

A photograph of a woman in blue scrubs looking down at a newborn baby lying in a hospital bed. The baby is wearing a white diaper and has a small tube in its nose. The background shows medical equipment and a hospital room setting.

Årsberetning 2002

Helse og livskvalitet

– i en ny sykehusverden



Dette skjedde i 2002

- Regionsykehuset i Trondheim (RiT) skiftet navn til St. Olavs Hospital 1. januar 2002.
- Virksomheten ble som et ledd i nasjonal statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002 overført fra fylkeskommunen til et nyopprettet Helseforetak, St. Olavs Hospital HF eid av Helse Midt-Norge RHE
- Foretaket fikk et styre som satte fokus på flere klart definerte forbedringsområder. Disse var: venteliste-situasjonen, korridorpasienter, økonomistyring og helse/miljø/sikkerhet (HMS).
- Det ble våren 2002 feiret 100-års jubileum for sykehuset på Øya i Trondheim.
- Stortinget vedtok våren 2002 at nytt universitetssykehus skulle ligge på Øya i Trondheim, og at byggingen av fase 1 kunne igangsettes.
- St. Olavs brukerpris ble delt ut for første gang. Prisen har som intensjon å oppmuntre og inspirere mennesker som i særlig grad har bidratt til styrket kvalitet i sykehusets pasientrettede tjenester. Prisen gikk til Odd Walter Syltevik.
- Det ble besluttet at Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF (PHST) skulle fusjonere med St. Olavs Hospital HF fra 1. januar 2003, og at Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF (OSS) skal fusjoneres inn fra 1. januar 2004.
- Roar Arntzen tiltrådte som foretakets nye administrerende direktør i august 2002.
- Arbeidet med å bygge Laboratoriesenteret og Kvinne-Barn senteret ble påbegynt i desember 2002.

Nøkkeltall 2002

Normerte senger	922
Liggedøgn	284 625
Innlagte pasienter	44 581
Dagpasienter	21 418
Polikliniske konsultasjoner	260 486
herav nyhenviste	100 857
Liggedager	285 277
Gjennomsnittlig liggetid i døgn	6,2
Utnyttelsesgrad av senger	93,6 %
Øyeblikkelig hjelp-henvendelser	60 %
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	195
Antall pasienter på venteliste totalt	18 934
DRG-indeks	1,25
Årsverk (somatikk)	4 507

Se utfyllende tabell side 34-35.

Redaktør:

Informasjonsleder Marit Kvikne

Utgitt: juli 2003

Opplag: 3000

Ansvarlig utgiver:

St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim

Idé, layout og produksjon:

Grafisk Kommunikasjon AS – Ulf B. Amundstad



Innhold

En reform til glede eller ergrelse ? 4

Dette er St. Olavs Hospital HF 6

Presentasjon av de kliniske avdelinger 8

Akutt nødhjelp og narkose 8

Sykdomsbilder "live" og tredimensjonalt 10

Med hjertet på rette stedet 12

Når sanseapparatet svikter 13

Full klaff for slitne hjerter 14

Pust og plage 16

Midt i eldrebølgen 18

Stråleterapi og hudkrem 20

Når hjernen skal stimuleres 22

Opererer under press 24

Beinbrudd og vonde ledd 25

Sykehusets minisamfunn 27

Kvinneliv i alle faser 28

Mestring i praksis 29

Livet snudd på hodet 30

Prøver gir svar 32

Hvordan står det til? 33

Nøkkeltall 34

Styrets beretning og regnskap 36

Styrets beretning 37

Regnskap 41

Noter til regnskapet 44

Organisasjon og ledelse i 2002 52

Dette er Helse Midt-Norge 54





En reform til glede eller ergrelse?

Sykehusreformen, ifølge mange den største endringen i offentlig styring på mange tiår, har vært i funksjon i halvannet år. Reformen innebærer at gigantiske organisasjoner, i norsk sammenheng, får en vid selvbestemmelsesrett, skal tilpasse seg et marked og endog konkurrere med hverandre. Men også samhandle mer effektivt enn før. En helt annen økonomitelling skal på plass. Kontantprinsippet som hersker i offentlige institusjoner skal erstattes av driftsregnskap, balanse hvor verdier skal avskrives og kontantstrømanalyse. Rent teknisk en utfordrende oppgave, mentalt noe helt nytt.

Det er ikke bare sykehusene og de nyopprettede regionforetakene som skal inn i en annen verden. Også departementet har endringsutfordringer som eier av et stort antall frittstående foretak/selskap. Departementets hovedoppgave er å skaffe styrene i de nye foretakene et handlingsrom å arbeide i. Ikke et uendelig stort rom, men stort nok til at eiers forventning til foretakene realistisk kan innfris. Innføring av regnskapsloven gjør det ikke lenger mulig å feie økonomiske utfordringer under teppet. Vedlikeholder man ikke bygningsmassen og utsetter fornyelse av medisinsk utstyr, tyter dette frem som røde tall i regnskapene. Det å delegere ansvar for en virksomhet til et styre medfører også at en tilhørende myndighet må delegeres, en hittil relativt ukjent øvelse i det offentlige byråkrati.

Den egentlige bakgrunnen for reformen snakkes det lite om. Strid mellom fylkeskommunene og stat, sammen med behovet for å se helsetjenester i en regional sammenheng, er begreper som nevnes, men den egentlige grunnen er enkel; behovet for å stoppe den enorme kostnadsutviklingen i helsesektoren. Ressursbruken i norsk helsesektor har over lang tid hatt en voldsom vekst, langt større enn behandlingsskapiteten synes å ha vokst. Selv det rike norske samfunnet hadde ikke råd til å fortsette denne utviklingen. Vi må evne å effektivisere systemet betydelig gjennom å skape samhandling mellom helseforetakene. Selv om vi alle gjerne vil ha et sykehus nær der vi bor, som kan tilby behandling for nær sagt alle sykdommer vi kan bli rammet av, er ikke dette mulig. Det er ikke bare pengerressurser som ikke strekker til, også kompetanse. Moderne behandlingsmetoder er ofte kompliserte og krever at personalet kontinuerlig får praktisere disse. Selv den dyktigste kirurg vil gjøre kvalitetsmessig dårlig arbeid hvis en komplisert operasjon gjentas med måneders mellomrom.

Sentralisering av medisinske spesialistfunksjoner er derfor en nødvendighet for å skape god kvalitet. Det er imidlertid ikke slik at sentralisering alltid betyr samling i de store befolknings-sentrene. Vi kan oppnå like god kvalitet dersom vi legger slike funksjoner til et mindre sykehus, men dette er også sentralisering.

Private aktører skal gis større rom i norsk helsevesen. Målet er at tjenestetilbudet skal øke og at konkurransen skjerpes. Økt konkurranse er på mange områder et gode, men det krever noen fundamentale forutsetninger. De som konkurrerer bør ha like vilkår og respekt for at helsetjenester er noe mer enn en vanlig tjeneste. Når vi er syke blir vår vurderingsevne og rasjonalitet i første rekke knyttet til å få hjelp – nesten for enhver pris. "Selgermakten" er enorm i forhold til andre bransjer, og det kreves en sterk offentlig kontroll for at syke mennesker ikke skal bli lurt. I dag velger de private aktørene å arbeide innenfor nisjer i markedet, ikke uventet der hvor lønnsomheten er god. At ingen private aktører tilbyr øyeblikkelig hjelp er ikke overraskende. Det å drive akuttmedisin 24 timer i

døgnet 365 dager i året er svært kostbart og lite lønnsomt, men det må gjøres. De offentlig eide sykehusene har i dag et slags omvendt monopol på øyeblikkelig hjelp.

Offentlige sykehus har et slags omvendt monopol på øyeblikkelig hjelp

Loven pålegger oss å yte øyeblikkelig hjelp til alle som trenger det. Hvis privateide aktører får skumme markedet for de mulighetene som gir god lønnsomhet og resten overlates til de offentlig eide blir det unfair konkurranse.

Når øyeblikkelig hjelp utgjør mer enn halvparten av virksomheten ved St. Olavs Hospital, sier det noe om vår mulighet til å drive økonomisk likeverdigg som privateide aktører. Disse bør derfor pålegges å ta sin del av den økonomisk krevende delen av helsemarkedet.

Vi er i ferd med å bygge et helt nytt sykehus ved St. Olavs Hospital. Første byggetrinn er under oppføring og vi bygger for over fem millioner kroner hver arbeidsdag, et gigantisk prosjekt. Ideene, planlegging, prosjektering og bygging av første byggetrinn ble gjort i forrige økonomiske regime, mens andre byggefase skal omformes og tilpasses dagens. Jeg tror det er riktig å innrømme at prosjektet hadde sett annerledes ut hadde sykehusreformen kommet for ti år siden. Ivaretagelse av eksisterende verdier sammen med fokus på driftsøkonomi ville



Administrerende direktør Roar Arntzen.

skapt andre løsninger, uten at det er å forstå som kritikk av det tidligere arbeidet. Utfordringen vår ligger i å skape et hele som i størst mulig grad kan drives i henhold til dagens rammebetingelser. Mange føringer er lagt i byggefase én og kan vanskelig endres uten at det medfører betydelig kostnadsøkning. Den grovskissen som nå foreligger for byggefase to, ligger innenfor de opprinnelige økonomiske rammene og hensyntar driftsforholdene så godt forholdene tillater. Den største utfordringen ligger i mellomperioden. Da skal vi i prinsippet drive to nesten uavhengige sykehus med de utfordringer det representerer bemanningsmessig og logistisk.

Vi bygger ikke bare et sykehus, men en integrert universitetsklinikk. Studenter, lærere og forskere skal være en naturlig del av sykehusets virksomhet hvor universitetet og klinikken har gjensidig glede av et nært samboerskap. Vi har allerede et godt forhold mellom læringsmiljø og sykehus i Trondheim. Det medisinske fakultet ved NTNU har tradisjonelt hentet vesentlige deler av sitt akademiske personale fra St. Olavs Hospital, og vi henter svært mange av våre leger fra fakultetet. Samarbeidet omkring utdanning og forskning er svært godt. Slik det nye sykehuset fremstår på tegninger og skisser har samhandling mellom akademia og klinikk alle muligheter for en ytterligere forbedring fremover.

Jeg er overbevist om at sykehusreformen er et godt virkemiddel for å nå samfunnets mål om å få kontroll over kostnadsveksten i helsesektoren. Det er imidlertid viktig å være klar over at slike prosesser er tidkrevende. Inneværende års statsbudsjett med kutt i bevilgningene til helseforetakene, og i til-

Ønsker man
å ta reformen på
alvor?

legg forslag om ytterligere inntektskutt i revidert statsbudsjett, tyder på at man ikke har en realistisk forventning til tidskonstantene man står overfor. Et stort antall mennesker la i 2002 ned en betydelig ekstrainsats for å redusere ventelister og ventetider. Responsen på dette har vært særdeles positiv fra våre politikere på det verbale plan, men negativ på det økonomiske. Dette har allerede ført til at mange stiller spørsmål om man i realiteten ønsker å ta reformen på alvor, eller om

man likevel opprettholder det gamle systemet som var preget av lite forutsigbarhet og delvis detaljstyring. Å dømme reformen på det nåværende tidspunkt er

alt for tidlig, men hvis man fortsetter med den uforutsigbarhet og avvik fra reformens grunnidé som har fremkommet de siste månedene er det stor fare for at det hele blir et feilslag med utbredt ergrelse som resultat. Det har det norske samfunn definitivt ikke råd til!

Mange føringer
er lagt i
byggefase én

Som notorisk optimist gleder jeg meg over de resultatene som reformen har skapt og de som kommer på løpende bånd fremover.

Roar Arntzen
Administrerende direktør

Dette er St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital er ett av fem universitetssykehus i Norge, og eies av Helse Midt-Norge RHF. Oppdraget gis gjennom et årlig styringsdokument og budsjett fra eier. Foretaket har eget styre.

St. Olavs Hospital er lokalsykehus for deler av befolkningen i Sør-Trøndelag, sentralsykehus for hele fylket og regionsykehus for Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag fylker. I tillegg ivaretas enkelte flerregionale og nasjonale funksjoner.

St. Olavs Hospital er lokalisert på Øya i Trondheim, hvor også det nye sykehuset er under bygging. Munkvoll rehabiliteringssenter, Hjerteklinikken St. Elisabeth og Røros sykehus er virksomheter i St. Olavs Hospital, men ligger geografisk utenfor hovedsykehuset. Det samme gjelder Psykisk helsevern, som ble en del av foretaket fra 1. januar 2003.

Oppgavene

Oppgavene er definert i Lov om spesialisthelsetjenesten.

Disse omfatter:

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

Idégrunnlaget

St. Olavs Hospital skal i samvirke med helsetjenesten for øvrig bidra til å forbedre befolkningens helse, og dermed livskvalitet.

St. Olavs Hospital skal ivareta helsetjenestens generelle ambisjon om å gi befolkningen en bedre evne til å:

- beholde god helse lengst mulig i livet
- bli frisk når sykdom rammer
- leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger og
- møte livets slutt på en trygg og verdig måte.

Visjonen

St. Olavs Hospital – en kilde til helse og utvikling

Verdiene

St. Olavs Hospitals verdi grunnlag bygger på fire grunnverdier:

- Helhet
- Likeverd
- Medbestemmelse
- Respekt

Universitetssykehuset

St. Olavs Hospital er et integrert universitetssykehus med kort vei mellom pasient, student og forsker. Trondheim som teknologihovedstad, og miljøet rundt NTNU, SINTEF og sykehuset, har satt St. Olavs Hospital på kartet. Dette samarbeidet gir sykehuset spesielle muligheter til medisinsk-teknologisk forskning og utvikling på høyt internasjonalt nivå.

St. Olavs Hospital har en sentral rolle i utvikling av det nye universitetssykehuset. Arbeidet koordineres av Enhet for nytt sykehus ved St. Olavs Hospital, i samarbeid med NTNU og Helsebygg Midt-Norge.

Nasjonale kompetansesentre

- 3D ultralyd innen laparoskopisk kirurgi (kikkhullskirurgi), nevrokirurgi (hjernekirurgi) og endovaskulær kirurgi (røttinggjennomlysning av hovedpulsåren)
- Avansert laparoskopisk kirurgi (kikkhullskirurgi)
- Ortopediske implantater
- S sammensatte lidelser (tverrfaglig smertesenter)
- Fostermedisin (diagnostikk og behandling)
- Hodepine
- In vivo MRI spektroskopi ("ublodig biopsi" for å måle biokjemisk stoffomsetning på mennesker)

Landsfunksjoner

- Fostermedisin (invasive prosedyrer med høy risiko)
- Fotoferebehandling (fotokjemisk behandling av hvite blodlegemer ved visse typer hudsykdommer og ved transplantater)
- Spinale lidelser (avanserte rygg- og nakkelidelser)
- Sentral fagenhet for dømte til tvungen omsorg (Psykisk helsevern)

Flerregionale funksjoner

- Neonatalkirurgi ved alvorlige medfødte misdannelser
- Rehabilitering av ryggskader (spinalenheten)
- Sædbank
- Kompetansesentre for funksjonell MRI (metode for å undersøke hvordan organer fungerer)
- Sikkerhetsavdelinger (Psykisk helsevern)
- Sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri (Psykisk helsevern)



Foto: Rune Petter Ness

Styret

Adm. direktør
Roar Arntzen

Strategisk stab

St. Olavs driftsservice

Gunnar Bækken

- Allmenn teknikk
- Arbeidsmiljø
- Barnehager
- IT-avdelingen (til 01.06.03)
- Logistikk og forsyning
- Lønn og regnskap
- Mat og cafe
- Medisinsk teknikk
- Renhold
- Sterilsentralen
- Transport og sikkerhet

Enhet for økonomi
Stein Sundmoen

Enhet for administrasjon og informasjon
Helga Fosse Hegrenæs

Enhet for personal og organisasjon
Liv Sjøvold

Enhet for samhandling
Rolf J. Windspoll

Enhet for nytt sykehus
Anne Kari Steinsvik

Enhet for helsefaglig rådgivning
Grete Samstad
Ola Bergslien

Avd. for anestesi og akutt-medisin

Sven E. Gisvold

Avd. for bilde-diagnostikk

Henrik Larsson

Avd. for hjerte-medisin

Knut Bjørnstad

Avd. for hjerte-og lungekirurgi

Asbjørn Karevold

Medisinsk avd.

Eiliv Brenna

Avd. for kreft-og hud-sykdommer

Ursula Falkmer

Avd. for øre-nese- hals-, kjeve- og øyesykdommer

Mette Bratt

Nevroklubnikken

Geirmund Unsgård

Lunge- og arbeids-medisinsk avdeling

Sigurd L. Steinshamm

Kirurgisk avdeling

Ola D. Sæther

Avd. for ortopedi og revmatologi

Henrik Sandbu

Avd. for barn og ungdom

Gudmund Marhaug

Kvinneklubnikken

Fredrik Sunde

Avd. for kliniske service-funksjoner

Lise Støylen

Avd. for fysisk medisin og rehabilitering

Gisle Meyer

Avd. for psykisk helsevern

Randi Williamsen

Avd. for laboratorie-medisin

Siri Bratlid

Avdeling for ANESTESI- OG AKUTT MEDISIN

- Anestesiavdeling for bedøvelse/narkose (ca. 21 000 pasienter årlig).
Tverrfaglig smerteklinikk og nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser.
- Ambulansetjeneste (medisinsk ansvar), ca. 22 000 oppdrag årlig.
- Intensivavdeling (ca. 600 pasienter).
- Akuttmottak for øyeblikkelig hjelp (ca. 18 000 pasienter).
- AMK-sentral for legevaktforespørsler og nødhjelpstelefon 113. Ca. 50 000 henvendelser pr. år.
- Totalt ca. 310 stillinger. Avdelingsjef: Sven Erik Gisvold.

Akutt nødhjelp og narkose

Det handler om tre ting. Smertelindring. Livreddende medisin. Og, mest av alt, om *tid*.

Ved Avdeling for anestesi- og akuttmedisin er håndteringen av kritiske situasjoner drillt til ren rutine. Når nøden er størst, er hjelpen nærmest om man ringer 113 og AMK-sentralen (Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral). Der sitter erfarne sykepleiere som, via telefonen, vurderer situasjonen og gir råd om førstehjelp, mens ambulanskoordinatoren studerer digitale kart og alarmerer nærmeste sykebil (AMK-sentralen har tatt i bruk satellitt-peilesystem) eller Luftambulansen. Samtidig blir det, når skaden eller sykdomstilfellet vurderes som alvorlig, utløst såkalt "traumevarsel". Da stiller et vaktteam av leger og sykepleiere i akuttmottaket, klare til å ta i mot pasienten.

Traumeteam

- Joda, det foregår omtrent som på TV'n, i "Akutten" og "Hospitalet", bekrefter avdelingssjefen, Sven Erik Gisvold: Det bærer rett fra ambulansen til en rask diagnose: Foreligger det livstruende blødninger? Hodeskader? Sjøkktilstand? Er det behov for øyeblikkelig kirurgisk inngrep? Sekundene teller, hvert traumeteam har sin kommandant, som fatter de avgjørende beslutninger. Faglige diskusjoner tas i etterkant.

I ambulansen

Helst skal behandlingen starte som kyndig førstehjelp på skadestedet – og i ambulansen.

Dagens ambulanspersonell har kunnskapene som kreves for å gi livreddende førstehjelp, smertelindring og intravenøse medikamenter – for eksempel ved hjertestans. De er fagarbeidere, sykehusets forlengede arm, ikke bare sjåfører, sånn som før i tiden. AMK-sentralen håndterer også henvendelser til allmennlegevakten i Trondheim (som styres av

kommunen), mens Skaden er stedet for behandling av en brukket finger, et kuttsår, eller et ødelagt kne. Her er det Ortopedisk avdeling som har det medisinske ansvaret, mens Akutten stiller sykepleiere.

Narkose og intensivmedisin

Anestesi (latin; "uten følelse") omfatter både generell narkose, der hele kroppen bedøves, regional anestesi (for eksempel spinal- eller epidural, der pasienten er våken), og bedøvelse av nerver i avgrensede områder. Det gjøres 21 000 anestesi-behandlinger årlig, to tredjedel som full narkose, ved sykehusets sentrale operasjonsenhet, og ved "satellitter" knyttet til sykehusets ulike avdelinger. Anestesen er en sentral del i det komplekse samspillet som foregår på et sykehus.

