leder), Kåre Gjønnes (nestleder), Eva Vinje Aurdal, Ottar Brage Guttelvik, Vigdis Harsvik, Tore Kristiansen, Trond Prytz, Gunn Iversen Stokke og Kjersti Tommelstad.

I løpet av 2011 ble det avholdt 12 styremøter. Det ble behandlet 114 styresaker i Helse Midt-Norge RHF. Styremøtene er åpne, med de unntak som følger av lov. Det er utarbeidet felles møtekalender for Helse Midt-Norge RHF og underliggende enheter.

Helse Midt-Norges virksomhet i 2011

2011 har i stor grad vært preget av arbeidet med å iverksette den vedtatte Strategi 2020 for Helse Midt-Norge. Strategien bygger på de føringene som er gitt i nasjonal helsepolitikk, strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) samt lovendringer og virkemidler knyttet til samhandlingsreformen som trer i kraft fra og med 2012, står sentralt.

Strategi 2020 er et svar på de hovedutfordringer som spesialisthelsetjenesten vil stå overfor i perioden fram til 2020: Den yrkesaktive andelen reduseres og vi blir flere eldre i årene som kommer. Dette påvirker framtidig sykdomspanorama og gir begrensninger i forhold til rekruttering. Ny kunnskap og teknologi påvirker både diagnostikk, behandling og organisering av helsetjenester. Samtidig forventes den sterke veksten i de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten å avta og tjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene. For å møte dette utfordringsbildet er det utformet fem strategiske mål. Disse er:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Robuste fagmiljøer og sunn økonomi

De viktigste prioriteringene i den nye strategien er:

- Sikre behandlingstilbudet for store og voksende pasientgrupper

- Desentralisere helsetilbud til de store pasientgruppene som bruker tjenesten ofte
- Frigjøre ressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling

Det er blitt definert en portefølje av prosjekter og tiltak som ledd i implementeringen av strategien. Gjennomføringsansvaret for disse er delt i tre mellom tiltak i regi av det regionale helseforetaket, tiltak i regi av HF og til sammen åtte regionale prosjekter. Disse er:

- Framtidig behov for kompetanse og kapasitet
- Elektiv kirurgi
- Framtidig universitetssykehusfunksjon
- Helhetlige pasientforløp for sammensatte tjenester
- Kvalitetskultur
- Organisering mindre fag
- Prehospitaltjenester
- Tilbudet til syke barn

Status ved utgangen av 2011 er at flere av prosjektene er startet opp og er i utredningsfasen.

Gjennom hele 2011 har det vært rettet særlig oppmerksomhet mot krav til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene i Midt-Norge deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Systematisk registrering og forbedringsarbeid skal bidra til å redusere antall pasientskader, bedre samhandling og kvalitetskultur. Som produkt av Strategi 2020 er det også vedtatt en egen kvalitetsstrategi for foretaksgruppen, der mottoet er "Litt bedre i dag enn i går". Den gir anvisning for det langsiktige kvalitetsarbeidet i helseforetakene.

Videre har det vært arbeidet målrettet med å fjerne fristbrudd og få en mer lik praksis og forståelse av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Antallet fristbrudd er redusert fra ca 1500 ved inngangen av året til ca 500 ved utgangen av 2011. Målet for 2012 er at det ikke skal forekomme fristbrudd og at ventetiden for behandlede pasienter ikke skal overstige 65 dager i snitt.

Et viktig strategisk virkemiddel er å omstille helsetjenesten slik at flere pasienter får hjelp poliklinisk. Utvikling av samarbeidet om helhetlige pasientforløp og kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten, vil gi pasienten lettere tilgang til helsehjelp på rett nivå og samtidig redusere et uønsket press på de spesialiserte helsetjenestene. Dette er riktig for å sikre god ressursutnyttelse og for å møte utfordringen med god kvalitet på riktig omsorgsnivå for store og voksende pasientgrupper i årene som kommer. I dette ligger det også en fortsatt satsing på og styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern.

Helse Midt-Norge har i løpet av få år gått fra betydelig driftsmessig underskudd til resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler. For å nå de langsiktige målene i Strategi 2020 knyttet blant annet til kvalitet, forskning og å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, er det behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer.

Strategi 2020 innebærer at utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling. Bedre samhandling, overgang fra døgn- til dagbehandling og bedre utnyttelse av ressursene ved den enkelte enhet, gjør at oppgavene kan løses med færre ansatte per pasient.

Ressursene må utnyttes bedre mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, innad i helseforetakene og innad i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom sammenslåing av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF til ett felles helseforetak for Møre og Romsdal, ble det i 2011 lagt på plass en ny premiss for utvikling av spesialisthelsetjenesten i denne delen av Midt-Norge. Med dette som utgangspunkt er det iverksatt arbeid med en plan for utvikling av Helse Møre og Romsdal med en tilhørende utviklingsplan for bygningsmassen. Planene skal legges fram i løpet av 2012.

I 2011 ble den nye barneavdelingen i Ålesund åpnet og et nytt tilbygg ved Namsos sykehus har bidratt til å samle og styrke tilbudet innen psykisk helsevern. Ved inngangen til 2011 åpnet et samordnet, modernisert og forsterket tilbud innen rusbehandling i den nye Trondheimsklinikken. Byggefase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim er på plan både i forhold til framdrift og budsjett og prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge er under nedbemanning i takt med at byggeprosjektet er i ferd med å slutføres.

Helsetjenestens viktigste ressurs er medarbeiderne. Krevende omstillings- og forbedringsarbeid, forutsetter både tydelig ledelse og medvirkning fra ansatte. Helse Midt-Norge skal utvikle medarbeiderskapet gjennom samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene og gjennom å stimulere til faglig utvikling og nyskaping. Helsetjenesten har et betydelig potensial og behov for innovasjon, forskning og kompetansebygging. Dette er en sentral del av "Strategi 2020" som må få stor oppmerksomhet framover.

Brukermedvirkning

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i 2002 å etablere Regionalt brukerutvalg. Utvalget oppnevnes for perioder på 2 år, og er et rådgivende organ for styret. Det består av brukerrepresentanter som er foreslått av frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner.

For å styrke brukermedvirkningen har Helse Midt-Norge vedtatt en handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2010 - 2015.

I 2011 har Regionalt brukerutvalg vært opptatt av ny helselovgivning og innføringen av samhandlingsreformen. Utvalget har også drøftet sammenslåingen av Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF til Helse Møre og Romsdal HF. I disse sakene har utvalget påpekt betydningen av at brukermedvirkningen fortsatt ivaretas og at kvaliteten på tjenestetilbudet må opprettholdes. Det har i tillegg tatt opp pasienttransport og prehospitale tjenester, pasientopplæring og sykkelig overvekt. På habiliterings- og rehabiliteringsområdet har arbeid med rolle- og ansvarsavklaring i forbindelse med samhandlingsreformen vært etterlyst.

For utviklingsarbeid og prosjekter av ulike slag etterspørres brukerrepresentanter i stor grad. Brukermedvirkning i forskning eller brukere som medforskere har begynt å få fotfeste i kliniske miljøer.

Helse Midt-Norge RHF har jevnlig kontakt med Kompetansesenter for Brukermedvirkning og Tjenesteutvikling. Metoden "bruker spør bruker" er i 2011 brukt ved evaluering av det ambulerende teamet som følger opp blivende foreldre med rusrelaterte problemer ("Familieambulatoriet") i Helse Nord-Trøndelag HF.

Endring i ledelse og organisasjonsforhold

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson hadde permisjon fra Helse Midt-Norge RHF fra 01.01.2011 til 30.06.2011. Han fungerte da som administrerende direktør i Helse Nordmøre og Romsdal HF. I perioden han hadde permisjon var Henrik Sandbu konstituert. Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad har i 2011 hatt permisjon. Ingerid Gunnerød har i 2011 vært konstituert som direktør for stab og prosjektstyring.

Nasjonalt samarbeid

Helse Midt-Norge deltar på mange samarbeidsarenaer innen forskjellige områder.

IKT

For å sikre overordnet samordning, koordinering og prioritering av IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren har Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en egen e-helsegruppe. Gruppen skal gi råd til myndighetene, og gjennom dette bidra til en samordnet fremdrift mellom aktørene i sektoren. De fire regionale helseforetakene deltar i dette arbeidet sammen med flere andre direktorat og departement.

De fire helseregionene har gjennom flere år samarbeidet om felles utvikling av IKT-systemer gjennom prosjektorganisasjonen Nasjonal IKT (NIKT). NIKT består av et sekretariat, et prosjekteierforum (PEF) og styringsgruppe. Helse Midt-Norge deltar med representanter inn i alle disse gruppene. Hovedfokus i samarbeidet er utvikling og samordning av kliniske IT-systemer, herunder oppfølging av pålagte oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet. Aktiviteten i NIKT er prosjektorganisert. Blant pågående prosjekter er etablering av et nasjonalt system for elektroniske resepter og informasjon knyttet til pasienters legemiddelbruk. Videre arbeides det blant annet med å legge til rette for informasjonsutveksling mellom kommuner og sykehus, IKT-støtte i akuttmottak og utvikling av pasientrettede IT-tjenester. Flere prosjekter er innrettet mot økt standardisering, f.eks gjennom etablering og innføring av nasjonale kodeverk og standarder

De regionale helseforetakene samarbeider med Norsk Helsenett SF om IKT-løsninger på flere områder. Blant annet er det etablert et felles nasjonalt IKT-system for rekvirering av pasienttransport, og det arbeides med å få på plass nasjonale løsninger for tilgang til folkeregister og adresseregister for helsetjenesten.

De regionale helseforetakene har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sørge for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre blir etablert og kommer i landsomfattende drift med leveranse av data som grunnlag for kvalitetsforbedring av tilbudet til befolkningen. Helse Midt-Norge gjennom Hemit har ansvaret for å utvikle og levere den tekniske plattformen for de nasjonale kvalitetsregistrene.

Nasjonalt Meldingsløft er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, NAV, KS, legeföreningen og sykepleierforbundet for å få på plass elektroniske meldinger som henvisning, epikrise, rekvisisjon og svar, sykmelding og refusjon mellom helsetjenestens aktører. Arbeidet ledes fra Helsedirektoratet gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra aktørene.

Det nasjonale Programmet for Stabs- og Støttefunksjoner (NPSS) ble avsluttet i 2011. Helse Midt-Norge har gått videre med et eget prosjekt for anskaffelse av økonomi- og logistikk-løsning.

Helsefag

Gjennom det nasjonale fagdirektørmøtet samarbeider de fire regionale helseforetakene om koordinering og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helse midt-Norge har hatt ledelsen av det nasjonale fagdirektørmøtet til og med januar 2012.

Alle helseforetakene i regionen deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Les mer under "Pasientsikkerhet".

Helse Midt-Norge er representert i referansegruppen for anskaffelse av nye redningshelikoptre i Norge (NAWSARH). Dett er et prosjekt i regi av Justis- og beredskapsdepartementet.

Helse Midt-Norge deltar i utviklingen av nasjonale kvalitetsregistre, der en registrerer opplysninger rundt forskjellige forhold ved behandling i helsetjenesten. Disse opplysningene skal brukes til forskning, og til kvalitetssikring av pasientbehandlingen. Helse Midt-Norge har ansvar for de største nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i hjerte-karfeltet, og har hatt fokus på utvikling og bredning av registrene for å oppfylle ansvaret i det nasjonale fellesregisteret. Helse Midt-Norge har et særlig ansvar for utvikling av teknologiske løsninger for medisinske kvalitetsregistre.

Nasjonale kompetansesentre

Helse- og omsorgsdepartementet har fordelt ansvaret for pasientbehandling, utvikling og forskning på enkelte fagområder til de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge har det nasjonale ansvaret for behandling innen avansert invasiv fostermedisin og for fotoferebehandling.

Regionen har også flerregional behandlingstjeneste for nyfødtkirurgi, der en mottar syke nyfødte barn fra andre helseregioner.

Helse Midt-Norge har nasjonale kompetansetjenester, dvs. særskilt ansvar for forskning og utvikling innen flere felter:

- Pasienter med sammensatte lidelser
- Avansert laparoskopisk kirurgi (kikkhullsoperasjoner)
- Hodepine
- Ultralyd- og bildeveiledet behandling
- Funksjonell MRI (bildediagnostikk) sammen med Helse Vest RHF

Innkjøp

Helse Midt-Norge RHF samarbeider med de andre regionale helseforetakene om innkjøp av varer og tjenester til helseforetakene. For en rekke tjenester, ordinært forbruksmateriell og etter hvert medisinsk forbruksmateriell skjer samarbeidet gjennom Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), som er et heleid selskap av de regionale helseforetakene. For anskaffelser av eksterne helsetjenester fra private leverandører skjer det ikke en samordning av innkjøpene.

Pasientbehandling

Fra 2010 til 2011 var det en økning i den somatiske pasientbehandlingen. Dreining fra inneliggende behandling til økt bruk av poliklinisk behandling og dagbehandling fortsatte.

Gjennom arbeidet med standardiserte pasientforløp har Helse Midt-Norge gjennom 2011 bidratt til å sikre likeverdighet i pasientbehandlingen og høy kvalitet på tilbudet som gis. Dette arbeidet bidrar til bedre pasientflyt innad i sykehusene og mellom tjenestenivåer. Videre har det i løpet av 2011 vært stort fokus på arbeidet med pasientsikkerhet, at ventetiden til behandling skal reduseres og at fristbrudd skal elimineres. Dette arbeidet videreføres i 2012.

Innen psykisk helsevern arbeides det med at pasientene/brukerne skal få et tilbud som i størst mulig grad legger til rette for mestring og et normalt liv. Det er et sentralt mål at kompetansen og kapasiteten ved de distriktpspsykiatriske sentrene i Helse Midt-Norge skal være tilstrekkelig, slik at sykehusene kun ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå.

Helse Midt-Norge ledet arbeidet i Strategigruppe II for psykisk helsevern. Gruppen jobbet i 2011 med temaene "Pårørende som ressurs", "Barn og unge" og "Kvalitet". Rapporter fra disse prosjektene blir presentert på konferansen "La oss få det til å virke" i 2012.

Alle foretak har i 2011, i tråd med nasjonale føringer, hatt fokus på redusert og riktig bruk av tvungent psykisk helsevern. Helse Midt-Norge ligger under landsgjennomsnittet i bruk av tvang, men på enkeltområder er det store forskjeller mellom foretakene.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det i løpet av 2011 vært en økning i antall pasienter som mottar behandling. Det har ved alle institusjoner vært en økning i døgnbehandling og i antall polikliniske konsultasjoner. Det har også blitt utviklet en handlingsplan for reduksjon av ventetid, noe som ser ut til å ha hatt en positiv effekt.

Prioriteringer 2011

Strategi 2020 understreker behovet for dokumentert kvalitet. Arbeidet med kvalitetskultur og pasientsikkerhet er løftet høyt på agendaen både nasjonalt og i Midt-Norge. I likhet med i 2010, valgte Helse Midt-Norge å prioritere fire kvalitetsindikatorer særskilt i 2011: Fristbrudd, ventetid, epikrisetid og korridorpasienter.

I 2011 har Helse Midt-Norge jobbet målrettet med å fjerne fristbrudd. Ved inngangen av året hadde helseforetakene totalt 1 548 fristbrudd blant pasientene som hadde blitt behandlet. Antallet fristbrudd ble redusert til at 524 av pasientene ble behandlet etter fristens utgang i desember.

I januar 2011 hadde pasienter som hadde kommet til behandling ventet gjennomsnittlig 86 dager. Ved utgangen av desember hadde ventetiden sunket til 72 dager. En del av disse pasientene var blitt tildelt

såkalt "rett til nødvendig helsehjelp", dvs. en prioritert venteliste plass. Disse pasientene ventet i 76 dager i januar, og 54 dager i desember.

Når en pasient har vært til behandling på et sykehus skriver den som hadde ansvar for pasienten et sammendrag av behandlingen. Dette sammendraget kalles en epikrise, og sendes til fastlegen. I januar 2011 ble 78 prosent av epikrisene ved midtnorske helseforetak sendt ut innen en uke. Tilsvarende tall ved utgangen av desember var 76 prosent. Det nasjonale målet er at samtlige epikriser skal sendes ut innen en uke. I Helse Midt-Norge jobber man nå videre for å eliminere flaskehalser som forhindrer rask utsendelse.

I løpet av 2011 har andelen korridorpasienter i Helse Midt-Norge blitt stabilisert på et lavt nivå sammenlignet med tidligere år. I løpet av året har andelen variert fra 0,4% til 0,9%.

Pasientsikkerhet

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 - 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren. Kampanjen har tre hovedmål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Kampanjens mål skal nås ved å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder.

I 2011 ble det gjennomført strukturerte journalundersøkelser ved alle helseforetakene i Midt-Norge. Formålet var å kartlegge forekomsten av pasientskader fram til 2010. Resultater fra undersøkelsen ble offentliggjort i desember 2011, og vil danne utgangspunkt for forbedringstiltak som skal gjennomføres de neste årene.

Kronisk syke

Helseregionen arbeider med å implementere nasjonale strategier på kreft, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og spesialisthelsetjeneste for eldre. Dette skjer gjennom tiltak internt i helseforetakene og i samarbeid med kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Økningen av overvekt og fedme i befolkningen har store konsekvenser for folkehelsen. Dette gir utfordringer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å utvikle bedre tiltak både innen forebygging og behandling. Helse Midt-Norge har vedtatt en regional handlingsplan for utvikling av diabetesomsorgen som nå skal realiseres. Planen er basert på den nasjonale strategien for diabetesområdet.

Det pågår flere prosjekter for å utvikle tjenestetilbudet til pasienter med kronisk sykdom. Et av de store prosjektene er "Samhandlingskjeden kroniske syke" som er en del av EU-prosjektet NEXES. Prosjektet har blant annet utviklet felles utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Parter i dette samarbeidet er St. Olavs Hospital HF, tidligere Helse Nordmøre og Romsdal HF, og kommunene Hitra, Fræna, Sunndal, Surnadal, Orkdal og Trondheim. Et annet prosjekt er "KOLS-Heim" der St. Olavs Hospital HF og Trondheim kommune har utarbeidet tiltak for å støtte hjemmebasert behandling, omsorg og rehabilitering for pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Samhandling

Samhandlingsreformen har til hensikt å forbedre samordningen mellom forskjellige tjenesteytere i helsesektoren, slik at pasientene skal kunne få mer strømlinjeformede tjenester.

I 2011 har en jobbet med å forberede innføringen av reformen. Arbeidet har bestått bl.a. i å forhandle fram samarbeidsavtaler med kommunegrupperingene i regionen. Samarbeidsavtalene er lovpålagt, men med et visst rom for lokale variasjoner. De fremforhandlede avtalene skal vedtas av styrene i helseforetakene og av alle enkeltkommunene.

Det er også startet opp arbeid med å etablere et administrativt samarbeidsorgan mellom helseregionen og kommunene. Dette organet vil blant annet bidra i utviklingen av helsetjenester innenfor samhandlingsområdet.

Helse Midt-Norge har også deltatt i regionale og nasjonale samarbeidsnettverk innen samhandling.

Opplæring av pasienter og pårørende

Helseforetakene har i mange år hatt opplæringstilbud både til pasienter og pårørende. For å støtte opp under pasient- og pårørendeopplæring i de kliniske avdelingene er det etablert lærings- og mestringssentre i helseforetakene. Rusbehandling Midt-Norge har et regionalt senter og Sykehusapotekene i Midt-Norge ivaretar opplæringen uten et eget senter. Sentrene bidrar med helsepedagogisk kompetanse, evaluering av opplæringstiltak, tilrettelegging for brukermedvirkning og har en sentral rolle i samhandlingen med kommunene.

Målsettingen for opplæring av pasienter og pårørende er å bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette innebærer bl.a. at pasienter får kunnskap til å ta beslutninger om egen helse og ferdigheter til å håndtere hverdagen med sykdom og /eller funksjonsnedsettelse.

I 2011 har Regionalt fagnettverk for opplæring av pasienter og pårørende arbeidet med en ny handlingsplan for opplæringsfeltet. Handlingsplanen skal bidra til gode opplæringstilbud til pasienter og pårørende, og bidra til at Helse Midt-Norge møter framtidens utfordringer skissert i Samhandlingsreformen og Strategi 2020. Satsningsområdene er:

- Integrere opplæring av pasienter og pårørende i pasientforløp
- Opplæring av pasienter og pårørende skal være kunnskapsbasert
- Fokus på mennesker med kronisk sykdom og/eller funksjonsnedsettelse i samhandling med kommunene

Handlingsplanen for opplæring av pasienter og pårørende skal ferdigstilles i 2012.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skjer gjennom enhetene innen Rusbehandling Midt-Norge HF, de somatiske helseforetakene og private institusjoner med driftsavtale.

Ventetid til behandling er fremdeles ikke tilfredsstillende, men det pågår ulike prosjekter for å kartlegge og forenkle pasientens vei fra henvisning og gjennom behandling, også kalt pasientforløp. Et pasientforløp involverer både kommunehelsetjenesten og helseforetakene, og Helse Midt-Norge har inngått forpliktende samarbeidsavtaler med alle kommunene i regionen. Det er etablert tiltak og prosjekter for å redusere ventetiden og forberede pasienten til behandling.

Det er åpnet en ny døgnenhet i Helse Nord-Trøndelag HF og en har etablert rusmestringsprogrammer i fengsler.

Mange pasienter innen rusbehandling velger å takke nei til behandling i tilfeller der de får tilbud om opphold på andre klinikker enn førstevalget. Disse har blitt stående utenfor den offisielle ventelistestatistikken, selv om de fortsatt er ventende. Praksisen for å registrere disse er blitt endret, slik at antallet ventende for 2011 er lavere enn hva en forventer for 2012, uten at det reelle tallet for antall ventende er endret.

Antall behandlede pasienter økte i 2011, men økningen var mindre innen poliklinisk behandling enn ønsket.

Habilitering og rehabilitering

Helse Midt-Norge driver faglig utvikling gjennom regionale fagnettverk både på habilitering og rehabilitering. Aktiviteten i nettverkene har som mål å standardisere tjenestetilbudet og skape lik utvikling og tilgjengelighet i hele regionen.

Helse Midt-Norge, Samordningsrådet mellom Helse Midt-Norge, NTNU og Høgskolene ba utdanningsinstitusjonene gjennomgå fagplanene for høgskoleutdannet helsepersonell. Formålet med henvendelsen var å øke andelen fagstoff om habilitering og rehabilitering i pensum for utdanningen. Tilsvarende brev ble sendt til de videregående skolene som utdanner Helsefagarbeidere. Henvendelsene ble besvart i slutten av 2011, og endringer blir iverksatt i løpet av 2012.

Pasientenes behov for helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud har vært viktig for habilitering og rehabilitering lenge, men dette får fornyet betydning gjennom samhandlingsreformen.

I 2011 økte kjøp av private rehabiliteringstjenester utenfor regionen. Kjøpene foregikk hovedsakelig gjennom Helse Sør-Øst.

Prehospitale tjenester

De prehospitale tjenestene omfatter AMK-sentralene, samt ambulanserbiler, -båter, -fly og -helikoptre i Midt-Norge. I 2010 ble det satt i gang revisjon av den regionale planen for drift av disse tjenestene, og etter en omfattende offentlig høringsrunde ble planen ferdigstilt i 2011. Som konsekvens av den nye planen ble det vedtatt at Helse Midt-Norge skal overta drift av ambulansetjenesten fra 1.1.2013. Deler av denne tjenesten drives i dag av private aktører, og dagens avtaler med disse går ut denne datoen.

Overtakelse av ambulansetjenesten ble organisert som et prosjekt fra juni 2011. Ca. 700 ansatte hos private ambulansedrivere og ca. 62 stasjoner skal overtas av Helse Midt-Norge i prosjektet. I prosjektet ligger også en standardisering av opplæring av ambulanspersonell, bilpark, utstyr og ambulansestasjoner. Foretaket Ambulans Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011.

Videre ble det vedtatt avlastning av flyambulansetjenesten i Midt-Norge med en ny overføringsambulans i Nordmøre og Romsdal. Det ble ikke funnet behov for ytterligere styrking av luftambulansetjenesten i prehospital plan.

Forskning og innovasjon

Forskning

Forskning er et av satsingsområdene i Helse Midt-Norge. Innsatsen kanaliseres dels gjennom helseforetakene og dels gjennom Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU).

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU ble etablert i 2002 og har i henhold til instruksjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet ansvar for forvaltning av de regionale forskningsmidlene (<http://www.ntnu.no/dmf/rad/samorg>). Samarbeidsorganet forvaltet i 2011 totalt 159 millioner kroner til forskning og kompetanseutvikling, en økning på 30 millioner fra 2010. I tillegg avsetter de enkelte helseforetakene midler til forskning over egne budsjetter.

Omkring halvparten av forskningsbudsjettet går til stipender (Ph.d., postdoktor og forskerstipender). Det avsettes også midler til treårige forskningsprosjekter. For øvrig benyttes det midler til strategiske satsinger og infrastrukturtiltak. Blant de strategiske satsingene finner vi for eksempel Enhet for anvendt klinisk forskning, Regional forskningsbiobank Midt-Norge, HUNT forskningscenter og biobank. Noe av forskningsmidlene benyttes også til innovasjon, for eksempel til delfinansiering av MI-lab, som er et Senter for Forskningsbasert Innovasjon (SFI) ved St. Olavs Hospital og NTNU.