Intensivmedisinen er også en kjernefaktor – og en flaskehals, ved St. Olavs Hospital, som ved de fleste andre sykehus. Den er faglig krevende, og fordrer stor bemanning; 6 sykepleierstillinger pr. seng; én sykepleier non-stop ved senga. Her behandles pasienter etter store operasjoner eller alvorlige ulykker. Mange ligger i respirator. Det går bra med de fleste, 85 % overlever. Takket være stadig mer avansert teknisk utstyr, og spesialutdannet personale som, bokstavelig talt, jobber for livet – døgnet rundt.



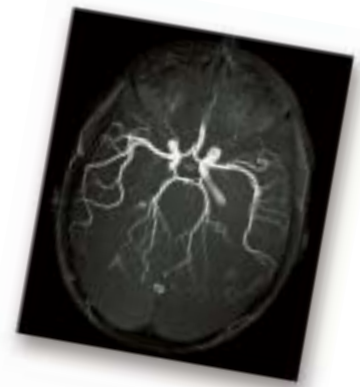
AMK-sentralen. Hit kommer nødansøpene, og herfra styres legevaktjeneste, ambulansetrykninger og akuttmottak.



Anestesen er en sentral del i det komplekse samspillet som foregår på et sykehus.

Avdeling for BILDEDIAGNOSTIKK

- Bistår sykehusets avdelinger med alle typer bildediagnostikk; fra røntgenfotografering og ultralyd, til 3-dimensjonal computertomografi (CT) og MR-undersøkelser i "trommel".
- Til sammen 180 000 røntgenundersøkelser (i 2002) ved Hovedrøntgen, og ved St. Elisabeth, Røde Kors og flere avdelinger. Dette inkluderer 30 000 CT- og 8 500 MR-undersøkelser
- Sterk satsing på forskning og kompetanseutvikling. Nasjonalt kompetansesenter for In vivo MRI spektroskopi ("ublodig biopsi" for å måle biokjemisk stoffomsetning på mennesker) og kompetansesenter for funksjonell MRI.
- 170 ansatte. Avdelingssjef: Henrik Larsson.



Fremstilling av blodårene i hjernen med MR.

Sykdoms bilder "live" og tredimensjonalt

- Kommer du til Skaden med en brukket finger, bærer det alltid på røntgen. Det er rutine – og den enkleste form for røntgen vi kan tilby. Men spennvidden er stor innenfor bildediagnostikken; man har mange flere undersøkelsesteknikker, også av svært komplisert karakter.

Ved fotografering i MR-trommel dannes bildene *uten* bruk av røntgenstråler, men med magnetfelt og radiobølger. Det lages bildedannede tverrsnitt, lag for lag, og man kan framstille kroppens organer tredimensjonalt, fra ulike vinkler, også i form av filmliknende bildeserier som viser hvordan blodstrømmen går gjennom en infarkt-skadd hjertemuskel – eller rundt en blodpropp i hjernen. Man kan også injisere et sporstoff (radioaktiv isotop) som følges med gamma-kamera.



Kombinasjon av teknikker

- MR-teknologien er, akkurat som ultralyd og CT (computer tomografi), inne i en voldsom utvikling, forteller Henrik Larsson, sjef ved Avdeling for bildediagnostikk: Det ligger blant annet fascinerende muligheter i kombinasjonen av disse teknikkene og det vi kaller angiointervensjon, der man går inn via blodårer og opererer innenfra, mens "kamera går". St. Olavs Hospital har søkt om å få etablere et nasjonalt kompetansesenter på dette feltet. Trondheim har både faglige tradisjoner, ekspertise og utstyr.

- Utstyret er ikke billig?

- Vi er nok en av sykehusets dyreste avdelinger. En MR-scanner koster mellom 15 og 30 millioner kroner. CT-scanneren rundt 10 millioner. Avdelingen har fire scannere av hver type. Og de må betjenes av spesialutdannete folk. St. Olavs Hospital vil, i løpet av 2003, ha den mest moderne, heldigitaliserte bildediagnostiske avdelingen i Midt-Norge.

På MR-poliklinikken tar man pasienter også på kveld, det gjelder å utnytte utstyret. Dessuten har vi vaktberedskap nattetid. En MR-scanning eller CT kan være livsviktig for eksempel ved slagtilfeller, akutte infeksjoner eller blødninger i ryggmargen.

Rivende utvikling

For femten år siden ble MR primært brukt ved hjerneundersøkelser. I dag er MR anvendelig på de fleste områder der det kreves avansert diagnostikk. MR- og CT-scannerne blir raskere og raskere, og bildeoppløsningen stadig finere. Dette er viktig, når det søkes etter ørsmå kreftkuler.

Utstyrsmessig er trondheimsmiljøet blant de beste i Europa. På ett område ligger man imidlertid bak: Det gjelder bruken av PET, et veldig avansert (og veldig kostbart) system for 3-dimensjonal bildediagnostikk, som er spesielt anvendelig når man skal diagnostisere kreft.

Norske helsemyndigheter teller på knappene; skal det satses nå?

Den tekniske utviklingen kan neppe reverseres, og man ser allerede konturene av en framtid der kirurgene opererer med "realtime imaging" – kjører rundt i kroppen, omtrent som i et dataspill, styrer med joysticks, sjekker tarmer og blodårer, og gjør de nødvendige inngrep på direkten.

Data- og digitalrevolusjonen skyter fart. Greier doktor'n å henge med i svingene?

Undersøkelse i MR-trommel.



I lokalbedøvelse stikkes tynne katetre inn i blodårene, slik at man kan operere skånsomt innenfra.

Avdeling for HJERTEMEDISIN

- Utreder og behandler hjertesykdommer. Ca. 4 500 innleggelseser i året, 97 % som øyeblikkelig hjelp. De fleste behandles med medikamenter, men avdelingen foretar også utblokking av kransårer (angina og hjerteinfarkt), ablasjon ved hjerterytmeforstyrrelser – samt innlegging av pacemakere og hjertestartere. Rundt 650 av pasientene overføres til kirurgisk behandling ved hjerteklinikken på St. Elisabeth.
- 186 stillinger. Avdelingssjef: Knut Bjørnstad

Med hjertet på rette stedet

Noen merker det gradvis. Hos andre kommer hjerteplagene som lyn fra klar himmel - som et akutt hjerteinfarkt. St. Olavs Hospital tar i mot mellom 600 og 700 slike pasienter hvert år. Ved et akutt infarkt går det gjerne fort for seg, på flere måter; fra den dramatiske ankomst under blinkende blålys og hylende sirener - til pasienten, få dager senere, kan rusle ut fra sykehuset, litt forstumlet, men forbausende sprek.

Rask behandling

- De fleste overlever et hjerteinfarkt, forteller Knut Bjørnstad, sjef ved Avdeling for hjertemedisin:
- Det skyldes ikke bare sykehuset. Ved hjerteinfarkt er det livsviktig med rask behandling, og det har skjedd store fremskritt når det gjelder såkalt prehospitaletrombolys; det vil si bruk av blodpropp-løsende medisin - gitt på stedet, av ambulanspersonell eller primærlege.
Sykdommen hjerteinfarkt, og dens forløper - angina, skyldes en total eller delvis forstoppelse i kransårene inn til selve hjertet. Dårlig blodtilførsel og surstoffmangel ødelegger deler av hjertemuskelen.

Ballong og stent

Utblokking kan utføres som et supplement eller som et alternativ til trombolys; Man går inn i blodåren via lysken eller armen, og med en tynn metallstreng føres det en ørliten "ballong" inn i det sperrete området, slik at det skapes en passasje. Deretter settes det inn en stent, et lite stålgeritt, som holder blodåren åpen. Dette gjøres hos mange i dag, og metoden er faktisk veldig skånsom for pasienten.
- Men skrekken sitter i?
- Et infarkt er tøft, også psykisk. Derfor forsøker vi å følge opp pasientene gjennom individuelle, polikliniske konsultasjoner, og ved "Hjerteskolene", der utskrevne pasienter samles i grupper.

Når hjertet løper løpsk

Også i behandlingen av alvorlige hjerterytmeforstyrrelser gjøres det store fremskritt. Når hjertet når en pulsfrekvens på over 200 slag i

minuttet, kan tilstanden bli livstruende. Årsaken er en "overledning" i nervetrådene som styrer hjertet, og behandlingen kalles "ablasjon"; man lokaliserer feilen, går inn med kateter og svir av nervetrådene som forårsaker problemet. Suksessraten er veldig god, og metoden brukes på stadig flere - også barn.

Utviklingen går framover, også på pacemaker-fronten: Ved St. Olavs Hospital legges det inn 100 - 150 pacemakere årlig. En pacemaker varer rundt ti år, og det foretas i dag en del utskiftninger til mer raffinerte modeller.
En mindre gruppe pasienter, blant dem også noen yngre mennesker med medfødt, alvorlig rytmeforstyrrelse, får hjertestartere. Dette er høyteknologisk og dyrt utstyr. En hjertestarter koster rundt 250 000 kroner. Det legges inn 30 - 35 slike hjertestartere pr. år, og for pasientene som får tilbudet er dette i realiteten en innebygd livsforsikring.

Bruk av ultralyd

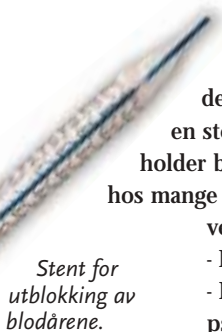
Avdeling for hjertemedisin er sterkt involvert i undervisning av studenter og helsepersonell, og det drives utviklingsarbeid på en rekke områder. To doktorgradsstipendiater er blant annet i gang med forskning på bruk av ultralyd i diagnostikk og behandling av hjertepasienter. Miljøet rundt SINTEF NTNU og sykehuset har, helt siden 1970-tallet, markert seg blant verdens ledende når det gjelder nettopp ultralydteknologi.
- Tverrfaglig forskning er spennende, det stimulerer hele miljøet, sier Bjørnstad: Vårt store problem ligger i korridorene. Avdelingen har en voldsom overbelastning. Med 97 % akuttinnleggelseser, 20 - 25 nye pasienter pr. døgn i hektiske perioder, og en utnyttelsesgrad på 113 % koker det seg. Nå gjøres det imidlertid flere bygningsmessige inngrep. To nye laboratorier skal erstatte dagens utrangerte, og utvidet kapasitet på overvåkningen vil bedre forholdene for pasienter og personale.



Pacemaker.



Ultralydbilde av hjerte.



Stent for utblokking av blodårene.

Avdeling for

ØRE/NESE/HALS-, KJEVE- OG ØYESYKDOMMER

- Tre fagseksjoner som behandler sykdom og skader i "hele" hodet (bortsett fra hjernen).
- Små og store kirurgiske inngrep, fra fjerning av betente mandler til hornhinnetransplantasjoner i øyet og kreftoperasjoner i hals og munnhule. Omfattende forsknings- og undervisningsvirksomhet.
- Hele avdelingen skal samles i det nye Nevrosentret, som står ferdig høsten 2006.
- Ca. 2 200 innleggelses, totalt ca. 27 500 polikliniske konsultasjoner.
- Totalt ca. 150 ansatte. Avdelingsjef: Mette Bratt.

Når sanseapparatet svikter

Grå stær? Betente bihuler? Nesepolypper? Vonde halsmandler? Eller kronisk øresus?

Uansett; sykdommen berører sanseapparatet - syn, lukt, smak og hørsel. Og skulle man i tillegg lide av det fagfolk kaller "sosial" snorking, er faren til stede for at også de varme, sanse-lige følelser – i alle fall hos soveromspartneren – gradvis gryntes bort.

Snorking, en helserisiko

Snorking er en plage for mange. I fjor sendte sykehuset over hundre trønderske snorkere til Sverige. Ventelistepasienter som fikk både utredning og behandling – takket være penger fra den såkalte utenlandsmilliarden. - Snorking kan være ille nok, forteller avdelingsjef Mette Bratt: Har man et pustestoppssyndrom, kan det bli for lite surstoff i blodet, slik at risikoen for hjerte/kar-sykdommer øker. Men det finnes gode behandlingsmetoder, for eksempel slankeprogram, bruk av bittskinner eller søvnmåske – og operasjon.

Doktor-dugnad

- Vi får tatt unna en god del snorkeoperasjoner gjennom vårt såkalte "fritidsprosjekt", der avdelingens leger og sykepleiere jobber dugnad på kveldstid og i helgene. Dette gjelder også andre relativt enkle operasjoner, som operativ fjerning av visdomstenner – og grå stær. Nå har ventetiden også blitt mye kortere. Ved Øyeseksjonen har man knapt ventelistepasienter i det hele tatt. Der tar man unna 2 500 operasjoner i året (hvorav 1 100 grå stær), og den polikliniske aktiviteten er trappet opp til 17 000 konsultasjoner i året. Behandlingstilbudet for øyepasienter er variert – og til dels meget avansert: Blant annet laserbehandling av netthinne hos diabetikere og for tidligfødte barn (for å hindre senere blindhet), photodynamisk terapi (PDT) av aldersrelatert netthinneforkalkning, endoskopisk tåre-veiskirurgi ("kikkhullskirurgi"), bruk av amnionhinne ("morkakehinne") til dekking av hornhinnesar som ikke gror med tradisjonell behandling – og laseroperasjon av hornhinneskader og -skjevheter, der briller og kontaktlinser ikke kan brukes.

Kreftoperasjoner

Ved Øre/nese/hals/kjeve sengepost er mer enn halvparten kreftpasienter. Dette er pasienter med svulster i strupe, nese, munn eller svelg. Mange blir strålebehandlet, man har et nært samarbeid med Kreftavdelingen. Men 4 – 5 ukers strålebehandling har bivirkninger; spyttkjertlene settes ut av funksjon, det



Synsundersøkelse ved Øyeseksjonen, som har spesiell kompetanse på hornhinnetransplantasjoner og netthinne-kirurgi.

oppstår sårhet og stor fare for tannrøte. Strålebehandling kan heller ikke settes i gang før pasientens tenner er i perfekt stand, ellers risikerer man infeksjoner. Derfor står en egen tannklinikk høyt på avdelingens prioriteringsliste. Den tenkes lagt til kjeveseksjonen, og kan være en nyttig del av behandlingstilbudet også for andre avdelinger ved sykehuset.

Ved kjevekirurgisk avdeling gjøres det for øvrig noe tannlegearbeid også i dag, med behandling av psykisk utviklingshemmede i narkose. Mye av kjevekirurgens hverdag går med til å gjenoppbygge ansiktsskjelett etter omfattende kreftoperasjoner og ansiktsskader.

Støyskader med etterklang

Tinnitus (kronisk øresus) er noe som ofte kommer med alderen. Mange pasienter er hørselssvekkede, eldre menn med bakgrunn fra støyende arbeidsplasser. Tinnitus kan være veldig plagsomt, verken tabletter eller operasjon fjerner symptomene, man må lære å leve med plagene. Det skumle er at tinnitus gjerne melder seg flere tiår etter at skaden blir påført. Dagens disco- og walkman-generasjon kan ha noe i vente ...

Avdeling for HJERTE- OG LUNGEKIRURGI

- Lokalisert til St. Elisabeth-klinikken, sykehusets "filial" for hjerte- og lungekirurgi. Regionalt senter, som tar pasienter fra hele Midt-Norge.
- Utfører ca. 620 åpne hjerteoperasjoner pr. år (bypass-inngrep, hjerteklaff-kirurgi m.m.) og ca. 120 lungeoperasjoner. Driver også undervisning og forskningsaktivitet.
- Antall årsverk: 110. Avdelingssjef: Asbjørn Karevold.

Full klaff for slitne hjerter

Han nærmet seg 90 år, hadde nettopp vært gjennom en hjerteklaff-operasjon, og fikk spørsmål om å stille til intervju med et legetidsskrift; journalisten ville vite om hjertekirurgi var god medisin, også for så gamle mennesker? Gubben dro litt på det. Han hadde i grunnen dårlig tid. Han skulle på sangerseminar med Trondheim pensjonistkor, hvor han hadde fast plass i bassrekka. Dessuten ville han ikke gå glipp av bowlingen ...

Ingen aldersgrense

- Siden 1990 har vi operert 220 pasienter over 80 år. Bare i fjor fikk 40 personer over 80 år hjertekirurgi. Her finnes ingen aldersgrense, sier Asbjørn Karevold, kirurg og avdelingssjef ved St. Elisabeth, ett av Norges sju hjertekirurgiske sentre: Resultatene er gode, 80 % av disse pasientene lever minst tre år etterpå, og de får et mye bedre liv. Dessuten slipper de å bruke dyre medisiner, så dette er også samfunnsøkonomisk forsvarlig – selv om en åpen hjerteoperasjon koster rundt 100 000 kroner.

620 inngrep i året

Hjerteklaff-operasjoner utgjør rundt 150 av de totalt 620 hjertekirurgiske inngrepene som gjøres årlig. Det store flertall er kranseåre (bypass)-operasjoner. Man regner med at behovet for åpne hjerteoperasjoner i Midt-Norge ligger mellom 700 og 800 årlig, så noen pasienter må sendes til klinikker andre steder i Norge, eller til utlandet. De er likevel ganske få. Pasienter flest foretrekker sitt "eget" sykehus, så det arbeides for å øke kapasiteten - og kutte ventetiden - ved St. Elisabeth. I dag tas uprioriterte pasienter stort sett innen 3 måneder. Hastesaker går selvfølgelig mye raskere. Hjerteklinikken har tre hjerte/lungemaskiner, og kontinuerlig døgnvakt for akutt-tilfeller.

Mesteparten drives likevel som planlagte operasjoner, vanligvis 14 hver uke. Dette er tung kirurgi, som krever tett oppfølging i etterkant. Klinikken har egen intensivavdeling, noe som er en stor fordel når man skal utnytte ressursene, unngå flaskehalsar og få til en god pasientflyt.

Alle hjertekirurgiske pasienter er inne til poliklinisk kontroll etter fire uker, og alle får tilbud om oppfølging gjennom "Hjerteskolene" for utskrevne pasienter.



Hjerteklaff av metall.

Inspirerende

- Hjertepasientene er veldig inspirerende for klinikkens kirurger og behandlingspersonale, forteller Karevold: Vi ser jo resultater hver dag. Pasientene kommer hit med dødsangst, men er forbløffende kjapt på beina igjen etter operasjonen. Mange føler seg friske som aldri før. Blant hjertepasientene er tre fjerdedeler menn. Gjennomsnittsalderen ligger rundt 66 år, men i det siste har man operert en del yngre pasienter, ned til 30 år, også flere unge kvinner.

Lungekreft

Innenfor lungekirurgien er ca. 70, altså godt over halvparten, kreftoperasjoner, der man går inn og fjerner større eller mindre deler av lungen. Her er prognosene veldig avhengig av tidlig diagnose, og man har heller ikke sett den samme rivende behandlingstekniske utvikling som innen hjertekirurgien. Men mye kan likevel gjøres, og klinikken på St. Elisabeth har et nært samarbeid med sykehusets avdelinger for lungesykdommer og kreft. Tidlig på 90-tallet tok man i bruk såkalt minimalinvasive teknikker (kikkhullskirurgi) også i behandlingen av lungekreft. Den pendelen har slått litt tilbake. For selv om teknologien gjennomgår en rivende utvikling, ligger mye av kirurgiessens vesen fortsatt i finstemt presisjon og følsom fingerferdighet.



Hjerteoperasjonen er over. Og pasienten kan ta fatt på en ny – og mye bedre hverdag, forbløffende raskt etter operasjonen.

LUNGE- OG ARBEIDSMEDISINSK AVDELING

- Avdeling for behandling av lungesykdommer (KOLS, astma, snorkeproblemer, lungekreft m.m.). Ca 2 200 innleggelser årlig (89 % øyeblikkelig hjelp). 6 000 polikliniske konsultasjoner. Utredninger og medisinsk behandling. (Pasienter som skal opereres overføres til St. Elisabeth).
- Arbeidsmedisinsk avdeling: Egen fagenhet som fokuserer på sykdom knyttet til arbeidsmiljø.
- Totalt ca. 130 stillinger. Avdelingssjef: Sigurd Loe Steinshamn.



Pustemaske: Med en slik kan snorke-
ren sove som aldri før.

Pust og plage

Sykdommen kalles Kronisk Obstruktiv Lungesykdom – KOLS. Og den går rett til værns på alle statistikker. Rundt 1990 lå den som nr. 12 blant dødsårsakene i den vestlige verden. I 2020 vil den ligge på 3. – 5. plass. Dette er en snikende sykdom som melder seg med årene, og som ikke lar seg helbrede. Men den kan utmerket godt forebygges; det er bare å stumpe røyken!

Medisin og "respirator light"

En tredjedel av pasientene som legges inn på Lungeavdelingen sliter med KOLS. Mange må ha akutt hjelp med pustemaske og medikamenter. Lungeavdelingen på St. Olavs Hospital har, som den eneste i landet, egen overvåkingsavdeling for behandling av livstruende pusteangrep.