Den offisielle rapporteringen på den totale forskningsproduksjonen i regionen skjer fra 2011 gjennom CRISTIN (Current Research Information System in Norway).

Den delen av produksjonen som er finansiert av de regionale forskningsmidlene er imidlertid allerede tilgjengelig i det nasjonale forskningsregisteret (<http://forskningsprosjekter.ihelse.net/>). Dette er fagrapportene for alle forskningsprosjekter og strategiske tiltak som er finansiert av regionale forskningsmidler som forvaltes gjennom Samarbeidsorganet HMN-NTNU og tilsvarende for andre regioner.

Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen omfatter i hovedsak klinisk pasientnær forskning og er til en viss grad en integrert del av den ordinære driften. En stor del av forskningen foregår i samarbeid med NTNU, noe ved høyskolene i regionen.

Den regionale forskningskonferansen ble i 2011 arrangert på Hell og er et viktig tiltak for bygging av forskningsnettverk.

Innovasjon

Helse Midt-Norge RHF ønsker å styrke innsatsen innen innovasjon, og deltar som part i regjeringens videreføring av satsing på behovs- og forskningsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007- 2017). Det er etablert en nasjonal samarbeidsavtale, opprettet et koordineringsutvalg med representanter fra aktørene og utarbeidet en tiltaksplan. Aktørene utgjorde i utgangspunktet Helsedirektoratet, InnoMed, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og de regionale helseforetakene. Fra 2011 er kommunene representert for å styrke innovasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Helse Midt-Norge vil videre legge til rette for å bedre utnyttelsen av den samlede regionale kommersialiseringskompetansen gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. På bakgrunn av dette gikk Helse Midt-Norge RHF inn på eiersiden i teknologioverføringsselskapet NTNU Technology Transfer AS i 2011.

Helse Midt-Norge har videre deltatt i arbeidet med å komme fram til gode indikatorer for rapportering av innovasjonsaktiviteter samt arbeidet med nasjonale anbefalinger for innovative- og før-kommerielle anskaffelser.

Den regionale Innovasjonsprisen ble opprettet for å premiere gode innovasjonsprosjekter. Prisen blir første gang delt ut i 2012.

Åpenhet og kommunikasjon

Helse Midt-Norges kommunikasjonsstrategi er utformet for å understøtte gjennomføringen av "Strategi 2020" og Samhandlingsreformen. Det vil fortsatt være behov for samordning og koordinering både i forhold til eksterne og interne målgrupper.

Statlig kommunikasjonspolitikk legger vekt på at utviklings- og omstillingsprosesser skal bygge på prinsipper om åpenhet, involvering og medvirkning. Styremøter og styreseminarer er åpne og styret utøver meroffentlighet i alle saker som ikke er unntatt offentlighet.

Det gjennomføres jevnlig møter med fylkesordførerne og med kommunesektorens organisasjon KS i Midt-Norge. Kontakten med kommunene i regionen skjer hovedsakelig i regi av det lokale

helseforetaket, og det regionale foretaket deltar i noen av møtene. I tillegg er det gjennomført dialogmøter sammen med det lokale helseforetaket og kommuner/næringsforeninger.

Kontakten med lokale politiske myndigheter er videreutviklet og styrket. Minst en gang i året blir stortingspolitikere fra Midt-Norge orientert om status og utfordringer i regionen. Det er etablert faste møtepunkter med brukerne, tilsynsmyndigheter, pasientombudene, primærhelsetjenesten og i tillegg deltar Helse Midt-Norge i regelmessige nettverksmøter med de andre regionene.

Alle nettstedet i regionen er tilpasset Helse- og omsorgsdepartementets felles rammeverk for nettbasert kommunikasjon. Nettsted, magasinet Helse og pressemeldinger brukes jevnlig i kommunikasjonsarbeidet. I tillegg er det tatt i bruk sosiale medier som Facebook og Twitter. Styrene i alle helseforetakene, og brukerutvalgene i de store helseforetakene bruker nå kun ekstranettet til styreadministrative oppgaver.

Økonomi og økonomistyring

Innledning

Foretaksgruppens resultat ble et overskudd på 416,6 millioner kroner. Dette er 416,6 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav. Styret er meget tilfreds med det arbeidet som er gjort for å få til omstilling og bedret økonomisk styring. Resultatet har stor betydning for at en skal sikre befolkningen et godt og forutsigbart helsetilbud framover. Selv om regionen de siste årene har hatt økonomisk balanse finnes det fortsatt utfordringer i årene fremover når det gjelder betjening av kapitalkostnader som en konsekvens av nye store byggeprosjekter.

Det har også i 2011 vært betydelig fokus på kostnadskontroll og at en i regionen ikke bruker mer penger enn det som er til rådighet. Store underskudd gjennom flere år sammen med store låneopptak, blant annet som følge av bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. Arbeidet med langtidsbudsjett viser at Helse Midt-Norge også i tiden framover må jobbe systematisk med omstilling og effektivisering for å håndtere kapitalkostnader og planlagte investeringer i årene fremover. Kapitalkostnadene er en utfordring i årene som kommer, men det er også slik at foretaksgruppen skal høste av milliardinvesteringen i form av bedre kvalitet for pasienter og pårørende.

Opplegget med strammere styring og tettere oppfølging har hatt positiv effekt, og fokus på økonomi har blitt en mer naturlig del i alle ledd i organisasjonen.

Årsregnskapet

Årsregnskapet er avlagt etter regnskapsloven og norske regnskapsprinsipper. Styret og administrerende direktør bekrefter at forutsetningene for videre drift er til stede, jf regnskapslovens paragraf 3-3. Årsregnskapet for 2011 er utarbeidet i samsvar med dette.

Foretakets økonomiske utvikling

Årsoverskuddet for foretaksgruppen for 2011 ble 416,6 millioner kroner. Dette er 416,6 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav for 2011.

Helse Midt-Norge hadde brutto driftsinntekter på 16,5 mrd kroner i 2011 mot 15,1 mrd kroner året før. Stortinget sitt vedtak om endring i offentlig tjenestepensjon den 25. juni 2010 innebar en reduksjon i pensjonskostnader for 2010 for Helse Midt-Norge med 1,3 mrd noe som medførte at basisrammen ble redusert med 640 millioner kroner.

Den generelle basisfinansieringen fra staten utgjorde 11 429 millioner i 2011 mot 10 130 millioner kroner i 2010. Det var lagt til grunn en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,4 %.

Lønn og personalkostnader utgjorde 58 prosent av foretaksgruppens totale driftskostnader i 2011 mot 54 prosent i 2010. Totale lønnskostnader er økt fra 7.403 til 9.370 mill kroner i 2011. Lavt tall i 2010 skyldes i hovedsak regnskapsmessig effekt av pensjonsreformen.

Varekostnader inkl kostnader til legemidler og andre kostnader til eget forbruk økte med 83 millioner kroner, det vil si en økning på 4,9 prosent fra 2010 til 2011. Kjøp av helsetjenester utgjorde 1 966 mill kroner i 2011 mot

1 867 millioner kroner i 2010. I dette inngår kostnader til kjøp av behandling utført av avtalespesialister, private sykehus, sykehus i andre regioner, opptreningsinstitusjoner og ambulansetjenester.

Ordinære avskrivninger er økt fra 784 mill kroner i 2010 til 810 mill kroner i 2011. Deler av avskrivningskostnadene er finansiert ved særskilte investeringstilskudd. I 2011 utgjorde inntektsføring av slike tilskudd 193 mill kroner mot 184 mill kroner i 2010.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen er økt fra 133 mill kroner i 2010 til 138 mill kroner i 2011.

Av balanseført anlegg under utførelse er 426 millioner kroner knyttet til utbygging av nytt universitetssykehus på Øya. Byggefase 2 er inne i slutfase og alle bygg er overlevert pr 31.12.2011, med unntak av Kunnskapssenteret. Pr 31.12.2011 er det påløpt 6 431 mrd kr så langt i byggefase 2. Prognose sluttsum er på 7 561 mrd kroner.

Kortsiktig gjeld er redusert med 399 millioner kroner. Trekk på driftskontoen er redusert med 376 millioner kroner, samtidig har annen kortsiktig gjeld, offentlige avgifter og lignende blitt redusert med 23 millioner kroner.

Helse Midt-Norge har konsernkontoordning. Foretaksgruppen hadde en kredittramme på 1 982 millioner kroner i 2011. Ved utgangen av året var trekket på 825 millioner kroner mot 1 200 millioner kroner ved utgangen av 2010. Rentebærende langsiktige lån er redusert med 11 mill kr i 2011 i forhold til 2010. Totalt gir dette en reduksjon i rentebærende gjeld ved årsskiftet på 387 millioner kroner. Tilsvarende tall fra 2010 til 2011 viste en økning på 617 millioner kroner.

Foretaksgruppen har ved utgangen av 2011 en samlet pensjonsforpliktelse på 21 milliarder kroner. Av denne forpliktelsen er 7,5 milliarder kroner en ikke regnskapsført forpliktelse, i tråd med regnskapsreglene, jf note 17. Disse betydelige forpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordningen.

Årsresultat Helse Midt-Norge RHF

Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF viser et overskudd på 404,7 millioner kroner. Resultatet framkommer etter netto reversering av tidligere nedskrivninger knyttet til verdier av investeringer i datterforetak med 196 millioner kroner.

Lønns- og personalkostnadene i Helse Midt-Norge RHF har økt med 8 % i 2011. Lavt tall i 2010 skyldes i hovedsak regnskapsmessig effekt av pensjonsreformen.

Det har i 2011 vært økt aktivitet og bemanning hos konsernledelsen og i IKT-enheten Hemit mens det har vært en nedbemanning i Helsebygg. De senere års økning i investeringer innen IKT er årsaken til de økte avskrivningskostnadene. Videre har andre driftskostnader økt med 60 millioner kroner, fra 507 millioner kroner i 2010 til 567 millioner kroner i 2011.

Finansiell risiko

Tidligere underskudd sammen med store langsiktig låneopptak til blant annet bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. For å redusere noe av denne risikoen har en bundet renten for inntil 10 år for lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved utgangen av 2011 hadde Helse Midt-Norge en gjeld til eier på 3 695 millioner kroner. I takt med utbyggingen i Trondheim vil gjeldsgraden samt risikoen knyttet til utviklingen i rentenivået øke. Tilbakebetaling av lån gir regionen likviditetsmessige utfordringer. Dette vil kreve fokus på tiltak som kan bedre foretaksgruppens likviditet også i årene fremover.

Helse Midt-Norge RHF har en egenkapital ved utgangen av 2011 på 4 921 millioner kroner. Foretaksgruppens egenkapital ved utgangen av 2011 er på 4 993 millioner kroner mot 4 577 millioner kroner ved utgangen av 2010. Store underskudd tidligere år medført at egenkapitalen har blitt kraftig redusert. Regnskapsåret 2011 har bidratt til en økning av egenkapitalen. Styrking av egenkapitalen til helseforetakene i foretaksgruppen vil i hovedsak måtte skje gjennom krav om positivt resultat.

Personell og kompetanse

Bemanning

Antall ansatte og årsverk

Helse Midt-Norge hadde i samlet foretaksgruppe gjennomsnittlig 20 287 antall ansatte i 2011, mot 20 211 i 2010. Av disse er 77 % kvinner og 23 % menn. Antall årsverk har i 2011 vært 14 738, mot 14 304 året før.

I Helse Midt-Norge RHF var det 01.01.12 til sammen 331 ansatte. Av disse er 66 ansatte i foretaksadministrasjonen i Stjørdal, 243 ansatt i Hemit og 22 ansatte ved Helsebygg. Av disse er det 31% kvinner og 69% menn. Antall årsverk har i 2011 vært 312, mot 311 året før.

I ledelsen i Helse Midt-Norge RHF er det til sammen 23 ledere. Av disse er det 8 direktører i foretaksadministrasjonen i Stjørdal, 9 ledere ved Hemit og 6 ledere ved Helsebygg. Det er 33% kvinner i ledelsen i Helse Midt-Norge RHF.

Sykefraværet i administrasjonen på Stjørdal var på 4,11 %. Hemit har hatt et sykefravær på sykefraværet på 5,1 % og Helsebygg 1,47%

Det er ikke registrert skader eller ulykker på ansatte ved Helse Midt-Norge RHF.

Likestilling

Helse Midt-Norge har som mål å praktisere likestilling mellom kvinner og menn når det gjelder rekruttering til lederstillinger. Et virkemiddel for å få til dette er bl.a. å sikre god kjønnsbalanse i utplukking av kandidater til det nasjonale topplederprogrammet. Fordelingen av ledere i samlet foretaksgruppe var i 2011 63 % kvinner og 37 % menn, mens fordelingen av det totale antall stillinger var hhv. 76 % og 24 %.

Når det gjelder styresammensetting og medlemmer i brukerutvalg ved alle foretak er det som i tabell under:

Likestilling i styrer og utvalg					
	Totalt 2011	Kvinner		Menn	
		2011	2010	2011	2010
Styremedlemmer i Helse Midt-Norge RHF	13	46 %	54 %	54 %	46 %
Styremedlemmer i foretaksgruppen	65	55 %	46 %	45 %	54 %
Brukerutvalg i Helse Midt-Norge	27	45%	51%	55%	49%

Deltid

Helse Midt-Norge har i 2011 jobbet aktivt med å tilrettelegge for hele stillinger og redusere andelen deltid. I samarbeid med øvrige regioner er det utviklet indikatorer for beregning av stillingsandeler og delvis implementert deltidsindikatorer.

Deltidsreduksjon har hatt stor fokus i hele organisasjonen og det har både blitt jobbet systematisk med å etablere en kultur for hele stillinger, samt iverksatt konkrete tiltak for å redusere ufrivillig deltid. Eksempel på slike tiltak har vært å gi fast tilsetting i vikarpooler, vurdere noe større hyppighet på arbeidshelger og lengre arbeidstid i helgene. Erfaringene viser imidlertid at der det stilles krav til arbeidsplaner som innebærer arbeid på flere enheter/klinikker, er det forholdsvis få som ønsker utvidelse av stilling selv om disse i utgangspunktet har meldt slikt ønske. Reduksjonen i andel deltid i løpet av 2011 er marginal og andelen deltid i regionen var ved utgangen av 2011 på 43,9%. Foreløpige analyser viser at hvis vi trekker fra de som har rettighetsbasert deltid og de som både arbeidsgiver og arbeidstager ønsker i deltid (kombinert stillinger mellom HF og utdanningsinstitusjoner og kombinasjonsstillinger med offentlige verv) vil andelen deltid reduseres til ca 30%. Hvis vi i tillegg trekker fra de deltidsansatte som ikke ønsker økt stillingsandel, vil det være relativt få deltidsansatte som reelt sett ønsker seg økte stillinger. Dette viser at det må arbeides langsiktig med å øke stillingsandelene.

Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at Helse Midt-Norge skal nå sine målsettinger. Medarbeiderne i helseforetakene er virksomhetens viktigste ressurs. I den regionale handlingsplanen for strategisk HR som ble revidert høsten 2011, er arbeidsmiljø ett av tre fokusområder. Samtidig ser vi at arbeidsmiljø er sterkt gjensidig avhengig av de to andre fokusområdene som er ressursstyring og kompetanse. En viktig felles faktor for alle fokusområdene er viktigheten av en trygg og kompetent lederrolle.

Sykefravær

Helse Midt-Norge har satt som mål om å redusere sykefraværet i tråd med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv. Sykefraværet i Foretaksgruppen var høyt de første månedene i 2011, men ble deretter gradvis lavere fram til årets siste måneder der det ble en økning igjen. Gjennomsnittlig sykefravær for 2011 er 8,24 %, mot 8,25 % i 2010. Det er store variasjoner mellom stillingsgrupper, alder og kjønn. Hvert foretak har etablert planer med måltall som skal føre til en sykefraværsprosent for samlet foretaksgruppe på 7 % ved utgangen av 2013.

HMS - skader/ulykker

Det ble innrapportert 1059 uønskede hendelser eller skader i helseforetaksgruppen for 2011. De største kategoriene er trusler og vold mot medarbeidere innen psykisk helsevern. Innenfor de andre områdene er det løft, klemming, kutt og fall som representerer de uønskede hendelsene.

Foretaksgruppen arbeider systematisk med helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål for å redusere både sykefraværet og tallet på skader og uønskede hendelser. HMS-arbeidet er løftet fram i foretaksgruppen gjennom Handlingsplan for strategisk HR 2008-2013. Årlig blir det gjennomført HMS-møter og det blir gjennomført vernerunder i alle helseforetak.

Helse Midt-Norge har et godt etablert og velfungerende samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er hyppig både formell og uformell kontakt mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden. Det gjennomføres regelmessige samlinger mellom tillitsvalgte, verneombud og arbeidsgiver både på foretaks- og regionnivå. Tillitsvalgte og verneombud deltar også aktivt i regionale prosjekt .

130 ledere har gjennomført HMS-kurs med tema innen generelt HMS- arbeid, forskrifter, lover, internkontroll, roller og ansvar, kartlegging og risikovurdering, fysisk og psykisk arbeidsmiljø samt arbeidsgivers plikter. 5802 ansatte har gjennomført brannvernopplæring i en kombinasjon av fysiske kurs og sertifisering gjennom eLæring.

Arbeidsmiljøundersøkelse

Det har vært gjennomført systematiske arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen i 2006, 2008 og 2011. Ved undersøkelsen i 2011 ble det satt spesielt fokus på arbeidsglede og lojalitet som resultatparametre.

Oppfølging/tilsyn

I tillegg til egne undersøkelser, har spesialisthelsetjenesten vært viet stor oppmerksomhet fra Arbeidstilsynet. Dette har bidratt til forbedringer i det systematiske HMS-arbeidet og til at verneombud og vernetjenesten har fått et mer fremtredende og tydelig plass i arbeidsmiljøutviklingen.

Etisk rekruttering/diskriminering

Gjennom tydelige rammeavtaler med leverandører og gode beskrivelser av rutiner knyttet til rekrutteringsprosessen mener Helse Midt-Norge at forholdene ligger godt til rette for at rekruttering skjer på etisk riktig måte. Gjennom regionale retningslinjer for rekruttering ivaretas krav etisk rekruttering for hele foretaksgruppen. Rutiner for rekrutteringer er tilgjengeliggjort for alle ansatte og ledere i felles kvalitetssystem og personalhåndbok.

Kompetanse

Ett av de fem strategiske målene i Strategi 2020 er "Rett kompetanse på rett sted til rett tid". Strategien er fulgt opp med 2 regionale prosjekter som har særlig relevans til HR-området.

- Kompetanse og kapasitet – vurdering av kompetanse- og kapasitetsbehov i strategiperioden. Prosjektet beskriver utfordringsbildet og skisserer viktige tiltaksområder. I oppfølgingen her er det etablert et annet regionalt utredningsprosjekt som ser spesielt på behov for legespesialistressurser og fordeling av disse.
- Fremtidig universitetssykehusfunksjon – Beskriver det integrerte universitetssykehusets ansvar og rolle knyttet til utdanning av leger, kunnskapsbasert pasientbehandling, standardiserte pasientforløp, veiledning, forskning og kvalitetsregistre.

Analyse av kompetansebehov

I første kvartal 2011 var det intensivt arbeid med kartlegging av personell og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Dette ble gjennomført som et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet leverte en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge.

I annet halvår 2011 ble det jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Lærlinger

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er også mange som avslutter utdanningen før den er fullført. En arbeider kontinuerlig med å styrke helsefagarbeiderens plass gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene. I forberedelsene av overtakelse av ambulansetjenesten jobbes det også aktivt for å sørge for god og tilstrekkelig utdanning av ambulansefagarbeider.

Lederutvikling

I 2011 ble det igangsatt et arbeid for å utarbeide en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. Et mål med plattformen er å komme frem til en ny forståelse av hva fremtidens helseledelse vil innebære. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Den nasjonale lederplattformen vil ligge til grunn for videreutvikling av regionale og

lokale lederutviklingsprogram i HMN. Helse Midt-Norge har i 2011 også hatt 12 ledere med som deltakere i det nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene.

Ytre miljø

I 2010 ble utredet en rekke miljøtiltak innenfor områdene innkjøp, bygg og transport. I januar 2011 ble de regionale helseforetakene bedt om å følge opp de foreslåtte tiltak herunder gjennomføre miljøsertifisering av alle helseforetak. Arbeidet med miljøsertifisering i henhold til ISO 14001-standarden er startet og forutsettes slutført i 2014.

Avfall

Det arbeides for å redusere avfallsmengden fra foretakene i Helse Midt-Norge til et minimum. For Midt-Norge har rivingsarbeid ved St. Olavs Hospital vært et viktig prosjekt. Riving av høyblokka startet i 2010 og var i mål tidlig i 2011. I alt er 10.000 kubikkmeter betong knust til forskjellige fraksjoner og gjenbrukt i gater og plasser på Øya i Trondheim. Byggavfall vil bli særskilt behandlet i det interregionale miljø- og klimaprojektet, delprosjekt bygg- og miljø og det er satt et mål om at minimum 90% av byggavfall i nybyggprosjekt og 95% i rivingsprosjekt ombrukes eller gjenvinnes innen 01.01.2014.

Energi

ENØK-tiltak har bidratt til at energibruken i Helse Midt-Norge har vært jevnt synkende over flere år. Vedtatt strategisk plan for energibruk sier at Helse Midt-Norge skal være langsiktig og profesjonell eier, bygge moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet. Det ble også i 2011 investert i ENØK-tiltak. ENOVA har gitt støtte til et energiprogram som skal løpe over 3 år hvor målet er å spare 15 GWh/år. I det interregionale miljø- og klimaprojektet, delprosjekt bygg og miljø, er energi gitt særskilt behandling. Det foreslås her at en skal innføre energiledelse i alle helseforetak og at nybygg minimum skal tilfredsstille kravet til energimerke B og at passivhus skal vurderes for alle nybygg f.o.m. 2014.

Innkjøp

Offentlige anskaffelser skal gjennomføres slik at det tas miljøhensyn slik at en velger løsninger som har lav negativ påvirkning på miljøet. Helse Midt-Norge deltar aktivt i interregionalt arbeid for å imøtekomme disse kravene. Helse Midt-Norge RHF er kontrollmedlem i Grønt Punkt Norge, noe som innebærer at vi stiller krav om at våre leverandører skal ha en returemballasjeordning. I 2011 har det vært spesiell oppmerksomhet på problemstillinger rundt bruk av ftalater (mykgjørere i plastprodukter) i medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

Transport

Innenfor pasienttransport er transporttilbudet forsøkt effektivisert gjennom samkjøring av pasienter som skal til eller fra behandling. Gjennom kjørekontorene koordineres pasienttransporten på mest mulig kostnadseffektiv måte.

Det er i tillegg definert mål for reduksjon av reisevirksomheten ansatte i hele helseregionen.

Disponering av årsresultatet for 2011

Styret foreslår at årets overskudd på 404,7 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års udekket tap med 404,5 millioner kroner og 0,2 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller. Total egenkapital etter dette er på 4 921 millioner i Helse Midt-Norge RHF.

Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling ut over det som framgår av årsberetning og årsregnskap.