- Pasientene får surstoffbehandling i en "respirator light", forteller avdelingssjefen, Sigurd Loe Steinshamn: Men det beste er alltid å behandle i forkant. Vi har utviklet et spesielt treningsprogram for KOLS-pasienter. Det viser seg å ha god effekt. Pasientene blir ikke friske, men de trener opp restene av sin lungekapasitet, og får et skillig bedre liv.

Egeninnsats

- Pasientenes egen innsats, og evne til å takle sykdommen, er alltid viktig. Det ser vi også i behandlingen av astmatikere, en annen stor gruppe. Her er akutt-tilfellene mer sjeldne, og mange med astma har lange perioder der de ikke føler noe særlig til sykdommen. De kjenner seg selv, merker når anfall er på vei – og vet hva de skal gjøre. Sykehuset arrangerer såkalte "pasient-skoler" for astmatikere og KOLS-syke. Der får de tilbud om både røykeavvenningskurs og opplæring, ikke bare av leger og sykepleiere, men også fysioterapeut, ernæringsfysiolog og andre fagfolk. En KOLS-pasient bruker voldsomt mye energi på å puste. Avmagring er ganske vanlig. De som er hardest rammet trenger rehabilitering ved institusjon. Noen sendes til Glittrelinikken i Nittedal, men det er også etablert et tilbud på Selli i Klæbu, med 6 – 7 plasser.



Flere kvinner får lungekreft

Også i utviklingen av lungekreft er røyking en viktig årsak. En del pasienter helbredes kirurgisk; legene fjerner den kreftbefengte delen av lungene (disse operasjonene foregår ved St. Elisabeth-klinikken). Strålebehandling og cellegift brukes også i stor grad. Blant menn har tallet på lungekreft-tilfeller vært stabilt i mange år. De har jo røkt så lenge.

- Nå røyker *jentene* som aldri før. Det er begredelig, sier Steinshamn, som ser stadig flere, og stadig yngre kvinner med lungekreft: Mye tyder på at kvinner, rent biologisk, tåler røyking enda dårligere enn menn. Det er alltid like trist å ta i mot en småbarnsmor med lungekreft.

Søvn-apne

Lungeavdelingen er også med i behandlingen av såkalt snorke-syke med søvn-apne (pustestopp). Avdelingen opererer ikke ("blafrende" strupevev kan strammes inn), men man gjennomfører søvnstudier og foreslår hjelpemidler, for eksempel bruk av pusteapparat.

Arbeidsmedisin

- Arbeidsmedisinsk avdeling har som hovedoppgave å forebygge sykdom som skyldes arbeidsmiljøet, forteller avdelingens leder, Bjørn Hilt: Vi har sju faste stillinger, foruten 5 – 6 medarbeidere som er eksternt finansiert, blant annet doktorgradstipendiater. Det forskes, undervises - og drives informasjonsarbeid - blant annet på kroniske løsemiddelskader, hud- og lungesykdom i forbindelse med overflatebehandling i oljeindustrien, sammenhenger mellom støveksponering og hjertekar-lidelser og arbeidsrelaterte mage- og tarmplager. Gruvearbeidere er én aktuell gruppe. En annen er arbeidere som utsettes for tilsetningsstoffer i transformatoroljer; risikerer de å utvikle MS-liknende nevrologiske sykdommer? Det gjøres en del individuelle, polikliniske undersøkelser, i tilfeller der det er mistanke om yrkessykdom. Mesteparten av aktiviteten går på arbeidsplassundersøkelser, rådgivning mot bedriftshelsetjenesten, samt grunnleggende forskning på arbeidsmiljø. Nå ønsker man å bygge opp kompetanse på ergonomi og organisasjonspsykologi. For helse handler også om *trivsel* på jobben.



Testing i lungefunksjonslaboratoriet.

MEDISINSK AVDELING

- Indremedisinsk behandling. Sju seksjoner: Fordøyelsesykdommer, blodsykdommer, nyresykdommer, hormonelle sykdommer, infeksjonssykdommer, geriatri, hjerneslag. Landsfunksjon for fotoferebehandling.
- 5 500 innleggelser pr. år (90 % som øyeblikkelig hjelp). 97 senger (beleggsprosent: 110). Stor poliklinisk aktivitet (ca. 22 500 konsultasjoner).
- 325 stillinger. Avdelingssjef: Eiliv Brenna.

Midt i eldrebølgen

Medisinsk avdeling er vant til å jobbe under høytrykk. Men i noen hektiske uker, vinteren 2003, skapte en diaré-epidemi tidenes pasientstrøm. Mange, særlig eldre pasienter, var akutt syke, og stadig flere reservesenger måtte kiles på plass i korridorene. Situasjonen ble kritisk da epidemien også rammet avdelingens eget personale, som – én etter én – ble slått ut av diaré og oppkast.

Ny geriatrisk seksjon

Medisinsk avdeling merker eldrebølgen. Mange gamle lever et godt og aktivt liv, men med høy alder øker også risikoen for hjerneslag, sukkersyke, infeksjoner, nyre- og fordøyelsesykdommer.

Nå har geriatrien blitt et av sykehusets satsningsområder: Kapasiteten økes med en utvidet geriatrisk seksjon i det gamle (men nyoppussede) administrasjonsbygget fra 1902. Samtidig øker også sengetallet for pasienter med fordøyelsesykdommer, og avdelingen vil dessuten åpne en ny dagpost for denne type pasienter til høsten. Behandlingen av hjerneslag er konsentrert i en egen spesialseksjon. Ordningen med ambulante team, som følger opp eldre pasienter etter utskriving, videreutvikles – i nært samarbeid med blant annet hjemmesykepleien. Og det forskes på mange fronter. I ett av prosjektene undersøkes effekten av ulike medikamenter og behandlingsmetoder på hjerneslagpasienter. I et annet prosjekt ("Fall-poliklinikken") studeres årsakene til svimmelhet og fall blant eldre. Andre viktige forskningstema er hormonproduserende svulster i mage/tarm, kreftcellenes mekanismer under utvikling av beinmargskreft – og sammenhenger mellom nyresvikt og blodtrykk (basert på materiale fra HUNT, den store befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Det er mye basalforskning med nær relasjon til kliniske problemstillinger.

Ved avdelingens ulike seksjoner er det en betydelig doktorgradsproduksjon, og siste året (2002) ble det publisert 56 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

Pasientopplæring

Pasienter og pårørende lærer også hvordan man best mulig kan leve med kronisk sykdom – gjennom undervisningsopplegg som "Diabetesskolen" (for sukkersyke) og "Nyreskolen". Diett, egenkontroll og riktig bruk av medisiner er viktig.

Noen nyrepasienter har utstyr for hjemmebasert dialyse (blodrensing). Men de aller fleste kommer til sykehuset for å sitte i dialysemaskin, vanligvis 3 - 4 runder i uka, noen timer hver gang. Nå drives det også "satellitt-dialyse" i Orkdal, Brekstad, Røros og (snart) Oppdal, slik at flere får behandling nær hjemstedet.

Medisinsk avdeling huser også Norges eneste nasjonale senter for såkalt fotofere. Pasienter fra hele landet får behandling for ondartede lymfesvulster i huden. Fotofere er en dialyseliknende teknikk, der blodet sirkulerer gjennom en maskin mens blodcellene bestråles med lys.

Fra innsiden

Poliklinikken har over 22 000 konsultasjoner i året. Mye handler om fordøyelsesykdommer, og mange gjennomgår

en såkalt endoskopisk undersøkelse; legen kikker i spiserør, magesekk og tarm ved hjelp av et kamera, plassert i fronten på en fingertykk slange. Litt ubehagelig, men hva er man ikke villig til å svelge – om man bare kan bli frisk?

Undersøkelser – og inngrep – via kroppens egne kanaler brukes for øvrig mer og mer. Små instrumenter føres gjennom mage-tarmsystem og galleganger, slik at svulster, polypper, gallestein og blokkeringer kan fjernes fra "innsiden". Uten operasjonssår. Og uten syng.



Fra en gastrokopisk undersøkelse i tarm og mage.



*Det gjennomføres ti tusen dialyser i året.
Kapasiteten skal økes med bygging av en ny
dialyseavdeling i 2004.*

Avdeling for KREFT- OG HUDSYKDOMMER

- Kreftavdelingen gir helbredende kreftbehandling, samt lindrende behandling. Vanlige behandlingsformer er stråleterapi, hormon- og cellegiftkurer. Ca. 2 300 innleggelser pr. år, 9 300 polikliniske konsultasjoner og ca. 1 000 pasienter får nærmere 55 000 stråleeksponeringer.
- Hudavdelingen behandler psoriasis, eksem, sår, hudkreft og kjønnssykdommer. Ca. 500 innleggelser årlig, 20 000 polikliniske konsultasjoner.
- Totalt ca. 230 stillinger (hvorav 42 ved Hudavdelingen). Avdelingssjef: Ursula Falkmer.

Stråleterapi og hudkrem

- En kreftdiagnose er slett ingen dødsdom. Mange blir friske igjen, og med lindrende behandling kan selv pasienter med kronisk, uhelbredelig kreft leve et meningsfullt - og smertefritt - liv i flere år. Men kampen mot kreftsykdommen er en tålmodighetsprøve for pasientene, sier Ursula Falkmer, sjef ved Avdeling for kreft- og hudsykdommer; den er psykisk tøff, og den tar tid. Den er utfordrende også for oss, med et stadig økende antall pasienter. I dag får 1 av 3 kreft, i 2020 blir det 1 av 2.

25-30 runder med stråling

Kreftbehandling er gjerne en kombinasjon av flere behandlingsmåter; operasjon (som foregår ved sykehusets kirurgiske avdelinger), stråleterapi, hormon- og cellegiftkurer.

Avdelingens "kraftsenter" (rekonstruert i 2000) ligger vegg i vegg med Kreftbygget fra 1987. Strålebehandlingsenheten med de fire (snart helt nye) lineæraksellerator-maskinene brukes til å bombardere kreftsvulster med elektroner og fotoner – i voldsom kraft, uhyre presist og med datastyrte doser. Strålingen kjennes knapt, og den varer bare noen minutter, men den må gjentas én gang per dag – vanligvis i 3-4 uker. Da kan det tære på tålmodigheten. Kreftavdelingen har imidlertid etablert et pasienthotell like ved, med 35 senger og selvhushold, hvor tilreisende pasienter kan bo og slappe av. Like ved ligger også Kreftforeningens Miljøhus, et kjærkomment samlingssted.

Valg av behandling

Typen av kreftsvulst, og størrelsen, avgjør hva slags behandling det legges opp til. Pasienten tas alltid med på råd; hvor mye kan man satse, hva er gevinsten, hvilke bivirkninger må man regne med? Ca. 50 % av alle kreftpasienter kan i dag bli friske. Når kreftsykdommen ikke lar seg helbrede, trekkes pasienten enda mer inn i behandlingsavgjørelsen.

Ungdom satser gjerne hundre prosent, eldre kan foretrekke livskvalitet. Avgjørelsen treffes uansett i tett samspill mellom lege og pasient.

- Av pasienter med spredd kreftsykdom, for eksempel brystkreft, har 50-60 % fordeler av cellegift, sier Ursula Falkmer; men vi vet ikke med sikkerhet hvem. Derfor må vi prøve oss fram. I behandling av brystkreft og prostatakreft brukes det i dag mye hormonbehandling. Det gir mindre bivirkninger enn cellegift.

Lindrende behandling

Kreftavdelingen har en egen seksjon for lindrende behandling. Stråleterapi blir i stadig større grad brukt i smertebehandling: - Den har i dag en sentral rolle i smertebehandling av kreftsvulster med spredning til skjelettet. Etter bare en eneste

strålebehandling forsvinner smerte, og bruk av morfin og andre medikamenter kan reduseres. Det tilbys også lindrende kirurgiske inngrep ved for eksempel tykktarmkreft. Behandlingstilbudet er også styrket gjennom spesialutdanning av flere kreftsyepleiere, tettere pasientoppfølging, og med avdelingen på Havstein sykeheim, der det er etablert 12 plasser for pasienter som trenger pleie og smertebehandling. Dessuten: I 2004 åpner Kreftavdelingen en "satellitt" i Ålesund, med to strålemaskiner og 6 – 8 leger.

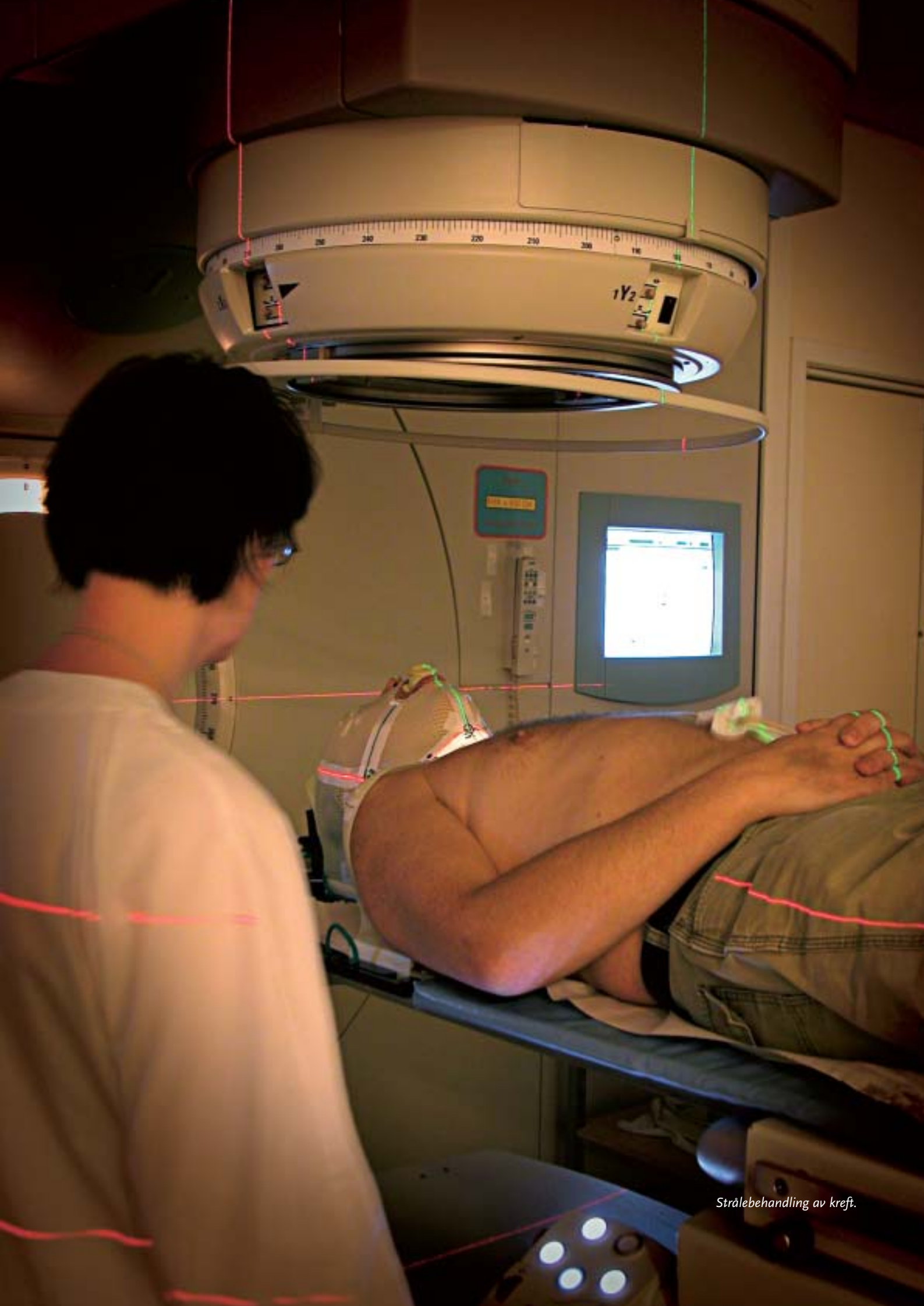
Hudkreft og psoriasis

Også ved hudavdelingen kan det handle om kreft; aggressiv føflekk-kreft, eller hudkreft av den "snillere" typen, som behandles med dagkirurgi, CO₂-laser, fotosensitive kremer og lysbehandling. Den store gruppen er imidlertid psoriasis-pasienter, forteller avdelingens leder, Kristin Ryggen: - Også her går det mye på lysbehandling og kremer. Nå gjøres det oppsiktsvekkende fremskritt i forsøk med immunmodulerende infusjons-terapi. Metoden er dyr og preparatene kostbare, men vi ser veldig god effekt på psoriasis-pasienter med store leddgikt-smarter. Noen blir faktisk kvitt utslettene på få uker.

Hudavdelingen har knapt 500 innleggelser pr. år. Det aller meste foregår poliklinisk. Det gjelder også behandlingen av veneriske sykdommer. Kjønnssykdommer som syfilis og gonoreé er relativt sjeldne. Nå er det infeksjonssykdommene klamydia og kjønnsvorter som utgjør den store risikoen ved ubeskyttet sex; dels fordi de er veldig utbredt og gir vage symptomer (klamydia), men også fordi noen varianter av kjønnsvorter kan utløse celleforandringer (som kan disponere for kreft) i livmorhalsen.



Behandling av eksem. Hudavdelingen driver også undervisning i stell av eksem og sår.



Strålebehandling av krefit.

NEVROKLINIKKEN

- Består av Nevrologisk avdeling (diagnoser og medikamentell behandling), Nevrokirurgisk avdeling (operasjon av svulster, blødninger og ved skader i hjerne, nakke og rygg), samt seksjon for Klinisk Nevrofysiologi (polikliniske undersøkelser).
- Nasjonalt kompetansesenter for 3D ultralyd i hjernekirurgi, nasjonalt senter for spinale lidelser og kompetansesenter for hodepine.
- Totalt ca. 3 500 innleggelsesår, 1 200 operasjoner, 10 000 konsultasjoner ved poliklinikk.
- 162 stillinger. Avdelingssjef: Geirmund Unsgård.

Når hjernen skal stimuleres

Parkinsons sykdom arter seg gjerne som sterk skjelving – eller stivhet og bevegelsesproblemer.

Årsaken er manglende balanse mellom stimulerende og hemmende impulser i hjernen, og behandlingen – for de aller fleste Parkinson-pasienter – bygger på medisiner.

Nå har man imidlertid også tatt i bruk en kirurgisk metode som, i prinsippet, har mye til felles med pacemakeren for hjertesykke: En tynn elektrode plasseres i selve hjernen og forbindes med ledning (lagt under huden) til et batteri på brystet. Elektroden tilfører hjernen elektriske stimuli på definerte frekvenser, og effekten viser seg å være god. Det ble gjort åtte slike operasjoner i 2002. I år legges det opp til 20. Men prisen er høy; hver stimulator koster mellom 120 000 og 150 000 kroner, og slik hjerne-stimulans passer heller ikke for alle Parkinson-pasienter.

Ultralydssystem

Nevrokirurgi krever presisjon på mikroskopisk nivå. Et viktig bidrag til utviklingen av enda mer avanserte – og skånsomme – operasjonsteknikker er bruken av 3-dimensjonal ultralyd. Ved å kjøre 120-130 fotosnitt og bygge opp volumbilder, kan legene lettere "navigere" i hjernen etter intraoperative bilder. Trondheimsmiljøet er førende på dette området, og forskningen har resultert i et kommersielt ultralydssystem, markedsført av den trondheimsbaserte bedriften MISON A/S, og solgt til en rekke sykehus rundt om i verden, blant annet i Tyskland og Israel. 3-D ultralyd brukes for øvrig i mange sammenhenger – blant annet ved kikkhullskirurgi i mage/tarm og hjerte/karsystemet. Teknikken blir nå videreutviklet gjennom et nasjonalt samarbeid. I 2002 hadde Nevroklubben besøk av et tyvetall professorer og overleger, det ble holdt en rekke foredrag – og publisert mange artikler i internasjonale tidsskrifter.

Nasjonalt senter for spinale lidelser

Det ble i 2002, etter lang tids forarbeid, etablert en landsfunksjon for pasienter med vanskelige ryggglidelser. Flere fagområder, blant annet ortopedi og fysikalsk medisin, nevrologi og nevrokirurgi, samarbeider på tvers av faggrensene om behandling av disse pasientene. Sentret, som er plassert i det gamle Revmatismehuset, mottar pasienter fra hele landet. Som et ledd i denne utviklingen har avdelingen tatt i bruk de nyeste operasjonsmetoder på nakke- og ryggglidelser.



Slike elektroder brukes i behandling av Parkinson-pasienter.