Stjørdal, 10. mai 2012


Marthe Styve Holte
styrets leder


Kåre Gjønnes
nestleder


Eva Vinje Aurdal

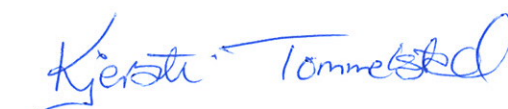

Ottar Brage Guttelvik


Vigdis Harsvik


Tore Kristiansen


Trond Prytz


Gunn Iversen Stokke


Kjersti Tommelstad


Ellen Marie Wøhni


Tore Brudeseth


Bjørg Henriksen


Nils Håvard Dahl


Gunnar Bovim
administrerende direktør

Årsregnskap 2011 - Helse Midt-Norge RHF

Resultatregnskap

Helse Midt-Norge RHF					Foretaksgruppen	
2010	2011	NOTE	(Beløp i hele 1.000)		2011	2010
10 130 358	11 429 127	1,2	Basisramme	1,2	11 429 127	10 130 358
3 283 345	3 425 040	1,2	Aktivitetsbasert inntekt	1,2	3 888 008	3 746 351
974 699	1 092 183	1,2	Andre driftsinntekter	1,2	1 211 035	1 208 491
14 388 402	15 946 349		Sum driftsinntekter		16 528 170	15 085 199
13 460 811	14 943 036	1,3	Kjøp av helsetjenester	1,3	1 966 745	1 867 076
0	9	1,3	Varekostnad	1,3	1 775 866	1 693 227
180 396	195 088	1,4,17	Lønn og annen personalkostnad	1,4,17	9 370 297	7 403 011
69 584	64 543	1,8,9	Ordinære avskrivninger	1,8,9	809 654	784 475
8	6 434	1,8,9	Nedskrivning	1,8,9	59 620	2 138
507 159	567 382	1,5	Annen driftskostnad	1,5	1 990 981	1 963 158
14 217 957	15 776 492		Sum driftskostnader		15 973 164	13 713 085
170 444	169 858		DRIFTSRESULTAT		555 007	1 372 114
135 631	133 809	6	Finansinntekter	6	16 663	8 487
-1 028 929	-196 223	10	Nedskrivning/reversering av nedskr finansielle anl		0	0
109 343	95 187	6	Annen finanskostnad	6	154 742	141 779
1 055 218	234 845		Netto finansposter		-138 079	-133 292
1 225 662	404 703		RESULTAT FØR SKATT		416 927	1 238 823
0	0		Skattekostnad på ordinært resultat	7	342	901
1 225 662	404 703		ÅRSRESULTAT	16	416 586	1 237 922
			OVERFØRINGER			
0	0	15	Overført fra annen innskutt egenkapital			
0	0		Overført fra strukturfond	15	0	0
1 906	170	15	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	15	170	1 906
1 223 756	404 533	15	Overført til/fra annen egenkapital	15	416 416	1 236 016
1 225 662	404 703		Sum overføringer		416 586	1 237 922

Balanse

Helse Midt-Norge RHF				Foretaksgruppen		
31.12.2010	31.12.2011	Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2011	31.12.2010
			EIENDELER			
			Anleggsmidler			
			Immaterielle driftsmidler			
148 773	201 002	8	Immaterielle eiendeler	8	214 197	165 039
0	0		Utsatt skattefordel	7	0	898
148 773	201 002		Sum immaterielle eiendeler		214 197	165 936
			Varige driftsmidler			
0	0	9	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	12 132 710	12 138 337
40 082	68 978	9	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o	9	1 675 636	1 782 335
328 468	426 485	9	Anlegg under utførelse	9	466 495	561 203
368 550	495 462		Sum varige driftsmidler		14 274 841	14 481 875
3 942 295	4 138 718	10,11	Investering i datterselskap/-foretak	10,11	0	0
17 902	29 030	10	Investering i FKV og TS	10	29 030	17 902
3 195	3 689	11	Investering i andre aksjer og andeler	11	414 627	375 913
4 096 914	3 889 597	11	Andre finansielle anleggsmidler	11	99 569	97 871
569	499	17	Pensjonsmidler	17	939 443	1 085 395
8 060 875	8 061 532		Sum finansielle anleggsmidler		1 482 669	1 577 081
8 578 198	8 757 997		Sum anleggsmidler		15 971 707	16 224 893
			Omløpsmidler			
133	0		Varer	12	208 419	200 925
941 861	484 543	13	Fordringer	13	693 093	649 881
1 250 789	2 769 675	14	Bankinnskudd, kontanter og lignende	14	705 467	619 417
2 192 783	3 254 218		Omløpsmidler		1 606 979	1 470 223
10 770 982	12 012 216		SUM EIENDELER		17 578 686	17 695 115

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.2010	31.12.2011	Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2011	31.12.2010
			EGENKAPITAL OG GJELD			
			Innskutt egenkapital			
100	100	15	Foretakskapital	15	100	100
6 519 617	6 519 617	15	Annen innskutt egenkapital	15	6 485 285	6 485 285
6 519 717	6 519 717		Sum innskutt egenkapital		6 485 385	6 485 385
			Opptjent egenkapital			
6 777	6 946	15	Fond for vurderingsforskjeller	15	6 946	6 777
-2 009 733	-1 605 199	15	Annen egenkapital	15	-1 498 906	-1 915 323
-2 002 956	-1 598 252		Sum opptjent egenkapital		-1 491 960	-1 908 547
4 516 761	4 921 465		Sum egenkapital		4 993 425	4 576 838
50 382	57 876	17	Pensjonsforpliktelser	17	379 933	289 083
0	0		Utsatt skatt	7	0	0
1 098 763	927 845	18	Andre avsetninger for forpliktelser	18	4 928 271	5 141 892
1 149 145	985 721		Sum avsetninger for forpliktelser		5 308 204	5 430 974
			Annen langsiktig gjeld			
3 706 338	3 695 441	19	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	19	3 695 441	3 706 338
756 835	964 115	19	Øvrig langsiktig gjeld	19	25 922	25 922
4 463 173	4 659 556		Sum annen langsiktig gjeld		3 721 363	3 732 260
			Kortsiktig gjeld			
0	824 950		Driftskreditt		824 950	1 200 694
0	0		Betalbar skatt	7	0	556
18 500	19 413		Skyldig offentlige avgifter		621 431	612 980
623 403	601 112	20	Annen kortsiktig gjeld	20	2 109 314	2 140 813
641 903	1 445 475		Sum kortsiktig gjeld		3 555 694	3 955 043
6 254 221	7 090 751		Sum gjeld		12 585 261	13 118 277
10 770 982	12 012 216		EGENKAPITAL OG GJELD		17 578 686	17 695 115

Stjørdal, 10.5.2012



Marthe Styve Holte
styrets leder



Kåre Gjønnes
nestleder



Eva Vinje Aurdal



Ottar Brage Guttelvik



Viggis Harsvik



Tore Kristiansen



Trond Prytz



Gunn Iversen Stokke



Kjersti Tommelstad



Ellen Marie Wøhni



Tore Brudeseth



Bjørg Henriksen



Nils Håvard Dahl



Gunnar Bovim
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Midt-Norge RHF		KONTANTSTRØMOPPSTILLING		Foretaksgruppen	
2010	2011	(Beløp i hele 1.000)		2011	2010
		KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE			
1 225 662	404 703	Årsresultat før skatt		416 927	1 238 823
		Skatteutbetaling			-944
69 584	64 543	Ordinære avskrivninger		809 655	784 475
	6 434	Nedskrivninger anleggsmidler		59 620	2 137
		Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn- /utbetalinger i pensjonsordninger		236 802	-1 177 462
3 481	7 564	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-2 243	-100 628
0		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		-728	-1 906
-1 030 827	-194 851	Endring i omløpsmidler		-50 706	-109 386
-636 771	457 451	Endring i kortsiktig gjeld		-23 047	24 251
-103 975	-21 378	Inntektsførning av investeringstilskudd		-189 606	-183 879
-9 115	-9 685				
-481 961	714 781	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		1 256 674	475 481
		KONTANTSTRØMMER FRA			
3 205 561		Innbetalinger ved salg driftsmidler		18 441	248 868
337 789		Overføring av varige driftsmidler til NTNU			337 789
-556 662	-411 350	Utbetalinger ved kjøp driftsmidler		-749 342	-956 826
	207 317	Innbetalinger ved avdrag på utlån			
-2 074 211		Utbetalinger ved utlån		-1 698	-72 219
		Innbetaling ved salg av andre finansielle eiendeler			
-6 430	-11 652	Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-49 842	-38 344
906 047	-215 685	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		-782 441	-480 732
		KONTANTSTRØMMER FRA			
396 418	408 280	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld		201 000	252 602
-157 773	-213 439	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-213 439	-178 839
		Ekstraord nedbetaling av langsiktig gjeld			
	824 950	Endring driftskreditt		-375 744	605 954
		Innbetalinger ved opptak øvrig kort- og langsiktig gjeld			
		Utbetalinger ved nedbetaling av øvrig kort- og langsiktig			
-777 481		Overført investeringstilskudd til HF			
-337 789		Overført investeringstilskudd til NTNU			-337 789
		Innbetaling av investeringstilskudd			
		Endring øvrige langsiktige forpliktelser			
		Endring foretakskapital med kontanteffekt			
-876 625	1 019 791	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		-388 183	341 928
		Netto endring i likviditetsbeholdning			
-452 539	1 518 887	Likviditetsbeholdning 01.01		86 050	336 677
1 703 329	1 250 789	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.		619 417	282 740
1 250 789	2 769 675			705 467	619 417
Limit på driftskonto pr 31.12.				1 982 000	2 295 000

Noter til årsregnskapet for 2011

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

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

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.8.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 1.1.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert.

Åpningsbalansen

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Prinsipper for konsolidering

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT. Helsebygg Midt-Norge har som oppgave å ivareta planlegging og bygging av nytt sykehus ved datterforetaket St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Helse Midt-Norge IT ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene.

Regnskapet for foretaksgruppen inkluderer helseforetakene Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF, Rusbehandling Midt-Norge HF, Helse Møre og Romsdal HF, og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF samt aksjeselskapet Trøndelag Ortopediske Verksted AS som eies av datterforetaket St. Olavs Hospital HF. Foretaket Ambulanse Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011 som et midlertidig tiltak i forbindelse med at Helse Midt-Norge overtar driften av ambulansetjenesten i regionen fra 01.01.2013.

Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var en økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket. Kostpris på andel i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Datterselskaper

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

Felleskontrollert virksomhet

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 20 % i tre foretak som eies sammen med de andre fire regionale helseforetakene. Eierandelene er å betrakte som felleskontrollerte virksomheter og er tatt inn i regnskapet etter egenkapitalmetoden.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 33 % i HUNT Biosciences AS og en eierandel på 15% i NTNU Technology Transfer AS som presenteres etter egenkapitalmetoden.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - Andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsippene 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 eiendeler og gjeld

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

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

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i tre: fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

Basisramme er rammetilskudd fra staten. Inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

Aktivitetsbaserte inntekter, herunder ISF-refusjon, kurdøgn, egenandeler, refusjon fra Helfo, er knyttet til pasientbehandlingen, og inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene. Investeringstilskudd føres som utsatt inntekt i balansen i den grad midlene ikke er benyttet. Når tilskuddet til investeringer benyttes, bruttoføres eiendelen og tilskuddet som henholdsvis driftsmiddel og utsatt inntekt. Den utsatte inntekten resultatføres over samme periode som driftsmidlet avskrives.

Gaver disponeres i samsvar med de betingelsene eller ønsker giver har for disponeringen av midlene. Dersom giver har betingelser eller ønsker om at gaven skal disponeres til konkrete aktiviteter, prosjekter eller investeringer, klassifiseres den som tilskudd og regnskapsføres etter reglene for øremerkede tilskudd.

Salg av varer og andre tjenester inntektsføres ved levering/gjennomføring.

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF er inntektsført i sin helhet som henholdsvis basisramme, øremerkede tilskudd og ISF-refusjon. Videre er refusjoner fra Helfo som går via Helse Midt-Norge RHF inntektsført som polikliniske inntekter. Kjøp av tjenester fra datterforetakene er kostnadsført som kjøp av helsetjenester (bruttoføring).

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 basisrammen. Dette gjelder først og fremst ved behandling av pasienter som er bosatt i Midt-Norge, men innenfor et annet helseforetaks geografiske opptaksområde (gjestepasientoppgjør i regionen).

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.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, anses som ytelsesplaner.

Ordnningen gir rett til definerte framtidige ytelser etter sluttlønnsprinsippet. Disse er i hovedsak avhengige av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar er dekket gjennom pensjonsordninger hos KLP (Kommunal Landspensjon) og SPK (Statens Pensjonskasse).

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som langsiktig gjeld, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig eiendel i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor).

Arbeidsgiveravgift beregnes både på overfinansierte og underfinansierte ordninger så lenge kravet til balanseføring er tilfredsstillt.

Varer

Varebeholdning er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er verdsatt til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetninger til forventet tap gjøres etter en konkret vurdering av fordringene. Det er i tillegg gjort sjablonmessig avsetning for de fordringene det ikke er gjort konkret avsetning for. Den sjablonmessige avsetningen er gjort på grunnlag av aldersfordeling av fordringsmassen.

Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Utgifter til forskning og utvikling (FoU) er kostnadsført, ut fra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader. Dette gjelder i hovedsak utgifter til edb-programvare. Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet eiendelen blir tatt i bruk.

Varige driftsmidler vurderes til kostpris med fradrag for ordinære avskrivninger og nedskrivninger. Når det gjelder driftsmidler overtatt i forbindelse med sykehusreformen, se punkt ovenfor vedrørende åpningsbalansen.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av investeringer på nybygg. I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdiøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

Varige driftsmidler avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk.

Gevinst eller tap ved salg av driftsmidler behandles som ordinær driftsinntekt eller driftskostnad.

Skatt

Foretakenes virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som framkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg til Trøndelag Ortopediske Verksted AS. Selskapet fikk innvilget skattefritak etter skattelovens § 2-32 første ledd med virkning fra skatteåret 2010. Avsetning foretatt i regnskapet for 2010 er reversert i regnskapet for 2011.

Kontantstrømoppstilling

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

Det er etablert konsernkontoordning med Fokus Bank. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Midt-Norge RHF i det enkelte datterforetak. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd/driftskreditt.

Valuta

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

Sammenligningstall for 2010

Enkelte sammenligningstall for 2010 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandvn 1, Stjørdal eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no.

Noter

Alle beløp i hele tusen kroner

Note 1 Driftsinntekter- og kostnader pr virksomhetsområde

	Foretaksgruppen	
	2011	2010
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatikk	11 790 281	10 686 900
Psykisk helsevern VOP	2 232 109	2 041 124
Psykisk helsevern BUP	393 068	366 290
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	433 295	390 312
Annet	2 896 964	2 771 259
Overføring til datterforetak (benyttes kun av HMN)	-1 217 546	-1 170 687
Sum driftsinntekter	16 528 170	15 085 199
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde	16 190 795	14 812 232
Resten av landet	318 859	252 167
Utlandet	18 518	20 801
Sum driftsinntekter	16 528 170	15 085 199
Driftskostnader pr virksomhetsområde		
Somatikk	11 527 975	9 840 271
Psykisk helsevern VOP	2 126 448	1 764 555
Psykisk helsevern BUP	442 982	382 829
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	449 629	382 449
Annet	2 654 470	2 520 168
Elimineringer	-1 228 340	-1 177 188
Sum driftskostnader	15 973 164	13 713 085

Note 2 Driftsinntekter

Helse Midt-Norge RHF	2011	Foretaksgruppen	2010
10 130 358	11 429 127	10 130 358	
	Basisramme		
2 643 139	2 758 070	2 643 179	
124 600	120 881	124 560	
13 431	261 843	252 167	
451 510	653 415	609 790	
50 665	93 799	116 655	
	Aktivitetsbasert inntekt		
	2 758 070	2 643 179	
	120 881	124 560	
	261 843	252 167	
	653 415	609 790	
	93 799	116 655	
	Annens driftsinntekt		
76 983	94 955	76 983	
133 279	140 609	139 810	
183 879	193 724	183 879	
	399 763	226 068	
580 557	381 984	581 750	
14 388 402	15 946 349	16 528 170	15 085 199

I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapoteket i Midt-Norge HF til andre foretak i Helse Midt-Norge eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapoteket i Midt-Norge HF er tkr 632.736 i 2011 og tkr 603.280 i 2010.

	2011	2010
Aktivitetstall		
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	194 512	189 719
Antall DRG poeng iht. "eier"rollen - total produksjon ved HF-et	190 052	181 011
Antall polikliniske konsultasjoner	693 785	684 595
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	577	554
Antall polikliniske konsultasjoner	109 866	105 680
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	7 684	7 323
Antall polikliniske konsultasjoner	200 276	189 639
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	1 958	1 991
Antall polikliniske konsultasjoner	30 178	23 043

Note 3 Varekostnad

Helse Midt-Norge RHF	2011	Foretaksgruppen	2010
2010	2011	2011	2010
0	0	575 752	558 248
0	0	893 304	841 854
0	0	189 520	173 290
0	9	117 290	119 836
0	9	1 775 866	1 693 227

Helse Midt-Norge RHF	2011	Foretaksgruppen	2010
2010	2011	2011	2010
17 504	49 370	432 942	391 123
338 459	346 816	401 958	386 302
2 786	2 786	83 610	56 027
28 581	26 212	26 237	28 849
905	338	482	5 758
5 663	888	187 233	175 958
0	0	5 330	10 987
393 898	426 410	1 137 792	1 055 004
	Innløst av helsepersonell fra vikarbyrå	63 661	72 137
100 562	94 906	100 911	106 670
	Luftambulansetjenester	444 663	429 452
	0	219 718	203 814
238 060	267 310	828 953	812 073
338 622	362 216		
	Sum kjøp av andre helsejenester	0	0
12 728 292	14 154 410	1 966 745	1 867 077
13 460 811	14 943 036		
	RHF-ets kjøp av helsejenester fra datterforetak		
	Sum kjøp av helsejenester		

Sum kjøp av helsejenester består av følgende:

Note 4 Lønn og andre personalkostnader

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2010	2011	2011	2010
169 361	171 889	6 768 945	6 410 640
26 253	26 161	990 969	938 071
24 703	31 266	1 528 144	-15 422
19 062	5 359	121 827	135 171
-58 982	-39 587	-39 587	-65 448
180 396	195 088	9 370 297	7 403 011

Godtgjørelse til styret i Helse Midt-Norge RHF 2 981
herav honorar og godtgjørelser til styrets leder i Helse Midt-Norge RHF 253

Ved balanseføring av eget arbeid reduseres lønnskostnadene. Dette gjelder i hovedsak Helse Midt-Norge RHF hvor lønns- og driftskostnader i prosjektorganisasjonen Helsebygg inngår som en del av kostprisen til bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim. Videre blir lønnskostnader knyttet til utvikling av edb-program i IKT-enheten Hermit balanseført.

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2010	2011	2011	2010
406	483	1 296	1 433
0	0	0	0
0	3	158	150
0	0	0	57
11	355	455	31
417	840	1 909	1 670

Alle beløp er inkludert merverdiavgift.

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2010	2011	2011	2010
11	42	42	11
0	0	0	0
0	313	413	20
11	355	455	31

2010	2011	2011	2010
338	331	20 287	20 211
311	312	14 738	14 304

Gjennomsnittlig antall årsverk i Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT utgjør henholdsvis 18 og 234 i 2011 mot 44 og 211 i 2010.

Lønn og annen godtgjørelse til administrerende direktør:	Gunnar Bovim
Lønn	1 631
Pensjon	215
Andre ytelser	150
Sum	1 996

Lønn til ledende personell (definert som adm.dir's nærmeste ledergruppe):
(i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Tjeneste- Sum periode 1)	Ansettelse- periode 2)
Daniel M Haga	Samhandlingsdirektør	1 209	195	7	1 411	
Anne-Marie Barane	Økonomidirektør	1 105	219	7	1 331	
Sveinung Aune	HR-direktør	1 019	164	5	1 188	
Nils H Eriksson	Dir for helsefag, forskning og utdanning	814	254	2	1 070	01.des
Tor Harald Haukas	Kommunikasjonsdirektør	1 031	196	5	1 232	
Torbjørn Vanvik	Direktør for eierstyring	953	396	7	1 356	
Ingerid Gunnerød	Direktør for stab og prosjektstyring	843	155	5	1 002	
Henrik A Sandbu	Ass dir for helsefag, forskning og utdanning	1 158	210	5	1 373	01-12

1) Tjenestetid/periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært deltaker i foretakets ledergruppe.

2) Ansettelsesperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen

I tillegg til ytelser nevnt i tabellen over, så har Nils H Eriksson mottatt tkr 918 i lønn og kr tkr 19 i pensjon og andre godtgjørelser fra Helse Nordmøre og Romsdal HF. Disse yrelsene er knyttet til perioden 01.01.2011 til 30.06.2011 da Eriksson fungerer som administrerende direktør for foretaket.

Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og daglig leder i Helse Midt-Norge IT har mottatt totalt tkr 2 177 i lønn. Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet tkr 2 981. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på tkr 402. I tillegg til styrehonorar er det utbetalt kontorgodtgjørelse på tkr 27 til styreleder. Videre er et av styremedlemmene ansatt som konserntilitsvalgt og mottar lønn i tillegg til styrehonorar fra Helse Midt-Norge RHF. Det er ikke yt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret. Administrerende direktør Gunnar Bovim har i regnskapsperioden 2011 mottatt tkr 1 631 i lønn og andre ytelser på 150. Pensjonskostnader er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP.

Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i oppsigelsestiden som er 6 måneder. Ved fylte 60 år kan det inngås en avtale mellom Gunnar Bovim og styret om fratredelse av stillingen som administrerende direktør. Ved fratredelse etter denne bestemmelse, skal det regionale foretaket arbeide for å tilby arbeidstakeren annen relevant stilling i foretaksgruppen. Lønn og andre betingelser vil bli videreført ved fratredelse.

Administrerende direktør har ikke krav på lønn med tilleggsytelser dersom det foreligger saklig grunn til avskjed etter AMLs § 66. Rett til sluttlønn og tilleggsytelser faller også bort dersom arbeidstager etter å ha mottatt anmodning om å fratre, bestriker denne eller krever forhandlinger, eventuelt reiser søksmål. Det betales full lønn i suspensjonstiden, dersom det skulle foreligge grunnlag for avskjedigelse etter arbeidsmiljølovens regler, og arbeidsgiver velger å suspendere administrerende direktør.

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

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Midt-Norge RHF definerer personer som inngår i adm.dirs ledergruppe som ledende stillinger. Det innebærer følgende stillinger: Adm.direktør, helsefagdirektør, eierdirektør, samhandlingsdirektør, kommunikasjonsdirektør, HR-direktør, økonomidirektør, direktør for stab og prosjektstyring.

Helse Midt-Norge RHF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønnene i foretaket skal være konkurransedyktige men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønnene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2011

Lønn og godtgjørelse til adm.direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 89/11.

Lønn og godtgjørelse til øvrige ledende ansatte er gjort administrativt.

Helse Midt-Norge RHF har i 2011 lagt til grunn retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper om konkurransedyktige, men ikke lønnsledende lønnsvilkår.

Lønnene til ledergruppens medlemmer ble i 2011 justert med 4,0 - 4,2%.

I tillegg til lønn har alle medlemmene i ledergruppen fri mobiltelefon og internett. Administrerende direktør har også firmabil og avisabbonnement i tillegg til lønn.

Lønnsjusteringene gjelder fra 1. januar 2011 for hele ledergruppen.

Note 5 Andre driftskostnader

Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen	
2010	2011	2010
0	0	326 059
21 625	0 Transport av pasienter	320 875
75 581	20 548 Bygninger og kontolokaler inkl energi og Brensel	281 522
148 265	77 355 Kjøp og leie av utstyr, maskiner m.v	209 914
202 517	132 330 Reparasjoner, vedlikehold og service	351 636
1 149	238 715 Konsulent tjenester	214 348
28 648	2 194 Annen eksterntjeneste	166 290
349	34 516 Kontor- og kommunikasjonskostnader	125 618
10 388	141 Kostnader forbundet med transportmidler	10 304
364	12 205 Reisekostnader	85 949
291	153 Forsikringskostnader	9 326
17 980	32 Pasientkadeerstatning	80 245
	49 193 Øvrige driftskostnader	129 770
507 159	567 382 Sum andre driftskostnader	1 990 981
		1 963 158

Note 6 Finansposter

Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen	
2010	2011	2010
1 906	170	1 906
133 568	0	0
150	12 450	5 578
5	4 044	1 002
135 631	16 663	8 487
0	0	0
109 255	154 368	137 470
87	374	4 310
109 343	154 742	141 779

Note 7 Skatter

Arets skattekostnad			
	2011	2010	
Resultatført skatt på ordinært resultat:			
Betalbar skatt	-556	556	
Endring i utsatt skatt / utsatt skattefordel	897	345	
Skattekostnad ordinært resultat	342	901	
Betalbar skatt i årets skattekostnad:			
Ordinært resultat før skatt		3 130	
Endring i midlertidige forskjeller		-1 233	
Permanente forskjeller		87	
Grunnlag betalbar skatt		1 984	
Betalbar skatt i årets skattekostnad		556	
Betalbar skatt i balansen:			
Betalbar skatt på årets resultat		556	
Skyldig ilignet skatt fra tidligere år	0	0	
Sum betalbar skatt i balansen	0	556	
Skatteeffekten av midlertidige forskjeller og underskudd til framføring som har gitt opphav til utsatt skatt og utsatte skattefordeler, spesifisert på typer av midlertidige forskjeller.			
	2011	2010	Endring
Driftsmidler inkl. forr.verdi		393	-393
Utestående fordringer		-67	67
Pensjonspremie/- forpliktelse		-3 531	3 531
Grunnlag for beregning av utsatt skatt		-3 205	3 205
Anvendt skattesats:	28 %	0,28	
Utsatt skattefordel:		-897	897

Foretaksgruppens virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Foretaksgruppens skattekostnad er i sin helhet knyttet til St. Olavs Hospital HFs datterselskap Trøndelag Ortopediske Verksted AS. Selskapet fikk innvilget skattefriakt etter skattelovens § 2-32 førsteledd med virkning fra skatteåret 2010. Avsetninger foretatt i regnskapet for 2010 er reversert i regnskapet for 2011.