Kompetansesenter for hodepine

Nevroklubben har også et fremragende forskningsmiljø for hodepine. Det drives også forskningsprosjekter på aldersdemens – og på såkalt posttraumatisk hodepine etter skade.

Kontaktsykepleiere

Mange nevrologiske lidelser er kroniske. De kan ikke helbredes med operasjon, men sykdomsutviklingen kan, i alle fall et stykke på vei, holdes i sjakk. Det gjelder blant annet den store gruppen MS-pasienter (multipel sklerose, en nervesykdom med ukjent årsak). De har behov for rådgivning og oppfølging, og på Nevroklubben er det derfor etablert en ordning med fast kontaktsykepleier for pasienter med MS og Parkinson. Mange problemer lar seg løse pr. telefon.

Bedre pasientflyt

Satsingen på dagbehandling og poliklinikk, sammen med bedre pasientflyt ved innleggelse til operasjon (pasientkoordinator ved Nevrokirurgien), har bidratt til økt effektivitet og kortere ventelister.

På Nevroklubben har man gode erfaringer med den såkalte "fem-døgnsposten" – hvor pasientene tar "fri" i helgene. Dette tilbudet er beregnet på kronikere, blant annet MS-pasienter, som skal inn til undersøkelse, kortvarig behandling og opplæring. I 2002 ble det ved Nevrokirurgien også etablert et dagkirurgisk tilbud for mindre ryggoperasjoner (særlig isjias).



Hjerneoperasjon med "navigasjon" basert på 3-dimensjonale ultralydbilder. Foto: Rune Petter Ness.

KIRURGISK AVDELING

- Seks seksjoner: Barnekirurgi, endokrin kirurgi (kjertler i bryst, hals, binyre etc.), gastroenterologisk kirurgi (mage/tarm), karkirurgi (blodårer/ arterier/vener), plastikk-kirurgi, urologi (urinveier). Nasjonalt kompetansesenter for avansert laparoskopisk kirurgi. Kompetansesenter for 3D ultralyd i minimal invasiv kirurgi. Flerregional funksjon i nyfødtkirurgi.
- Ca. 6 200 innleggelser årlig, 7 000 operasjoner, 21 000 polikliniske konsultasjoner.
- 304 stillinger. Avdelingssjef: Ola Sæther.

Operererer under press



Kikkhullskirurgi ved fjerning av binyre gjøres med 5 mm tykke instrumenter.

Laparoskopisk kirurgi? Hva er det?

"Laparo" betyr åpning i buken, "skopere" at man bruker kikkert, og da skjønner de fleste at det dreier seg om såkalt kikkhullskirurgi. Teknikken er krevende og utstyret kostbart – men fordelene er åpenbare: Flere operasjoner kan gjøres dagkirurgisk, ettersom pasienten skånes for store operasjonssår. Behovet for pleie i etterkant blir mindre. Sykemeldingsperioden kuttes ned. Og mange eldre, som kanskje ikke tåler en omfattende operasjon, får nye muligheter.

Kompetansesentre

- Laparoskopi er atskillig dyrere enn skalpell og tråd, forteller Ola Sæther, avdelingssjef ved Kirurgisk avdeling: Foreløpig skjer mindre enn 10 % av inngrepene som kikkhullskirurgi. Men andelen øker, og på enkelte områder er metoden vanlig standard. Det gjelder for eksempel fjerning av galleblære og behandling av spiserørsbrokk. Laparoskopi er også tatt i bruk ved en del kreftkirurgi, i mage, tarm, nyre og prostata. Kirurgisk avdeling huser kompetansesentre både for avansert laparoskopisk kirurgi, og for bruk av 3-dimensjonal ultralyd, to teknikker som – i nært samspill – gjør det mulig å kombinere diagnosebilder med løpende bildeinformasjon under selve operasjonen. Det drives et veldig spennende, tverrfaglig utviklingsarbeid på dette området, og vi har store visjoner. Men vi skal også vokte oss for å skape altfor store forventninger ute blant folk. Hverdagen handler tross alt mest om tradisjonell kirurgi.

Kirurgisk kreftbehandling

Alle er ikke klar over det, men nesten halvparten av ressursene ved avdelingen brukes på kreftkirurgi. De fleste forbinder kreft med strålebehandling og cellegift, men det er et faktum at mesteparten av den helbredende kreftbehandling som foregår ved sykehuset skjer gjennom kirurgiske inngrep. Det gjelder både brystkreft, kreft i mage, i urinveier – og i tykktarm, der man forøvrig registrerer en urovekkende økning. 50 % av innleggelserne ved Kirurgisk avdeling skjer som øyeblikkelig hjelp. Til sammen tar øyeblikkelig hjelp og kreftpasienter over 85 % av kapasiteten. Avdelingen opererer under stort press. Korridorpatienter er en del av hverdagen, utnyttelsesgraden ligger på 107 %, og ventelisten for ikke-prioriterte pasienter er lang. Livstruende sykdom har man kontroll over, men pasienter som plages av brokk, hemorroider eller åreknuter må nok fortsatt smøre seg med tålmodighet – i måneder og år.

Økt operasjonskapasitet

Nå har man "ryddet" i ventelistene (alle søknader var ikke reelle), og det gjøres flere grep for å kutte i pasientkøen. Operasjonskapasiteten er en flaskehals, men nå skal det bygges to nye operasjonsstuer. Målet er også å gjøre flere operasjoner som dagkirurgi.

Ola Sæther er leder i styringsgruppa for utviklingsprosjektet "Fremtidens operasjonsstue", der det søkes spenstige løsninger for det nye sykehuset på Øya. SINTEF, NTNU, Helsebygg og flere av sykehusets avdelinger deltar i det tverrfaglige arbeidet, som finansieres med midler fra blant annet Helse Midt-Norge og Norges forskningsråd.

I et annet prosjekt, "Fremtidens avdeling", skal man bygge opp – og teste – en sengepost, slik den kan bli i nye St. Olavs Hospital. Noe vet man allerede: På kirurgisk avdeling blir det enkeltrom for pasientene, med eget bad. Rommet får trådløst PC-nettverk, tilrettelagt for personalets bærbare PC'er, og for pasienten selv, som kan tilbringe tiden med å surfe på internett - eller kikke i sin egen elektroniske sykejournal. Rommene grupperes rundt "tun". Det blir altså ingen korridorer. Og følgelig; ingen korridorpatienter!



Instrumenter for laparoskopisk kirurgi.

Avdeling for ORTOPEDI OG REVMATOLOGI

- Ortopedisk seksjon behandler skader og slitasjesykdommer i skjelett, ledd, muskler og sener. Ca. 5 100 innleggelser årlig, 5 800 operasjoner, 23 200 polikliniske konsultasjoner. Høy aktivitet på Røros sykehus, som tar 1 000 ortopediske operasjoner årlig.
- Nasjonalt kompetansesenter for ortopediske implantater.
- Revmatologisk seksjon behandler leddgikt og andre revmatiske tilstander. Ca. 800 innleggelser årlig, 4 200 polikliniske konsultasjoner.
- Totalt 300 stillinger (hvorav 37 på Revmatologisk). Avdelingssjef: Henrik Sandbu.

Beinbrudd og vonde ledd

Det svinger på Ortopedisk avdeling - mellom årstider og sportsmoter. Sist vinter var det snøbrettkjøerne som trengte hjelp, med håndleddsbrudd, ødelagte knær og vonde rygger. Så kom sommeren – og alle trampolineskadene. Mye håndledd, der også, sånt som legene kaller "varm" ortopedi; brudd, avrevne sener, skadde muskler.

Den "kalde" ortopedien dreier seg om slitasjeskader; vonde hofter, ryggsmertner, leddplager i bein og armer. Sykdom man ikke hopper seg til, men som melder seg gradvis med årene.

Venteliste

Enkle brudd behandles på Skaden. De mer kompliserte, som krever bedøvelse eller operasjon, går til Ortopedisk avdeling - og innleggelse. Dette er et meget stort antall. "Varme" skader tar mye av kapasiteten, slik at slitasjesykdommene dyttes bakover på ventelista.

- Vi har en del korridorpasienter, riktig nok færre enn de store medisinske avdelingene, forteller Henrik Sandbu, avdelingssjefen: Men ventelisten er fortsatt for lang på planlagt kirurgi, selv om vi sendte 300 – 400 pasienter til utlandet i fjor. Vi har for liten operasjonskapasitet. Og den bør fortrinnsvis bygges opp her, ved St. Olavs Hospital, med et behandlingstilbud som er nært og forpliktende.

Situasjonen er bedre når det gjelder dagkirurgi; slik som meniskoperasjoner, retting av skjeve tær og "snappfinger" (sener som låser seg). Her er ventetiden ganske kort.

Hofteproteser

Avdelingen huser et nasjonalt senter for ortopediske implantater. Slitasje og deformiteter i hofte kan behandles med proteser, og på dette området er det gjort mye god forskning i Trondheim; det blir blant annet lagt inn individuelt tilpassede lærbeins-hoftekuleproteser av stål eller keramikk, belagt med kunststoff som fester seg mot bein.

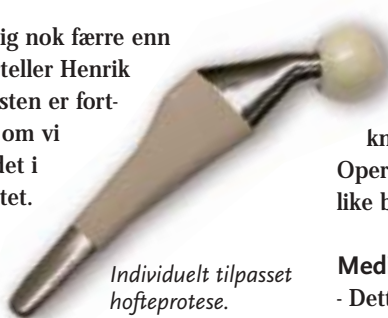
Innsetting av proteser er imidlertid ikke uten risiko; det kan for eksempel komme bakterier inn i protesen, bakterier som stammer fra pasientens egen hud – og som det kan være vanskelig å bli kvitt.



Pinner og skruer på kryss og tvers – i stedet for gips – er vanlig ved åpne brudd.



Fysioterapi er helt nødvendig for revmatiske pasienter etter operasjonen.



Individuelt tilpasset hofteprotese.

Når det gjelder forskning, foregår det også spennende ting rundt "dyrking" av bruskceller. Utgangspunktet er pasientens egen brusk – eller biter av ledd – som flyttes og implanteres. Metoden er særlig interessant ved kneskader.

Operasjon løser slett ikke alle problemer. Medikamenter er ofte like bra, gjerne kombinert med fysioterapi og treningsopplegg.

Medisin og trening

- Dette gjelder i særlig grad for revmatikere, sier Erik Rødevand, avdelingsleder på Revmatologisk: Her er det gjerne snakk om kronisk, livslang sykdom som svinger i intensitet. Alt lar seg ikke reparere, men man kan lindre smertene og bremse sykdomsutviklingen. Trenden er tydelig. Nye medisiner og systematisk opptrening gjør at færre behøver innleggelse. Mange greier seg med dagopphold, og det finnes dessuten gode tilbud utenfor sykehus – blant annet behandlingsreiser til varmere strøk. Revmatisme rammer også yngre mennesker, særlig kvinner. Avdelingen har derfor etablert et kompetansesenter for mødre med revmatisk sykdom. Der gis det tverrfaglig rådgivning spesielt knyttet til svangerskap og perioden med småbarn.

Revmatikere blir ikke så funksjonshemmet som tidligere. Nå brukes medisiner mer kontinuerlig, ikke bare i de dårlige periodene, og moderne revmatismemedisin er mer raffinert enn det gamle gullpulveret. Skjønt, billig er den fortsatt ikke ...



Barn i lekoteket. Avdelingen har et meget tværfaglig behandlingsmiljø, som også omfatter specialpedagoger, fysioterapeuter, psykologer, sosionomer og ernæringsfysiologer.

Avdeling for BARN OG UNGDOM

- For barn og ungdom under 18 år. Dekker alle fagområder innen barnemedisin; intensivseksjon for nyfødte/tidligfødte, behandling av medfødte misdannelser, hjertelidelser, kreft, virusinfeksjoner, astma/allergi m.m.
- Sterkt tverrfaglig tilnærming. Integrert skole, lekotek og barnehage.
- Ca. 3 000 innlagte pasienter årlig, Ca. 12 400 polikliniske konsultasjoner.
- 204 stillinger. Avdelingsjef: Gudmund Marhaug.



Astmamedisin.

Sykehusets **mini** samfunn

Det er hyggelig på "Barneklubben". Unger leker i korridorene, på fargerike vegger henger festlige barnetegninger, møbleringen er hjemmekoselig, stemningen avslappet. Det er ikke mye som minner om sykehus. Så det er lett å forstå at mange barn, etter en rask undersøkelse (og kanskje et plagsomt, lite stikk) på poliklinikken, føler seg snytt og maser seg til å bli igjen en halvtime; her finnes så mange fristende leker. For andre barn, som i kortere eller lengre perioder må bo på klinikken, er det nok mindre morsomt. Noen av dem kjemper en kamp for livet.

Alle pasientgrupper

Avdelingen får inn ca. 20 nye krefttilfeller pr. år. Leukemi er den vanligste kreftformen blant barn. Behandlingen tar tid, men den gir gode resultater. Andre pasientgrupper er barn med hjertefeil, misdannelser i lunge, tarm og urinveier, ryggmargsbrokk, diabetes, nevrologiske skader – eller akutte infeksjoner (som er en stor gruppe). De fleste operasjoner utføres av Barneklubbens egne kirurger, i nært samarbeid med St. Olavs ulike "voksenavdelinger". Virksomheten drives på universitetsklinikk-nivå – med videreutdanning av helsepersonell og utstrakt forskningsaktivitet. Avdelingen har blant annet etablert et forskningslaboratorium for lungemedisin, og deltar i flere barneallergi-studier. Man bygger også opp faglig kompetanse på områder som seksuelt misbrukte barn, barneleddgikt og ondartede sykdommer, gjennom deltagelse i norske og internasjonale studier.

De aller minste ...

I toppetasjen ligger de aller minste pasientene. Kuvøsene står i rekker, rommet er fylt med respiratorer og overvåkingsutstyr, lyset er dempet og det snakkes lavt. Her får blant annet for tidlig fødte barn starthjelp til livet. Det går bra med de aller fleste. Vis a vis kuvøseavdelingen sitter en ung forsker. Han vurderer video-opptak av premature barn, 2 – 4 måneder etter fødselen. Det finnes spesielle trekk i disse barnas bevegelsesmønster som signaliserer feil i sentralnervesystemet, blant annet risiko for utvikling av cerebral parese. Barna som undersøkes er plassert i et svakt magnetfelt, med sensorer plassert på kroppen. Analysene krever voldsom datakraft. Og stor tålmodighet hos forskeren. Han sliter med å finne skadde barn. Gledelig nok. Ved kuvøse- og nyfødtafdelingen er det egne rom for barnas foreldre. Der kan de hvile innimellom øktene. Det er viktig å bli kjent med barnet, fra første stund.



Ved kuvøseavdelingen får for tidlig fødte barn starthjelp til livet.

Familien betyr mye, også for de større barna. I foreldrefløyen, med gjesterom og felles-kjøkken, kan mor og far få overnatte, og er pasienten en tenåring som vil ha kompisen på besøk, er det helt ok for personalet. I det nye Kvinne-barnsentrer, som tas i bruk våren 2006, blir det enda bedre; der får pasientene stort sett hvert sitt enkeltrom, med plass til besøksseng.

Mer dagkirurgi

Barneklubben er forskånet for korridorpasienter, og sliter heller ikke med ventelister av betydning. Slik har man det bedre enn mange andre av sykehusets avdelinger. Mer og mer styres dessuten mot dagkirurgi og poliklinikk; små brokkoperasjoner tas rutinemessig på fredag og mandag. Mens Allergologisk poliklinikk må drive under høytrykk hele uka. De store plageåndene for dagens unger heter astma og allergi.

KVINNEKLINIKKEN

- Fødeavdeling med tre seksjoner: Føde (60 senger), ultralyd og Nasjonalt senter for fostermedisin. Ca. 3 000 fødsler pr. år, 4 300 innlagte, 16 500 polikliniske konsultasjoner.
- Gynekologisk avdeling (38 senger) med seksjoner for henholdsvis barnløshet, generell gynekologi og gynekologisk cancer, som har regionfunksjon. Flerregional funksjon som sædbank. Ca. 1 800 innlagte, 2 400 operasjoner, 13 700 polikliniske konsultasjoner.
- Totalt 250 stillinger. Avdelingsjef: Fredrik Sunde.

Kvinne liv i alle faser



Jordmorstetoskop.

- Her følger vi kvinnens liv fra fødsel til død. Faktisk kan det starte før unnfangelse, graviditet og fødsel. Ved IVF-seksjonen er det i flere tiår drevet et banebrytende arbeid for å hjelpe barnløse, gjennom ulike metoder for assistert befruktning. I overkant av to tusen flotte barn er født på denne måten.

Etiske spørsmål

Kvinneklinnikkens avdelingssjef, Fredrik Sunde, har mye å fortelle om gynekologiske lidelser, assistert befruktning, fosterdiagnostikk og fostermedisin. På disse områdene driver Kvinneklinnikken et banebrytende forskningsarbeid. Ikke minst når det gjelder bruk av ultralyd har forskningen åpnet nye muligheter til å oppdage skader på fosteret tidlig i graviditeten; - Dette reiser også etiske problemstillinger. I forslaget til ny Bioteknologilov ønsker man å begrense bruken av ultralyd. Hva gjør man, om ultralydundersøkelsen avdekker tegn til sykdom eller skader? Vi er spent på Bioteknologiloven, og på hva slags føringer politikerne legger for fostermedisinens videre utvikling.



Fødsler, 24 timer i døgnet

Graviditeter flest handler om forventning og glede. Til Kvinneklinnikken kommer vordende mødre (og fedre) for kontroll. Nasjonalt senter for fostermedisin tar også i mot gravide kvinner fra andre helseregioner – når det kreves ekstra tett oppfølging av spesialkompetanse.

Til Kvinneklinnikken kommer det årlig ca. tre tusen kvinner for å føde. Føden er bemannet 24 timer i døgnet, 365 dager i året. Fødes barnet alt for tidlig, er det et nært samarbeid med Seksjon for nyfødteintensiv. Hvert år gjøres det ca. 1 800 "mødre-transporter" gjennom den lange tunnelen fra Fødeavdelingen til Avdeling for barn og ungdom. Denne logistikk-messige utfordringen blir enklere når det felles Kvinne-barnsenteret står ferdig i 2006.

Kvinnesykdommer

Årene går. Kvinner kommer tilbake. For å føde flere barn. For abort – eller sterilisering. De kommer med sine overgangslidelser; hormonproblemer, uregelmessige blødninger, underlivssmerter, inkontinens etc.

Noen oppsøker Kvinneklinnikkens spesialsykepleier i klinisk sexologi, et helt nytt tilbud om rådgivning rundt samliv, seksualitet og sykdom. Noen kvinner kan utvikle underlivskreft. Seksjon for gynekologisk cancer har en regionsfunksjon for denne type lidelser. Her får de kirurgisk behandling, kombinert med cellegift og intrakavitær stråling.

Ved Seksjon for generell gynekologi har man døgnkontinuerlig SO-vakt. Dette er et medisinsk tilbud til kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Rettsmedisinske bevis skal sikres, men det er like viktig å gi akutt behandling og videre samtaleterapi.

En annen liten gruppe som trenger spesiell omsorg er kvinner som er omskåret (kjønnslemlestet). Disse kan oppleve problemer ved forløsningen. Kvinneklinnikkens jordmødre og leger gis nå økt kompetanse, og det er dannet et eget fagforum i Norge.

Fødselen er over, alt gikk bra. Kvinneklinnikken var tidlig ute med å ta i bruk akupunktur. 18 jordmødre er godkjente "akupunktører". Nå blir metoden forsøkt også på andre områder, ved behandling av barnløshet – og for å lindre postoperativ kvalme og smerter etter kirurgisk inngrep ved Gynekologisk avdeling.

Avdeling for KLINISKE SERVICEFUNKSJONER

- Bistår pasientene ved fysisk opptrening, gir råd om kosthold, tilrettelegger tekniske hjelpemidler og informerer om sosiale rettigheter. Driver også undervisning av studenter/ helsepersonell og forskning.
- Totalt ca. 85 stillinger; fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer (kosthold/diett) og logoped (tale-pedagog). 60 000 konsultasjoner/behandlinger pr. år.
- Avdelingsjef: Lise Lundbom Støylen.

Mestring i praksis

Hjertetreningsgruppa trår til på ergometersyklene, under fysioterapeutens betryggende veiledning. Nå gjelder det å komme seg videre – etter det plutselige hjerteinfarkt, eller etter hjerteoperasjonen. Kirurgene har gjort jobben sin, og nå er resten opp til pasientene selv. Med tilrettelagt trim, riktig kosthold og en positiv innstilling går restitueringen fortere.