Note 8 Immaterielle eiendeler

Heise Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2010	31.12.2011
103 911	62 743	75 937	120 177
44 862	138 259	138 259	44 862
148 773	201 002	214 197	165 039

Heise Midt-Norge RHF	EDB program vare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	367 237	44 862	412 099
Tilgang		99 831	99 831
Tilgang virksomhetsoverdragelse			
Avgang			
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare			
Anskaffelseskost 31.12.2011	367 237	144 694	511 930
Akk avskrivninger 31.12.2011	300 711		300 711
Akk nedskrivninger 31.12.2011	3 783	6 434	10 217
Balanseført verdi 31.12.2011	62 743	138 259	201 002
Årets ordinære avskrivninger	41 168		41 168
Årets nedskrivninger		6 434	6 434
Balanseførte lånekostnader			
Levetid	3-6 år		-
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen	EDB program vare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	407 148	44 862	452 010
Tilgang	940	99 831	100 772
Avgang	1 855		1 855
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare			
Anskaffelseskost 31.12.2011	406 233	144 694	550 927
Akk avskrivninger 31.12.2011	326 513		326 513
Akk nedskrivninger 31.12.2011	3 783	6 434	10 217
Balanseført verdi 31.12.2011	75 937	138 259	214 197
Årets ordinære avskrivninger	45 180		45 180
Årets nedskrivninger		6 434	6 434
Balanseførte lånekostnader			
Levetid	5-10 år		-
Avskrivningsplan	lineær		

Note 9 Varige driftsmidler

Helse Midt-Norge RHF

	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011		328 468	137 811	466 279
Tilgang		259 249	52 270	311 520
endring periodiserte kostnader overleverte bygg 1)		-161 232		-161 232
Avgang				
Fra anlegg under utførelse til St Olavs Hospital HF og NTNU		426 485	190 082	616 566
Anskaffelseskost 31.12.2011		426 485	120 088	120 088
Akk avskrivninger 31.12.2011			1 016	1 016
Akk nedskrivninger 31.12.2011				
Balansført verdi 31.12.2011		426 485	68 978	495 462
Årets ordinære avskrivninger			23 376	23 376
Årets nedskrivninger				
Balansførte lånekostnader				-
Levetider	dekomponert			
Avskrivningsplan	10-60 år			
	lineær			
Operasjonell leasing og leie				
	Tomter og boliger	Anlegg under utførelse	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
	Bygninger	MTU		
	14 894	548	2 096	17 537
Operasjonell leasing - leiebeløp	3-10 år		6 mnd-3 år	
Operasjonell leasing - varighet				

Foretaksgruppen

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	620 882	14 638 329	561 203	2 376 529	1 312 877	19 509 821
Tilgang	1 276	37 960	419 784	97 118	92 432	648 570
ending periodiserte kostnader overleverte bygg 1)			-21 745			-21 745
Avgang	7 820	30 802		80 855	15 744	135 321
Frå anlegg under utførelse ferdigstilte driftsmidler		434 946	-492 747	34 852	22 850	0
Anskaffelseskost 31.12.2011	614 338	15 080 433	466 495	2 427 644	1 412 415	20 001 325
Akk avskrivninger 31.12.2011		3 427 112		1 346 033	814 276	5 587 421
Akk nedskrivninger 31.12.2011	6 606	128 343		2 076	2 038	139 063
Balansført verdi 31.12.2011	607 732	11 524 977	466 495	1 079 535	596 101	14 274 841
Årets ordinære avskrivninger		419 461		212 115	132 899	764 474
Årets nedskrivninger		51 038		1 450	698	53 186
Levetider		dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan		lineær		lineær	lineær	
Leieavtaler			Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp	855	87 131		15 645	37 359	140 990
Operasjonell leasing - varighet		1-10 år		2-10 år	1-10 år	

*1) Alle byggene i byggefase 2 med unntak av Kunnskapsenteret er overlevert og tatt i bruk av St. Olavs Hospital HF og NTNU. Overføring av byggene har skjedd til beregnet kostnad ved endelig avslutning av byggefase 2. Det er periodisert kostnader med i alt ikr. 211 101 (2010: ikr. 372.333) og som er lagt som tilgang under anlegg under utførelse og ført opp som en avsetning under Andre avsetninger for forpliktelser. I regnskapet til Foretaksgruppen er den tilsvarende periodiseringen på ikr. 27 052 (2010: ikr. 48.797) og gjelder periodiserte kostnader til den delen av de overleverte bygg som tilordnes NTNU. De totale kostnader vedr NTNU sin andel av overlevering av bygg i 2010 utgjorde ikr 796.165.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og delvis av Kunnskapsdepartementet (KD). KDs andel av finansiering i fase 1 utgjorde ca 24 % og i fase 2 ca 20 %. Dette representerer også NTNUs framtidige eierandel i byggene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2011. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Balansførte kostnader og bokførte tilskudd i Helsebygg Midt-Norge overføres til St. Olavs Hospital og NTNU sitt regnskap i henhold til avtalt eierforhold av den enkelte bygningen samtidig med overtakelse av ferdigstilte bygg og anlegg. Overtakelse skjer med regnskapsmessig effekt ettervert som byggene tas i bruk. Fase 1 ble ferdigstilt i 2006. Byggefase 2 er ferdigstilt med unntak av Kunnskapsenteret. Øvrige bygg i byggefase 2 er overført både i 2008, 2009 og 2010. Det har ikke skjedd noen ferdigstilte bygg av bygg i 2011.

For flere bygg er det knyttet tilbakeføringsklausuler.

Langsiktige byggeprosjekter

Foretaksgruppen har flere store byggeprosjekter gående. Det største er knyttet til byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2011 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert regnskap pr 31.12.11	Akkumulert regnskap pr 31.12.10	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
Nytt sykehus fase 2	Heise Midt-Norge RHF, Helsebygg	6 431 858	6 149 208	7 600 378	7 561 734	38 644
Samiokalisering psykiatri Namsos	Heise Nord-Trøndelag HF	75 358	40 524	74 000	75 400	-1 400
Ny barneavdeling Alesund sykehus	Heise Sunnmøre HF	264 347	161 136	267 240	264 347	2 893

Byggefase 1 av nytt sykehus i Trondheim ble i hovedsak avsluttet i 2006. Etter at diverse etterarbeid, herunder knyttet til garantier i det ble endelig avsluttet i 2008 er byggefase 1 tkr 39 411 rimeligere enn påløpte kostnader enn påløpt pr 31.12.2006. Byggefase 2 har kommet langt og nye bygg ble tatt i bruk både i 2008, 2009 og 2010.

Note 10 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Stemme- andel	Balansført verdi	Egenkapital	Arets resultat	Arets nedskrivning	Arets reversering av nedskrivning
Heise Nord-Trøndelag HF	Levanger	100	100	1 328 054	1 328 055	57 702	-57 702	
St Olavs Hospital HF	Trondheim	100	100	351 913	351 913	130 768	-130 768	
Heise Møre og Romsdal HF	Alesund	100	100	2 393 645	2 395 646	16 901	-16 901	
Ambulans Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	100	100			
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100	100	21 854	69 293	4 648		
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	43 152	43 153	-9 148	9 148	
Sum eierandeler i datterforetak			100	4 138 718	4 188 160	200 871	9 148	-205 371

Andeler i felleskontrollert virksomhet

Luftambulansesjefestens ANS	Bodø	20	20	10 898		2 560		
Heiseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	20	20	2 502		2 481		
Heiseforetakenes senter for pasientreiser ANI: Skien		20	20	3 500				
Sum eierandeler i FKV				16 900		5 041		

Andeler i tilknyttede selskaper

HUNT Biosciences AS	Verdal	33	33	1 172		-2 472		
NTNU Technology Transfer AS	Trondheim	15	15	10 958		3 587		
Sum eierandeler i TS				12 131		1 115		

Andeler i selskap eid av datterforetak i Heise Midt-Norge RHF

Trøndelag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100	100	7 100		1 267		
Sum eierandeler i andre foretak				7 100		1 267		

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført kostpris. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2007 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Heise Midt-Norge RHF i heiseforetakene er derfor skrevet ned til bokført egenkapital ved underskudd. I 2011 har alle datterforetakene overskudd med unntak av Rusbehandling Midt-Norge HF, og tidligere års nedskrivning av verdien i datterforetakene reversert med tkr 196 223.

Note 11 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
0	0		
3 196	3 689	414 627	375 912
3 196	3 689	414 627	375 912
Investeringer i andre selskaper og andeler			
4 096 914	3 889 597	0	0
0	0	99 569	97 871
4 096 914	3 889 597	99 569	97 871
Andre finansielle anleggsmidler			

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omforming eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

Note 12 Varebeholdning

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
133	0	29 532	27 192
0	0	6 426	5 024
0	0	0	1
0	0	146 533	138 348
0	0	25 926	30 357
133	0	208 419	200 925
Sum varebeholdning			
133	0	208 419	200 925
0	0		
133	0	208 419	200 925
Bokført verdi 31.12			

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
19 422	65 188	274 952	204 538
754 754	191 103	0	0
102 014	104 933	104 933	102 014
12 666	0	119 605	140 707
53 004	123 319	193 603	202 623
941 861	484 543	693 093	649 881

1) Helse Midt-Norge RHF's fordring på Helse- og omsorgsdepartementet er knyttet til overheng/etterslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overtatt fra andre statlige virksomheter i de senere årene.

Note 14 Bankinnskudd - bundne midler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
7 962	9 194	311 261	311 079
0	0	232	269
7 962	9 194	311 493	311 347
1 242 827	2 760 481	393 973	308 070
1 250 789	2 769 675	705 467	619 417

Note 15 Egenkapital

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
Egenkapital 31.12.2010	100	6 519 617	6 777
Egenkapital 1.1.2011	100	6 519 617	6 777
Egenkapitaltransaksjoner			
Årets resultat		170	404 703
Egenkapital 31.12.2011	100	6 519 617	6 946
Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000			

Foretaksgruppen

Foretaksgruppen		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
Egenkapital 31.12.2010	100	6 485 285	6 777
Egenkapital 1.1.2011	100	6 485 285	6 777
Egenkapitaltransaksjoner			
Årets resultat		170	416 416
Egenkapital 31.12.2011	100	6 485 285	6 946
Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000			

Note 16 Eiers styringsmål

	2011	2010	2002-2011
Årsresultat	416 586	1 237 922	-1 661 899
Overført fra strukturfond	0	0	201 752
Korrigerings for endrende levetider	0	0	407 951
Korrigert resultat	416 586	1 237 922	-1 052 196
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet*	0	-690 000	3 397
Resultat if økonomisk krav fra HOD	416 586	547 922	-1 048 799
Resultatkrav fra HOD if foretaksmøte januar 2011	0	0	-85 000
Avvik fra resultatkrav fra HOD	416 586	547 922	-963 799

I perioden 2002-2006 ble det stilt krav til et korrigert resultat der ordinært regnskapsmessig resultat ble korrigert for effektene av at bevilgningsnivået ikke var ment å dekke fulle regnskapsmessige avskrivninger. For regnskapsåret 2007 ble det ordinære regnskapsmessige resultatet lagt til grunn for eiers styringskrav. Det ble følgelig stilt krav til et negativt regnskapsmessig resultat ikke skulle være større enn det som i tidligere år utgjorde korrigeringen. Som følge av bevilgningsøkningen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008), ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmøtene i januar 2008.

Som følge av endrede økonomiske parametere som legges til grunn for beregning av pensjonskostnad, økte pensjonskostnaden for de regionale helseforetakene i 2006 med om lag 1 mrd. kroner. Dette ble unntatt fra resultatkravet i 2006 og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2007. Imidlertid økte kostnadene med ytterligere 3,2 mrd. kroner i 2007, og dette beløpet ble følgelig unntatt fra resultatkravet og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2008. I 2008 økte kostnaden med ytterligere 600 mill. kroner og dette ble unntatt fra resultatkravet. Til sammen er dermed 4,8 mrd. kroner unntatt fra resultatkravene til de regionale helseforetakene. For Helse Midt-Norge innebærer dette at 693 mill. kroner er blitt unntatt fra resultatkravet i perioden 2006-2008.

Stortinget vedtok "Lov om endringer i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeveiser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtale om tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)", den 25. juni 2010. Planendringene som dette vedtaket innebærer er hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene ble redusert fra 9,25 mrd. kroner til om lag null kroner. Gjennom vedtak av Prop. 32 S (2010-2011) ble bevilget basisramme satt ned med 4,45 mrd. kroner (og driftskredittrammene ble økt tilsvarende) mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble forutsatt å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 4,8 mrd. kroner. Resultatkravet for 2010 ble derfor endret fra et resultat i balanse til et positivt resultat på 4,8 mrd. kroner. Dette tilsvarer det akkumulerte underskuddet i foretakene som følge av merkostnader til pensjon i perioden 2006 til 2008.

* I foretaksmøte i januar 2011 ble det for Helse Midt-Norge RHF fastsatt et positivt resultatkrav på 690 mill. kroner for 2010. Det positive resultatkravet for 2010 er ment å dekke tidligere års underskudd som følge av underfinansiering av økte pensjonskostnader. Imidlertid er tidligere års unntak fra resultatkravene fordelt etter faktisk kostnadsøkning per helseregion, mens bevilgningsreduksjonen og det nye resultatkravet for 2010 er fordelt etter ordinær fordelingsnøkkel. For Helse Midt-Norge RHF innebærer dette at det blir en akkumulert differanse på 3 mill. kroner mellom tidligere års udekkede pensjonskostnader og det positive resultatkravet for 2010.

Note 17 Pensjon

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
Pensjonsforpliktelse			
252 120	296 144	21 771 737	19 207 656
171 485	193 342	15 649 414	14 569 917
80 635	102 802	6 122 323	4 637 740
11 270	14 366	821 803	625 500
-42 091	-59 791	-7 503 633	-6 059 552
49 814	57 377	-559 508	-796 312
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift			
50 383	57 876	379 933	289 083
569	499	939 443	1 085 395
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl laga			
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl laga			

2010		2011		2010		2010	
30 711	22 825	945 995	895 361				
11 931	12 280	916 342	897 305				
42 641	35 105	1 862 337	1 792 666				
-8 456	-9 736	-804 226	-756 750				
1 049	1 110	49 726	45 829				
-5 258	1 008	264 322	150 934				
-10 244	Resultatført planendring		-1 398 272				
4 970	3 781	155 985	150 170				
24 703	31 267	1 528 144	-15 422				
Årets netto pensjonskostnad				Årets netto pensjonskostnad			
2010		2011		2010		2010	
4,60 %	3,80 %	3,80 %	4,60 %				
5,40 %	4,10 %	4,10 %	5,40 %				
20-60%	20-60	20-60	20-60%				
4,00 %	3,50 %	3,50 %	4,00 %				
3,75 %	3,25 %	3,25 %	3,75 %				
452	600	40 183	29 731				
Antall personer med i ordningen				Antall personer med i ordningen			

2011 Spesifikasjon av pensjonskostnad

Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året
 Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen
 Årets brutto pensjonskostnad
 Forventet avkastning på pensjonsmidler
 Administrasjonskostnad
 Resultatført estimatendring/-avvik
 Resultatført planendring
 Arbeidsgiveravgift

Helse Midt-Norge RHF har pensjonsordning som omfatter i alt 600 personer, hvorav 318 er yrkesaktive, 254 er oppsatte og 28 pensjonister. Foretaksgruppen har pensjonsordninger som omfatter i alt 40 183, hvorav 15 716 er yrkesaktive, 16 221 er oppsatte og 8 246 pensjonister.

Stor økning i antall personer med i ordningen pr 31.12.2011 i forhold til forårstall skyldes at det tatt i bruk en ny tellemåte. Der det tidligere ble oppgitt antall pensjoner, blir det nå oppgitt antall pensjonister. Der det tidligere ble oppgitt oppsatte med mer enn tre års opptjening, blir nå samtlige oppsatte tatt med. Antall aktive deles på samme måte som før. Beregning av kostnad og forpliktelse påvirkes ikke.

Pensjonskostnaden for 2011 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelsen pr 31.12.2011 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2011. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2011 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2011. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Stortinget vedtok "Lov om endring i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtaler om tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Det er særlig to forhold i disse endringene som påvirker nivået på de beregnede pensjonskostnadene for 2010: 1) Laverer regulering av alderspensjon, fra dagens G-regulering til regulering tilsvarende "G - 0,75 pst.", og 2) effekten av en levealdersjustering for årskullene 1953 og tidligere som følge av økt levealder. Effektene for senere årskull av levealdersjustering mv. vil bli vurdert senere. Norsk regnskapsstiftelse har i sin uttalelse lagt til grunn at den regnskapsmessige virkningen skal tas når hendelsen har inntruffet, dvs når endringen er vedtatt. De vedtatte planendringene er derfor hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene samlet sett for Helse Helse-Midt Norge RHF foretaksgruppen ble redusert fra 1,3 mrd. kroner til -15 422 kroner.

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger slik dette er oppgitt i pensjonsleverandørens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

Note 18 Avsetning for forpliktelser

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
0	0	126 586	122 651
726 430	716 744	4 659 489	4 849 095
372 333	211 101	142 196	170 146
1 098 763	927 845	4 928 271	5 141 892
Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner		1033	1028

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnskostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttaksstilbelyghet varierer fra 16 % til 100 % mellom foretakene. Variasjonene mellom de enkelte avdelinger hos foretakene er også stor.

Investeringsstilskudd er i hovedsak knyttet til finansiering av nytt sykehus i Trondheim og kreftbygg i Ålesund.

Helse Midt-Norge overtok ansvaret for innbetalingene til Norsk Pasientskadeerstatning fra 1.1.2006. Det er ikke foretatt noen avsetning til forpliktelse pr 31.12.11 i Helse Midt-Norge RHF. Årlig tilskudd utgjør en andel av årets utbetalinger av erstatninger til Norsk Pasientskadeerstatning. Helseforetakene har avsett for framtidige forpliktelser knyttet til egenandeler. Ulike ørmerkede tilskudd til langsiktige formål inngår også i andre avsetninger for forpliktelser.

Tilskudd gitt til særskilte prosjekt, som pandemi og tiltak for arbeid og som er benyttet til investeringer er ført som utsatt inntekt og inngår i Andre avsetninger for forpliktelser. Tilskuddet inntektsføres i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Det er periodisert kostnader vedrørende overleverte bygg til St. Olavs Hospital HF og NTNU på henholdsvis tkr 184.049 og tkr 27.052 totalt tkr 211.101. For 2010 utgjorde periodiseringen tkr 323 536 for overleverte bygg til St.Olavs og tkr 48 797 for bygg overlevert til NTNU, til sammen tkr 372 333. Dette er en fremtidig forpliktelse for Helse Midt- Norge RHF, i foretaksgruppens regnskap er kun forpliktelsen ovenfor NTNU ført opp.

Note 19 Annen langsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
3 706 338	3 695 441	3 695 441	3 706 338
730 914	938 193	1	0
25 922	25 922	25 922	25 922
4 463 173	4 659 556	3 721 363	3 732 260
2 547 600	1 194 782	1 194 782	2 547 600

Annen langsiktig gjeld er Kunnskapsdepartementets overfinansiering av byggefase 1 ved St. Olavs Hospital. Gjelden vil bli avregnet mot Kunnskapsdepartementets finansiering av byggefase 2.

Note 20 Annen kortsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
192 683	76 810	562 368	632 905
147 038	227 957	0	0
17 810	19 045	783 845	738 532
1 199	1 257	107 182	115 375
0	0	26 236	17 092
264 673	276 043	629 682	636 909
623 403	601 112	2 109 313	2 140 814

Note 21 Pantstillelser og garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF (mor) fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge ble stående som garantist for pr. 31.12.2011 er på 52,2 millioner kroner. Herav gjelder 46,8 millioner kroner Lukas Stiftelsen. Restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.2011 på 16,2 millioner kroner mot 17,8 millioner kroner pr. 31.12.2010. Renter og avdrag på Lukas Stiftelsens lån blir dekket av Helse Midt-Norge RHF. Pr. 31.12.2011 gjenstår 16,2 millioner kroner av dette lånet.

Note 22 Nærstående parter

Helse Midt-Norge RHF er 100 % eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Midt-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Midt-Norges kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 345 mill kroner i 2011 mot 305 mill kroner i 2010, tilsvarende salg utgjorde 262 mill kroner i 2011 mot 252 mill kroner i 2010. Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Midt-Norge er Helse Midt-Norge RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Midt-Norge i 2011 utgjorde om lag 1 182 mill kroner. Sykehusapotekene i Midt-Norge sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 33 % av dette, mens den regionale IKT-enhet (Hemitt) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 42 %. St. Olavs Hospital sitt salg av blant annet løb-tjenester og behandlingshjelpemidler utgjør også en forholdsvis stor andel stor andel av det konserninterne salget. Videre har Helse Midt-Norge RHF ved Helsebygg hatt omsetning i 2011 knyttet til leveranser i forbindelse med byggeprosjekter i hovedsak hos Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf note 10 var å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS dekkes av helseregionene ut fra forbruk. Helse Midt-Norges kjøp fra Luftambulansetjenesten i 2011 utgjorde tkr 94 906 mot tkr 91 515 i 2010. Kjøp fra Hinas utgjorde tkr 479 i 2011 mot tkr 286 i 2010.

I 2009 ble Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS etablert. Foretaket behandler og utbetaler godtgjørelse for dekning av reiser mv til pasienter som har slike rettigheter. Kostnadene viderefaktureres den enkelte region og foretak ut fra pasientenes bostedskommunen, dvs opptaksområde. Disse kostnadene betraktes ikke som kjøp fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Det er kjøpt andre tjenester fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i 2011 for tkr 22 672 mot tkr 17 400 i 2010.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling av forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med Legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

I noen av helseforetakene er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at styremedlemmer og ledende ansatte ikke sitter med verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaksgruppen.

Note 23 Betingede utfall

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettsaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for det regionale helseforetaket eller foretaksgruppen ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet pr 31.12.2011.

Note 24 Universiteter og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette innebærer blant annet at Helse Midt-Norge plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. En forholdsvis stor andel av helseforetakenes faste eiendom, utstyr og andre formuesgjensstander blir disponert til undervisningsformål. Universiteter og høyskoler disponerer foretakenes formuesgjensstander vederlagsfritt. I henhold til instruks gitt av Helse Midt-Norge RHF's foretaks møte kan foretakene ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor universitet eller høyskoler har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Kunnskapsdepartementet.

I forbindelse med utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim er enkelte bygninger revet. Deler av disse har vært brukt i undervisningssammenheng. Kunnskapsdepartementet finansierer deler av utbyggingen og NTNU vil bli eier av 49 500 kvm av det totale arealet når hele utbyggingen er ferdig. Dette utgjør ca 25 % av den samlede bygningsmassen ved St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital HF og staten ved NTNU har oppnevnt et styre som skal ha ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service av all bygningsmasse som eies av partene i fellesskap. Styrets oppgave er å skape optimale vilkår for kjernevirksomheten ved sykehuset, samt å legge til rette for at klinisk virksomhet, forskning og undervisning kan drives integrert. Videre skal styret legge til rette for en kostnadseffektiv og lønnsom forvaltning av bygningsmassen.

Universitet og høyskoler disponerte 4 517 kvm i 2011 mot 5 185 kvm i 2010 hos St. Olavs Hospital HF. Arealene i nytt Universitetssykehus deles i følgende kategorier:

- Eksklusive arealer for NTNU
- Eksklusive arealer for St. Olavs Hospital
- Arealer som partene benytter i fellesskap - bruksarealer
- Fellesarealer

Note 25 Forskning og Utvikling

Foretaksgruppen

Ressursbruk innen FoU 2011

	Kostnader til		Kostnader til		Kostnader til	
	FoU - somatikk	FoU - psykisk helsevern	FoU - rus	FoU - annet	FoU - rus	FoU - annet
Lønnskostnader til forskning	67 410	27 719	7 756			
Andre driftskostnader til forskning	53 312	20 990	5 433			
Balansførte anskaffelser til forskning	200					
Lønnskostnader til utvikling	17 865	17 532	2 488			1 027
Andre driftskostnader til utvikling	13 981	14 266	1 423			84
Balansførte anskaffelser til utvikling						4 939
Sum	152 768	80 507	17 100	17 100	6 050	6 050

Totale regnskapsførte og beregnede ressursbruk innen Forskning og Utvikling utført i og av helseforetakene utgjorde ikr 256 425 i 2011. Helse Midt-Norge RHF's kostnader vedrørende tilskudd til stipendiater o.l. som driver sin forskning utenfor foretaksgruppen er ikke tatt med i tallene.

Til foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

Revisors beretning

Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF som består av selskapsregnskap, som viser et overskudd på kr 404 703 000, og konsernregnskap, som viser et overskudd på kr 416 586 000. Selskapsregnskapet og konsernregnskapet består av balanse per 31. desember 2011, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

Styret og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge, og for slik intern kontroll som styret og daglig leder finner nødvendig for å muliggjøre utarbeidelsen av et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om dette årsregnskapet på bakgrunn av vår revisjon. Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder International Standards on Auditing. Revisjonsstandardene krever at vi etterlever etiske krav og planlegger og gjennomfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon.

En revisjon innebærer utførelse av handlinger for å innhente revisjonsbevis for beløpene og opplysningene i årsregnskapet. De valgte handlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for at årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon, enten det skyldes misligheter eller feil. Ved en slik risikovurdering tar revisor hensyn til den interne kontrollen som er relevant for foretakets utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettviseende bilde. Formålet er å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets interne kontroll. En revisjon omfatter også en vurdering av om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene utarbeidet av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretaket og konsernet Helse Midt-Norge RHF's finansielle stilling per 31. desember 2011 og av deres resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag ISAE 3000 "Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon" mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Trondheim, 10. mai 2012

PricewaterhouseCoopers AS



Tore Helgesen
Statsautorisert revisor