Hospitalet har hatt fysioterapeuter helt siden 1911, den gang tittelen var "sjukegymnast". I dag brukes fysioterapi i de fleste faser av behandlingen, også på akutt- og intensivavdelinger – blant annet for å vedlikeholde leddbeveglighet hos pasienter som ligger i respirator, eller for å bedre pasientenes pustefunksjon.

Ergoterapi

Mens fysioterapeutene tilrettelegger pasientenes fysiske opptrening ved sykehusets ulike avdelinger, bistår ergoterapeutene pasienter som har problemer med å mestre daglige gjøremål som er nødvendig for å fungere hjemme eller på arbeid/skole. Problemene kan være av fysisk eller psykisk art, og tiltakene som blir satt i gang kan være trening i sammenheng med tilpassing av støtteskiner, bruk av hjelpemidler og tilrettelegging av omgivelsene.

Langvarig sykdom – enten det gjelder en familieforsørger eller små barn – fører ofte til praktiske og økonomiske problemer. Sosionomene gir råd og informerer om sosiale rettigheter. Det er viktig, også for selve sykdomsforløpet. Personlige bekymringer fremmer ikke helbredelsen.

Pasientskoler

- Foruten å gi et tilbud til sykehusets inneliggende pasienter, prøver vi også å bidra med tilrettelegging for tiden *etter* utskrivelse. Målet er å skape trygghet og hente fram *mulighetene* hos pasientene – i stedet for å fokusere på problemer og begrensninger, sier Lise Lundbom Støylen, som er sjef for avdelingen:

- Pasientene får stadig kortere liggetid på sykehuset, og tiden til informasjon, opptrening og tilrettelegging blir knapp. Derfor må pasientene følges opp i etterkant,



Aktivitetsmedisin hjelper, både på helse og humøret.

via pasientskoler og poliklinikker. Ressursene er begrenset, og prioriteringen må være tøff. Likevel prioriterer vi at alle våre yrkesgrupper skal delta i ulike pasientskoler som arrangeres ved en rekke av sykehusets kliniske avdelinger. Opplegget er tverrfaglig, og medarbeidere fra sykehusets Avdeling for kliniske servicefunksjoner bidrar innenfor sine fagfelt – det være seg råd om riktig kosthold eller om fysisk aktivitet. Slike skoler, med faste opplegg for pasient og pårørende, kan bidra til større trygghet, tettere oppfølging – og færre "svingdørspasienter" på sykehuset.



Tilrettelegging av hjelpemidler er viktig. Denne spesialostehøvelen er kjærkommen for blant annet revmatikere.

Avdeling for

FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING

- Spinalseksjon ved sykehuset på Øya; behandling av ryggmargsskade (brudd i ryggsoylen). 12 senger, ca. 170 innleggelser årlig (liggetid nyskade; 3 – 9 mnd. Gjennomsnittlig liggetid inkl. kontrollopphold: 27 døgn)
- Munkvoll Rehabiliteringssenter; behandling og opptrening etter hjerneskader. Lærings- og mestringscenter for trafikkskade, slagrammede, MS-pasienter etc. 24 senger, ca. 230 innleggelser årlig (gjennomsnittlig liggetid: 48 døgn).
- Fysikalsk medisinsk poliklinikk inkl. tverrfaglig ryggpoliklinikk.
- Dekker legefunksjonen ved Betania Malvik.
- Stillinger: ca. 50 ved Spinalenheten, 75 på Munkvoll. Avdelingssjef: Gisle Meyer.

Livet snudd på hodet

Det skjer på sekundet; trafikkkulykken, fallet i trappa, hjerne-
slaget.

Så ligger man der, med en skade som aldri kan helbredes. Og med livet snudd på hodet. Pasientene ved Spinalenheten og Munkvoll Rehabiliteringssenter ligger lenge på sykehuset, noen av dem i flere måneder. De skal ikke bare behandles for bruddet i ryggen – eller hjerneskaden – de skal også lære å mestre livet på nytt, kompensere for den fatale skaden, trene opp det som fortsatt fungerer, ta i bruk tekniske hjelpemidler. Dette dreier seg om mer enn å kunne håndtere en rullestol. Finnes det en vei tilbake til jobben? Fungerer den gamle boligen? Hvor blir det av vennene? Og hva med kjæresten?

Pleie døgnet rundt

Nedturene står i kø. Fra å være ung og aktiv, blir man kanskje avhengig av pleie døgnet rundt, og hjelp til de mest personlige gjøremål. Noen har spasmer, ukontrollerte skjelvinger. Noen får problemer med pusten, og er ekstra utsatt for lungebetennelse. Andre plages med liggesår; det kan fort oppstå, for den som ikke beveger seg. - Motløshet og depresjon er helt naturlige reaksjoner, sier Gisle Meyer, sjef ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering: - Skaden berører så mye. Ikke bare pasienten, men også familie og omgangskrets. Derfor kjører vi kurs for pårørende og vennekrets. Og derfor har behandlingen en bred tverrfaglig tilnærming. Ved siden av leger og sykepleiere, består staben av fysio- og ergoterapeuter, aktivtører, sosionomer, psykiatriske sykepleiere og psykologer. Det er viktig å se helheten; *inni* er jo pasienten akkurat det samme mennesket.



Sentre for trening og forskning

Lærings- og mestringssettret på Munkvoll, som ble åpnet høsten 2001, startet som et samarbeidsprosjekt med flere av de funksjonshemmedes brukerorganisasjoner, blant annet Landsforeningen for trafikkskade og den lokale MS-foreningen. På Munkvoll ligger også avdelingens spesialenhet for hodeskader. I dette fagmiljøet vil vi også søke å utvikle nye behandlingsmetoder, gjennom forskningsaktivitet – kombinert med regulært pasientarbeid.

Inn i Nevrosentret

- I august 2005 kan Spinalseksjonen, som i dag fører en kummerlig lasarett-tilværelse på Øya, flytte inn i østfløya på det nye Nevrosentret. Det vil gi mer effektive behandlingsforhold. Munkvoll vil bestå, det gjøres en glimrende jobb der oppe, men på lang sikt er det ønskelig å få til en samling på Øya, og utvikle en egen helhetlig og samlet rehabiliteringsavdeling på spesialistnivå, sier Meyer.

- Vi skal også bli *enda* flinkere til å følge opp utskrevne pasienter. I dag kalles de tilbake for kortere kontrollopphold etter et førstegangsopphold på 3-9 måneder, etter to år – og deretter med 3 års intervall. I tillegg har vi en rehabiliteringskontakt i hver kommune. Nå er vi i ferd med å etablere ambulante team som kan oppsøke pasientene der de bor. Mange av våre utskrevne pasienter har et stort – og kostbart – pleiebehov. En god del kommuner vegrer seg, og vi ser en viktig oppgave i å gi råd og få til gode løsninger for pasienten i et samarbeid med trygde-, sosial- og aetat.

Opptrening i tredemølla på Munkvoll Rehabiliteringssenter.



En ny C-bue er tatt i bruk for behandling av pasienter ved Tverrfaglig ryggpoliklinikk.

Avdeling for LABORATORIEMEDISIN

- Laboratorier for klinisk farmakologi, medisinsk biokjemi, immunologi/transfusjonsmedisin, patologi, medisinsk genetik og medisinsk mikrobiologi.
- Bistår St. Olavs Hospital, andre sykehus, privatklinikker og primærhelsetjenesten med laboratorieanalyser for diagnostikk etc. Blodgiversentral med blodbank.
Driver også undervisning av studenter/helsepersonell og forskning.
- Totalt ca. 390 stillinger. Avdelingsjef: Siri Bratlid.



Bakterieprøve.

Prøver gir svar

Bare ved Laboratoriet for medisinsk biokjemi blir det hvert år gjennomført godt over 2,5 millioner analyser. Mye er basert på blod- og urinprøver – noen av dem innsendt via sykehusets egne "årer" for kjapp kommunikasjon; rørpostsystemet. Men mange av oppdragene kommer også fra andre sykehus, fra poliklinikker og primærleger.

Pålitelige resultater og rask respons er viktig. Svarene fra Avdeling for laboratoriemedisin legger grunnlaget både for diagnosen – og for den videre behandling. Det finnes knapt den sykdom som ikke er "innom" ett eller flere laboratorier.

Rivende utvikling

- Virksomheten spenner fra det fineste håndverk til helautomatiserte, databaserte analysemaskiner. Avdelingen har en svær maskinpark, men det foregår stadig en rivende utvikling på metode- og utstysfronten, så utfordringen er å henge med i den nye teknologien – og gjøre de riktige valg, forteller avdelingssjefen, Siri Bratlid.

- Ved flyttingen til det nye Laboratoriesenteret, som står ferdig rundt årsskiftet 2005/2006, skal vi selvfølgelig utnytte det som er bra av det gamle utstyret. Men når vi anskaffer nye maskiner, vurderer vi leasing; da blir vi mer fleksible, og unngår at maskinparken blir utdatert.

Rutiner og kvalitetssikring

Det nye sykehuset, og samlingen av hovedaktivitetene i ett moderne Laboratoriesenter, er en fin anledning til å tenke nytt, til å gjennomgå gamle rutiner, styrke kvalitetssikringen og legge langsiktige strategier. Nå har vi det travelt med å få på plass et komplett, samordnet IT-system som favner alle laboratoriene – og som fører prøveresultatene rett inn i de elektroniske pasientjournalene. Prøvetakingen skal fortsatt foregå ved avdelingene, mens analysearbeidet samordnes sentralt.

Det legges opp til felles prøvemottak, noe som vil forenkle verden for våre oppdragsgivere og samarbeidspartnere. Laboratedatasystemet utvikles gjennom et stort anlagt prosjekt, i regi av Helse Midt-Norge. Raskere svar på analyse-resultater er ett av laboratorienes bidrag til et enda bedre sykehus. Det gir mer effektiv behandling, kortere liggetid – og færre korridorpasienter.

Genteknologi

Forskning og faglig utvikling står sentralt. Det gjelder for eksempel genteknologisk diagnostikk og DNA-analyser, meto-



Dyrking av bakterier.

der som knapt var aktuelle da man startet planleggingen av det nye sykehuset på 90-tallet. DNA-analyser brukes blant annet til å avdekke risikoen for arvelig kreft, arvelige utviklingsavvik hos nyfødte og andre arvelige sykdommer. Genteknologi brukes i dag også i stor grad for å bestemme bakterier og virus ved infeksjoner.

Legemiddelassistert rehabilitering

Et annet område i voldsom vekst er knyttet til rusmiddelundersøkelser. Laboratorium for klinisk farmakologi utfører det meste av rusmiddelanalysene utenfor østlandsområdet i forbindelse med oppfølgingen av den enkelte klient. Hver måned kjøres det for eksempel mer enn 60 000 analyser knyttet til metadon-behandling av heroinavhengige. Nå har Laboratorium for klinisk farmakologi vokst ut av arealene – og flyttet til Teknostallen.

Ulike prøvematerialer

St. Olavs Hospital har et bredt analyserepertoar, sammenliknet med andre sykehus.

I tillegg til å analysere på blod, urin o.a., undersøkes også en rekke vevsprøver. Det strekker seg fra vevsprøver fra ulike organ (biopsi) og celleundersøkelser (cytologi), via punksjoner ved mammografiscreening (brystundersøkelser) til obduksjoner. Årlig gjennomføres det 300 – 400 obduksjoner, nesten halvparten er rettsmedisinske, begjært av påtalemyndigheten. - Til slutt må jeg nevne Blodbanken, sier Siri Bratlid; vi har ca. 16 000 blodtappinger i året, og behovet for blodprodukter er økende. Oppfordring: Bli blodgiver, du også!

Psykisk helsevern

- Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag ble en del av St. Olavs Hospital etter fusjonen ved årsskiftet 2002/2003.
- Tre psykiatriske sykehus: Østmarka og Haukåsen (med akutt- og korttidsavdelinger), samt Brøset (Regional sikkerhetsavdeling, Kompetansesenter og Sentral fagenhet for tvungen omsorg).
- Tre Distriktpsikiatriske sentra (DPS-er): inkludert poliklinikker og Fosenteamet, Tiller, Leistad og Orkdal.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP).
- Psykiatrisk ungdomsteam (PUT).
- Habiliteringstjenesten for voksne.
- Totalt ca 1 300 stillinger. Divisjonssjef: Randi Williamsen.

Hvordan står det til?

Og hva er prognosen? I framtida må vi regne med en økning i alderspsykiatriske lidelser, rusproblemer, traumer – samt psykiske lidelser blant flyktninger og innvandrere. Andre lidelser - med økende tendens - er angst og depresjon, spesielt utløst av eksistensielle livsproblemer.

25 – 30 % av kvinnene, 15 – 20 % av alle menn, vil en eller annen gang i livet utsettes for en depresjon som krever behandling. Rusavhengighet rammer 10 – 15 %, angstlidelser 10 %. Schizofreni rammer bare 1 % av befolkningen, men sykdommen er så behandlingskrevende at denne pasientgruppen faktisk bruker 50 % av ressursene i voksenpsykiatrien.

90 % av depresjonene kan helbredes. Rusavhengige kan hjelpes i stor grad. Alvorlige angstlidelser helbredes med effektiv psykoterapi. Med en kombinasjon av medikamenter, psykoterapi og tett oppfølging kan schizofrene leve et bra liv. De fleste innleggelser i psykiatriske sykehus skjer som øyeblikkelig hjelp, og et overveiende flertall legges inn frivillig. Frivillighet i behandlingen vektlegges sterkt. De vanligste pasientgruppene er:

Nysyke med psykotiske lidelser: Bør behandles tidligst mulig, dette gjelder spesielt unge med schizofreni. Et økende antall unge pasienter har rusmisbruk som tilleggsproblem.

Pasienter med varig funksjonssvikt: Hovedsakelig schizofrene med vedvarende symptomer. Manglende realitetsforståelse, sviktende egenomsorg, personlighetsforstyrrelser.

Andre psykoser: Lidelser med ulike årsaker og forløp. De fleste får forbigående psykotisk reaksjon eller krise. Narkotiske stoffer og medikamenter kan også utløse psykotiske reaksjoner. Rask behandling er viktig, sykehusinnleggelse ofte nødvendig. Prognosen er gjerne god.



Kombinasjonen rus og psykiske lidelser: Depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser er blant de hyppigst rapporterte psykiske lidelser blant rusmisbrukere som søker behandling.

Vaskemani – en typisk tvangslidelse.



Psykisk helsevern presenteres i en egen årsmelding.

Særlig vanskelige/farlige sinnslidende: Liten gruppe: Sammensatte problemer med psykoser og personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk, adferdsproblemer og kriminalitet. Overvekt av menn. Mange har utøvd vold.

Akutt- og intermedieærpasienter: Øyeblikkelig hjelp, kan ikke avvente vanlig henvisning. Innleggelse frivillig eller med tvang.

Alderspsykiatriske lidelser: Opptrer første gang i høy alder. Demens eller andre diagnoser, ofte kombinert med somatiske lidelser. Blant eldre over 65 år i Sør-Trøndelag i 2005, vil mellom 8 000 og 9 500 være behandlingstrengende.

Angstlidelser: Om lag 30 % av kvinner og 20 % av menn får en angstlidelse i løpet av livet. Alvorlige angstlidelser, særlig kombinert med personlighetsforstyrrelser, trenger innleggelse.

Døve med psykiske lidelser: Krisereaksjoner/depressive lidelser som følge av funksjonstap blant folk som er blitt døve. Disse har 2 – 3 ganger større forekomst av psykiske plager enn gjennomsnittsbefolkningen.

Følgetilstander etter traumer: Langtidsreaksjoner etter ulykker, voldtekt, tortur og annen ekstrem stresspåkjenning. Kan utløse personlighetsforandringer. Tidlig behandling er viktig.

Personlighetsforstyrrelser: Alvorlige personlighetsforstyrrelser er ressurskrevende og preges ofte av selvmordsproblematikk. Mildere tilstander kan være en plage for omgivelsene – og egen psykisk helse. Mange i denne gruppen kommer aldri i kontakt med det psykiske helsevernet.

Psykisk utviklingshemmede: Med alvorlige psykiske lidelser utgjør 50 % av alle psykisk utviklingshemmede. Schizofreni og forbigående psykose er vanligere enn i befolkningen ellers.

Spiseforstyrrelser: Rammer i hovedsak unge kvinner i alderen 15 – 40 år, men forekommer også blant gutter/menn. 40 – 80 pasienter henvises til poliklinisk behandling hvert år.

Stemmingslidelser: Store stemningsforandringer kan, på grunn av høy selvmordsrisiko, være en av de mest livstruende tilstandene.

Oppmerksomhetssvikt (ADHD): Kjent hos barn som MBD, men er lite kartlagt hos voksne. Symptomer hos voksne: Manglende konsentrasjon og utholdenhet, store humørsvingninger, lærevansker.

Nøkkeltall

	Normerte senger 2002	Normerte senger 2001	Sykehusopphold inneligg. 2002	Sykehusopphold inneligg. 2001	Sykehusopphold dag 2002	Sykehusopphold dag 2001	Ant. innleggelser 2002	Ant. innleggelser 2001	Liggedager 2002	Liggedager 2001	Utnytt. grad (%)
Barneklubben	69	69	2 949	3 148	713	847	3 076	3 279	15 459	18 066	67 %
Fysmed.	12	17	156	152			184	168	3 729	4 438	92 %
Fødeavd.	61	60	6 127	6 339			4 297	4 343	16 886	18 131	76 %
Gynekologisk avd.	33	33	1 714	1 745	1 586	1 513	1 810	1 807	8 816	9 408	85 %
Hjerteklinikken	25	30	1 044	1 297			1 094	1 383	6 590	7 208	83 %
Hudavdelingen	18	18	490	490	246	7	519	508	5 348	5 394	92 %
Kirurgisk avd.	112	113	6 288	5 837	1 027	787	6 664	6 198	39 503	38 437	107 %
Kjevekirurgisk avd.	3	3	106	88	43	28	117	94	369	384	42 %
Kreftavd*.	68	68	2 256	2 221	1 907	1 960	2 419	2 347	18 963	19 447	86 %
Medisinsk avd.	99	208	4 859	4 605	8 777	8 155	5 327	5 030	38 816	38 160	113 %
Lungeavd.	49		1 843	1 910	154	202	2 023	2 049	19 123	17 777	104 %
Hjertemed. avd	70		4 177	3 570	1 389	1 059	4 761	4 067	25 265	23 331	108 %
Nevrologisk avd.	25	25	1 324	1 242	21	39	1 508	1 421	7 114	7 132	92 %
Nevrokir. avd.	28	27	1 855	1 703	131	37	1 969	1 826	7 605	7 951	84 %
Ortopedisk avd. (inkl. B6)	99	99	4 457	4 413	1 284	1 254	5 137	5 068	31 217	31 124	103 %
Revmatologisk avd.	18	18	772	560	65	142	825	606	5 092	4 827	99 %
Avd. Røros sykehus	24	24	1 224	1 256	270	240	1 266	1 291	5 876	6 293	77 %
Skadeseksjonen											
ØNH-avd.	22	22	1 410	1 229	735	620	1 459	1 282	5 889	6 108	86 %
Øye avd.	11	15	837	845	2 889	2 621	872	853	3 569	4 462	103 %
Akuttavd.		1	38	31			73	58	101	5	28 %
Anestesi/Recovery											
Fysioterapiavd.											
Arbeidsmedisinsk avd.											
Munkvoll rehab. senter	24	24	201	190			251	234	7 034	6 863	91 %
Betania rehab. senter	52	52	236	294			383	437	12 261	14 640	66 %
Trondsletten					135	178					
Ørlandet			218	165	46	35	168		652		89 %
Avd. Medisinsk genetik											
SUM St. Olavs Hospital	922	926	44 581	43 330	21 418	19 724	46 202	44 349	285 277	289 586	93,6 %

Gjennomsnittlig ventetid (dager) i 2002

	31.12.02				31.01.02
	Innleggelse	Dagbeh.	Poliklinikk	Totalt	Totalt
Kirurgisk avd.	455	611	197	286	502
Kjevekirurgisk avd.	162		309	308	178
Ortopedisk avd.	336	236	115	180	214
Hjerteklinikken St. Elisabeth	172		79	153	205
ØNH-avd.	518	235	180	267	409
Øyeavd.	77		71	71	434
Nevrokirurgisk avd.	82	447	129	98	112
Gynekologisk avd.	93	577	208	255	524
Røros sykehus	297	153	154	270	469
Medisinsk avd.	82		89	89	159
Kreftavd.	33		42	40	71
Hudavd.	48		70	69	154
Nevrologisk avd.	316		210	210	396
Barneklubben	82		97	96	187
Revmatologisk avd.	149		138	138	249
Trondsletten			138	138	231
Avd. for fys.med og rehab.	85		21	25	24
Arbeidsmedisinsk avd.			31	31	29
St. Olavs Hospital totalt	318	379	151	195	323

- Antall liggedager i 2002 inkluderer Ørlandet. Antall liggedager for Ørlandet i 2001 var 346.
- Polikliniske konsultasjoner er eksklusive dagbehandling og konsultasjoner som gir DRG-refusjon (0-stilte RTV-takster).
- Strålebehandling er inkludert i polikliniske konsultasjoner for Kreftavdelingen.
- I beregningene av DRG-poeng for 2001 er gjeldende vektorer for 2002 benyttet.
- Antall DRG-poeng for Hjersteklinikken i 2001 er et anslag da noen vektorer for hjerte-DRG'er ble endret i løpet av 2002.
- I 2002 er Fysmed, Betania og Munkvoll rehab trukket hhv. 151, 176 og 153 DRG-poeng pga. for høy andel kompleks rehabilitering.
- Skadeseksjonen er en blanding av kirurgisk legevakt og kommunal legevakt. Nærmere angivelse av hvilke pasienter som er sykehuspasienter fremkommer ikke av tallene.
- Kilde: Beleggsrapport, rapportdato 05.01.03, TELLP 13.01.03, TELLPN 13.01.03.

	Utnytt.grad (%) 2001	Øyebh. hjelp (%) 2002	Øyebh. hjelp (%) 2001	Gj.snitt liggetid 2002	Gj.snitt liggetid 2001	Polikliniske kons. ekskl. dagbeh./dagkir. 2002	Polikliniske kons. ekskl. dagbeh./dagkir. 2001	Herav nyhenviste 2002	Herav nyhenviste 2001	Tot. antall DRG-p. 2002	Tot. antall DRG-p. 2001	DRG-p. dagbeh./ dagkir. 2002	DRG-p. dagbeh./ dagkir. 2001
%	78 %	64 %	64 %	5,0	5,5	11 578	11 466	3 250	3 651	3 305	3 472	180	207
%	93 %	3 %	0 %	18,8	26,7	1 939	1 267	561	393	223	395		
%	74 %	94 %	95 %	3,9	4,0	17 270	16 533	9 584	9 799	3 501	3 410		
%	81 %	28 %	31 %	5,0	5,0	10 040	12 208	8 429	7 792	2 454	2 187	608	563
%	72 %	7 %	7 %	6,6	5,2	849	644	185	99	4 676	4 582		
%	93 %	28 %	30 %	10,1	11,0	19 604	19 817	3 619	2 766	642	458	157	4
%	105 %	54 %	54 %	6,0	6,2	21 637	19 885	6 970	5 914	9 576	8 211	704	491
%	48 %	36 %	44 %	3,2	4,1	3 986	3 753	922	789	110	104	28	18
%	86 %	28 %	24 %	8,2	8,4	20 428	18 424	1 496	983	3 255	2 933	426	374
%	112 %	93 %	88 %	7,0	7,1	21 753	22 138	9 450	9 847	5 830	5 240	1 133	1 023
%	106 %	87 %	85 %	9,0	7,2	3 489	5 487	1 050	2 682	2 393	2 215	82	89
%	113 %	90 %	66 %	5,2	4,2	4 805	4 295	3 077	2 706	4 613	3 581	561	430
%	92 %	61 %	66 %	4,7	5,1	7 183	6 239	4 978	4 083	1 023	926	7	5
%	87 %	45 %	41 %	3,8	4,3	2 969	3 217	948	1 304	3 460	2 907	322	93
%	104 %	59 %	56 %	6,9	6,1	21 944	21 612	6 614	5 719	6 657	6 216	795	799
%	94 %	13 %	18 %	6,1	8,1	4 147	3 696	1 099	811	744	602	13	25
%	82 %	9 %	9 %	4,6	4,9	4 341	4 844	1 997	1 705	1 959	1 834	121	80
%						32 957	38 098	22 114	22 026				
%	98 %	26 %	32 %	4,1	4,7	12 652	11 853	5 298	4 795	1 591	1 420	436	323
%	95 %	44 %	50 %	5,0	5,3	14 902	14 516	3 501	3 312	2 033	1 834	1 509	1 335
%	1 %	40 %	53 %	0,1	0,1	1 029	898	1 021	885	17	12		
%						5 497	3 767	378	306				
%						9 311	9 516	1 520	1 343				
%						324	278	312	267				
%	85 %	3 %	7 %	26,7	48,5	124	112	99	111	551	660		
%	79 %	0 %	0 %	31,9	33,6					876	1 207		
%						2 576	2 040	132	199	16	21	16	21
%		74 %		3,9		2 716	3 399	1 982	1 862	107	74	27	18
%						436	298	127	314				
%	93,7 %	60,0 %	60,0 %	6,2	6,6	260 486	260 300	100 713	96 463	59 612	54 500	7 125	5 900

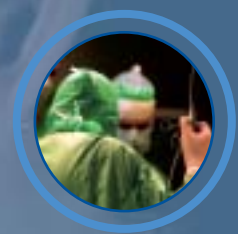
Antall som ventet på behandling i 2002

	31.12.02				31.01.02 Totalt
	Innleggelse	Dagbeh.	Poliklinikk	Totalt	
Kirurgisk avd.	433	433	2414	3280	3462
Kjevekirurgisk avd.	4		792	796	896
Ortopedisk avd.	1132	628	3284	5044	5866
Hjersteklinikken St. Elisabeth	82		21	103	102
ØNH-avd.	399	367	1017	1783	2201
Øyeavd.	33		968	1001	1681
Nevrokirurgisk avd.	302	2	134	438	381
Gynekologisk avd.	83	166	862	1111	2637
Røros sykehus	131	4	27	162	340
Medisinsk avd.	40		1743	1783	2687
Kreftavd.	21		78	99	211
Hudavd.	16		404	420	761
Nevrologisk avd.	5		1538	1543	2286
Barnekl. avd.	42		433	475	906
Revmatologisk avd.	22		477	499	667
Trondsletten			156	156	216
Avd. for fys.med og rehab.	6		84	90	112
Arbeidsmedisinsk avd.			19	19	45
St. Olavs Hospital totalt	2751	1600	14 583	18 934	25 473



Styrets beretning og regnskap 2002

St. Olavs Hospital HF



Inspisering av øyet med spaltelampe.

Styrets beretning

Viktige hendelser i 2002

- Regionsykehuset i Trondheim (RiT) skiftet 1. januar 2002 navn til St. Olavs Hospital.
- Virksomheten ble som et ledd i nasjonal statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002 overført fra fylkeskommunen til et nyopprettet Helseforetak, St. Olavs Hospital HF, eiet av Helse Midt-Norge RHF.
- Foretaket fikk et styre som satte fokus på flere klart definerte forbedringsområder. Disse var: ventelistsituasjonen, korridorpasienter, økonomistyring og helse/miljø/sikkerhet (HMS).
- Det ble våren 2002 feiret 100-års jubileum for sykehuset på Øya i Trondheim.
- Stortinget vedtok våren 2002 at nytt universitetssykehus skulle ligge på Øya i Trondheim, og at byggingen av fase 1 kunne igangsettes.
- Det ble besluttet at Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF (PHST) skulle fusjonere med St. Olavs Hospital HF fra 1. januar 2003, og at Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF (OSS) skal fusjoneres inn fra 1. januar 2004.
- Roar Arntzen tiltrådte i august 2002 som foretakets nye administrerende direktør.
- Arbeidet med å bygge Laboratoriesenteret og Kvinne-Barnsenteret ble påbegynt i desember 2002.

Virksomhetens art

St. Olavs Hospital er ett av fem universitetssykehus i Norge. Sykehuset er lokalsykehus for deler av befolkningen i Sør-Trøndelag, sentralsykehus for hele fylket og regionsykehus for Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag fylker. I tillegg ivaretas enkelte flerregionale og nasjonale funksjoner.

Virksomheten ved St. Olavs Hospital består av pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Fra 1/1-2002 gikk sykehuset over fra å være en fylkeskommunal forvaltningsbedrift til å bli et helseforetak, regulert av Helseforetaksloven og eiet av Helse Midt-Norge RHF.

1/1-2003 fusjonerte St. Olavs Hospital HF og Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF. Disse virksomhetene styres nå samlet som en enhet med felles ledelse og styre. Fra 1/1-2004 vil også Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF fusjoneres inn i St. Olavs Hospital HF.

Fortsatt drift

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet.

Til grunn for antagelsen ligger forventninger om en fremtidig finansiering som er tilstrekkelig i forhold til de løpende driftskostnader og de investeringer som er nødvendig for å opprettholde det aktivitetsnivå som kreves fra eiers side.

Til grunn for antagelsen om fortsatt drift ligger også helseforetakslovens bestemmelse om at helseforetak ikke kan gå konkurs, og at eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

St. Olavs Hospital HF hadde i sitt første driftsår som helseforetak totale driftsinntekter på kr. 2.916,7 mill. Årsresultatet ble et underskudd på kr. 61,0 mill. Det foreligger ikke sammenlignbare resultattall for 2001 siden 2002 er det første året virksomhetens regnskap føres etter regnskapslovens regler.

Som bakgrunn for vurderingene av resultat og finansiell stilling ved utgangen av 2002 er det nødvendig å påpeke at styrets arbeid i gjennom året til dels har vært vanskelig pga. uklarhet omkring foretakets verdier og avskrivninger av disse. Helsereformene som la grunnlag for helseforetakene er omfattende og en må akseptere at det i en overgangsperiode eksisterer uklarheter. En finner det imidlertid riktig å påpeke det faktum at åpningsbalansen (verdioverføringen fra fylkeskommunen) ennå ikke er endelig fastsatt med de utfordringer det representerer. At reglene for avskrivninger for 2002 ikke ble klargjort før i mai 2003, med betydelig innvirkning på foretakets resultat etter avskrivninger, er lite hensiktsmessig for utøvelse av styrets kontrollfunksjon.

Årsresultatet er, som indikert ovenfor, påvirket av føringer for regnskapet gitt av Helsedepartementet. Det ble i mai 2003 gitt retningslinjer om at avskrivninger for 2002 skal beregnes og regnskapsføres selv om det ikke fullt ut er gitt inntektsmessig kompensasjon for den merkostnad dette innebærer for helseforetaket. For St. Olavs Hospital HF er effekten av dette at det er kostnadsført avskrivninger på kr. 75,3 mill ut over inntektsført beløp i basis investeringstilskudd som var forventet å skulle dekke foretakets avskrivninger.

Kostpris på tomter, bygninger og andre eiendommer er etter retningslinjer fra eier redusert med 43 % (kr. 722,2 mill) i forhold til takst. Denne nedjustering har sammenheng med at endelig verdi på tingsinnskuddet ved virksomhetsoverføringen pr. 01.01.2002 ennå ikke er fastsatt. Dette på grunn av at fremtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten ikke er avklart, samt at forhandlingene om overføring av eiendommer fra fylkeskommunen ennå ikke er sluttført.

Årets totale driftsinntekter følger av det aktivitetsnivå foretaket har hatt, samt av de tilskudd/rammebevilgninger som er motatt fra eier. Virksomheten i 2002 har generert 59 612 DRG-



poeng mot 54 500 DRG-poeng i 2001 (beregnet ut fra sammenlignbare vekter). DRG-produksjonen har således økt med 9,4 % fra 2001 til 2002. Økningen skyldes både økt aktivitet i form av økt antall sykehusopphold og økt kvalitet i registreringen av behandlingsskoder.

Antall sykehusopphold for inneliggende pasienter har i 2002 vært 44 581 opphold mot 43 330 opphold i 2001, en økning på 2,9 %. For dagbehandling har antall opphold i 2002 vært 21 418 opphold mot 19 724 opphold i 2001, en økning på 8,6 %. Til tross for at antall sykehusopphold har økt i 2002 i forhold til 2001, har antall liggedager gått ned. Antall liggedager i 2002 har vært 284 625 mot 289 586 i 2001, en nedgang på 1,7 %. Dette innebærer også at gjennomsnittlig liggetid har gått ned. Gjennomsnittlig liggetid har i 2002 vært på 6,2 dager mot 6,6 dager i 2001, en nedgang på 6,1 %.

Antall polikliniske konsultasjoner har i 2002 vært 260 486, mot 260 300 i 2001, en liten økning på 0,1 %.

Styret er godt fornøyd med at foretaket har hatt høyere aktivitet enn i 2001, spesielt på inneliggende pasienter og dagpasienter. Den høye aktiviteten har bidratt til reduserte ventelister uten at dette har medført negativ utvikling i antall korridorpasienter.

Foretakets endelige kapitalbase er som nevnt ovenfor ennå ikke avklart av Helsedepartementet og Helse Midt-Norge RHF. Størrelsen/verdien på tingsinnskuddet ved overføring av virksomheten fra Sør-Trøndelag fylkeskommune er ikke endelig fastsatt. Foretakets annen innskutte egenkapital er således basert på et estimat og kan bli gjenstand for senere endring. For eiendeler hvor det kreves hjemmelsoverføring er dette ennå ikke formelt gjennomført av eier.

Med de estimater som er lagt til grunn pr. regnskapsavleggelsestidspunktet er foretakets egenkapital ved årslutt på kr. 1.111,1 mill. Sum eiendeler er kr. 1.905,0 mill, og dette gir en egenkapitalandel på 58,3 %.

Foretaket ble etablert med et kontantinnskudd på kr. 0,1 mill. 13. desember 2001. Som en del av overføringen av virksomheten fra fylkeskommunen 01.01.2002 fikk foretaket tilført kr. 108 mill. i netto likviditet (kr. 150 mill i bundne likvide midler samt en negativ kassekredittkonto på kr. 42 mill.). Pr. 31/12-2002 er likviditetsbeholdningen på kr. 300,6 mill, en økning på kr. 192,6 mill. Likviditetsøkningen skyldes at innbetalinger fra Helse Midt-Norge RHF kommer forskuddsvis, mens en vesentlig del av virksomhetens kostnader utbetales etter skuddsvis. I tillegg ble det yttet et likviditetslån fra Sør-Trøndelag fylkeskommune på kr. 101,0 mill. i januar 2002 som også skulle dekke opp for den negative kassekreditten som ble overtatt, inntil endelig oppgjør mellom partene finner sted.

I negativ retning for foretakets likviditet kommer at det i 2002 ble innbetalt kr. 105,0 mill. mer til KLP enn beregnet pensjonskostnad for året tilsa at det skulle betales. I tillegg kommer arbeidsgiveravgift på 14 %. Ekstrabetalingen har medført at

foretakets balanseførte pensjonsforpliktelse er betydelig redusert i løpet av året.

Det er i 2002 investert i varige driftsmidler for kr. 81,5 mill. Disse er finansiert over driften. Foretaket har ingen eksterne langsiktige lån.

Kortsiktig gjeld pr. 31/12-2002 overstiger omløpsmidler med kr. 110,4 mill. Det vil si at deler av foretakets langsiktige kapital er finansiert med kortsiktige midler. Forholdet vil forverres ved fortsatte negative resultater i fremtiden. Det er forutsatt at fremtidige finansieringsordninger for helsesektoren vil legge til rette for en mer sunn finansiell stilling i foretaket. Det vises for øvrig til beskrivelse nedenfor om krav til økonomisk balanse i 2004, samt vurderinger og tiltak i den sammenheng.

Arbeidsmiljø og personale

St. Olavs Hospital hadde ved utgangen av 2002 5 823 ansatte. Gjennomsnittlig antall ansatte i 2002 har vært 5 788. Tilsvarende tall i antall årsverk har vært hhv 4 507 og 4 508.

Foretaket har et eget arbeidsmiljøutvalg. Viktige og store saker behandlet i 2002 har vært:

- Vurdering av byggesaker i forbindelse med nytt sykehus
- Etablering av St. Olavs Hospital som IA-bedrift
- Gjennomgang og revisjon av virksomhetens overordnede HMS-system.

Sykefraværet var på totalt 628 523 timer i 2002, noe som utgjorde 8,2 % av totalt disponible timer. Tilsvarende tall for 2001 var 8,3 %. Styret er ikke fornøyd med et slikt nivå på sykefraværet, og det er løpende fokus på å få redusert dette tallet. St. Olavs Hospital undertegnet i 2002 en samarbeidsavtale med trykdeetatens arbeidslivssenter om inkluderende arbeidsliv (IA-Bedrift). Implementeringen av dette vil fortsette inn i 2003.

Det har i 2002 vært 176 tilfeller av blodsmitte/stikkuehell imot 208 tilfeller i 2001. 30 av tilfellene i 2002 krevde utvidet oppfølging pga. høy smitterisiko eller positiv smittekilde. Tilsvarende tall for 2001 var 36. Det er ingen kjent smitteoverføring til personell.

Det er i 2002 registrert 78 meldinger om skader og nesten-uhell, mot 82 i 2001. Det er ikke registrert hendelser som resulterte i alvorlige fysiske skader. Det er heller ikke registrert hendelser med store materielle skader.

Det er i 2002 innført totalt røykeforbud på sykehusets område.

Oppsummert anses arbeidsmiljøet i sykehuset som godt, tatt i betraktning at virksomheten drives i gamle og i liten grad hensiktsmessige lokaler i påvente av ferdigtillelse av nytt sykehus på Øya. Smitte, skade og uhellsfrekvensen anses lav for en virksomhet av St. Olavs Hospital sin størrelse. Det er stor fokus på HMS for å sikre tilstrekkelig kvalitet på dette området, uten at det investeres unødige i påvente av ferdigtillelse av nytt sykehus.



Et spesielt fokusområde i 2003 vil være å gjennomføre fusjonsprosessen med PHST på en rasjonell og god måte, samt å forberede tilsvarende for fusjonen med OSS fra 1/1-2004.

Miljørapportering

St. Olavs Hospital forurenses i liten grad det ytre miljø. Virksomheten har ingen utslipp, avgasser eller lignenede.

Indirekte belastninger likevel en slik virksomhet miljøet ved at driften krever stor tilførsel av vann (171 467 m³) og energi (51,7 Gwh), og produserer en stor mengde avfall (1 921 tonn). Det er fokus på å begrense energi- og vannforbruket, samt å holde avfallsproduksjonen på et minimum.

I tillegg til ovenstående belastes nærmiljøet rundt sykehuset av anleggsarbeide i forbindelse med bygging av nytt sykehus. Det er lagt opp til at dette blir gjennomført så skånsomt som mulig både med hensyn til begrensnings av støy og minst mulig skader på grunnen.

Virksomhet og satsningsområder i 2002

Styret definerte i februar 2002 følgende satsningsområder for St. Olavs Hospital:

- Reduksjon av ventelister
- Reduksjon i antall korridorpasienter
- Bedre økonomistyring
- Forbedring av HMS situasjonen

Disse områdene kommenteres kort nedenfor.

Ventelister

Antall pasienter på venteliste for behandling ved St. Olavs Hospital HF har i løpet av 2002 blitt redusert med 25,7 % fra 25 473 til 18 934. Reduksjonen skyldes delvis opprydding i listene, men i hovedsak en reell reduksjon av ventelistene.

Ventetid er også sentralt ved vurdering av ventelistsituasjonen. Også ventetiden har blitt betydelig redusert i løpet av 2002.

	Ventetid i januar 2002	Ventetid i desember 2002	Endring
Poliklinikk	291 dager	151 dager	-48,1 %
Dagbehandling	591 dager	379 dager	-35,9 %
Innleggelse	417 dager	318 dager	-23,7 %

Styret vil i 2003 fortsette sitt fokus på reduksjon av ventelistene og ventetid med spesiell fokus på langtidsventende. Målsetningen er at ingen pasienter skal vente mer enn i ett år på behandling ved St. Olavs Hospital.

Korridorpasienter

Det har i 2002 vært stort fokus på å få ned antall korridorpasienter ved St. Olavs Hospital. Styret vedtok i april 2002 en tiltaksplan for korridorpasienter. Denne har løpende blitt fulgt opp igjennom året. Det er blant annet opprettet to nye geriatriske poliklinikker, samt etablert en transittsenhet med plass til 20 utskrivningsklare pasienter og en intermediærenhet for 20 pasienter i samarbeid med Trondheim kommune.

I 2002 har det vært en svak nedgang i antall korridorpasienter sammenlignet med 2001, og nye tiltak for 2003 er planlagt og under gjennomføring.

HMS-arbeide

Det er gjennomført tre ulike tilsyn innenfor HMS-området i 2002. Her har det blitt avdekket at avdelingene har utfordringer i å dokumentere systematisk opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr for leger, samt i å foreta gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt. Det er derfor løpende rapportering til styret om tiltak og utvikling på området.

Økonomistyring

Styret har i gjennom året hatt fokus på rapportering og kontroll med den økonomiske situasjonen i St. Olavs Hospital. Uklarheter omkring pensjonskostnader, behandling og finansiering av avskrivninger og overføring av verdier fra fylkeskommunen (tingsinnskudd) har medført at styret gjennom året har måttet opptre forsiktig og under forutsetning av begrenset økonomisk handlefrihet.

Det er arbeidet systematisk med å gjennomføre endringer for å forbedre økonomistyringen i foretaket gjennom året. De mest sentrale tiltakene i denne sammenheng er intern omorganisering til desentral ledelse, henføring av kostnader og inntekter ut på avdeling og ansettelse av økonomer på avdelingsnivå. Alle disse forhold ble endret med virkning fra 1/1-2003.

Det jobbes videre med ytterligere utvikling av økonomistyringen i foretaket i 2003.

Fremtidig utvikling

Fra 1. januar 2003 er PHST innfusjonert i St. Olavs Hospital HF. Dette innebærer at foretakets driftsinntekter øker med kr. 605,0 mill, og antall ansatte øker med 1 500 personer (1 187 årsverk). Fra og med 1/1-2003 er således somatisk og psykiatrisk virksomhet i Sør – Trøndelag styrt samlet.

Når OSS i tillegg innfusjoneres fra 1/1-2004 øker driftsinntektene med ytterligere kr. 260,0 mill og antall ansatte med 630 personer (406 årsverk).

Budsjetterte totale driftsinntekter i 2003 (inklusive PHST) er på kr. 3 484 milliarder (herav utgjør somatikken som kan sammenlignes med regnskapet for St. Olavs Hospital for 2002 kr. 2 879 milliarder).

Budsjettert resultat for 2003 for den samlede virksomheten er et underskudd på kr 196 mill (herav somatikken med et under-



skudd på kr. 163 mill.) slik det er vedtatt i styret. Ved omarbeiding til den samme prinsipielle behandling av basis investeringsstilskudd og avskrivninger som i 2002 (se beskrivelse ovenfor, samt note 5 til regnskapet) vil budsjettert resultat endre seg. Dette vil bli gjort i revidert budsjett for året i juni 2003.

Årsaken til forverringen av resultatet i forhold til 2002 er et kostbart lønnsoppgjør, samtidig som det i inntektsrammene til helseregionen fra Helsedepartementet er forutsatt en effektivisering på 2 %. I tillegg til dette innebærer forslaget til revidert nasjonalbudsjett for 2003, som ble lagt frem i mai 2003, en ytterligere forverring av budsjettsituasjonen med ca. 2 %. Totalt innebærer ovennevnte forhold 10 % økte kostnader/reduerte inntekter i 2003 i forhold til 2002.

Helsedepartementet stiller som krav at helseregionene skal gå i balanse senest i 2004. De ovennevnte forhold viser en trend som gjør at dette synes svært vanskelig å oppnå. For at målet om balanse i 2004 skal kunne nås må trenden i rammebetingelsene endres betydelig til det bedre i statsbudsjettet for 2004.

Så langt det er mulig med de aktivitetskrav foretaket er stilt ovenfor, vil det i 2003 fokuseres på å effektivisere virksomheten, og å ta ut fusjonsgevinster med sikte på å redusere det samlede underskuddet for virksomheten til et minimum.

På grunn av større utbyggingsprosjekter ved andre helseforetak i regionen, samt andre regionalt prioriterte prosjekter, er basis investeringsstilskudd til foretaket i 2003 fra Helse Midt-Norge RHF begrenset. Det vil si at nyinvesteringer i hovedsak må planlegges finansiert over drift. Med et forventet betydelig driftsmessig underskudd for det fusjonerte foretaket i 2003 er investeringsmulighetene i utgangspunktet meget begrensede.

Investeringsbehovet i virksomheten er betydelig. St. Olavs Hospital har i mange år hatt underinvestering i såvel i bygninger som medisinteknisk utstyr m.m.. Årsaken til dette har delvis vært generelt lav kapitaltilførsel fra Staten via Sør-Trøndelag fylkeskommune, men også avventende holdning i påvente av nytt sykehus på Øya.

Investeringssetterslepet begynner nå å bli kritisk, og det er satt i gang en kartlegging og vurdering av hvilke strakstiltak som må settes i verk. I denne forbindelse er ulike finansieringskilder som kan bidra til oppbygging av nivået på driftsmidlene til et mer fornuftig nivå under vurdering. I og med at foretaket på grunn av lovmessige begrensninger ikke kan ta opp lån unntatt fra Helse Midt-Norge RHF, og Helse Midt-Norge RHF også er underlagt begrensninger i sine lánemuligheter, er finansiering via midler øremerket til utstyr i nytt sykehus på Øya og leasing de aktuelle alternativene.

Likviditetsutviklingen i 2003 forventes å være negativ. Fra et likviditetsoverskudd i begynnelsen av året forventes det at foretaket på slutten av året vil måtte trekke på Helse Midt-Norges driftskreditt. I hvor stor grad dette vil bli nødvendig avhenger av investeringsnivå i 2003, finansieringsmåter, resultat av løpende drift, innbetalingskrav fra KLP og eventuelle vesentlige endringer i betalingsstrømmene til foretaket.

Årsresultat og disponeringer

Styret foreslår følgende disponering av årsresultatet i St. Olavs Hospital HF:

Overført til udekket tap	kr	- 61.009.000
Sum disponert	kr	- 61.009.000

Årets underskudd vil måtte dekkes inn av fremtidige overskudd eller annen kapitaltilførsel.

Trondheim 23. mai 2003

Arent M. Henriksen
Styrets leder

Bjørn Martin Aasen
Styrets nestleder

Marit B. Krüger
Styremedlem

Arild Berge
Styremedlem

Inger Lise Nyberg
Styremedlem

Asbjørn Hofslis
Styremedlem

Marit Olstad Røe
Styremedlem

Sigmund Eidem
Styremedlem

Stein O. Samstad
Styremedlem

Roar Arntzen
Adm. dir.

Resultatregnskap 01.01. - 31.12.

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2002
DRIFTSINNTEKTER		
Ordinære driftsinntekter	1	2 714 521
Salg av varer og tjenester	1	151 505
Andre driftsinntekter	1	50 680
Sum driftsinntekter		2 916 706
DRIFTSKOSTNADER		
Forbruk av medikamenter og medisinske forbruksvarer	2	448 176
Lønnskostnader og andre personalkostnader	3	1 921 131
Ordinære avskrivninger	4,5	182 070
Andre driftskostnader	3,15	449 384
Sum driftskostnader		3 000 761
DRIFTSRESULTAT		-84 055
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER		
Finansinntekter	7	28 376
Finanskostnader	7	-5 330
Netto finansposter		23 046
ÅRSRESULTAT		-61 009
Opplysninger om disponeringer til:		
<i>Udekket tap</i>	17	-61 009
Sum disponert		-61 009

Eiendeler

(Alle tall i NOK 1000)

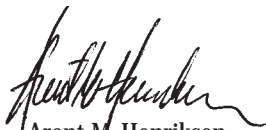
	Note	31.12.02	01.01.02
ANLEGGSMIDLER			
Immaterielle eiendeler			
EDB-programvare	4	14 845	12 860
Sum immaterielle eiendeler		14 845	12 860
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	5,13,14	865 067	954 540
Utstyr, inventar, transportmidler, etc.	5	324 388	338 585
Sum varige driftsmidler		1 189 455	1 293 125
Finansielle anleggsmidler			
Lån til foretak i samme konsern	9	75 434	0
Langsiktige fordringer	9	43 469	43 469
Sum finansielle anleggsmidler		118 903	43 469
Sum anleggsmidler		1 323 203	1 349 454
OMLØPSMIDLER			
Materialbeholdninger	2	88 832	90 444
Fordringer			
Kundefordringer		109 679	149 380
Fordringer på foretak i samme konsern		30 907	0
Andre kortsiktige fordringer	11,14	51 765	129 291
Sum fordringer		192 351	278 671
Bankinnskudd, kontanter og lignende	10	300 631	108 056
Sum omløpsmidler		581 814	477 171
SUM EIENDELER		1 905 017	1 826 625


Egenkapital og gjeld

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	31.12.02	01.01.02
EGENKAPITAL			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital	16,17	100	100
Annen innskutt egenkapital	17	1 172 053	1 172 053
Sum innskutt egenkapital		1 172 153	1 172 153
Opptjent egenkapital			
Udekket tap	17	-61 009	0
Sum opptjent egenkapital		-61 009	0
Sum egenkapital		1 111 144	1 172 153
GJELD			
Avsetning for forpliktelser			
Pensjonsforpliktelser	8	93 947	210 006
Sum avsetning for forpliktelser		93 947	210 006
Annen langsiktig gjeld			
Øvrig langsiktig gjeld	6	7 700	13 066
Sum annen langsiktig gjeld		7 700	13 066
Kortsiktig gjeld			
Kortsiktig gjeld til foretak i samme konsern		9 927	0
Leverandørgjeld		130 314	1 077
Skyldig offentlige avgifter		168 221	137 099
Annen kortsiktig gjeld	11,12,14	383 764	293 224
Sum kortsiktig gjeld		692 226	431 400
Sum gjeld		793 873	654 472
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		1 905 017	1 826 625

Trondheim 23. mai 2003



Arent M. Henriksen
Styrets leder


Bjørn Martin Aasen
Styrets nestleder

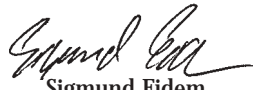

Marit B. Krüger
Styremedlem

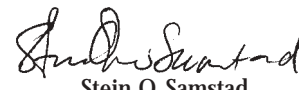

Arild Berge
Styremedlem

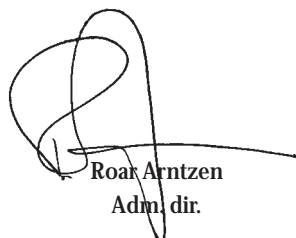

Inger Lise Nyberg
Styremedlem


Asbjørn Hofslie
Styremedlem


Marit Olstad Røe
Styremedlem


Sigmund Eidem
Styremedlem


Stein O. Samstad
Styremedlem


Roar Arntzen
Adm. dir.



Kontantstrømoppstilling

(Alle tall i NOK 1000)

Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	2002
Årsresultat	-61 009
Ordinære avskrivninger	182 070
Netto gevinst ved salg av driftsmidler	-114
Endring i varer, kundefordringer og leverandørgjeld	149 570
Endring i andre tidsavgrensingsposter	199 188
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	469 705
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter	
Investeringer i varige driftsmidler	-81 480
Salg av varige driftsmidler - salgssum	1 209
Ytet lån til foretak i samme konsern	-75 434
Reduksjon i netto pensjonsforpliktelse (ekstra innbet.)	-116 059
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-271 764
Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter	
Nedbetaling av langsiktig gjeld	-5 366
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-5 366
Netto endring i likvider i året	192 575
Kontanter og bankinnskudd per 01.01.02.	108 056
Kontanter og bankinnskudd per 31.12.02	300 631

Noter til regnskapet

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet settes opp etter regnskapsloven 1998 og god regnskapsskikk.

St. Olavs Hospital HF ble stiftet 13.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Den 01.01.2002 overtok Helse Midt-Norge RHF formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helse-region Midt-Norge fra Sør-Trøndelag fylkeskommune. Virksomheten fra tidligere St. Olavs Hospital ble samme dag overført til St. Olavs Hospital HF.

Virksomhetsoverføringen er forutsatt gjennomført ved et tingsinnskudd til virkelig verdi blant annet basert på takstering av eiendommer, bygninger og lignende. På grunn av at fremtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten ikke er fastsatt av Helse-departementet ennå, og at forhandlingene om overføringen av eiendommer fra fylkeskommunen ikke er ferdigstilt, er endelig verdi på tingsinnskuddet ennå ikke avklart. Som et foreløpig estimat er verdien på tomter, bygninger og lignende i tingsinnskuddet pr. 01.01.2002 satt til kun 57 % av takst etter retningslister gitt av eier. Avskrivningene på bygninger er etter retningslinjer fra eier beregnet med utgangspunkt i den reduserte kostpris på bygningene.

Siden 2002 er første året foretaket avlegger regnskap etter regnskapsloven presenteres det ikke sammenligningstall for resultatregnskapet. Balansen vises med sammenligningstall pr. 01.01.2002 slik tingsinnskuddet ble lagt inn.

Renteinntektene fra stiftelsen 13.12.2001 frem til virksomhetsoverføringen 01.01.2002 er uvesentlige og tillagt resultatet i 2002.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetaket kan deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter.

Grunnfinansieringen består av basisramme drift, basis investeringstilskudd, regionsykehustilskudd, samt øremerkede statstilskudd. Grunnfinansieringen tildeles foretaket fra Helse Midt-Norge RHF som fast bevilgning til drift av foretaket.

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter, egenandeler, gjestepasientinntekter og inntekter fra selvbetalende og Rikstrygdeverket.

Andre inntekter tilknyttet kjernevirksomheten er salg av laboratorie og røntgentjenester, inntekter fra kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter, salg av blod, væsker og lignende.

I tillegg har helseforetaket salgsinntekter fra kantine, leieinntekter og diverse andre mindre inntekter.

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

Klassifisering og vurdering av balanseposter

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

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

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

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert til kursen ved regnskapsårets slutt.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Kostpris på tomter, bygninger og annen fast eiendom er satt til kun 57 % av beregnet verdi basert på retningslinjer fra Helsedepartementet via Helse Midt-Norge RHF Direkte vedlikehold av driftsmidler kostnadsføres løpende under driftskostnader, mens påkostninger eller forbedringer tillegges driftsmidlets kostpris og avskrives i takt med driftsmidlet.

Øremerkede fonds og gaver

Øremerkede midler og gaver fra eksterne givere balanseføres ved mottak, og inntektsføres først når midlene benyttes og tilhørende kostnad påløper. Ikke benyttede midler og balanseførte forpliktelser er i 2003 vedtatt overført til en stiftelse.

Forskning og utvikling

Utgifter til forskning og utvikling kostnadsføres normalt løpende. I særskilte tilfeller vurderes det om utgifter til forskning og utvikling skal balanseføres. Dette kan være aktuelt i den grad det identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av immaterielle eiendeler. Dette har ikke vært tilfelle så langt.

Evt. balanseført forskning og utvikling vil avskrives lineært over den økonomiske levetiden.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, Pensjonskostnader.

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om diskonteringsrente, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, samt aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 % av brutto pensjonsforpliktelse (av pensjonsmidlene dersom disse er størst).

Note 1 Inntekter

(Alle tall i 1000)

Totale ordinære driftsinntekter	2002
Fast grunnfinansiering	1 389 774
ISF-inntekter	964 824
Poliklinikkinnntekter	359 923
Sum	2 714 521
ISF inntekter geografisk fordelt	2002
Pasienter hjemmehørende i Sør-Trøndelag	730 227
Pasienter hjemmehørende i øvrige Helseregion Midt-Norge	187 590
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	47 007
Sum	964 824

Inntekter på pasienter hjemmehørende i utlandet er inntektsført som andre driftsinntekter og utgjør for 2002 kr. 3 638.

Aktivitetstall ISF

DRG-poeng inneliggende pasienter	52 487
DRG-poeng dagbehandling (inkl. dagkirurgi)	7 125
DRG poeng 2002 totalt	59 612

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2002 satt til 55 % av full DRG-pris, det vil si kr. 16 185 pr. DRG poeng.

Polikliniske konsultasjoner (ekskl. dagkirurgi) 260 486

Inntektene fra polikliniske konsultasjoner baserer seg på takster for offentlige poliklinikker.

Salg av varer og tjenester

Salg av varer og tjenester	2002
Salg av varer, mat etc.	65 636
Pasientrelaterte inntekter	44 848
Diverse tilskudd	41 021
Sum	151 505

Andre inntekter

Andre inntekter	2002
Leieinntekter	27 765
Egenbetaling barnehage	7 084
Mottatte gaver/donasjoner	6 731
Diverse andre inntekter	9 100
Sum	50 680

Note 2 Materialbeholdninger

(Alle tall i 1000)

	31.12.02	01.01.02
Medisinske forbruksvarer	71 028	71 951
Blødlager	10 666	10 754
Væskelager	3 315	3 464
Øvrige lagerbeholdninger*	3 823	4 275
Sum	88 832	90 444

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

Note 3 Lønnskostnader, antall ansatte, godtgjørelser, lån til ansatte mm.

(Alle tall i 1000)

Lønnskostnader	2002
Lønninger	1 469 963
Arbeidsgiveravgift	213 230
Pensjonskostnader (inkl. arb. avg)	210 034
Andre ytelser	27 904
Sum	1 921 131

I gjennomsnitt har det i løpet av regnskapsåret vært 5 788 ansatte (4 508 årsverk) i St. Olavs Hospital HF

Ytelser til ledende personer	Adm. dir.	Styret
Lønn/styrehonorar	756	610
Pensjonsutgifter (ut over kollektiv ordning)	120	0
Annen godtgjørelse	35	2

Lønn til adm. dir. omfatter lønn og avsatte feriepengar til de tre personene som har hatt denne stillingen i 2002.

Administrerende direktør har egen pensjonsavtale som garanterer 66 % av full lønn fra pensjonstidspunktet. Det er beregnet og kostnadsført opptjening av denne i regnskapet, etter hensyntagen av opparbeiding hos tidligere arbeidsgiver.

Ansatte har korttids likviditetslån i foretaket på tilsammen kr. 147 pr. 31.12.02. Det kreves ikke sikkerhet for disse lånene, og de er rentefrie. Lånene er begrenset til en brutto månedslønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder.

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

Revisor

Revisjonshonoraret for St. Olavs Hospital HF for 2002 er beregnet til kr. 458 mens rådgivning fra revisor er fakturert med kr. 298.

Note 4 Immaterielle eiendeler

(Alle tall i 1000)

	EDB-programvare
Anskaffelseskost pr 13.12.01	0
Beregnet tilgang tingsinnskudd 01.01.02	23 467
Tilgang i løpet av året	7 029
Avgang i løpet av året (kostpris)	0
Anskaffelseskost 31.12.02	30 496
Akkumulerte avskrivninger 31.12.02	-15 651
Balanseført verdi pr. 31.12.02	14 845
Årets avskrivninger	5 154

St. Olavs Hospital HF benytter lineære avskrivninger for alle immaterielle eiendeler. Den økonomiske levetiden er beregnet til:

- Forskning og utvikling Økonomisk levetid vurderes i hvert enkelt tilfelle
- EDB-programvare 5 år

St. Olavs Hospital HF har ikke balanseført forskning og utvikling pr. 31.12.2002.

Tilgang 01.01.02 er tilgang knyttet til tingsinnskudd ved etableringen av St. Olavs Hospital HF. Tilgangen er vist brutto ved at opprinnelig anskaffelseskostnad vises og beregnede akkumulerte avskrivninger fra anskaffelsestidspunktet fremgår.

Note 5 Varige driftsmidler

(Alle tall i 1000)

	Tomter/ bygninger og annen eiendom	Medisin- teknisk utstyr	Annet utstyr, inventar, transport- midler, etc.	Sum varige driftsmidler
Varige driftsmidler				
Anskaffelseskost pr 13.12.01	0	0	0	0
Beregnet tilgang tingsinnskudd 01.01.02	1 676 715	624 269	210 494	2 511 478
Kapitaljustering ihht retningslinjer fra eier	-722 175			-722 175
Estimert brutto verdi av tingsinnskuddet 01.01.2003	954 540	624 269	210 494	1 789 303
Tilgang i løpet av året	10 934	48 824	14 693	74 451
Avgang i løpet av året (kostpris)	0	1 500	0	1 500
Anskaffelseskost 31.12.02	965 474	671 593	225 187	1 862 254
Akkumulerte avskrivninger 31.12.02	-100 407	-405 937	-166 455	-672 799
Balanseført verdi pr. 31.12.02	865 067	265 656	58 732	1 189 455
Årets beregnede avskrivninger	100 407	52 138	24 371	176 916

Tallene inkluderer avskrivning (kr. 2 800) og balanseverdi (kr. 7 700) på driftsmidler som er behandlet som finansiell leasing. Det vises til Note 6.

Etter retningslinjer fra eier Helse Midt-Norge RHF er det lagt inn en kapitaljustering på driftsmidler pr. 01.01.2002. Tomter, bygninger og lignende er etter dette kun oppført med 57 % av netto takstverdier pr. 01.01.2002. Formell hjemmelsoverføring av eiendommer er ennå ikke gjennomført og registrert i grunnboken. Avskrivninger på bygninger er beregnet og bokført basert på den reduserte kostpris.

Det vises for øvrig til omtale i styrets beretning.

St. Olavs Hospital HF benytter lineære avskrivninger for alle varige driftsmidler.

Den økonomiske levetiden for driftsmidlene er beregnet til:

- | | |
|--|---------|
| • Bygninger og annen fast eiendom | 8-14 år |
| • Medisinteknisk utstyr | 4-15 år |
| • Annet utstyr, inventar, transportmidler, etc | 3-15 år |
| • Personalboliger avskrives ikke | |
| • Tomter avskrives ikke | |

Avskrivningstiden for bygninger er satt til forventet gjenværende levetid for hvert enkelt bygg, hensyntatt riveplaner i forbindelse med bygging av nytt sykehus.

Tilgang 01.01.02 er tilgang knyttet til tingsinnskudd ved etableringen av St. Olavs Hospital HE. Tilgangen er vist brutto ved at opprinnelig anskaffelseskostnad vises og beregnede akkumulerte avskrivninger fra anskaffelsestidspunktet fremgår. Dette gjelder ikke tomter, bygninger og annen eiendom hvor opprinnelig kostpris ikke er kjent. Her vises tilgangen netto.

Note 6 Finansiell leasing

(Alle tall i 1000)

St. Olavs Hospital inngikk 1/10-2001 en leasingavtale for leasing av IT-utstyr som i realiteten er et avbetalingskjøp. I tråd med god regnskapskikk behandles dette som finansiell leasing hvor beregnet kostpris balanseføres og avskrives. Ikke betalt beløp oppføres som langsiktig gjeld. Leiebeløpet splittes i en avskrivningsdel og en rentekostnadsdel.

De enkelte poster er inkludert etter sin art der de hører hjemme i regnskapet.

	2002
Opprinnelig kostpris ved kjøp	11 200
Årlige utbetalinger til utleier	3 510
Balanseført verdi 31.12	7 700
Langsiktig gjeld 31.12	7 700
Årlig avskrivning	2 800
Årlig rentekostnad	710

Note 7 Finansposter som er slått sammen i regnskapet

(Alle tall i 1000)

Finansinntekter	2002
Annen renteinntekt	27 851
Annen finansinntekt	525
Sum finansinntekter	28 376
Finanskostnader	2002
Annen rentekostnad	-5 285
Annen finanskostnad	-45
Sum finanskostnader	-5 330

Note 8 Pensjoner

(Alle tall i 1000)

St. Olavs Hospital HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 6 659 personer, hvorav 4 842 er yrkesaktive og 1 817 pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden. Forpliktelsene er dekket gjennom Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

I tillegg har St. Olav gjennom KLP-ordningen et solidaransvar for G-regulering av fripoliser og pensjoner tilknyttet disse. Dette er hensyntatt i beregningene (gjelder 1 305 personer).

		2002
Nåverdi av årets pensjonsopptjening		173 669
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen		152 612
Administrasjonskostnad		7 421
Avkastning på pensjonsmidler		-149 024
Arbeidsgiveravgift		25 356
Netto pensjonskostnad		210 034
	31.12.02	01.01.02
Beregnete opptjente pensjonsforpliktelser	2 462 473	2 211 564
Pensjonsmidler (til markedsverdi)	2 379 946	2 026 911
Ikke resultatført virkning av estimatavvik	0	0
Arbeidsgiveravgift	11 420	25 353
Netto pensjonsforpliktelse	93 947	210 006
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	6,5 %	6,5 %
Forventet lønnsregulering/pensjonsøkning/G-regulering	4,0 %	4,0 %
Forventet avkastning på fondsmidler	7,0 %	7,0 %

Det er forutsatt synkende turnover for AFP relaterte forpliktelser. For øvrig er det ikke forutsatt turn over for de øvrige pensjonsytelsene. Det er forutsatt stigende uttaksprosent for AFP fra 62 år, hvor det forutsettes 20 % uttak for de på 62 år, stigende med 10 % per år til 60 % uttak for de på 66 år.

De aktuariemessige forutsetningene er basert på vanlige benyttede forutsetninger innen forsikring når det gjelder demografiske faktorer.

Det er avsatt og inkludert kostnader opparbeidet for tilleggspensjon til administrerende direktør, se note 3.

Note 9 Langsiktige fordringer

(Alle tall i 1000)

Fordringer med forfall senere enn ett år	31.12.02	01.01.02
Fordring på Helse Midt-Norge RHF	75 434	0
Egenkapitalinnskudd i KLP	43 469	43 469
Sum	118 903	43 469

Egenkapitalinnskuddet i KLP kan ikke fritt disponeres. Det kan kun realiseres ved bytte fra KLP til annet forvaltningsselskap.

Note 10 Bankinnskudd

(Alle tall i 1000)

	31.12.02	01.01.02
Bundne skattetrekkmidler utgjør	73 811	67 313
Midler innsatt på fonds og gavekonti	41 925	41 083
Sum	115 736	108 396

Midler innsatt på fonds og gavekonti behandles ikke som en del av foretakets løpende disponible likviditet.

Disse anses derfor som bundet. Ikke benyttede midler er i 2003 vedtatt overført til en stiftelse.

Helse Midt-Norge RHF sin likviditet er organisert i en konsernkontoordning. Dette innebærer at bankinnskudd for St. Olavs Hospital HF formelt sett er fordringer på morselskapet Helse Midt-Norge RHF.

Note 11 Andre kortsiktige fordringer og annen kortsiktig gjeld

(Alle tall i 1000)

Andre kortsiktige fordringer	31.12.02	01.01.02
Tilgode sykepenger og fødselspenger inkl. feriepenger	13 340	11 147
Fordring på Sør-Trøndelag fylkeskommune i forbindelse med oppgjøret	0	68 603
Forskudd til leverandør	11 124	0
Krav på andre offentlige tilskudd	15 213	0
Beregnet ikke fakturert driftsinntekt	2 746	47 342
Øvrige kortsiktige fordringer	9 342	2 199
Sum	51 765	129 291

Annen kortsiktig gjeld	31.12.02	01.01.02
Gjeld til Sør-Trøndelag fylkeskommune i forbindelse med oppgjøret	35 398	0
Øremerkede fonds og gaver - se note 12	38 970	38 399
Avsetning for avtalefestet permisjon for leger	41 473	34 529
Påløpt avsatt lønn, feriepenger og overførte feriedager	208 287	163 961
Diverse øvrige avsetninger og forpliktelser	59 636	56 335
Sum	383 764	293 224

Note 12 Øremerkede fonds og gaver

(Alle tall i 1000)

	31.12.02	01.01.02
Kreftfondet	16 360	16 485
Fond for hjerteforskning	3 554	3 696
Fond for lungeforskning	1 135	1 042
Utstyrsfond for kreftavdelingen	1 714	1 189
Diverse øvrige fonds	7 831	7 881
Øremerkede gaver og lignende	8 376	8 106
Sum	38 970	38 399

Ikke benyttede midler (jfr note 10) og balanseførte forpliktelser er i 2003 vedtatt overført til en stiftelse.

Note 13 Andres rettigheter til bruk av arealer i St. Olavs Hospital HF

Undervisning er en sentral del av St. Olavs Hospital sin virksomhet. Dette innebærer at foretaket stiller arealer til diposisjon til Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU) og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST).

Arealer disponert av NTNU og HIST er:

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

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

Note 14 Oppgjør med Sør-Trøndelag fylkeskommune

Det direkte oppgjøret med Sør-Trøndelag fylkeskommune er pr. 30. april 2003 gjennomført for andre poster enn formuesposter. Formell overføring av fast eiendom fra fylkeskommunen til foretaket via staten er imidlertid ikke gjennomført. Så lenge dette er uavklart er det knyttet usikkerhet til både verdien på eiendommene og fremtidige inntekter og kostnader fra driften av disse.

Note 15 Kjøp av helsetjenester

St. Olavs Hospital kjøper en del helsetjenester fra private. Totale kostnader fra kjøp av slike tjenester i 2002 utgjør kr. 96,9 mill. Kostnaden inngår i andre driftskostnader i regnskapet.

Note 16 Eierinformasjon

St. Olavs Hospital HF er 100 % eiet av Helse Midt-Norge RHE

Note 17 Egenkapital

(Alle tall i 1000)

	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital/ Udekket tap	Sum
Egenkapital pr 13.12.01	100	0	0	100
Innskutt egenkapital pr 01.01.02	0	1 172 053	0	1 172 053
Årets resultat	0	0	-61 009	-61 009
Egenkapital pr 31.12.02	100	1 172 053	-61 009	1 111 144

Med virkning fra 1/1-2002 gjorde Helse Midt-Norge RHF et tingsinnskudd i St. Olavs Hospital HF på kr. 1 172 053. Endelig verdi på tingsinnskudd er ikke fastsatt ennå, og det vises i denne forbindelse til styrets årsberetning.

Det oppsatte tingsinnskuddet er basert på takstverdier på eiendommer og bygninger - nedjustert med 43 %, estimert gjenanskaffelses-kostnad for øvrige driftsmidler og netto nedskrevet verdi for varer. Overførte forpliktelser er lagt inn med beregnet verdi.

Formell hjemmeloverføring av eiendommer er ennå ikke gjennomført og registrert i grunnboken.

Tingsinnskuddet pr 1/1-02 består av:

Tomter, bygninger og annen fast eiendom	954 540
Driftsløsøre, utstyr, inventar etc.	338 585
EDB programvare, lisenser etc.	12 860
Egenkapitalinnskudd i KLP	43 469
Varer	90 444
Pensjonsforpliktelser	-210 006
Øvrig langsiktig gjeld	-13 066
Netto kortsiktige poster/avsetninger	-44 773
Sum	1 172 053

Organisasjon og ledelse i 2002

Styret

Arent M. Henriksen (leder)
Bjørn Martin Aasen (nestleder)
Rigmor Austgulen
Arild Berge
Asbjørn Hofslie
Elisabeth Skjærvik
Sigmund Eidem
Stein Olav Samstad
Britt Aass

Direktør med stab

Direktør
Adm. direktør
Adm. direktør
Administrasjonssjef
Økonomidirektør

Informasjonssjef

Sjeflege

Sjefsykepleier

Plan- og utviklingsdirektør
Forhandlingssjef
Drifts- og servicedirektør
IT-avdeling
Lønnsavdeling
Personalavdeling
Regnskapsavdeling

Valborg Sund (til 21.03.02)
Jan Eirik Thoresen (kst. 22.03.02-04.08.02)
Roar Arntzen (fra 05.08.02)
Helga Fosse Hegrenæs
Jon Arve Hollekim (til 07.10.02),
Willy Eidissen (kst. fra 08.09.02)
Jørn Fremstad (til 10.03.02)
Marit Kvikne (kst. fra 11.03.02)
Hans Cato Guldberg (til 18.08.02)
Ola Bergslien (kst. fra 19.08.02)
Grete Samstad,
Ragnhild B. Vardehaug (kst. 01.02.02-17.08.02)
Arvid Grønning
Helge Evensen
Liv Sjøvold
IT-sjef Siri Berg
Seksjonsleder Geir Tokle
Seksjonsleder Håkon Hammervik
Seksjonsleder Birgit Breines Magnussen

Senter- og avdelingsledelse

Abdominalsenter

Kirurgisk avdeling

Nasj. Senter Avansert Lap. Kir.

Medisinsk servicesenter

Akuttavdelingen

Anestesi- og intensiv-
avdelingen

Røntgenavdelingen

Sterilsentralen

MR-senteret

Miljøsentert

Kreftavdelingen

Hudavdelingen

Arbeidsmedisinsk avdeling

Hjerte-lungesenter

Hjeteklinikken St. Elisabeth

Medisinsk avdeling

Hjertemedisinsk avdeling

Lungeavdelingen

Senterdirektør Anne Kari Steinsvik

Avdelingssjef Ola Sæther

Avdelingsoverlege Ronald Mårvik

Senterdirektør Anne Kari Steinsvik

Avdelingssjef Eva Grundskog

Avdelingssjef Sven Erik Gisvold

Avdelingssjef Gunnar Nilsen (til 31.05.02)

Avdelingssjef Karin Steen (fra 01.06.02)

Avdelingssjef Tor Sunde

Avdelingssjef Henrik Larsson

Senterdirektør Rolf J. Windspoll

Avdelingssjef Ursula Falkmer

Avdelingssjef Kristin Ryggen

Avdelingssjef Bjørn Hilt

Senterdirektør Rolf J. Windspoll

Avdelingssjef Asbjørn Karevold

Avdelingssjef Eiliv Brenna

Avdelingssjef Knut Bjørnstad

Avdelingssjef Sigurd L. Steinshamm

Bevegelsessenter	Senterdirektør Hanne Thürmer (til 31.03.02) Sol-Björg Hagen (kst. fra 01.04.02)
Ortopedisk avdeling	Avdelingssjef Henrik Sandbu
Revmatologisk avdeling	Avdelingssjef Erik Rødevand
Avdeling Rørøs sykehus	Avdelingssjef Toril Løvdal
Nevrosenter	Senterdirektør Hanne Thürmer (til 31.03.02) Sol-Björg Hagen (kst. fra 01.04.02)
Avd. for fys.med og rehab.	Avdelingssjef Gisle Meyer
Avd. for nevrologi/kl. nevrofys.	Avdelingssjef Trond Sand
Nevrokirurgisk avdeling	Avdelingssjef Geirmund Unsgård
Avd for ØNH- og kjevesykd.	Avdelingssjef Mette Bratt
Avd. for øyesykdommer	Avdelingssjef Randi Williamsen
Avd. for kliniske støttefunksj.	Avdelingssjef Lise L. Støylen
Kvinne-barnsenter	Senterdirektør Siri Bratlid
Gynekologisk avdeling	Kst. avdelingssjef Jorunn Mediaas (14.01.02-31.08.02) Avdelingssjef Fredrik Sunde (fra 01.09.02)
Fødeavdelingen	Avdelingssjef Anne Lise Beversmark
Barneklubben	Avdelingssjef Gudmund Marhaug
Laboratoriesenter	Senterdirektør Siri Bratlid
Avd. for klinisk kjemi	Avdelingssjef Kristian S. Bjerve
Avd. for patologi og med. gen.	Avdelingssjef Harald Aarseth
Avd. for mikrobiologi	Avdelingssjef Svein Arne Nordbø
Avd. for immun. og transfusj.	Avdelingssjef Elisabeth Ryther
Avd. for legemidler	Avdelingssjef Trond Aamo
Internt servicesenter	Senterdirektør Gunnar Bækken
Allmennteknisk avdeling	Avdelingsleder Håkon Johansen
Medisinsk-teknisk avdeling	Sjefingeniør Tormod Svendsen (til 31.05.02) Avdelingssjef Stig Koteng (fra 01.04.02)
Driftsavdelingen	Driftssjef Nils Nesjan
Husøkonomavdeling	Avdelingssjef Birgit Moen
Kjøkken	Kjøkkensjef Gunnar Kvamme
Barnehager	Barnehagekoordinator Toril Strand

Doktorgrader 2002

Henrik Døllner

"Inflammatory mediators in perinatal infections"

Knut Hagen

"HEAD-HUNT: The epidemiology of headache in Nord-Trøndelag"

Anne Hildur Henriksen

"Symptoms of allergy and asthma versus markers of lower airway inflammation among adolescents"

Pål Klepstad

"Morphine for cancer pain"

Johan Haux

"Studies on cytotoxicity induced by human Natural Killer cells and Digitoxin"

Rønnaug Ødegård

"Preeclampsia-maternal risk factors and fetal growth"

Astrid Rydning

"Blood flow as a protective factor for the stomach mucosa. An experimental study on the role of mast cells and sensory afferent neurons".

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

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

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

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

Helse Midt-Norge RHF organiserer virksomheten

Dette er Helse Midt-Norge

HELSE MIDT-NORGE RHF

Administrasjonen

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

IT-enheten

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

Helsebygg Midt-Norge

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

ST. OLAVS HOSPITAL HF

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

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

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

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

PSYKISK HELSEVERN I SØR-TRØNDELAG HF

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

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

ORKDAL SANITETSFORENING SJUKEHUS HF

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

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus har en pleiefaglig avdeling og en medisinskfaglig avdeling. Fra 2003 ble støtte- og servicefunksjonene ved sykehuset samordnet med Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Formålet er å hente ut økonomisk gevinst og frigjøre ressurser for å styrke kjernevirksomheten.

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



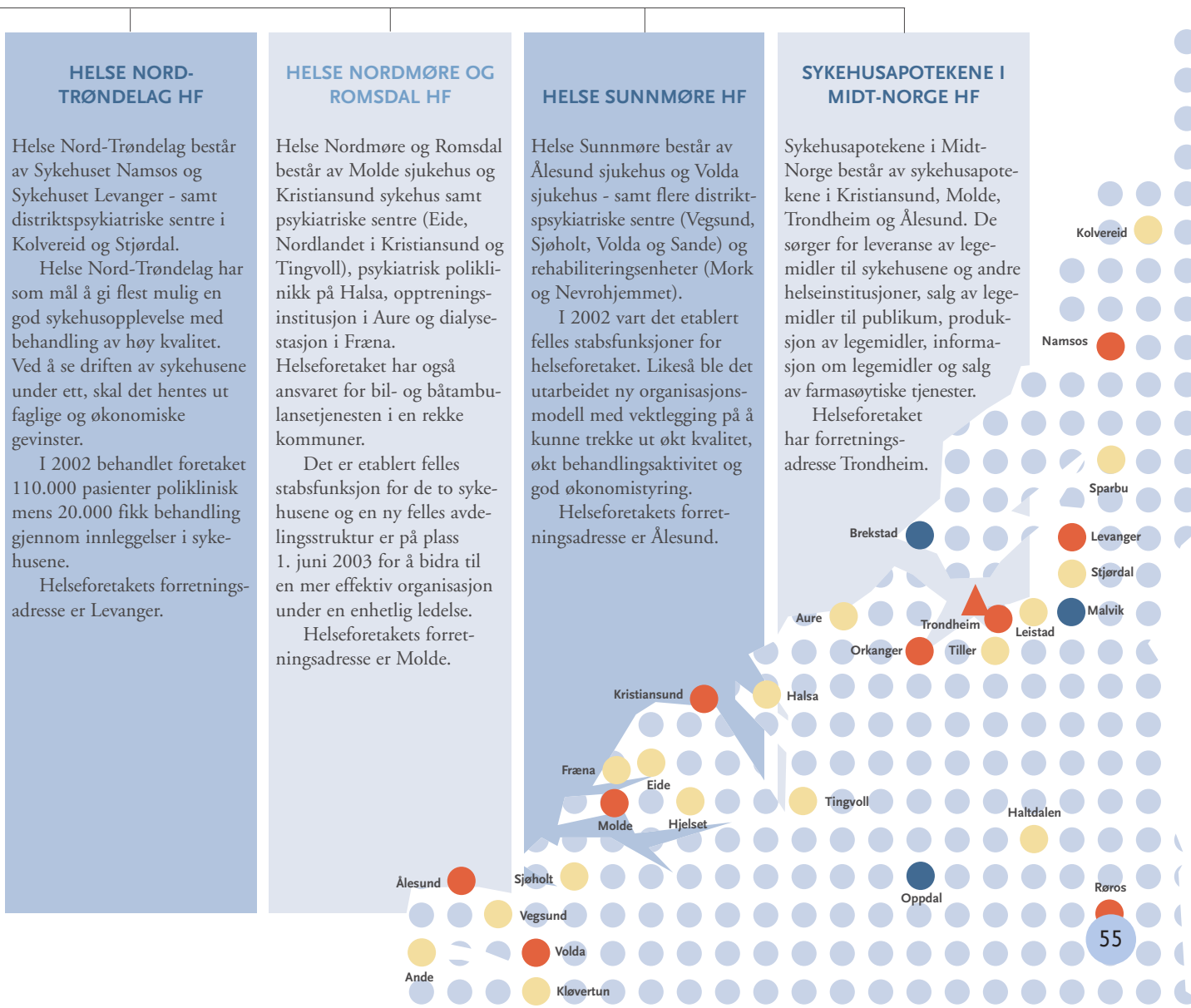
gjennom helseforetak med egne styrever og ansvar for økonomi og drift. Under finner du en oversikt over foretaksstrukturen. Den endelige strukturen er på plass fra 2004.

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

Helseforetakene eies i sin helhet av Helse Midt-Norge

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

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





ST. OLAVS HOSPITAL

UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

St. Olavs Hospital HF
Universitetssykehuset i Trondheim
Olav Kyrres gt 17
7006 Trondheim
Telefon 73 86 80 00
Telefaks 73 86 97 50
E-post: postmottak.dir@stolav.no

www.stolav.no